

Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Filosofia e di Scienze dell'Educazione
Dottorato in
Scienze psicologiche, antropologiche e dell'educazione
Ciclo XXXV

**L'intervista narrativa nell'educazione terapeutica
del paziente e del *caregiver* per l'aderenza alla terapia.**

*Creazione di un modello educativo come strumento per
l'empowerment della persona affetta da patologie croniche
in co-morbidità e politerapia*

Anno Accademico 2022-2023

Tutor Prof.ssa Barbara Bruschi
Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione
M-PED/03 - Didattica e Pedagogia speciale
Co-tutor Prof.ssa Clara Cena
Dipartimento di Scienze e Tecnologia del Farmaco
CHIM/08 Chimica Farmaceutica
Coordinatrice del Dottorato
Prof.ssa Maria Cristina Morandini

Dott.ssa Sabrina Grigolo
Dottoranda XXXV Ciclo
– 4° anno

Indice

Introduzione.....	1
1. L'aderenza alla terapia: le dimensioni del problema nel XXI secolo.....	4
1.1. Dal Modello biomedico al Modello biopsicosociale per la salute, alla visione olistica di "One Health"	5
1.2 Definizione di politerapia e poli-farmacoterapia.....	6
1.2.1 Definizione di aderenza alla terapia	9
1.3 Le dimensioni del problema	13
1.3.1 I determinanti della non aderenza alla terapia e l'identificazione di interventi efficaci per il suo miglioramento.....	14
1.3.2 Come valutare l'aderenza alla terapia.....	17
1.3.3 Impiego di <i>digital drug support</i> : soluzione o discriminante?.....	19
1.4 L'educazione terapeutica del paziente come "luogo" di incontro di diversi settori disciplinari: le scienze dell'educazione, l'infermieristica, la pedagogia medica	25
2. L'aderenza alla terapia nelle persone over 65 in politerapia: una revisione della letteratura	29
2.1 Introduzione.....	29
2.2. Razionale	29
2.3 Materiali e metodi.....	32
2.4 Coinvolgimento di <i>stakeholder</i> nella revisione	34
2.5 Risultati.....	35
2.6 Discussione dei risultati.....	40
2.7 Conclusioni.....	44
2.8 Revisioni incluse	45
3. Strategie di intervento: <i>empowerment</i> , <i>engagement</i> , <i>concordance</i> e i metodi narrativi	67
3.1 L' <i>empowerment</i> del paziente e del <i>caregiver</i> come strategia per migliorare la partecipazione delle persone ai processi sanitari.....	67
3.2 L' <i>engagement</i> come strategia di attivazione del paziente e del <i>caregiver</i> nel processo di cura	70
3.2.1 Ulteriori processi di <i>engagement</i> nelle collaborazioni internazionali.....	77
3.3 La Consensus Conference in Italia	79
3.4 Verso la <i>concordance</i> terapeutica.....	83
3.5 I saperi della cura: esperienza e scienza come prospettive reciproche.....	86
3.6 I metodi narrativi nell'educazione al paziente adulto.....	90

3.7 I PROM e i PREM.....	95
4. Il piano della ricerca sperimentale.....	97
4.1 Il disegno dello studio	97
5. Gli Strumenti di valutazione dell'aderenza alla terapia.....	104
5.1 I questionari di valutazione dell'aderenza alla terapia aspecifici per patologia e la descrizione narrativa del percorso svolto per la costruzione dello strumento ad hoc per questa ricerca	104
5.1.1 Le cinque dimensioni dell'adesione ai trattamenti.....	105
5.1.2 Il questionario sulle abitudini all'uso dei farmaci, le preferenze educative e le competenze digitali.....	108
5.1.3. Validazione qualitativa del questionario	114
5.1.3.1 Testing della prima versione del questionario	115
5.1.3.2 Testing della seconda versione del questionario	120
5.1.3.3 Estensione della validazione qualitativa del questionario attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale.....	126
5.2 Analisi delle interviste, il metodo della Grounded Theory e NVivo.....	133
5.3. Ricognizione e riconciliazione farmacologica	135
6. Risultati.....	139
6.1 Il campione della popolazione	139
6.3 Risultati dei “Questionari sulle abitudini all'uso dei farmaci, sulle preferenze educative e sulle competenze digitali”	142
6.4 Le interviste narrative e la codifica con NVivo.....	149
6.5 Riconciliazione farmacologica	171
6.6 Sintesi dei principali risultati.....	230
7. Discussione.....	231
8. Conclusioni.....	255
Bibliografia.....	260
Sitografia	279
Allegati	280

Introduzione

Quando le persone si ammalano, si trovano a dover modificare il loro stile di vita e a gestire un cambiamento che spesso richiede interventi esterni di professionisti (Ryan 2014; Smith, 2021) e di supporto come le tecnologie digitali (Recchia, 2021; Borgonovi, 2021; Calabria, 2022), per la concreta comprensione delle azioni da mettere in campo.

L'educazione terapeutica è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata (con la sua famiglia e nell'ambiente che la circonda) ad acquisire e mantenere la capacità di gestire in modo ottimale la propria vita convivendo con la malattia. È un processo che, transitando attraverso i vissuti della persona, prevede un insieme di attività organizzate (WHO, 1998b). Si basa su modelli che richiamano l'approccio sistemico, *patient centered* e centrato sull'apprendimento. L'educazione terapeutica del paziente si rivolge per definizione a un malato cronico per il quale l'apprendimento di competenze e di comportamenti di salute è necessario per vivere. La loro applicazione da parte del paziente può ritardare le complicazioni derivanti dalla malattia, ma anche ridurre la sua dipendenza, permettendogli di integrare il suo handicap nella vita quotidiana. Il contesto in cui vive, il suo grado di accettazione della malattia, le sue capacità e la sua abilità influenzano la sua motivazione e la sua maniera di apprendere. Per tutte queste ragioni si tratta di un discente particolare che richiede una pedagogia adattata (d'Ivernois, Gagnayre, 2009).

Negli ultimi decenni, grazie anche ai movimenti di associazioni dei pazienti come Cittadinanzattiva, FederAIPA, UNIAMO, APMARR, Accademia del paziente esperto Eu.P.A.T.I. in Italia; European Patient Forum ed Eu.P.A.T.I. a livello europeo; IAPO e PCORI a livello internazionale, assistiamo, nella ricerca medica, a integrazioni metodologiche di natura qualitativa che favoriscono sempre più un'interfaccia umana e che tengono conto della persona come soggetto di cure e non solo "paziente", oggetto passivo a cui rivolgere un atteggiamento paternalistico. Nascono così, confermando sempre più la loro efficacia, i *Patient Reported Outcome* (PRO) e i *Patient Reported Experience* (PRE) in quanto strumenti che permettono di misurare gli esiti riportati e l'esperienza del paziente in relazione ai processi di cura. I PRO permettono di rilevare gli esiti riportati dai pazienti e misurati con scale di valutazione. I PRE misurano invece le percezioni dei pazienti e dei *caregiver* in relazione all'esperienza vissuta nel processo di cura, fornendo riscontri utili a orientare il miglioramento dei servizi (Calabria *et al.*, 2022). Accanto alla ricerca quantitativa in ambito medico, si afferma sempre di più l'ambito della ricerca qualitativa ed educativa che, per la complessità stessa dei fenomeni da osservare, richiede transdisciplinarietà e interprofessionalità. Come si tenterà di approfondire, scienze dell'educazione, medicina, infermieristica e antropologia sono solo una parte delle discipline che entrano in gioco nella ricerca qualitativa ed educativa in sanità. Se contestualizziamo il campo d'azione dell'aderenza alla terapia, occorre coinvolgere altri settori disciplinari quali le scienze farmacologiche, l'ingegneria e la sociologia per lo studio del ruolo delle associazioni dei pazienti e dei *caregiver* nell'aderenza stessa grazie anche al ruolo conquistato da parte dei pazienti e dei *caregiver* esperti.

I programmi di educazione terapeutica partono dai bisogni della persona che, inserita nel suo ambiente di vita e nel setting più vicino al suo stile e alle sue abitudini, necessita di acquisire nuove competenze per gestire la propria salute (Smith SM *et al.*, 2021).

L'approccio biopsicosociale e spirituale diventa un paradigma non solo nella salute ma anche nell'educazione (Frankel, 2003), fondato sulla persona in quanto agente di cambiamento (Bandura, 2000), capace di prendere decisioni in un'ottica di *shared decision making* (Elwyn, 2012), di *empowerment* nell'acquisizione di capacità di *selfcare* (d'Ivernois, Gagnaire, 2009), di *engagement* nel rappresentare i propri bisogni di salute e quelli della comunità che, ovviamente, si riflettono nella ricerca e sviluppo di nuove soluzioni anche educative (Frankel, 2003; Bandura, 2000). L'etica della ricerca ci offre, inoltre, un'ulteriore chiave di lettura: come coinvolgere le persone, sane e malate, nel pieno rispetto dei loro diritti e principi di vita, in quanto "protagoniste", responsabili delle personali decisioni, in un processo di *engagement* e di *empowerment* continui nelle cure e nelle prospettive terapeutica e riabilitative.

Si prospetta per noi una ricerca educativa centrata sul miglioramento della capacità di autogestire la propria terapia per persone affette da co-morbidità e da politerapia, nel loro contesto di vita e in un setting di *real world*. L'educazione terapeutica offre, infatti, un quadro di riferimento importante per orientare le azioni educative nel dare maggiori capacità alle persone nel seguire correttamente i trattamenti prescritti. In diversi studi emerge che il 65% dei pazienti mette sistematicamente in discussione il parere del proprio medico; il 50% (dal 30% all'80% secondo alcuni studi) segue le terapie in modo inadeguato e il 20% dei pazienti ospedalizzati è ben consigliato, il 20% è mal informato, il 60% desidera un netto miglioramento delle cure fino all'85% di non aderenza occasionale (Huff 1989; Deccache, 1994; Deccache *et al.* 1985; O'Connor *et al.*, 2009; Stacey *et al.*, 2011). È forse il risultato di una relazione sanitario-paziente non efficace? È forse l'espressione dell'esercizio del proprio principio di autodeterminazione e di un bisogno di partecipare alle cure diverso rispetto al passato?

Alla luce dei problemi conseguenti alla mancata aderenza alla terapia, delle opportunità derivanti dal coinvolgimento attivo del paziente e del *caregiver* nel processo di cura, è necessario ripensare la relazione professionista sanitario-persona assistita in un'ottica educativa applicando metodi biografici al fine di migliorare il livello di concordanza e di aderenza al trattamento medico, in particolare nei pazienti over 65, con co-morbidità e in politerapia.

Nel primo capitolo, desidero affrontare il problema dell'aderenza alla terapia e delle importanti ricadute in termini di salute per le persone che non seguono correttamente i trattamenti. Alla luce delle grandi sfide sociali del nostro secolo, cercherò di inquadrare le principali tappe evolutive che hanno reso pazienti e *caregiver* protagonisti attivi nei processi di cura attraverso la loro capacità di rappresentare i propri bisogni, il ruolo delle associazioni di pazienti in un quadro internazionale, con un focus dedicato ai movimenti europei e italiani. Concluderò il capitolo con un approfondimento della figura del paziente esperto Eu.P.A.T.I. che rappresenta, alla luce delle diverse anime internazionali, uno dei percorsi formativi che permettono ai pazienti e ai *caregiver* di acquisire quelle competenze avanzate necessarie per essere partner nei processi di ricerca e sviluppo con clinici, ricercatori, rappresentanti delle autorità regolatorie e delle imprese.

Nel secondo capitolo cercherò di riassumere lo stato dell'arte della ricerca rispetto al miglioramento dell'aderenza alla terapia attraverso interventi educativi sui fattori modificabili offrendo così i diversi possibili scenari emergenti.

Nel terzo capitolo, approfondirò le strategie educative che transitano attraverso concetti quali *concordance*, *empowerment*, *engagement* e le pratiche narrative.

Nel quarto capitolo, descriverò il piano della ricerca che permetterà di verificare se l'intervista narrativa nell'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* sia in grado

di fornire elementi di conoscenza utili per favorire un miglioramento del livello di aderenza alla terapia. Al termine del primo obiettivo, si definirà un modello educativo basato sulle pratiche narrative come strumento per l'*empowerment* della persona affetta da patologie croniche in co-morbidità e in politerapia. La prospettiva epistemologica parte da un approccio pragmatico e fenomenologico che ci guideranno nelle diverse fasi della ricerca giungendo fino alle motivazioni che sottendono la scelta della metodologia della ricerca basata sui *mixed method*.

Nel quinto capitolo, presenterò i risultati ottenuti dalle ricerche sul campo condotte principalmente in due diverse fasi: la prima, che ha richiesto la validazione qualitativa di uno strumento di *assessment* sulle abitudini al consumo dei farmaci e alle competenze digitali, funzionale alla costituzione della batteria di test necessari per valutare il profilo della persona assistita o del suo *caregiver* prima della co-progettazione educativa per l'aderenza al trattamento; la seconda, che ha richiesto il reclutamento di un campione di popolazione attraverso un percorso di ricerca condiviso con alcune strutture sanitarie, finalizzata all'uso delle pratiche narrative, in particolare l'intervista narrativa, e alla validazione del modello educativo per il miglioramento dell'aderenza al trattamento.

Nel sesto capitolo, discuterò i risultati comparandoli con la letteratura scientifica internazionale.

Concluderò il percorso di ricerca con proposte operative e spunti di riflessione.

1. L'aderenza alla terapia: le dimensioni del problema nel XXI secolo

Patient-centered care is the practice of caring for patients (and their families) in ways that are meaningful and valuable to the individual patient. It includes listening to, informing and involving patients in their care. The IOM (Institute of Medicine) defines patient-centered care as: "Providing care that is respectful of, and responsive to, individual patient preferences, needs and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions."

<https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>

Quando il medico prescrive dei medicinali e informa il paziente delle loro caratteristiche, si presuppone che, una volta tornato a casa, il paziente assuma correttamente le terapie. Si dà cioè per scontato, in questi casi, che la persona *aderisca alla terapia e alle raccomandazioni*, che, se associate ai medicinali, richiamano fundamentalmente le corrette indicazioni d'uso e sono completate dall'invito ad adottare stili di vita più corretti. Trattare il tema dell'aderenza alla terapia presuppone che a monte si affronti la scelta del paradigma attraverso il quale analizzarlo, considerando che è necessario indagare le cause di una mancata adesione e ipotizzare i possibili percorsi di presa in carico delle criticità e di gestione delle soluzioni.

Secondo un paradigma prettamente biomedico, ancora molto diffuso, il medico prescrive la terapia aspettandosi dal paziente la *compliance*, intesa come "un certo livello di obbedienza" del paziente stesso alle indicazioni ricevute, e tale aspettativa si basa sull'idea che le informazioni date corrispondano agli interessi dei pazienti. Il termine *compliance* fu introdotto da Haynes e Sackett per la prima volta nel 1976 e definito come la misura in cui il comportamento di un paziente coincide con le prescrizioni cliniche. Grazie ai cambiamenti avvenuti nel tempo, è oggi invece diventato sempre più necessario informare i pazienti e concordare con essi: saper comunicare affinché comprendano e seguano correttamente le prescrizioni.

Nel 1977, Engel pubblicò un articolo dal titolo *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, nel quale metteva in discussione l'approccio biomedico basato sul riduzionismo e sul meccanicismo, per favorire il dibattito sul modello biopsicosociale, figlio, quest'ultimo, del concetto di "salute" proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948, che la definiva come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Per conseguire tale stato l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente o adattarvisi¹:

Even with the application of rational therapies, the behaviour of the physician and the relationship between patient and physician powerfully influence therapeutic outcome for better or for worse. These constitute psychological effects which may directly modify the illness experience or indirectly affect underlying biochemical processes, the latter by virtue of interactions between psychophysiological reactions and biochemical processes implicated in the disease.

The dominant model of disease today is biomedical, and it leaves no room within its framework for the social, psychological, and behavioural dimensions of illness. A biopsychosocial model is proposed that provides a

1 <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/CorniceRiferimento>

*blueprint for research, a framework for teaching, and a design for action
in the real world of health care (Engel, 1977)*

In questo capitolo, verrà offerta una panoramica delle definizioni di “aderenza alla terapia” e si descriveranno le dimensioni del problema rappresentato dal suo mancato verificarsi e le ricadute in termini di esiti di salute e benessere della persona.

1.1. Dal Modello biomedico al Modello biopsicosociale per la salute, alla visione olistica di “*One Health*”

Negli ultimi XX anni si è assistito ad un’evoluzione significativa nel concetto di salute che ha portato a un profondo rinnovamento nella visione della cura e del ruolo del paziente nei diversi sistemi sanitari.

Il modello biomedico, basato sulle teorie meccanicistica e materialistica di matrice cartesiana, assimila gli organismi viventi e il corpo umano a una macchina e la malattia a un guasto; l’approccio scientifico serve per spiegare le cause del malfunzionamento.

Questo produce una frammentazione delle cure e delle terapie che nasce dal considerare l’“organo malato” come causa del primo contatto tra medico e paziente, e determina la sostanziale perdita di vista della persona nella sua globalità. Negli ultimi decenni è maturata l’esigenza di un nuovo paradigma, che risulta necessario, nel quadro più ampio di un’epistemologia della complessità, sia alla ricerca scientifica, sia alle implicazioni filosofiche e gnoseologiche, incluse quelle etiche e bioetiche, e che mette fortemente in discussione lo stesso modello biomedico. Nello stesso periodo si sono affacciati con forza valori e principi legati all’esercizio dei diritti umani, tra cui il principio di autodeterminazione che ha portato, nel tempo, alla costruzione di percorsi di cura basati sul coinvolgimento del paziente nel processo terapeutico, in cui gli atti medici e sanitari richiedono il consenso della persona all’esecuzione della tecnica e tale consenso deve fare seguito a un’opportuna e adeguata informazione (Anderson et al., 2017; Savage, 1983).

In questo contesto, si inseriscono nuove forze e leve internazionali che contribuiscono alla definizione di espressioni come “promozione della salute”, educazione alla salute ed educazione sanitaria in un’ottica biopsicosociale. Per “promozione della salute” si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. La salute è, pertanto, considerata come una risorsa per la vita quotidiana, non come obiettivo di vita; un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere (OMS, Carta di Ottawa 1986). Questa definizione ci propone la salute come una capacità di influire sul proprio organismo e sul proprio ambiente, sulla vita degli altri e sulla società secondo modalità che la rafforzano (Zucconi A, 2003, p. 43).

L’approccio biopsicosociale si arricchisce di un ulteriore elemento che lo rende più completo. Oggi si parla di “*One Health*”, concetto in cui la salute delle persone si lega alla salute degli animali e dell’ambiente. Questo approccio ha innescato un movimento internazionale basato su importanti collaborazioni intersettoriali, formalmente riconosciuto da Commissione Europea, Dipartimento di Stato degli Stati Uniti, Center for Disease Control, Banca Mondiale, Organizzazione Mondiale della Sanità, FAO, Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE), Istituti di ricerca di tutto il mondo,

ONG e altri enti e livelli decisionali sulle politiche sanitarie². “*One Health*” identifica un concetto olistico di salute delle persone, degli animali, degli ambienti di vita e lavoro e degli ecosistemi. Promuove un approccio multidisciplinare collaborativo per affrontare i rischi potenziali o attivi che hanno origine dall’interfaccia tra ambiente di vita e lavoro, popolazioni animali ed ecosistemi. “*One Health*”, riportata anche sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 (da ora PNRR-M6), sostiene l’interazione tra gruppi professionali e reti esistenti tra i diversi sistemi per la salute.

“*One Health*” deriva da una combinazione dinamica di aspetti biologici e comportamentali determinata da molti fattori ed è la conseguenza di una serie di decisioni personali e sociali sulle quali ciascun individuo ha potenzialmente un notevole controllo. Le scelte personali sono importanti determinanti di salute e longevità.

1.2 Definizione di politerapia e poli-farmacoterapia

L'uso di più farmaci, comunemente indicato come *polypharmacy*, termine tradotto con poli-farmacoterapia, è comune nella popolazione anziana con multimorbilità, poiché, in accordo con le linee guida internazionali, è normale che uno o più farmaci possano essere usati per trattare ciascuna condizione. La politerapia – altro termine frequentemente utilizzato per la traduzione di *polypharmacy*, ma con un’accezione più generale – è associata a esiti avversi tra cui mortalità, cadute, reazioni avverse al farmaco, aumento della durata della degenza ospedaliera e riammissione in ospedale a breve distanza dalla dimissione (Masnoon *et al.*, 2017). Il binomio poli-farmacoterapia/politerapia e comorbidità rappresenta la condizione con la maggiore probabilità di interazioni farmaco/malattia e farmaco/farmaco (Ferrara *et al.*, 2013).

Sebbene in molti casi l'uso di più farmaci o poli-farmacoterapia possa essere clinicamente appropriato, è importante identificare i pazienti con trattamenti farmacologici inappropriati che possano esporre i pazienti a un rischio maggiore di eventi avversi e a scarsi risultati in termini di salute. Gli studi hanno suggerito uno spostamento verso l'adozione dell’espressione “politerapia appropriata” per superare il semplice conteggio numerico dei farmaci, che ha un valore limitato nella pratica (Masnoon *et al.*, 2017), e aggiungere un significato distintivo rispetto alla prescrizione di “molti” e “troppi” medicinali. Per quanto riguarda la definizione effettiva di poli-farmacoterapia, l’intervallo può andare da 2 a 11 o più farmaci. La definizione più comune indica il trattamento con 5 o più farmaci al giorno. (Masnoon *et al.*, 2017). Si parla di *excessive polypharmacy* in caso di utilizzo di 10 o più farmaci al giorno.

La definizione di polifarmacoterapia può implicare anche un concetto di durata ovvero di cronicità della terapia, e varia dall’impiego di 2 o più farmaci per più di 240 giorni (“uso a lungo termine”) a 5-9 farmaci usati per 90 giorni o più.

A completamento delle definizioni, si fornisce la tabella riassuntiva (Fig. 1) di Masnoon *et al.* (2017).

2 www.salute.gov.it

Term	Definition	Number of studies	References
Polypharmacy	Patients visiting multiple pharmacies to obtain medications	1	[112]
	Coprescribing multiple medications	1	[113]
	Simultaneous and long term use of different drugs by the same individual	1	[77]
	Polypharmacy definition ranges from the use of a large number of medications, to the use of potentially inappropriate medications, medication underuse and medication duplication	1	[114]
	Potentially inappropriate medications	2	[10, 79]
	Use of multiple medications concurrently and the use of additional medications to correct adverse effects	1	[115]
	Use of medications which are not clinically indicated	1	[116]
	More drugs being prescribed or taken than are clinically appropriate in the context of a patient's comorbidities	1	[12]
Appropriate polypharmacy	Optimisation of medications for patients with complex and/or multiple conditions where medicine usage agrees with best evidence	1	[117]
Rational polypharmacy and indiscriminate prescribing	Rational polypharmacy recognizes legitimate prescribing and indiscriminate prescribing suggests inappropriate prescribing (the terms "legitimate prescribing" and "inappropriate prescribing" were not explained)	1	[118]
Pseudopolypharmacy	Patients being recorded as taking more medications than they are actually taking	1	[119]

Figura 1: Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G.E., What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017 Oct 10;17(1):230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2. PMID: 29017448; PMCID: PMC5635569.

Non è raro osservare, specie nella popolazione anziana, che la comparsa o l'esacerbazione di una malattia possa essere indotta dall'uso di un farmaco e dall'interazione tra due o più farmaci. Le interazioni rappresentano una componente significativa delle cause di reazioni avverse ai farmaci, anche se rimangono difficili da quantificare: si stima che il 10-15% dei pazienti che ricevono una politerapia farmacologica vada incontro a interazioni di rilevanza clinica, anche se questo dato potrebbe essere sottovalutato se si considera che le interazioni non sempre sono identificate come tali e segnalate (Ferrara *et al.*, 2013).

L'impiego sempre più diffuso di erbe e preparati omeopatici pone inoltre il problema di possibili interazioni tra le sostanze attive in essi contenuti e i farmaci convenzionali. Le interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche sono tanto più probabili quanto più numerosi sono i farmaci impiegati in politerapia, e anzi crescono in modo esponenziale. L'esito di tali interazioni può essere lieve – cioè passare inosservato per mancanza di evidenza clinica – oppure grave, e sempre in funzione della posologia in termini di dose e tempo di esposizione. Le interazioni possono manifestarsi frequentemente fin dall'inizio della somministrazione del composto. Esse possono riguardare interferenze nella fase farmacocinetica, e quindi manifestarsi durante assorbimento, distribuzione, metabolismo ed escrezione dei farmaci. Le interazioni farmacodinamiche, invece, si riferiscono agli effetti risultanti dalle interazioni specifiche dei farmaci con i loro target biologici o recettori, effetti che possono essere additivi, sinergici o antagonisti e sono in generale più prevedibili. Spesso, i farmaci interagiscono con meccanismi multipli operanti in concerto, anche se generalmente predomina un solo meccanismo (Ferrara *et al.*, 2013).

L'incidenza e la frequenza di eventi avversi causati dall'impiego non appropriato di farmaci all'interno di una politerapia e dalle possibili interazioni è oggi più alta che in passato. L'aumento dell'età media della popolazione e, quindi, della necessità di controllare patologie multiple coesistenti, l'intervento di più medici – spesso specialisti di settore – nelle prescrizioni, l'automedicazione con prodotti da banco e la comparsa di

sempre nuovi prodotti di libero acquisto sono alcune delle cause alla base delle interazioni tra farmaci o tra farmaci e sostanze biologicamente attive. Va sottolineato, inoltre, che l'identificazione delle reazioni avverse è resa più difficoltosa anche dalla necessità di distinguere gli effetti avversi del farmaco dalla sintomatologia legata alle comorbidità. Tuttavia, l'individuazione di terapie efficaci e sicure è indispensabile proprio nella popolazione anziana, in cui comorbidità e polifarmacoterapia si associano a una ridotta riserva fisiologica, che può sensibilmente modificare il metabolismo dei farmaci, e a modifiche età-dipendenti della farmacocinetica e della farmacodinamica (Ferrara *et al.*, 2013).

Nell'ambito del complesso rapporto multimorbosità/poli-farmacoterapia, non vanno sottaciuti gli errori che si generano durante il processo di medicazione, che possono realizzarsi in qualsiasi momento del processo stesso: dall'identificazione dei farmaci più appropriati, all'atto della prescrizione, alla fase di trascrizione (il processo di inserimento manuale dei farmaci nella ricetta medica), dalla dispensazione dei farmaci alla loro somministrazione (Ferrara *et al.*, 2013).

Nell'articolo di Lindley *et al.* (1992), nell'ambito dell'indagine sulla relazione tra farmaci inappropriati e la comparsa di reazioni avverse, viene evidenziato che circa il 50% delle reazioni avverse è attribuibile a farmaci non necessari al paziente. Da qui l'importanza di condurre periodicamente una revisione e riconciliazione della terapia farmacologica, tenendo in considerazione che alcuni farmaci presentano assolute controindicazioni in condizioni specifiche.

La riconciliazione della terapia farmacologica è stata affrontata nella Raccomandazione 17 del Ministero della Salute nel 2017.

La Scheda di Ricognizione/Riconciliazione deve essere di facile utilizzo, disponibile e conosciuta da tutti i professionisti individuati dalla procedura.

Il professionista (medico, infermiere, ostetrica, farmacista) individuato dalla procedura e che abbia parte attiva nel processo terapeutico, effettua la Ricognizione nell'immediatezza della presa in carico del paziente e comunque entro 24 ore dalla stessa, tranne che nelle situazioni di emergenza o qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili; in tali casi la Ricognizione potrà essere condotta o completata successivamente anche dopo le nuove disposizioni di farmaci correlate alla situazione clinica emergente. Qualora la Ricognizione sia eseguita da più professionisti sanitari è necessario che sia utilizzata la stessa Scheda.

La Riconciliazione va effettuata appena disponibili i dati della Ricognizione e prima della prescrizione; in alcuni casi, dettati dall'urgenza e contemplati dalla procedura, può essere espletata successivamente. Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione; confronta la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica.

Il farmacista, per il ruolo che riveste all'interno della struttura sanitaria e per le conoscenze specifiche che gli derivano dalla professione, supporta il medico sia nella fase di Ricognizione sia nella fase di Riconciliazione; collabora, inoltre, alla predisposizione della Scheda di Ricognizione/Riconciliazione prevista dalla procedura e all'individuazione di indicatori per il monitoraggio della implementazione della presente Raccomandazione

1.2.1 Definizione di aderenza alla terapia

Nel 2001 l'OMS promosse e coordinò un gruppo di lavoro il cui obiettivo era quello di definire il termine “aderenza”, descrivere le sue diverse componenti e fornire una prima base di evidenze scientifiche riguardanti le terapie a lungo termine. Il punto di partenza considerava “aderenza” come “la misura in cui il paziente segue le istruzioni mediche”. Appariva subito inadeguata l'espressione “istruzioni mediche” applicata alle patologie croniche e a lungo termine, per due motivi: il primo riguardava il concetto di “istruzione”, che imponeva per il paziente un ruolo passivo, compliant, accomodante rispetto, invece, al modello di paziente cui era evidente si dovesse tendere, più informato, competente, attivo; il secondo era legato al fatto che, vista la gamma di molteplici trattamenti, terapie, indicazioni, raccomandazioni usati nella cronicità, occorre contestualizzare approcci e obiettivi. In particolare, gli esperti concordavano che l'aderenza ai trattamenti riflette il profilo comportamentale di ciascuna persona nell'implementazione della terapia: nel mantenere l'attenzione al trattamento, prendere i farmaci in modo corretto e appropriato, ottenere i risultati voluti con le terapie e trattamenti, seguire le visite di follow-up, modificare il proprio comportamento a seconda del tipo di patologia di cui si è affetti, incluse le norme igieniche, la prevenzione delle complicanze e dei rischi per la salute (Ryan *et al.* 2014; Sabaté & World Health Organization., 2003; Smith *et al.*, 2021).

Il consenso generale della comunità scientifica ha portato all'adozione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità della seguente definizione che combina quelle date da Haynes e Rand: l'aderenza rappresenta il grado in cui un comportamento di una persona – nell'assumere la terapia, seguire una dieta e/o apportare cambiamenti al proprio stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni concordate con i professionisti sanitari:

the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider (OMS, 2003).

Nella revisione sistematica condotta su più di 18,867 citazioni selezionate da diverse banche dati scientifiche (Nieuwlaat *et al.*, 2014) viene introdotto un altro importante concetto: la concordanza. Se l'aderenza è intesa come una dichiarazione di fatto del paziente, la concordanza include, invece, un accordo consensuale sull'assunzione del trattamento stabilito tra paziente e medico e/o professionista sanitario basato sull'alleanza terapeutica.

La Commissione Europea ha finanziato un progetto nell'ambito del 7° Programma Quadro dal titolo *Ascertaining Barriers for Compliance: policy for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe* finalizzato a produrre delle raccomandazioni *evidence based oriented* per migliorare l'aderenza del paziente al trattamento e di conseguenza l'uso dei farmaci in Europa. Uno dei principali scopi era di standardizzare il termine di “aderenza” per l'uso clinico e la ricerca. La pubblicazione della Tassonomia ABC (Fig. 2) è stata un importante traguardo per lo sviluppo successivo della standardizzazione della ricerca sull'aderenza (Vrijens *et al.*, 2012).

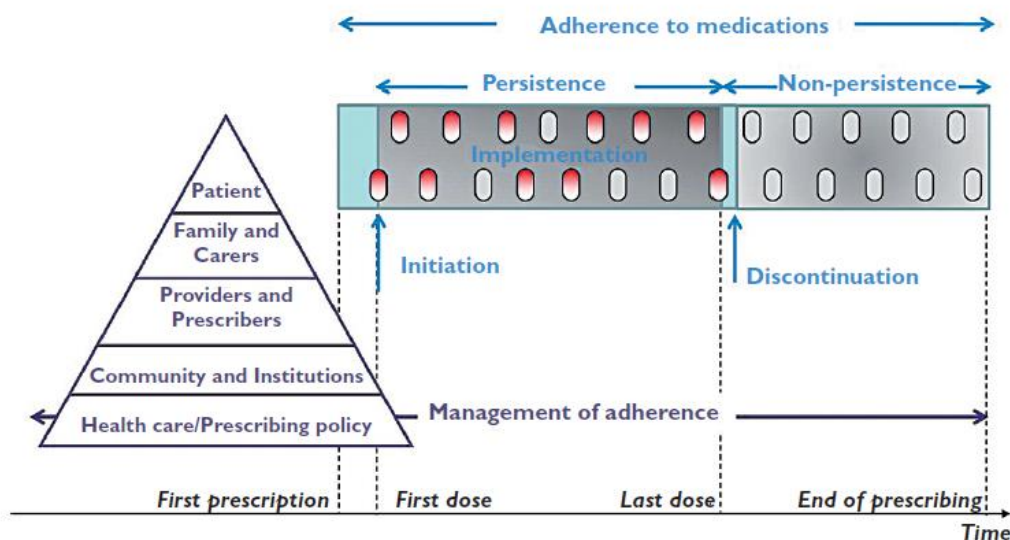


Figura 2: Illustrazione del processo di aderenza alla terapia (linea blu) e del processo di gestione dell'aderenza (linea nera). Fonte: Vrijens et al., 2012

Tre sono gli elementi selezionati per descrivere l'aderenza: l'inizio, l'implementazione e la persistenza nel tempo. L'inizio è segnato dal momento in cui il paziente assume la prima dose di una terapia prescritta ed è tipicamente un evento binario: i pazienti iniziano a prendere i loro farmaci in un determinato momento. L'implementazione è la misura in cui il dosaggio effettivo di un paziente corrisponde al regime di dosaggio prescritto, dall'inizio fino all'assunzione dell'ultima dose – è una descrizione longitudinale del comportamento del paziente nel tempo, ovvero la sua storia relativa alla messa in atto del regime farmacologico prescritto. La persistenza è il tempo trascorso dall'inizio, fino all'eventuale interruzione del trattamento (ovvero “time to event”); dopo la sospensione, può seguire un periodo di non persistenza fino alla fine del periodo di prescrizione.

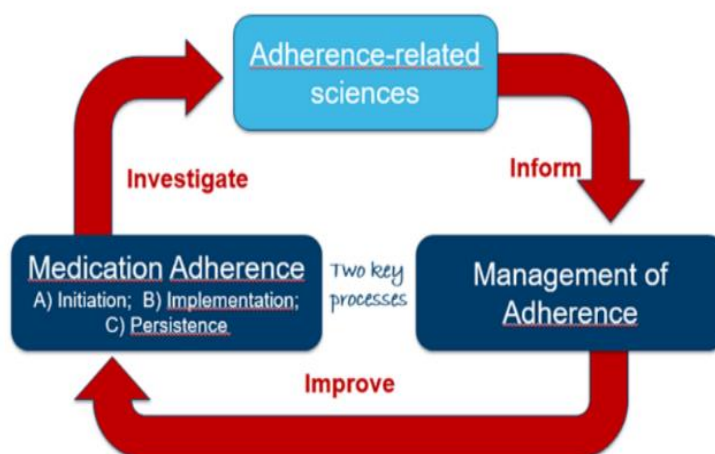


Figura 3: the closed loop and intended actions between the two key processes related to medication adherence. tradurre e riportare il riferimento bibliografico da cui è stata tratta

Accanto all'aderenza alla terapia come processo caratterizzato da inizio, implementazione e persistenza nel tempo, troviamo il concetto di "gestione dell'aderenza" come processo che consiste nel monitoraggio e supporto all'aderenza dei pazienti alla terapia farmacologica, realizzato da sistemi sanitari, operatori sanitari, pazienti e loro reti. Obiettivo è aiutare i pazienti a seguire i piani terapeutici di medicinali possibilmente adeguatamente prescritti al fine di massimizzare i loro effetti benefici e minimizzare i loro danni (Rahman *et al.*, 2016).

Un segnale di cambiamento forte per il nostro Paese è avvenuto nel 2021, in occasione della pubblicazione delle Linee guida intersocietarie per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia³, che sottolineano con forza nella Raccomandazione 6 l'importanza di un approccio individuale alla gestione del paziente con multimorbilità e polifarmacoterapia:

APPROCCIO INDIVIDUALE AL PAZIENTE CON MULTIMORBILITÀ E/O POLIFARMACOTERAPIA Gli interventi per ridurre la polifarmacoterapia e ottimizzare il trattamento farmacologico devono essere basati su una valutazione multidimensionale del paziente con, se possibile, un approccio multidisciplinare, sul coinvolgimento attivo del paziente e/o del caregiver e sull'identificazione della prescrizione inappropriata attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza e/o l'utilizzo di strumenti di supporto informatico alla prescrizione. È importante garantire un adeguato follow-up del paziente per valutare l'aderenza all'intervento proposto, rilevare e gestire eventuali sintomi conseguenti alla de-prescrizione.

Individuando come oggetto della raccomandazione con effetto positivo forte la personalizzazione della presa in carico del paziente con multimorbilità e/o polifarmacoterapia, il coinvolgimento attivo del paziente e quello del *caregiver*, si conferma la necessità di un cambio di prospettiva: dalla *compliance* all'aderenza alla terapia, si va verso la concordanza e la *shared decision making*.

Sempre nel 2021, l'evoluzione del confronto internazionale sulla tassonomia ABC ha portato a sviluppare una linea di ricerca sulla validazione linguistica in lingua italiana da parte di un gruppo di ricercatori italiani coordinato dall'Università degli Studi Federico II di Napoli. Si rifà al progetto internazionale "*Ascertaining Barriers for Compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe*" promosso da ESPACOMP (*International Society for Medication Adherence*) per armonizzare la terminologia della Tassonomia ABC, proposta per la prima volta in inglese e successivamente tradotta in francese e tedesco (Vrijens B, *et al.* 2013; Haag M, *et al.* 2019).

La Tassonomia ABC si compone di sette espressioni e rispettive definizioni: 1) *medication adherence*; 2) *initiation*; 3) *implementation*; 4) *persistence*; 5) *discontinuation*; 6) *management of adherence*; 7) *adherence-related sciences*.

In lingua italiana la tassonomia originale *Ascertaining Barriers for Compliance (ABC)* sull'aderenza ai farmaci, proposta per la prima volta nel 2012 da Vrijens. Lo studio è stato condotto secondo i metodi preferiti per la traduzione della tassonomia ABC per l'aderenza ai farmaci adottati dall'ESPACOMP. I passaggi chiave includevano: (1) una revisione sistematica della letteratura utilizzando PubMed ed Embase secondo le Linee guida PRISMA per identificare i termini e le definizioni italiani pubblicati e gli esperti italiani

³ Società scientifiche partecipanti SIGG – SIGOT – SIMG – SIMI – FADOI – SIF, Linee guida pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 4 giugno 2021, dell'Istituto Superiore di Sanità.

di aderenza; (2) una traduzione anticipata di termini e definizioni; (3) selezione dei relatori; (4) un'indagine Delphi in tre fasi.

Dalla revisione sistematica, 19 studi hanno permesso di individuare 4 termini, 4 definizioni e 767 esperti italiani. A questi si sono aggiunti i membri italiani dell'ESPACOMP e gli esperti del campionamento a valanga. Gli esperti italiani di aderenza individuati hanno ricevuto il questionario Delphi. La tassonomia ABC italiana è stata ottenuta dopo tre cicli di indagine Delphi, raggiungendo almeno un moderato consenso sulla denominazione e sulla definizione inequivocabili dei termini correlati all'aderenza ai farmaci.

La tassonomia riportata nella Figura 4 è destinata ad essere utilizzata nei campi della ricerca, accademici e professionali al fine di armonizzare la terminologia di aderenza ed evitare confusione nel confrontare i risultati della ricerca.

English Taxonomy	English Definition	Italian Taxonomy	Italian Definition
Adherence to medication	The process by which patients take their medications as prescribed	Aderenza alla terapia farmacologica (3rd, 61%)	Il processo attraverso cui i pazienti assumono i loro farmaci come prescritto (3rd, 64%)
Initiation	The process starts with initiation of the treatment, when the patient takes the first dose of a prescribed medication	Inizio della terapia farmacologica (2nd, 58%)	Il processo inizia con l'inizio del trattamento, quando il paziente assume la prima dose di un farmaco prescritto (3rd, 64%)
Implementation	The process continues with the implementation of the dosing regimen, defined as the extent to which a patient's actual dosing corresponds to the prescribed dosing regimen, from initiation until the last dose is taken	Effettiva assunzione della terapia al dosaggio prescritto (3rd, 64%)	Il processo continua con il raggiungimento del regime di dosaggio farmacologico prescritto, definito come la misura in cui il dosaggio effettivamente assunto dal paziente corrisponde a quello prescrittogli, dall'inizio della terapia fino all'assunzione dell'ultima dose (2nd, 61%)
English Taxonomy	English Definition	Italian Taxonomy	Italian Definition
Persistence	Discontinuation marks the end of therapy, when the next dose to be taken is omitted and no more doses are taken thereafter	Persistenza alla terapia farmacologica (2nd, 61%)	La persistenza è il periodo di tempo tra l'inizio della terapia e l'ultima dose assunta immediatamente precedente l'interruzione (3rd, 64%)
Discontinuation	Persistence is the length of time between initiation and the last dose, which immediately precedes discontinuation	Interruzione della terapia farmacologica (2nd, 61%)	L'interruzione definisce la fine della terapia, quando la dose successiva da assumere viene omessa e non vengono più assunte altre dosi (2nd, 66%)
Management of adherence	It is the process of monitoring and supporting patients' adherence to medications by health care systems, providers, patient, and their social networks. The objective of management of adherence is to achieve the best use by patients, of appropriately prescribed medicines, in order to maximize the potential for benefit and minimize the risk of harm	Gestione dell'aderenza terapeutica (2rd, 81%)	È il processo di monitoraggio e sostegno dell'aderenza alla terapia dei pazienti da parte dei sistemi e degli operatori sanitari, dei pazienti e delle loro reti sociali. L'obiettivo della gestione dell'aderenza è quello di ottenere, da parte dei pazienti, il miglior utilizzo possibile dei farmaci adeguatamente prescritti, al fine di rendere massimo il beneficio e minimo il rischio di danno (3rd, 75%)
Adherence-related sciences	This element includes the disciplines that seek understanding of the causes or consequences of differences between the prescribed (i.e., intended) and actual exposures to medicines. The complexity of this field, as well as its richness, results from the fact that it operates across the boundaries between many disciplines, including but not limited to medicine, pharmacy, nursing, behavioral science, sociology, pharmacometrics, biostatistics, and health economics	Scienza rivolta allo studio dell'aderenza (3rd, 65%)	Questo elemento include le discipline che mirano a comprendere le cause o le conseguenze della differenza tra l'esposizione prescritta ai farmaci (cioè prevista dal medico prescrittore) e l'esposizione effettiva. La complessità di questo campo di ricerca, così come la sua ricchezza, derivano dal fatto che esso opera oltre i confini di diverse discipline, tra le quali, ma non solo, la medicina, la farmacia, le scienze infermieristiche, le scienze comportamentali, la sociologia, la farmacometria, la biostatistica, e l'economia sanitaria (2nd, 57%)

Figura 4: Definizioni della Tassonomia ABC in Mucherino S., Maffoni M., Cena C., Armando L. G., Guastavigna M., Orlando V., ... & Collaborative Working Group. (2023, March). Italian Translation and Validation of the Original ABC Taxonomy for Medication Adherence. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 6, p. 846)

1.3 Le dimensioni del problema

La scarsa aderenza alle prescrizioni mediche è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società. Si verifica in particolare nei pazienti affetti da più patologie croniche che seguono schemi terapeutici a volte complessi per la compresenza di diversi farmaci.

Per descrivere in modo quantitativo l'aderenza terapeutica, il dato può essere espresso come percentuale, calcolata mettendo in rapporto il numero delle persone che seguono scrupolosamente tutte le prescrizioni mediche rispetto al numero totale delle persone che dovrebbero seguire quelle stesse terapie.

In Italia, secondo il Rapporto OsMed 2013, poco più della metà (55,1%) dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa assume il trattamento farmacologico antipertensivo prescritto con continuità. Recenti studi osservazionali rivelano che quasi il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento nei primi tre mesi di terapia e oltre il 70% nei primi 6 mesi. I dati provenienti dai database amministrativi delle ASL mostrano che nel 2012 la percentuale di pazienti aderenti è risultata solo del 38,4%, sebbene in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+2,9% rispetto al 2011), mentre per gli antidiabetici la percentuale di pazienti aderenti al trattamento è stata pari al 62,1%. Bassi livelli di aderenza al trattamento (14,3%), in lieve aumento rispetto al 2011 (+2,4%), si registrano anche per l'asma e la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Per tutte le classi terapeutiche si registra in genere una aderenza più bassa al Sud Italia (Cas & Raschetti, 2012).

Nel 2018, la popolazione anziana in Italia, con età pari o superiore ai 65 anni, è risultata pari a circa 14 milioni di individui, dei quali circa 6 milioni di genere maschile e 8 milioni di genere femminile. L'analisi del consumo di farmaci nelle persone che nel 2018 hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica ha evidenziato come il numero di DDD (*Defined Daily Dose*)/1000 utilizzatori die sia stato maggiore negli uomini rispetto alle donne (3.332 vs 2.862 rispettivamente) e come il 98% degli anziani nel corso del 2018 abbia ricevuto almeno una prescrizione farmacologica, senza differenze significative di prevalenza d'uso tra i due generi. L'andamento delle dosi e della spesa farmaceutica nella popolazione anziana aumenta con l'età, fino alla fascia 80-84 anni, per poi ridursi lievemente nella fascia di utilizzatori con età uguale o superiore agli 85 anni. Differenze tra i generi sono osservabili in tutte le fasce d'età, con gli uomini che risultano consumare e spendere di più delle donne.

Nell'intera popolazione anziana (≥ 65 anni) è stata registrata l'assunzione di un numero medio di 6.7 diverse sostanze per persona, con un valore medio più basso, pari a 5.4, registrato nella fascia di età 65-69 anni e un valore medio più elevato di 7.7 sostanze registrato nei soggetti con età pari o superiore agli 85 anni. In entrambi i generi si è osservato il progressivo incremento del numero dei principi attivi (da 5,3 sostanze nei 65-69 anni a 7,8 diverse sostanze negli uomini di età pari o superiore a 85 anni mentre le donne assumono 5,6 sostanze diverse nella fascia tra 65-69 anni e 7,7 differenti principi attivi con età pari o superiore agli 80 anni) (AIFA, 2019).

Maggior aderenza significa minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. La popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo

dell'aderenza alle terapie, specie in compresenza di più patologie. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di vecchiaia, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici. L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN⁴.

Una recente revisione sistematica Cochrane, che analizza gli effetti degli interventi attuati nella pratica clinica per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle terapie farmacologiche nelle malattie acute e croniche in popolazioni e contesti differenti, ha messo in evidenza che, a fronte dell'aderenza alla terapia come *outcome* più comunemente usato, non esiste un metodo che risulti il più efficace per ogni patologia, popolazione o contesto mentre esistono diversi potenziali percorsi per ottimizzare l'uso dei farmaci (Ryan et al., 2014).

Le strategie che sembrano efficaci nel migliorare l'utilizzo dei farmaci comprendono i programmi di auto-monitoraggio e auto-gestione dei medicinali; inoltre sembrano promettenti i regimi semplificati di dosaggio e il coinvolgimento diretto dei farmacisti nella gestione dei farmaci.

Alpert definisce come paradigma clinico il fatto che “più farmaci vengono prescritti a un paziente, maggiore è la probabilità di non conformità. Ciò è vero soprattutto in un paziente anziano con capacità visive o funzione cognitiva ridotte. Il tasso medio di aderenza per i pazienti statunitensi che assumono un farmaco una volta al giorno è dell'80%. Purtroppo, questo numero diminuisce rapidamente se ai pazienti vengono prescritti più farmaci o se li devono assumere più di una volta al giorno; ad esempio, l'aderenza è solo il 50% per i farmaci che devono essere assunti 4 volte al giorno. Infatti, ben il 75% di tutti i pazienti e il 50% degli individui con malattie croniche non riescono ad aderire al regime medico prescritto. È stato stimato che il costo economico della mancata aderenza negli Stati Uniti è pari a 100 miliardi dollari l'anno!” (Alpert, 2014; OMEG 2013, 2018).⁵

“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. Sbagliano, ma è proprio tutta colpa loro?” (J.P. Assal, 1999).

1.3.1 I determinanti della non aderenza alla terapia e l'identificazione di interventi efficaci per il suo miglioramento

Le cause della mancata o della scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socioeconomici, fattori legati al sistema sanitario e al team di operatori sanitari, alla condizione patologica, al trattamento e al paziente. Tra gli esempi più comuni la complessità del trattamento, l'inconsapevolezza della malattia, il *follow-up* inadeguato, il decadimento cognitivo e la depressione, la scarsa informazione in merito alle terapie (Kardas *et al.*, 2013).

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

5 <https://www.aifa.gov.it/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>

Alpert afferma, in un editoriale del 2014 pubblicato sulla rivista *American Journal of Medicine*: “se c’è una caratteristica della pratica clinica quotidiana che trovo frustrante, questa è il fallimento nel convincere i pazienti a seguire le raccomandazioni cliniche quando è chiaramente nel loro interesse” (Alpert, 2014). Inoltre, Alpert (2014) individua una serie di ragioni per la mancata osservanza delle prescrizioni di un farmaco, quali la dimenticanza, il costo dei medicinali, la mancata comprensione del regime farmacologico, che a volte è dovuta a insufficiente spiegazione da parte del medico, l’ansia creata da un eccesso di enfasi sulle potenziali reazioni avverse di un farmaco, la mancanza di fiducia nel giudizio del medico. In più, “l’eccessivo carico di impegni cui sono sottoposti i medici prescrittori nella pratica clinica può portare ad una spiegazione breve e forse inadeguata della logica che sta alla base di una determinata prescrizione di un farmaco” (Alpert, 2014).

La comprensione dei motivi per cui viene prescritto un dato farmaco è importante per il paziente ed è uno dei fattori favorevoli all’aderenza alla terapia. Altre azioni possibili sono: valutare il numero di farmaci e la complessità del regime terapeutico per ogni paziente ed eliminare quanti più farmaci possibile, così come cercare di prevedere un numero limitato di assunzioni giornaliere (deprescrizione); individuare il regime farmacologico sulla base della percezione della capacità di spesa del paziente e di adesione al protocollo prescritto; dare al paziente un pro-memoria scritto che elenchi i farmaci, inclusi le modalità e i tempi in cui questi vanno assunti; sviluppare un rapporto di dialogo e di fiducia con il paziente ed educare sulle indicazioni e sull’uso dei farmaci. (Kardas *et al.*, 2013).

In una revisione della letteratura sugli interventi per migliorare gli *outcome* nei pazienti con comorbidità è stata applicata la tassonomia *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC 2002) per classificare i risultati della ricerca. Le categorie sono: interventi sui professionisti (formazione, metodi di lavoro etc), incentivi economici (ad esempio ai provider per raggiungere il target dei trattamenti), interventi organizzativi (ad esempio includere un case manager per la gestione dei pazienti cronici), interventi orientati ai pazienti (ad esempio l’educazione terapeutica, percorsi di self management), e gli interventi delle autorità regolatorie (ad esempio modifiche ai regolamenti per migliorare la disponibilità dei farmaci).

Tra gli interventi che hanno avuto esiti statisticamente significativi troviamo:

- nell’ambito organizzativo il case management e il coordinamento delle cure per il rafforzamento delle abilità in team multidisciplinari in aggiunta allo standard;
- nell’area del comportamento del paziente, i sistemi di conteggio automatico delle capsule, anche se non risultano efficaci nel caso di pazienti con patologie mentali. Continuando in questa revisione della letteratura, particolarmente interessanti sono gli interventi che hanno ottenuto risultati statisticamente significativi:
 - nelle aree legate ai provider (prescrittori, farmacisti etc) come la prescrizione dei medici di famiglia, la gestione dei farmaci,
 - nell’applicazione dell’assessment chiamato *Patient assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) score per la valutazione della qualità delle cure ricevute,
 - nell’accettabilità dei servizi,
 - nei costi dei farmaci.

Sono almeno sei le condizioni riconosciute in letteratura che possono determinare una scarsa aderenza alla terapia da parte delle persone affette da una o più patologie

(Braido *et al.*, 2016; Fenton *et al.*, 1986; Hamood *et al.*, 2016; Kardas *et al.*, 2013; Kirwan *et al.*, 2015; Korpershoek *et al.*, 2016; Oates *et al.*, 2017; Pagès-Puigdemont *et al.*, 2019; Penedo *et al.*, 2006; Tamblyn *et al.*, 2014; Wulaningsih *et al.*, 2018):

- la non autosufficienza: quando la persona non è in grado di assumere autonomamente la terapia (ad esempio in caso di patologie legate alla salute mentale);
- la non comprensione: quando la persona non comprende pienamente e completamente le motivazioni che sottendono la prescrizione e, quindi, la necessità di assumere la terapia;
- il rapporto costo-beneficio non adeguato: la persona non percepisce come adeguato il rapporto tra il costo della terapia (dall'acquisto all'attività di preparazione e di assunzione) e i benefici che ne derivano;
- le convinzioni personali e aspettative: quando la persona non assume la terapia per valori e per principi personali;
- la mancanza di efficacia terapeutica: la persona non avverte un miglioramento e, dunque, preferisce interrompere il piano terapeutico;
- la complessità del piano terapeutico, che la persona non riesce a seguire in modo corretto.

La polifarmacoterapia rappresenta un fattore che complica ulteriormente l'aderenza terapeutica non solo perché, come è già stato detto, più è alto il numero di farmaci assunti, maggiore è il rischio di reazioni avverse e di interazioni farmacologiche, ma anche perché i farmaci sono spesso prescritti da più medici prescrittori, che lavorano in modo indipendente l'uno dall'altro creando discontinuità/sovrapposizioni/duplicazioni nel percorso terapeutico del paziente affetto da patologie croniche, determinando modifiche e potenziali errori nelle prescrizioni.

Per facilitare la comprensione della non aderenza alla terapia, possiamo classificare la mancata aderenza dei pazienti in due categorie (Iihara *et al.*, 2014):

- la *non aderenza intenzionale*, che si verifica quando il paziente decide consapevolmente di non assumere la terapia e/o di non seguire il trattamento in modo consapevole;
- la *non aderenza non intenzionale*, che si verifica quando il paziente non segue la terapia e/o i trattamenti in modo corretto perché non consapevole e non informato adeguatamente.

Nella prima categoria, occorre coinvolgere il paziente e analizzare i motivi per cui non vuole assumere la terapia e/o seguire i trattamenti prescritti. Spesso occorre fare un percorso con professionisti esperti in grado di attivare una riflessione sulle scelte giungendo così al convincimento del paziente dell'utilità della terapia. Sono situazioni molto complesse che richiedono competenze specifiche da parte dei professionisti della salute.

La seconda categoria è quella su cui le scienze dell'educazione possono intervenire con più efficacia in continua interazione con l'equipe sanitaria costituita da medici, infermieri, farmacisti, educatori, psicologi, operatori socio-sanitari.

L'OMS definiva l'aderenza terapeutica come "il grado in cui il paziente segue le raccomandazioni del medico riguardanti le dosi, i tempi e la frequenza dell'assunzione del farmaco per l'intera durata della terapia". Haynes RB (1979) e Rand (1993) definiscono l'aderenza terapeutica come "la misura in cui il comportamento di una persona – nell'assumere farmaci, seguire una dieta e/o attuare cambiamenti nello stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni di professionisti sanitari condivise dal paziente" adottata dall'OMS (2003).

1.3.2 Come valutare l'aderenza alla terapia

La stima dell'aderenza terapeutica è difficilmente determinabile nella pratica clinica. In letteratura si possono individuare due categorie di sistemi di misurazione: metodi diretti e indiretti. I metodi diretti comprendono l'osservazione diretta dell'assunzione del farmaco, la misura della concentrazione del farmaco o di un metabolita nel sangue o nelle urine. Tuttavia, questi metodi sono in realtà poco praticabili sia su larga scala sia su base individuale e tendono ad essere talora costosi. I metodi indiretti includono questionari, contapillole, la misurazione dei marcatori biologici (es., i livelli di colesterolo LDL) o la compilazione di un diario di assunzione dei farmaci. Sebbene meno onerosi, in alcuni casi sono inevitabilmente soggetti alla mistificazione volontaria o meno da parte del paziente (Volpe *et al.*, 2014).

L'aderenza alla terapia richiede una valutazione del comportamento del paziente necessaria alla pianificazione di un trattamento efficace e per garantire che gli *outcome* raggiunti possano effettivamente essere attribuiti agli schemi raccomandati. Le decisioni sulle raccomandazioni, sui farmaci, sui cambiamenti degli stili di vita dovrebbero essere fornite insieme al paziente e/o al caregiver, così come previsto, ad esempio, dalle linee guida della NICE. Non esiste un "gold standard" per misurare il comportamento di aderenza, mentre in letteratura esistono una varietà di strategie.

Alcuni recenti studi hanno affermato che esistono due classi di strumenti di valutazione: quelli soggettivi e quelli oggettivi.

Gli strumenti di valutazione soggettiva consistono ad esempio nel chiedere ai professionisti, ai pazienti e ai caregiver le loro percezioni, i loro vissuti rispetto al comportamento adottato nei confronti della terapia. Purtroppo, però, quando i professionisti valutano il grado in cui i pazienti seguono le raccomandazioni sovrastimano l'aderenza mentre sottostimano, ad esempio, i racconti dei pazienti in caso di eventi avversi e/o reazioni negative ai trattamenti.

I pazienti che rivelano di non aver seguito i consigli sul trattamento tendono a descrivere accuratamente il loro comportamento, mentre i pazienti che negano di non aver seguito le raccomandazioni riportano il loro comportamento in modo impreciso.

Gli strumenti di valutazione oggettiva possono inizialmente sembrare più efficaci rispetto agli strumenti soggettivi. In realtà presentano degli svantaggi nella rilevazione dei dati correlati all'aderenza alla terapia.

Ad esempio, il conteggio delle unità di dosaggio rimanenti come le compresse, possono essere conteggiate durante le visite mediche di *follow up*; tuttavia, questo tipo di conteggio è impreciso e di solito comporta una sovrastima dell'aderenza e informazioni importanti quali la tempistica del dosaggio e i modelli di dosaggi mancati, non vengono raccolte. Una recente innovazione è il dispositivo di monitoraggio elettronico (MEMS)

che registra l'ora e la data di apertura di un contenitore per farmaci, descrivendo meglio il modo in cui i pazienti assumono i loro farmaci. Sfortunatamente, il costo di questi dispositivi limita la loro diffusione.

I database delle farmacie possono essere utilizzati per verificare i tempi con cui le prescrizioni vengono messe in atto (inizio, implementazione, sospensione, fine di una terapia).

I marcatori biochimici possono rappresentare una modalità per valutare l'aderenza. Aggiungere marcatori biologici non tossici ai farmaci può permettere di valutare la loro presenza nel sangue e/o nelle urine rappresentando così un'evidenza dell'assunzione del farmaco. Questa valutazione però può determinare risultati non corretti perché influenzati da una varietà di singoli fattori tra cui dieta, assorbimento e tasso di escrezione del farmaco.

Il limite di questi approcci di misurazione oggettiva è che non possono fornire una stima del comportamento effettivo di un paziente. Molte delle strategie di misurazione oggettive sono costose (ad es. MEMS) o dipendono da tecnologie informatiche (ad es. Banche dati di farmacie) che non sono sempre disponibili.

AdhereR è un software open-source sviluppato nell'ambito del Progetto ALD finanziato dal 7° Programma Quadro della Commissione Europea che ha la finalità di supportare i ricercatori nella stima dell'aderenza terapeutica basata sui dati sanitari elettronici, nel visualizzare la storia individuale della terapia e nei modelli di aderenza. Si basa sulla definizione di Aderenza di ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) e la misura viene condotta su popolazioni che rispettino due condizioni: tutti i pazienti vengono selezionati per regimi di dosi fisse per un periodo uguale o più lungo del periodo di tempo osservato e che almeno un evento terapeutico sia registrato in questo periodo per ciascun paziente. Gli eventi terapeutici sono tracce individuali delle prescrizioni o delle disponibilità di una specifica terapia per un paziente in un tempo dato.

Il processo con cui un paziente “aderisce” alle indicazioni del suo medico nel contesto della prescrizione di una terapia si esplica, come già ricordato, mediante tre fasi (Vrijens *et al.*, 2012):

- *initiation*, momento di assunzione della prima dose della terapia prescritta;
- *implementation*, pattern terapeutico che corrisponde alla messa in atto di quanto prescritto dal medico;
- *discontinuation*, momento in cui il paziente smette di prendere il farmaco, per qualsiasi ragione.

L'adesione alle prescrizioni farmacologiche rappresenta un comportamento individuale e generalmente comprende (Mazzaglia *et al.*, 2011):

- l'aderenza: assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta).
- persistenza terapeutica, ossia il mantenimento nel tempo di una terapia farmacologica.
-

Esistono due formule in grado di cogliere il fenomeno dell'aderenza alla terapia:

- Medical Possession Ratio (MPR) $MPR = \text{numero di giorni di fornitura del medicinale} / \text{Intervallo tra prima e ultima prescrizione (più giorni ultima prescrizione)}$

- Persistenza al trattamento: “tempo intercorrente fra l’inizio e l’interruzione di un trattamento farmacologico prescritto”. Si verifica un’interruzione (evento in studio) se, tra la fine teorica di una prescrizione e l’inizio della successiva o il termine del *follow up*, si osserva un gap temporale maggiore di 60 giorni (periodo di tolleranza).

I fattori alla base della scarsa aderenza alla terapia sono, infatti, molteplici, ma possono essere divisi grossolanamente in quelli pertinenti il paziente, il medico prescrittore, il sistema sanitario e l’ambiente. Del primo gruppo fanno parte la mancanza di sostegno sociale, le remore circa i farmaci ed i loro effetti avversi, le limitazioni culturali e psicologico/cognitive, la scarsa conoscenza della propria patologia e la presenza di molteplici comorbidità (Volpe et al., 2014). Le responsabilità del medico sono più frequentemente riconducibili alla scarsa comunicazione con i pazienti e alla complessità dei piani terapeutici. Il sistema sanitario influenza l’aderenza soprattutto tramite la disponibilità ed i sistemi di rimborso, il prezzo del farmaco e l’accesso al follow-up da parte del paziente, ma anche il fatto che le confezioni e la presentazione dei medicinali, specie se generici, cambino frequentemente può avere un ruolo importante. I motivi ambientali si riferiscono alle condizioni più disparate, per esempio, l’accessibilità alle nuove prescrizioni o al “refilling” dei farmaci o, all’opposto, la circolazione incontrollata di notizie di stampa che possono sollevare preoccupazioni talora ingiustificate circa i farmaci e la loro sicurezza (Volpe et al., 2014).

1.3.3 Impiego di *digital drug support*: soluzione o discriminante?

Una delle soluzioni a supporto dell’aderenza alla terapia e al trattamento in fase di sviluppo è rappresentato dallo sfruttamento della tecnologia digitale, con il ricorso ai *digital drug support*. Nati per aiutare le persone ad assumere la terapia negli orari e nelle dosi giuste attraverso degli alarm, oggi rappresentano delle piattaforme per la conciliazione tra regime terapeutico e stile di vita. Molte si configurano come vere e proprie terapie digitali capaci di produrre un effetto benefico valutato attraverso sperimentazioni cliniche alla pari delle prove di efficacia dei nuovi farmaci (Recchia, 2021).

Le terapie digitali sono un sottoinsieme degli strumenti della *digital health* che forniscono interventi di tipo curativo. È stata condotta una revisione degli studi clinici riguardanti le terapie digitali presenti nel registro ClinicalTrials.gov. Dei 560 studi individuati, 136 studi controllati e randomizzati sono stati analizzati perché l’intervento digitale era coerente con la definizione di terapia digitale. App (41,9%), interventi basati sul web (25,7%) e videogiochi (8,8%) sono gli strumenti di *digital health* più utilizzati per gli interventi di terapia digitale. Meno usati sono i sistemi di realtà virtuale (4,4%), i messaggi testuali (3,7%), le piattaforme di social media (2,9%) e i software basati su computer (2,2%). Le patologie riguardanti la salute mentale (34,6%), quelle croniche (19,1%) e le dipendenze (12,5%) sono le aree nelle quali le terapie digitali sono più frequentemente studiate (Santoro E., et al. 2021).

L'uso di queste app presuppone da parte dell'utilizzatore un livello base di abilità digitale che, secondo la Strategia nazionale per le competenze digitali Release 1.0. del 2021, rappresenta una delle criticità importanti. Si delinea, infatti, uno scenario tutt'altro che positivo: il livello delle competenze digitali dei cittadini italiani, come rappresentato dai dati Istat 2019, è basso e desta allarme. Il 42% dei cittadini non raggiunge le competenze di base e più di un milione di italiani (il 3,4 %) non ha alcuna competenza digitale. Il 29% degli utenti di internet di età compresa tra 16 e 74 anni ha competenze digitali elevate, mentre il 26% raggiunge solo quelle di base.

La percentuale di popolazione con competenze digitali almeno di base raggiunge i valori massimi del 67% nella fascia d'età compresa tra 20 e 24 anni e del 70% nella sottopopolazione dei laureati, mentre si ferma al 15% nella fascia d'età che comprende individui di 65-74 anni. Anche tra i giovani di 20-24 anni, tuttavia, il 28% della popolazione ha competenze inferiori a quelle di base; lo stesso vale per la popolazione laureata, dove poco più della metà ha competenze digitali avanzate (52%). Il 51% della popolazione in età lavorativa non utilizza Internet, non ha competenze digitali, o comunque non raggiunge il livello base.

In base ai risultati dell'indagine Istat "Cittadini e ICT" condotta nel 2019, meno del 70% della popolazione ha acceduto a Internet nei tre mesi precedenti l'indagine e, solo il 54% vi accede quotidianamente. Si osserva un divario tra le aree del Paese che rispecchia quello relativo all'accessibilità alla banda larga, con forti differenze tra Centro-Nord (dove il 71% della popolazione ha accesso quotidiano) e Mezzogiorno (dove la stessa percentuale scende al 63%). Esiste ancora un divario di genere a favore degli uomini (72% contro 64%), ma fino ai 44 anni queste differenze sono molto contenute e si annullano tra gli under 19 (Strategia nazionale per le competenze digitali Release 1.0., giugno 2021).

Rispetto ai servizi utilizzati, prevale l'uso di Internet per messaggistica (91%) e chiamate e videochiamate, mentre meno del 50% lo utilizza per i servizi bancari (46%) e per i servizi di pagamento (40%). Il livello di interazione con le PA è ancora molto basso (29%), con divari notevoli tra Regioni e Comuni di diverse dimensioni. Il 45% degli utenti di Internet con più di 18 anni ha effettuato acquisti online nell'ultimo anno⁶.

Le indagini evidenziano come dietro l'utilizzo di servizi digitali da parte della popolazione anziana ci sia, spesso, l'intervento di figli, nipoti, vicini di casa, di *caregiver* che mettono a disposizione le proprie conoscenze digitali per rispondere alle necessità delle persone anziane.

Il DigComp 2.2, *Digital Competence Framework for Citizens*, fornisce un linguaggio comune per identificare e descrivere le aree chiave delle competenze digitali. Si tratta di uno strumento sviluppato a livello europeo per migliorare le competenze digitali dei cittadini, aiutare i decisori politici a formulare interventi che supportino lo sviluppo delle competenze digitali e pianificare iniziative di istruzione e formazione per migliorare le competenze digitali di specifici gruppi target⁷.

La digitalizzazione dei sistemi sanitari è inserita nella Strategia della Commissione Europea per la cittadinanza europea, costituita da diversi atti europei che hanno determinato un'attenzione specifica anche nei programmi di finanziamento a gestione diretta (Horizon2020, CIP, Erasmus Plus), e nel PNRR-M6 dell'Italia, in particolare al

⁶ Strategia nazionale per le competenze digitali, 2021 in <https://docs.italia.it/media/pdf/strategia-nazionale-competenze-digitali-docs/1.0/strategia-nazionale-competenze-digitali-docs.pdf>

⁷ <https://repubblicadigitale.innovazione.gov.it/digicomp-parla-italiano/>

fine di contribuire alla personalizzazione delle cure e a dare risposte ai bisogni di salute delle persone, inclusi gli *unmet needs*.

Il PNRR, oltre a contemplare investimenti per la digitalizzazione del Paese in maniera trasversale, include nella Missione 6 Salute “il rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione, che mira ad imprimere un profondo cambio di passo nelle infrastrutture tecnologiche esistenti che trattano dati sanitari”. Investimenti, dunque, nel fascicolo sanitario elettronico e nel rafforzamento del Nuovo sistema informativo sanitario necessario per il monitoraggio dei LEA e per la programmazione sanitaria” (Monitor 45, 2021).

Anche nel PNRR si indica pertanto come priorità il miglioramento del livello di competenza digitale dei cittadini o *lay user*. Coscioni E. (Monitor 45, 2021) afferma che occorre “ridurre le disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, migliorando l’integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali e tra questi e i servizi sociali. La riorganizzazione deve riguardare anche l’erogazione delle prestazioni per tutte le tipologie di patologie, nel rispetto dei tempi previsti dall’Accordo in Conferenza Stato-Regioni, qual è il Piano nazionale per il Governo delle liste di attesa (PNGLA 2019-2021), prevedendo lo sfruttamento delle tecnologie più avanzate non solo per soddisfare le esigenze di cura, bensì per creare i presupposti di cooperazione e sviluppo tra i vari stakeholder del sistema” (Monitor 45, 2021).

Una delle principali sfide sociali cogenti è il miglioramento del livello di competenza digitale sia di base che avanzato.

Il *Digital Economy and Society Index 2021* ci propone uno scenario su cui intervenire urgentemente (vedi Fig. 5).

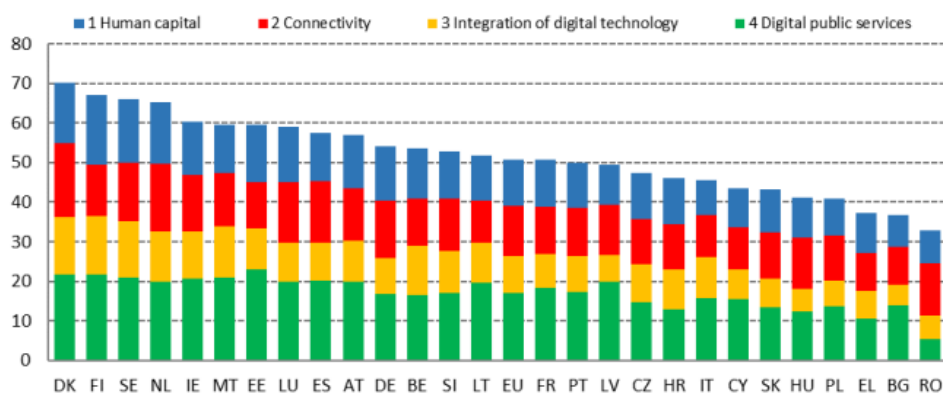


Figura 5: *Digital Economy and Society Index, 2021*. Source: *DESI 2021, European Commission*.

L’Italia, infatti, si posiziona ad un livello inferiore rispetto alla media europea, e in particolare tra gli ultimi paesi nelle quattro aree di analisi del livello di digitalizzazione: capitale umano, connettività, integrazione della tecnologia digitale e servizi pubblici digitali, nonostante l’uso quasi massivo delle “pratiche a distanza” messe in atto quale risposta “veloce” alla pandemia da Covid-19. Questo dato deve far riflettere sulla criticità in termini di accesso ai servizi mediato dalla tecnologia digitale, che produce vere e proprie disuguaglianze per la salute.

La Strategia nazionale per le competenze digitali (2021) dell’Italia indica gli assi da sviluppare per “raggiungere una tra le prime tre posizioni rispetto ai Paesi UE più

simili a noi per caratteristiche socio-economiche e demografiche (Germania, Francia, Spagna e Polonia) e al Regno unito (pagg. 7-9):

1. Istruzione e Formazione Superiore;
2. Forza lavoro attiva;
3. Competenze specialistiche ICT - per potenziare la capacità del Paese di sviluppare competenze per nuovi mercati e nuovi lavori;
4. Cittadini - per sviluppare le competenze digitali necessarie a esercitare i diritti di cittadinanza e la partecipazione consapevole alla vita democratica, con il coordinamento del Ministro per l'Innovazione tecnologica e la Digitalizzazione (MID);

Questo per raggiungere le tre condizioni di evoluzione sostenibile sinteticamente riportate di seguito:

- la popolazione acquisisce sempre più consapevolezza digitale e quindi riesce a sfruttare al meglio i benefici del digitale indirizzando un'evoluzione "etica" dell'utilizzo delle tecnologie e della loro fruizione sociale;
- le pubbliche amministrazioni e le imprese sono indotte a un miglioramento dei servizi forniti, in cui l'utente è visto al centro, come persona consapevole, attuando una profonda trasformazione;
- il sistema educativo si organizza per coprire le esigenze di sviluppo delle competenze (digitali) in modo organico.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza Missione Salute (PNRR-M6) indica come il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili e anziani sia quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione della salute" (Mantoan *et al.*, 2021).

Questa forte esigenza di ripensare i servizi territoriali di prossimità trae origine anche dal documento della WHO "Strategia globale per l'integrazione dei servizi sanitari e la centralità del paziente" (2015), secondo cui attraverso l'empowerment e il coinvolgimento si forniscono le opportunità, le capacità e le risorse di cui hanno bisogno per essere responsabilizzati nei confronti dei servizi sanitari. Tra gli obiettivi vi è quello di raggiungere le fasce di popolazione più fragili ed emarginate per garantire l'accesso universale ai servizi. Questo obiettivo cerca di sbloccare la comunità e le risorse individuali per un'azione a tutti i livelli. Mira a consentire alle persone di prendere decisioni efficaci sulla propria salute e alle comunità di impegnarsi attivamente nella coproduzione di ambienti sani, fornendo servizi di assistenza in collaborazione con il settore sanitario e altri settori (World Health Organization 2015).⁸

8 World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report (No. WHO/HIS/SDS/2015.6). World Health Organization.

Figure. Conceptual framework for integrated people-centred health services

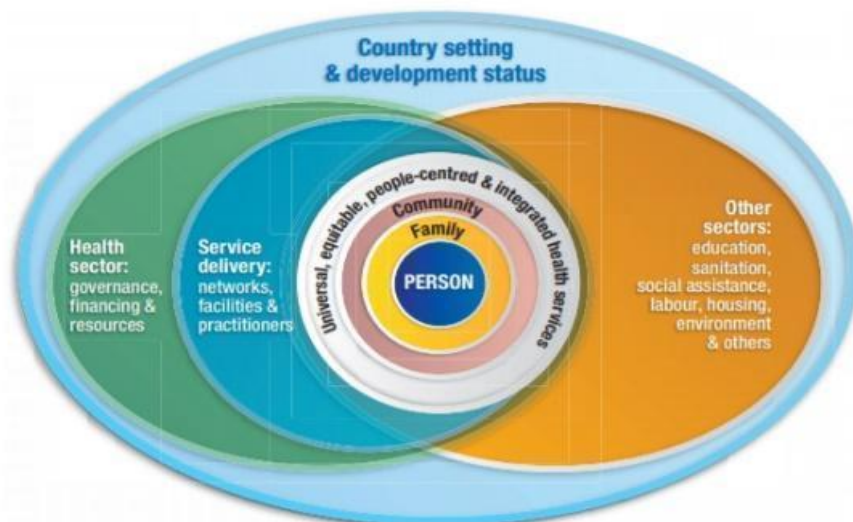


Figura 6: Struttura concettuale per i servizi sanitari integrati centrati sulla persona in WHO, 2015

Ciò che caratterizza i servizi sanitari centrati sulle persone è un approccio in grado di adottare consapevolmente le prospettive di individui, famiglie e comunità e vederli come partecipanti e beneficiari di servizi che rispondono ai loro bisogni e preferenze in modo umano e olistico. È previsto che le persone abbiano l'istruzione e il sostegno necessari per prendere decisioni e partecipare alle proprie cure e sono organizzati intorno ai bisogni di salute e alle aspettative delle persone piuttosto che intorno alle malattie.

Nel Goal 1 della stessa Strategia "*Empowering & Engaging people*", termini come coinvolgimento e coproduzione, spesso usati in modo intercambiabile per descrivere politiche o interventi che cercano di raggiungere tali obiettivi, rappresentano tuttavia strategie distinte. Per *empowerment* si intende il sostegno alle persone e alle comunità affinché assumano il controllo dei propri bisogni di salute risultanti, ad esempio, nell'adozione di comportamenti più sani, nella capacità di autogestire le proprie malattie e nei cambiamenti degli ambienti di vita delle persone. L'impegno o *engagement*, riguarda invece il coinvolgimento delle persone e delle comunità nella progettazione, pianificazione e fornitura di servizi sanitari, consentendo loro di fare scelte sulle opzioni di cura e trattamento o di partecipare al processo decisionale strategico su come, dove e su quali ambiti le risorse sanitarie dovrebbero essere spese. Il coinvolgimento è anche legato alla capacità della comunità di auto-organizzarsi e di generare cambiamenti nei propri ambienti di vita. La co-produzione riguarda l'assistenza fornita in una relazione paritaria e reciproca tra professionisti clinici e non clinici e le persone che utilizzano i servizi di assistenza, le loro famiglie, i *caregiver* e le comunità. La coproduzione quindi va oltre i modelli di coinvolgimento, poiché implica una relazione a lungo termine tra persone, fornitori e sistemi sanitari in cui le informazioni, il processo decisionale e l'erogazione dei servizi vengono condivisi (World Health Organization, 2015).

WHO global strategy on integrated people-centred health services: an overview



Figura 7: La strategia globale WHO sui servizi sanitari integrati centrati sulla persona (WHO 2015)

Come si può notare, dunque, la persona è chiamata ad assumere una nuova e diversa responsabilità sociale che si delinea concretamente nelle opportunità dell'Agenda 2030 dell'ONU.

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è un programma d'azione sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU. Essa ingloba 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile in un grande programma d'azione per un totale di 169 "target" o traguardi. Gli Obiettivi per lo Sviluppo danno seguito ai risultati degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals) che li hanno preceduti, e rappresentano obiettivi comuni tra cui la salute e benessere.

"Obiettivi comuni" significa che essi riguardano tutti i Paesi e tutti gli individui: nessuno ne è escluso, né deve essere lasciato indietro lungo il cammino necessario per portare il mondo sulla strada della sostenibilità⁹.



Figura 8: I 17 obiettivi comuni ("goals") per lo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 (WHO 2015)

⁹ <https://unric.org/it/agenda-2030/>

1.4 L'educazione terapeutica del paziente come "luogo" di incontro di diversi settori disciplinari: le scienze dell'educazione, l'infermieristica, la pedagogia medica

Nel 1946 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute "non solo l'assenza di malattia ma lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Ancora oggi, confondiamo spesso il termine "salute" con la sanità, come se il solo approccio sanitario permettesse di raggiungere la miglior salute possibile.

Il termine "salute" ha un'origine etimologica che deriva dal latino *salus - ūtis* "salvezza, incolumità, integrità, salute", affine a *salvus*, "salvo". Dunque "salvezza", soprattutto come stato di benessere, di tranquillità, di integrità, individuale o collettiva. La salute, dunque, non è solamente questione "naturale", biologica e organica, ma soprattutto "culturale" nella misura in cui un individuo, cresciuto in un determinato ambiente, sviluppa competenze e capacità di autogestione del proprio ben-essere. Descrivere la salute e la malattia, il dolore e la sofferenza, il ben-stare e il ben-vivere richiede una particolare capacità di utilizzare chiavi interpretative che vanno dalle scienze biologiche all'antropologia, alla psicologia, alla filosofia. L'unità del sapere che va oltre le singole discipline si palesa nel momento in cui scienza ed esperienza si incontrano. Il professionista sanitario porta con sé il suo bagaglio scientifico e lo mette a disposizione del paziente che ascolta, chiede, segue, partendo dalla sua esperienza che si arricchisce ogni giorno. Ne consegue che l'incontro dei due mondi, dei due saperi produce un ulteriore "sapere in situazione" in grado di costruire l'alleanza terapeutica e la concordanza di intenti. Emerge così l'esigenza di una interdisciplinarietà data da un pensiero sistemico e globale in grado di interpretare fenomeni sanitari complessi come la relazione terapeutica tra professionista della salute e paziente, e di far nascere costrutti interdisciplinari producendo così anche metodologie di ricerca capaci di cogliere non solo il disease ma anche l'illness.

Il continuo riferirsi al modello biopsicosociale, e non solo a quello biomedico, da parte dei "curanti" porta con sé il necessario e fondamentale principio dell'autodeterminazione del paziente: coinvolgere "l'altro" nei processi di cura, attraverso percorsi di *empowerment* e di *engagement*, diventa non solo un imperativo morale ed etico ma anche la base per "riconoscere" la sua identità, la sua esperienza di malattia, il suo sapere quotidiano, restituendo dignità alla persona nella relazione terapeutica. Si delinea, così, una relazione terapeutica basata non solo sulla prescrizione di una medicina e/o di un esame diagnostico, ma anche sulla formazione di un pensiero, di una scelta e di una decisione, imprescindibile dall'intervento informativo ed educativo.

La cura sanitaria e la cura educativa trovano una sintesi importante nella dimensione educativa dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni. Ed è in questo contesto che l'educazione alla salute si affaccia come disciplina orientata al rendere il cittadino responsabile della propria salute, basata su un modello olistico, di chiara origine biopsicosociale, dove convivono diverse professionalità della cura per un fine unico: migliorare il benessere delle persone proteggendo il più possibile ciò che di più caro abbiamo: la nostra salute. Nella relazione diadica chi-ha-cura non può che avere cura di ogni persona nella sua unicità (Mortari, 2006, p. 33).

Mortari (2006) definisce la "cura" come "quel fenomeno esistenziale fondamentale conseguente al fatto che l'esserci è mancante di perfezione ontologica in quanto aperto alle possibilità d'essere il suo proprio poter essere, nello stesso tempo è proprio in quanto cura che l'esserci può esperire quella chiamata della coscienza che sola apre alla visione

delle possibilità del suo essere più proprio. Ne consegue che la possibilità per l'individuo di pervenire all'autenticità dell'essere è opera della cura" (Mortari, 2006, p.4).

La cura non rappresenta solo il soddisfacimento dei bisogni delle persone. È molto di più. Il fine della cura educativa, secondo Mortari, "è quello di mettere l'altro nelle condizioni di provvedere da sé ai propri bisogni, rendendolo capace sia di azioni cognitive, come individuare e stabilire criteri di priorità, sia di azioni concrete per soddisfare bisogni e realizzare obiettivi. La cura educativa può dirsi dunque orientata a promuovere la capacità di aver cura di sé, per essere in grado a propria volta di costituirsi come persone capaci di pratiche di cura per altri. Nel suo significato più generale la cura può essere definita una pratica che mira a procurare il benessere dell'altro e a metterlo nelle condizioni di decidere e di provvedere da sé al proprio ben-essere" (Mortari, 2006).

Chi-ha-cura cerca di promuovere il ben-essere dell'altro. Ed è in questo contesto ricco di esperienze che aiutano l'altro a ben-esistere che si profilano tre direzionalità etiche in cui si condensa l'eticità della cura:

farsi responsabile, legato al sapere che ciascuno si trova in una condizione di dipendenza perché mancante d'essere; la presa di coscienza della vulnerabilità dell'altro che fa sentire responsabili (Mortari, 2006);

avere rispetto: si ha cura quando si sa salvaguardare la trascendenza dell'altro, ossia quando lo si incontra stando sempre in ritardo rispetto al proprio sé (Mortari, 2006);

agire in modo donativo: uno scambio d'essere. Impegnarsi in pratiche di cura significa dedicare ad altri tempo ed energie fisiche, emotive e cognitive (Mortari, 2006).

L'educazione alla salute si fonda sul principio che ogni individuo è il principale responsabile del proprio ben-essere, sull'importanza della prevenzione delle complicanze nelle patologie croniche e sulla riduzione della dipendenza della persona da professionisti.

Esiste un termine inglese che ben rappresenta la capacità di affrontare le difficoltà ed è *to cope*. Il termine " *coping* " implica un andare incontro a qualcosa che comporta difficoltà, rischio; un contrastare le eventuali difficoltà con le proprie forze conservando il proprio valore (Ferraresi *et al.*, 2004)

Il professionista sanitario ben conosce la forza del *coping* e della resilienza, così come il *caregiver* informale ne è consapevole nella sua cura quotidiana, pregna di una componente di sforzi non solo fisici, ma soprattutto emotivi e cognitivi tipici del *coping* e della stessa resilienza.

La relazione professionista sanitario-paziente contiene al suo interno molti momenti educativi che richiedono specifiche competenze per informare, istruire ed educare le persone ad adottare stili di vita sani e, qualora già affetti da malattie o disabilità, a sviluppare capacità di autocura (Saiani L. et al, 2013).

Per "educazione del paziente" si intende un "processo intenzionale e consapevole che deve essere ricondotto all'interno di specifici programmi educativi e sostenuto da una metodologia pedagogica rigorosa che si propone di attivare la persona a raggiungere apprendimenti significativi che si traducono in modi di pensare e agire nuovi" (Saiani L. Brugnolli A., 2013).

La pedagogia medica si interessa in modo particolare all'apprendimento delle nozioni complesse e multidisciplinari, allo sviluppo del ragionamento diagnostico e di decisione nelle professioni sanitarie in primis e, poi, nei pazienti. L'idea di formare il paziente affinché si curi in modo autonomo è recente, ma necessaria rispetto alle diverse istanze dei movimenti internazionali delle associazioni di pazienti e di volontariato nella disabilità che hanno caratterizzato gli ultimi quarant'anni. "*Nothing About Us Without*

Us!” fu lo slogan che Ron Chandran-Dudley, primo presidente di DPI (*Disabled Peoples' Internazionale*) affermò dopo il tredicesimo congresso mondiale di *Rehabilitation International*, sostenendo la necessità di coinvolgere direttamente le persone attraverso un processo di *empowerment* (“crescita dell’autoconsapevolezza”) al fine di portare la stessa voce “*Voice of Our Own*” nei livelli decisionali.

Nell’educazione del paziente si verifica molto più di una semplice trasmissione di informazione: si tratta di una vera e propria trasmissione di competenze, di una formazione alla presa di decisioni, ma anche della messa in atto di un partenariato che per la prima volta rende possibile la realizzazione di una vera negoziazione tra curante e curato. Il personale sanitario che educa il paziente abbandona il suo ruolo di curante per avvicinarsi a quello di formatore; ma l’esperienza acquisita con gli studenti gli è relativamente poco utile, perché i pazienti formano un gruppo del tutto eterogeneo sul piano psicologico, sociale, intellettuale e motivazionale.

Albano (2010) ha proposto un quadro concettuale, adottato dalla maggior parte delle équipes che praticano l’educazione terapeutica, che privilegia l’approccio sistemico nel quale si succedono le seguenti tappe:

1. L’identificazione dei bisogni reali del paziente attraverso una diagnosi educativa;
2. La negoziazione di obiettivi di apprendimento legati alle competenze che il paziente deve acquisire;
3. L’apprendimento da parte del paziente di conoscenze, abilità e tecniche corrispondenti;
4. Una valutazione di quello che il paziente sa, dei ragionamenti che ha acquisito, dei gesti di cura e delle tecniche che padroneggia, dei cambiamenti nelle credenze di salute e nella qualità della sua vita (per esempio, la riduzione dell’assenteismo scolastico).

Allo stesso tempo si valutano il miglioramento dei parametri clinici (per esempio, la diminuzione delle crisi e dei ricorsi ad interventi di urgenza) e la normalizzazione dei risultati degli esami biologici.

Imparare a curarsi significa per il paziente posizionare la sua malattia in rapporto al senso che attribuisce alla sua vita, esprimere i suoi valori e le sue rappresentazioni di salute, oltrepassare le tappe che conducono all’accettazione di una malattia cronica (Albano, 2010).

“L’educazione al paziente dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. È finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità di vita” (OMS Regione Europa, 1998).

Diversi studi hanno confermato il ruolo importante degli infermieri nel supporto alla gestione della polifarmacoterapia (Varghese D., 2022). L’implicazione nella pratica clinica include il miglioramento della comunicazione e della collaborazione tra gli operatori sanitari, l’identificazione e la gestione della polifarmacoterapia, l’utilizzo della tecnologia per rafforzare la collaborazione e il processo decisionale e un approccio centrato sul paziente per valutare le esigenze specifiche di ciascun individuo. Dati i rischi e gli oneri della politerapia e dei farmaci potenzialmente inappropriati, i professionisti infermieri dovrebbero utilizzare approcci centrati sul paziente e strategie non

farmacologiche, quando possibile, per trattare i sintomi comuni e giungere a una adeguata qualità della vita. I professionisti sanitari possono monitorare le combinazioni comuni di più farmaci per prevedere associazioni con eventuali esiti avversi per la salute. Come indicatori della salute dei pazienti, le combinazioni di più farmaci potrebbero essere utilizzate per riconoscere i pazienti a rischio di una visita al pronto soccorso in tempi brevi applicando, ad esempio, strumenti di *assessment* come ARMOR (Valutazione, Revisione, Riduzione a icona, Ottimizza e Rivalutazione) finalizzato a monitorare e ridurre l'onere della polifarmacoterapia (Gokula *et al.*, 2012).

2. L'aderenza alla terapia nelle persone over 65 in politerapia: una revisione della letteratura

2.1 Introduzione

Nel capitolo precedente, abbiamo affrontato la necessità di studiare i concetti di salute, malattia, dolore e sofferenza con diverse prospettive e discipline in quanto fenomeni complessi. L'incontro tra sapere scientifico specifico dei professionisti e sapere esperienziale di chi vive la malattia ogni giorno produce un sapere situazionato che si verifica, ad esempio, nell'alleanza terapeutica e nella concordanza. Per comprendere pienamente questo sapere, occorre seguire un approccio interdisciplinare poiché solo un pensiero sistemico. L'interdisciplinarietà permette inoltre l'accesso a metodologie di ricerca capaci di cogliere non solo il *disease* ma anche l'*illness*.

Il continuo riferirsi al modello biopsicosociale, e non solo a quello biomedico, da parte dei "curanti" porta con sé il necessario e fondamentale principio dell'autodeterminazione del paziente. Si delinea, così, una relazione terapeutica basata non solo sulla prescrizione di una medicina e/o di un esame diagnostico, ma anche sulla conoscenza reciproca e sulla formazione di un pensiero, di una scelta e di una decisione, imprescindibili dall'intervento informativo ed educativo. La cura sanitaria e la cura educativa trovano una sintesi importante nella dimensione educativa dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni.

2.2. Razionale

La sintassi educativa per il "paziente informato e preparato" comprende la persona e la sua esistenza per promuovere l'autodeterminazione a partire dal riconoscimento della sua biografia e del suo sentire per diventare via via competente rispetto alla malattia, alla sua cura e alla capacità di collaborare con i medici e il personale sanitario. Il costrutto che ne deriva è quello di un'educazione aperta al futuro, al possibile e alla speranza (Benini S., 2021). Pedagogisti italiani quali Di Giorgi, Bertolini, Zannini, De Mennato, Mortari, Castiglioni hanno messo in luce un'epistemologia educativa che necessita di essere definita da uno statuto pedagogico sanitario (Benini S., 2021).

Benini (2021) afferma che dal momento che i fenomeni educativi pervadono e spaziano nei molteplici settori dell'*ars curandi*, il sapere pedagogico trova occasione di dialogo e di collaborazione con la maggior parte delle aree e delle funzioni appartenenti alle scienze mediche. Tuttavia, gli ambiti in cui la pedagogia, con le sue diramazioni, esercita una particolare forma di connessione, collaborazione e condizionamento sono, in particolare, tre: il **primo** racchiude tutti gli interventi rivolti al singolo e alla collettività finalizzati a facilitare apprendimenti per tutelare, promuovere ed educare a stili di vita sani e tendere verso maggiori stati di benessere. L'attenzione in questo caso viene rivolta in particolare alla salute e alla qualità di vita della persona. Rientrano in questo ambito tutte le azioni educative e formative messe in atto sia per prevenire – come nel caso degli interventi di promozione e di educazione alla salute –, sia per curare – come nell'educazione terapeutica rivolta a persone affette da malattie croniche. D'Ivernois e Gagnayre (2006), Assal (1986) e Guilbert (1990) rappresentano, nel panorama internazionale, i principali autori che hanno indicato i percorsi teorici e metodologici dell'educazione terapeutica del paziente.

Il **secondo** riguarda il vasto e complesso sistema delle posture educative che in forma più o meno intenzionale hanno effetti sulla progettazione esistenziale di coloro che vivono le cure nelle vesti di “paziente”. Si tratta dell’ambito di tutte le relazioni educative che si aprono al possibile, ma anche al limite, come nell’accompagnamento alla fine della vita e nella riprogettazione di esistenze colpite dalla malattia.

Il **terzo** ambito riguarda il territorio della formazione sanitaria, definito da alcuni anche quello della pedagogia medica volta non solo alla costruzione dell’*expertise*, ma anche alla riflessione sull’agire di Donald Schön.

In questa sede ci focalizzeremo sul primo ambito: l’educazione terapeutica del paziente.

Engel (1977) propone il modello biopsicosociale come nuovo approccio di cura che valorizza l’esperienza vissuta dal malato, in antitesi al modello biomedico che riduce la visione della malattia al mero aspetto biologico. L’atteggiamento e il comportamento della persona vengono, dunque, designati con il termine *coping* che si riferisce a tre ambiti: alla reazione alla malattia, al rapporto con la medicina e al modo di affrontare la vita, dopo che la malattia l’ha modificata (Von Engelhardt, 2001).

In questo scenario, emerge sempre più chiaramente il contributo delle *medical humanities* che intendono la malattia non come mero evento fisico, ma contemporaneamente come fatto sociale, psichico e spirituale (Von Engelhardt, 2001). Spinsanti (2001) sottolinea l’importanza dell’autodeterminazione della persona nel processo di adattamento al cambiamento alla malattia accompagnandolo con un percorso educativo evitando la colpevolizzazione da parte del professionista sanitario. Zamperini (2001) descrive, approfondendo i meccanismi di colpevolizzazione, i comportamenti patogeni e autoprotettivi nella loro rappresentazione cognitiva della malattia che nasce dalla constatazione di un’asimmetria tra ciò che dovrebbe essere il corretto comportamento degli individui di fronte al rischio di malattia e alla malattia conclamata e il comportamento effettivamente messo in atto.

Campione (2001) afferma che, nella cronicità, possiamo incontrare persone affette da comorbidità in tre differenti fasi: fase della presa d’atto della perdita; fase dei sentimenti negativi, cioè di rabbia e di colpa; fase di ristrutturazione del campo vitale. Queste fasi possono trovare le loro basi teoriche nel processo di *coping* (*locus of control*), nella percezione del rischio e nell’autoefficacia dell’educazione alla salute (Guarino, et al 2008). Graffigna (2017) propone il modello *Patient Health Engagement* che permette di cogliere le dimensioni emotive e motivazionali alla base del “mancato engagement” dei pazienti e di poter personalizzare interventi (i.e. comunicativi, educativi, psicologici...) volti a sostenere il cambiamento attitudinale e comportamentale dei pazienti nella direzione di un maggiore *Patient Engagement*.

Cura educativa e cura sanitaria si incontrano riducendo ancor più la loro distanza epistemologica. La cura è educazione quando è agire orientato a portare l’altro alla scoperta delle sue caratteristiche e potenzialità; in questi termini, la cura educativa è tale quando disvela possibilità di significazione per ogni uomo, con un attento interesse alle storie di vita in costruzione (Gambacorti-Passerini, 2017). Ogni azione di cura educativa avviene in un contesto, basato sul concetto di “dispositivo pedagogico”, inteso come il contesto che presidia l’organizzazione dei tempi, degli spazi, della dimensione prossemica, della collocazione e della gestione dei corpi degli educatori e degli educandi, delle relazioni, delle attività, dei metodi e delle tecniche, dei mezzi e degli strumenti, dei simboli (Gambacorti-Passerini, 2017).

L'educazione terapeutica del paziente rappresenta un processo di apprendimento sistematico che include la consapevolezza strutturata, l'informazione, l'apprendimento dell'autogestione della cura e il sostegno psicosociale riguardanti la malattia, il trattamento prescritto, l'assistenza, le informazioni riguardanti le reti di cura, il comportamento in caso di salute e di malattia (Assal *et al.* 1995; Lacroix *et al.*, 1998).

L'educazione terapeutica del paziente è, infatti, designata all'addestramento del paziente nelle abilità di *self management* o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità, nonché nei processi di *coping* (OMS, 1998) ma che, alla luce della nostra riflessione, si arricchisce di quegli aspetti biografici e personali specifici della "persona" superando così il concetto del "paziente-numero". Mortelmans *et al.* (2023) individua, tra le implicanze per la pratica, l'importanza di supportare i pazienti nel *self-management* della terapia attraverso il loro coinvolgimento al fine di giungere alla concordanza terapeutica e allo *shared decision making*.

Il problema delle ricadute da mancata aderenza alle terapie sta acquisendo maggiore attenzione da parte della comunità scientifica soprattutto in termini di studio delle cause che possono determinare il peggioramento delle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari da parte dei pazienti. Si è delineato, infatti, un paradigma clinico secondo cui la probabilità che si manifesti una non aderenza alla terapia aumenta proporzionalmente con l'aumentare del numero dei farmaci prescritti e dell'età del paziente (Kim SJ, 2019; Kardas, 2013; Shalansky, 2002). Ciò è vero soprattutto in un paziente anziano con capacità visive o funzione cognitiva ridotte. Il tasso medio di aderenza per i pazienti statunitensi che assumono un farmaco una volta al giorno è dell'80%. Purtroppo, questo numero diminuisce rapidamente se ai pazienti sono prescritti più farmaci o se li devono assumere più di una volta al giorno; ad esempio, l'aderenza è solo del 50% per i farmaci che devono essere assunti quattro volte al giorno. Infatti, ben il 75% di tutti i pazienti e il 50% degli individui con malattie croniche non riescono ad aderire al regime medico prescritto (Alpert, 2014; Basili, 2016).

In letteratura non esiste una definizione univoca di "non aderenza alla terapia": ci si richiama alla complessità e alla multidimensionalità del problema di salute (Hugtenburg, 2013; Adams, 2016). È possibile affermare che in generale il paziente è considerato "aderente al trattamento" se assume più dell'80% del farmaco prescritto, "parzialmente aderente" se assume dal 20 al 70% e "non aderente" se assume meno del 20%. Le soglie riportate sono tuttavia assolutamente arbitrarie e non sono state validate in alcun contesto specifico (Colivicchi, 2010). Anche la politerapia farmacologica è soggetta a diverse interpretazioni: le più frequenti in letteratura sono sostanzialmente riconducibili all'assunzione concomitante da parte del paziente di 5 o più farmaci e 10 o più farmaci nei casi di iper-politerapia (Jorgensen 2012; Masnoon, 2017).

In questa revisione della letteratura, abbiamo preso in considerazione la definizione di "aderenza alla terapia" come il livello misurabile di adesione a una terapia (farmacologica e non) concordata con il medico (Haynes, 1979; Rand 1993). Lo scopo principale è di descrivere gli interventi educativi e, tra questi, quelli basati sulle pratiche narrative, volti a migliorare l'aderenza alla terapia e/o al trattamento nei pazienti over 65 affetti da patologie croniche e in politerapia.

2.3 Materiali e metodi

Sono stati impostati l'EPIOT (*Evidenze, Popolazione, Intervento, Outcome, Tempo* - tabella 1) e una ricerca della letteratura nelle principali banche dati nel periodo dicembre 2021- gennaio 2022. Sono state identificate le parole chiave da utilizzare nelle banche dati secondo il criterio della pertinenza per tipologia di area di interesse e per parole Mesh (scienze dell'educazione, professioni sanitarie, psicologia, medicina, farmacologia).

Evidenze	Revisioni sistematiche, Metanalisi
Popolazione	Pazienti over 65 affetti da patologie croniche in comorbidità e in politerapia
Intervento	Intervista narrativa, metodi narrativi
Outcome	Miglioramento dell'aderenza alla terapia
Time stamp	Dicembre 2021-gennaio 2022 Limiti impostati 2016-2022

Tabella 1: EPIOT

Le *key words* utilizzate sono state: *medication adherence, education, therapeutic adherence, narrative practice, long-term medication, polytherapies, older, chronic diseases, chronic illness, adherence to treatment, compliance, self management*. Ciascun termine è stato utilizzato individualmente e poi combinato. Una ricerca è stata condotta separatamente per ciascuna banca dati: Pubmed, BMJ, Elsevier, PsycInfo, CINAHL, Cochrane Collaboration, EMBASE, Web of Science, Taylor and Francis.

Sono stati inclusi tutti gli articoli in lingua inglese, dal 2016 al 2022, revisioni sistematiche, metanalisi, over 65 o *older*. I criteri di esclusione sono stati: articoli non scritti in inglese, lettere, commenti, case report, editoriali, abstract di conferenze, interventi per patologie specifiche. È stato utilizzato il protocollo PRISMA per la valutazione delle revisioni sistematiche.

Per ciascun database e stringa di ricerca, sono indicati in tabella 2 i risultati ottenuti.

Database	Key words	Record	Screened results
PsycInfo	(chronic diseases or chronic illness) AND adherence to treatment	Limiters - Publication Year: 2015-2021; Publication Type: All Journals; Language: English; Age Groups: Aged (65 yrs & older), Very Old (85 yrs & older); Population Group: Human; Methodology: - Systematic Review, META ANALYSIS; Exclude Dissertations Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	24
	(adherence or compliance) AND chronic disease selfmanagement program	Limiters - Publication Year: 2010-2022 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	11
	chronic disease AND adherence to treatment	Limiters - Publication Year: 2010-2022 Expanders - Apply equivalent subjects	82

		Narrow by SubjectAge: - aged (65 yrs & older) Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	
Pubmed	((medication adherence) AND (education) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (2015:2021[pdat]))) AND (narrative) Filters: Meta-Analysis, Systematic Review (("medication adherence"[MeSH Terms] OR ("medication"[All Fields] AND "adherence"[All Fields]) OR "medication adherence"[All Fields]) AND ("educability"[All Fields] OR "educable"[All Fields] OR "educates"[All Fields] OR "education"[MeSH Subheading] OR "education"[All Fields] OR "educational status"[MeSH Terms] OR ("educational"[All Fields] AND "status"[All Fields]) OR "educational status"[All Fields] OR "education"[MeSH Terms] OR "education s"[All Fields] OR "educational"[All Fields] OR "educative"[All Fields] OR "educator"[All Fields] OR "educator s"[All Fields] OR "educators"[All Fields] OR "teaching"[MeSH Terms] OR "teaching"[All Fields] OR "educate"[All Fields] OR "educated"[All Fields] OR "educating"[All Fields] OR "educations"[All Fields]) AND ("meta analysis"[Publication Type] OR "systematic review"[Filter]) AND 2015/01/01:2021/12/31[Date - Publication]) AND ("narration"[MeSH Terms] OR "narration"[All Fields] OR "narrative"[All Fields] OR "narratives"[All Fields] OR "narrative s"[All Fields] OR "narratively"[All Fields] OR "narrativity"[All Fields])) AND (meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter])	56	
BMJ	therapeutic adherence	Abstract/title/Text Review From 2016 to 2022	6
Cinahl	adherence to medication	Limiters - Published Date: 20160101-20191231; English Language; Clinical Queries: Review - High Sensitivity, Review - High Specificity, Review - Best Balance; Human; Language: English; Publication	42

		Type: Meta Synthesis, Review; Age Groups: Aged: 65+ years Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	
Embase	polytherapy AND adherence	Limiters Publications from 2016 to 2022, age over 65	42
Elsevier	therapeutic adherence narrative practice long-term medication older	2016-2022 Review articles	71
Web of science	therapeutic adherence polytherapies narrative approach	2016-2022 Review articles	44
Taylor & Francis	therapeutic adherence narrative	Your search for [All: therapeutic] AND [All: adherence] AND [All: narrative] AND [Publication Date: (01/01/2017 TO 12/31/2021)]	7
Cochrane collaboration	medication adherence	Cochrane Reviews	56
		Totale	441

Tabella 2: Stringhe di ricerca e risultati ottenuti dalle banche dati consultate

La *flowchart* PRISMA riportata in Figura 1 rappresenta le fasi applicate alla selezione degli articoli. La fase finale ha permesso di individuare 27 articoli eleggibili alla discussione per criteri di coerenza e di pertinenza rispetto alla domanda della ricerca.

2.4 Coinvolgimento di *stakeholder* nella revisione

È stato istituito un gruppo di revisione composto da esperti (Smith, 2011; Hoelstra 2020) che ha potuto verificare il percorso utilizzato e condotto revisioni metodologiche indipendenti.

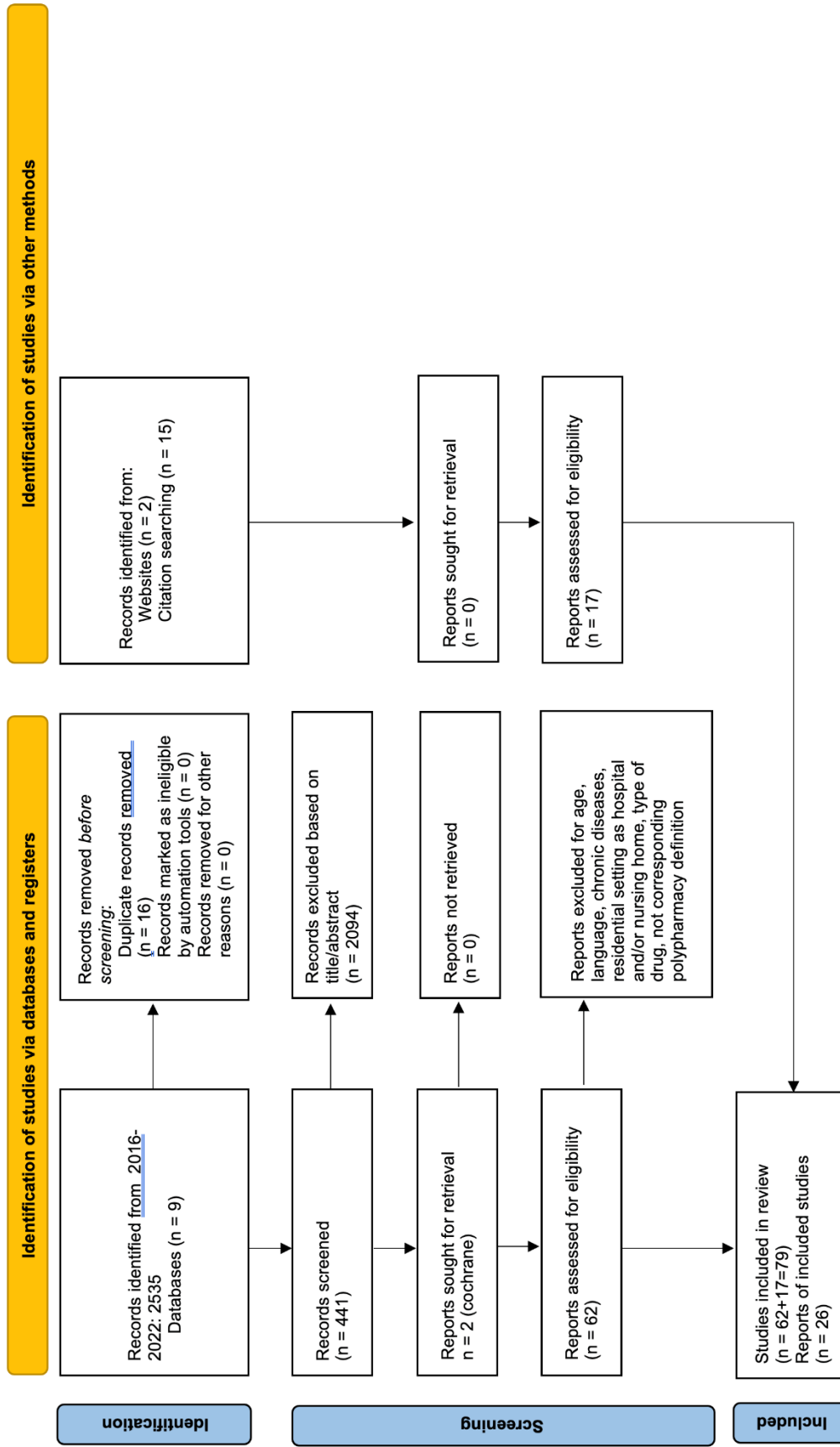
2.5 Risultati

È stato individuato il sistema per classificare e raggruppare i risultati della revisione nelle risorse messe a disposizione da *Cochrane Collaboration*. La prima tassonomia EPOC (*Effective Practice and Organization of Care*) degli interventi sui sistemi sanitari è stata sviluppata nel 2002 e comprende le seguenti categorie, mostrate in tabella 3: 1) interventi professionali; 2) interventi finanziari; 3) interventi organizzativi; 4) interventi normativi. Tra le indicazioni all'uso della tassonomia EPOC, è chiaramente raccomandato agli autori di classificare gli interventi in revisioni che includono più tipi di interventi per un particolare gruppo di persone (ad es. persone con multimorbilità nelle cure primarie o in contesti di comunità) o per migliorare un risultato particolare (ad es. la percentuale di professionisti sanitari che prestano servizio nelle aree rurali e in altre aree svantaggiate). In tali revisioni, la tassonomia può anche essere utile come struttura per esplorare l'eterogeneità.

Category	Definition
Delivery arrangements	Changes in how, when and where healthcare is organised and delivered, and who delivers healthcare
Financial arrangements	Changes in how funds are collected, insurance schemes, how services are purchased, and the use of targeted financial incentives or disincentives
Governance arrangements	Rules or processes that affect the way in which powers are exercised, particularly with regard to authority, accountability, openness, participation, and coherence
Implementation strategies	Interventions designed to bring about changes in healthcare organisations, the behaviour of healthcare professionals or the use of health services by healthcare recipients

Tabella 3: Main domains of the EPOC taxonomy of health systems interventions Fonte: *Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Taxonomy; 2015. epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy (18.12.2023)*

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (other than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossiup PA, Bougrip J, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

In totale 26 revisioni sono state identificate come eleggibili per lo studio. Ciascun articolo è stato valutato secondo le linee guida PRISMA posizionandosi nella classe alta e/o medio/alta.

Tutti gli articoli sono stati raggruppati per tipologia di revisione: 1 *narrative review*, 1 *realistic review*, 15 *systematic review*, 5 *review*, 1 *Cochrane review*, 1 *practice review*, 1 *scoping review*, 1 *review di systematic review*. Tra queste revisioni, ne troviamo alcune che hanno messo in evidenza studi di natura economica, metanalisi e raccomandazioni per i ricercatori. Sono state incluse tutte le pubblicazioni selezionate e classificate con la tassonomia EPOC.

Gli anni di pubblicazione comprendono un range che va dal 2016 al 2022 con una prevalenza degli anni 2020 e 2018 coerenti con i limiti della ricerca. Due revisioni (2007, 2014) antecedenti il limite del 2016 sono state incluse per l'elevato livello in termini di qualità e di coerenza con l'obiettivo dello studio.

<p>Servizi offerti</p>	<p>Attività svolte dal farmacista comunitario: consultazioni e istruzioni dei pazienti sui trattamenti terapeutici con impatto positive su risultati clinici, economici e appropriatezza di interventi (Newman TV <i>et al.</i>, 2020)</p> <p>Visite domiciliari dei farmacisti per le persone a rischio di problematiche correlati ai medicinali (Abbott <i>et al.</i> 2020)</p> <p>Identificare i fattori che possono influenzare l'aderenza nei pazienti adulti affetti da patologie croniche. Emerge che esiste una componente sociale nell'aderenza (Gast A. <i>et al.</i> 2019)</p> <p>Il carico correlato alla terapia (MRB: medication-related burden) e l'esperienza vissuta dei pazienti con i farmaci (PLEM: patients' lived experience with medicines) senza uno sguardo a particolari terapie o condizioni mediche incidono sui comportamenti dei pazienti. In particolare, il MRB gioca un ruolo centrale nell'influenzare la salute e il benessere del paziente, le credenze e i comportamenti sui farmaci. Comprendere il PLEM permette di capire meglio il MRB individuando cure personalizzate (Mohammed M.A. <i>et al.</i> 2016).</p> <p>Approccio paziente-centrico combina la prospettiva dei professionisti sanitari e dei pazienti. Questa prospettiva dei pazienti e dei clinici è utile per la revisione dei farmaci e per informare le persone sulle decisioni da prendere in merito alla de-prescrizione. Sono 7 step che includono i punti da considerare, le azioni da intraprendere e le domande da porre per ridurre la poli-terapia e migliorare la sicurezza grazie alla de-prescrizione (Barnett N.L. <i>et al.</i> 2016)</p> <p>Interventi dei farmacisti per la vendita delle medicine non prescritte/senza precauzioni nel mantenere la sicurezza del paziente e nel mantenere la qualità delle consultazioni. Rafforzare le farmacie di comunità a costruire una più positiva esperienza per coloro che fruiscono dei loro servizi (van Eikenhorst <i>et al.</i> 2017)</p> <p>Barriere e facilitatori per le farmacie di comunità. I facilitatori chiave includono la disponibilità dei farmacisti al cambio della pratica e un livello alto di soddisfazione dopo la revisione delle terapie. Questo deriva dal cambiamento dovuto all'inconsapevolezza dello scopo e del potenziale beneficio di una revisione della terapia. La principale barriera era la remunerazione inadeguata, la difficoltà alla relazione professionale con i medici e un ridotto supporto dell'autorità sanitaria (Michel D. E. <i>et al.</i> 2022).</p>
-------------------------------	---

	<p>I sistemi di supporto alle decisioni cliniche (CDSS: <i>Clinical Decision Support System</i>) per la prescrizione rappresentano una innovazione per migliorare la pratica clinica e gli <i>outcome</i> dei pazienti attraverso la riduzione dei principali errori. I fattori per l'impatto positivo del CDSS sono: accessibilità all'utente, <i>compliance</i> con le linee guida cliniche, cooperazione medico-paziente, integrazione con la cartella clinica informatizzata, CDSS e sistemi farmaceutici, considerazione della visione del medico nell'accertare l'importanza degli allarmi del CDSS e del real-time nella prescrizione (Taheri Moghadam S. <i>et al.</i> 2021)</p> <p>La revisione della politerapia, gli <i>outcome</i> sanitari negativi e le conseguenze cliniche della politerapia devono essere individuati attraverso metodi in grado di cogliere quali danni può causare la politerapia. Infatti più di metà delle persone anziane è esposta a politerapia in diversi setting (Wastesson J.W. <i>et al.</i> 2018).</p>
<p>Accordi finanziari</p>	<p>/</p>
<p>Politiche di governo</p>	<p>Determinare l'efficacia dei servizi sanitari o degli interventi orientati al paziente per migliorare gli <i>outcome</i> delle persone con multimorbidità nelle cure primarie o nelle comunità. Le politiche di governo dovrebbero supportare la gestione delle persone con multimorbidità e comorbidità comune nelle cure primarie e nelle comunità. I risultati suggeriscono un miglioramento degli outcome di salute se gli interventi possono essere orientati ai fattori di rischio come la depressione nelle persone con comorbidità (Smith S.M. <i>et al.</i> 2016).</p> <p>Combinare la valutazione economica con le revisioni sistematiche è comunemente usato per l'<i>Health Technology Assessment</i>. È necessario svolgere la medesima procedura per i farmaci e coinvolgere pienamente i rappresentanti dei pazienti ed esperti di terapie scritte in tutte le fasi del percorso (Meads C. <i>et al.</i> 2014)</p> <p>Utile introdurre modelli di analisi delle teorie sulle motivazioni di successi e di insuccessi degli interventi sulla fragilità. Emergono fattori favorevoli quali livelli iniziali di fragilità, presenza o assenza di deficit specifici, contesto della persona e aspetti sociali e psicologici (Gwyther H. <i>et al.</i> 2018).</p>
<p>Strategie di implementazione</p>	<p>I Community Health Workers (CHW) sono operatori sanitari pubblici che sono membri o molto vicini alle comunità di riferimento. Gli interventi messi in atto sono: educazione sanitaria, coaching per la salute, supporto all'accesso alle risorse della comunità (Kennedy M.A. <i>et al.</i> 2021).</p> <p>Gli interventi per migliorare l'aderenza dovrebbero focalizzarsi sulla revisione delle terapie con lo scopo di semplificare i regimi ed educare i pazienti sui loro trattamenti. Il modello dovrebbe includere i pazienti con comorbidità multiple e problemi cognitivi (Smaje A. <i>et al.</i> 2018).</p> <p>Interventi comportamentali combinati con interventi educativi possono migliorare il livello di aderenza alle prescrizioni ma ci sono incertezze sugli interventi solo educativi (Cross A.J. <i>et al.</i> 2020).</p> <p>Il metodo teach-back mostra effetti positivi in un ampio range di <i>outcome</i> in specifiche malattie, nell'aderenza, nel <i>self-efficacy</i> e nelle tecniche inalatorie. Era poco significativo il miglioramento del <i>self-care</i> e la riduzione del tasso di riammissione in ospedale (Ha Dinh T.T. <i>et al.</i> 2016).</p>

La **tecnologia basata sugli avatar nell'educazione del paziente** può avere un effetto positivo su un ampio raggio di *outcome*. Gli interventi possono migliorare le competenze, il *self-care* e il *self-efficacy* nei pazienti con patologie croniche (Wonggom P. *et al.* 2019).

L'impatto potenziale negativo delle condivisioni delle informazioni sugli **effetti avversi** dei pazienti potrebbe manifestarsi come effetto nocebo. Questo emerge soprattutto nelle attività di coinvolgimento dei pazienti nella farmacovigilanza (Jose J. *et al.* 2018).

L'educazione del paziente attraverso le **informazioni sanitarie tempestive su smartphone o tablet** (ad esempio una volta la settimana) migliorano il livello di conoscenze, di aderenza al trattamento, della soddisfazione e degli outcome clinici inclusi gli aspetti economici delle cure (Timmers T. *et al.* 2020).

I **contratti** sono accordi verbali o scritti che i pazienti fanno con sé stessi, con i medici o con i sanitari nei quali i partecipanti concordano i comportamenti correlati alle cure del paziente. I contratti hanno lo scopo di migliorare il livello di aderenza al trattamento o i programmi di promozione della salute. Esiste il limite evidente che i contratti possono potenzialmente migliorare l'aderenza ma non ci sono sufficienti evidenze che confermino l'efficacia nel loro uso routinario per l'aderenza alla terapia o per i regimi di prevenzione sanitaria (Bosch-Capblanch X. *et al.* 2007).

La **comunicazione sulle terapie farmacologiche** era spesso considerata inefficace. Occorre però approfondire la prospettiva dei pazienti non solo al momento della dimissione ma anche nel periodo post dimissione. La comunicazione sulle terapie dovrebbe essere fatta all'ammissione, durante l'ospedalizzazione o al trasferimento nei diversi setting (Ozavci G. *et al.* 2021).

Le **strategie di de-prescrizione** nelle cure primarie usano diverse terapie cognitivo-comportamentali per indirizzare i professionisti (es. nell'educazione) come le strategie indirizzate ai setting pratici inclusi i supporti da membri del team (es. farmacisti, infermieri e pazienti). Servono ulteriori ricerche per determinare l'efficacia delle diverse **terapie cognitivo-comportamentali che possono aiutare a facilitare l'implementazione delle strategie di de-prescrizione**, così come la riduzione della polifarmacia nelle cure primarie (Isenor J. *et al.* 2021).

I programmi educativi hanno specifici benefici per pazienti che soffrono di asma, malattie polmonari cronico-ostruttive e lo *stroke* e sono promettenti nel diabete, nell'epilessia, nei tumori e nella salute mentale. Come sempre, non è chiaro quali ingredienti agiscano maggiormente. Occorrono **ulteriori approfondimenti per capire l'efficacia nei pazienti con problemi sanitari multipli** (Coster S. *et al.* 2020).

Esiste una evidenza per l'effetto sugli interventi delle cure centrate sul paziente e sulla famiglia applicati a diversi pazienti, componenti delle famiglie e professionisti sanitari. Le evidenze indicano che **le cure centrate sul paziente e sulla famiglia rappresentano un approccio utile a migliorare la qualità delle cure** (Park M. *et al.* 2018).

È importante individuare i fattori che rendono "povera" la **comunicazione tra i farmacisti e i pazienti quando forniscono informazioni circa quanto riportate sulle etichette dei medicinali prescritti** e ausiliarie e identificare gli approcci pratici positivi che aiutano ad arricchirla. Emerge che il livello di *literacy* del paziente, il numero di medicinali dispensati, il formato e l'organizzazione dell'etichetta, la complessità delle istruzioni sul dosaggio, l'uso di istruzioni scritte circa il dosaggio prescritto e l'uso di icone, grafici e pittogrammi sono aspetti che molto frequentemente sono usati e valutati dai gruppi di ricerca. La maggior parte degli studi ha riportato che **le istruzioni semplici e dirette scritte in modo leggibile erano meglio comprese dai pazienti** (Samaranayake N.R. *et al.* 2018).

	<p>Il tema della “fidelity” nell’ambito degli interventi volti al cambiamento comportamentale, intesa come attenzione a conservare il più possibile il modello previsto in fase di attuazione dello studio suggerisce alcune specifiche raccomandazioni per i ricercatori. Le raccomandazioni sono di chiarire come nel disegno di studio la fidelity è definita e concettualizzata, considerare strategie di rafforzamento e di accertamento di essa, utilizzare il modello esistente e di guida, considerare l’equilibrio tra fidelity e adattamento e riportare l’uso di strategie per il rafforzamento e l’accertamento della fidelity al modello di studio e i loro risultati (Toomey <i>et al.</i> 2020).</p>
--	--

Tabella 4: Risultati classificati con la Tassonomia EPOC.

2.6 Discussione dei risultati

Descrivere gli interventi educativi, in particolare quelli basati sulle pratiche narrative volti a migliorare l’aderenza alla terapia e/o al trattamento nei pazienti over 65 affetti da patologie croniche e in politerapia, richiede di compiere, a priori, una scelta importante. Infatti, la letteratura conferma che l’intervento educativo, incluso quello basato sui metodi narrativi, deve inserirsi all’interno di un contesto organizzativo, professionale e sociale in grado di sostenere il processo di apprendimento. Il solo intervento educativo sembra non dare risultati così efficaci come ci si aspettava (Cross Aj., *et al.* 2020).

Per discutere i risultati ottenuti dalla revisione della letteratura è utile richiamare la categorizzazione degli interventi di Benini (2021) già ricordata poco sopra nella presentazione del rationale di questo lavoro. La **prima categoria** di interventi è rivolta al singolo e alla collettività e tali interventi sono finalizzati a facilitare gli apprendimenti per tutelare, promuovere ed educare a stili di vita sani e tendere verso stati di maggior benessere con un’attenzione particolare alla salute e alla qualità di vita della persona. Rientrano in questo ambito tutte le azioni educative e formative messe in atto sia per prevenire che per curare - come nell’educazione terapeutica rivolta a persone affette da malattie croniche.

Dall’analisi degli studi selezionati emerge che il carico terapia-correlato risulta essere uno degli elementi che incidono sulla non aderenza alla terapia e, se aggiungiamo a questo aspetto anche l’esperienza vissuta dei pazienti con i farmaci, possono determinarsi comportamenti in grado di influenzare non positivamente la salute e quindi il benessere, le credenze e le aspettative dei pazienti sulle terapie. Alcuni autori suggeriscono come un approccio *patient-centered* sia fondamentale per conoscere l’esperienza del paziente con l’uso di medicinali e comprendere meglio il carico terapia-correlato al fine di individuare cure farmacologiche personalizzate (Mohammed M.A. *et al.* 2016, Barnett N.L. *et al.* 2016; Park M. *et al.* 2018).

Negli ultimi tempi, anche l’uso delle tecnologie digitali sta offrendo evidenti miglioramenti nei metodi educativi a sostegno dell’aderenza terapeutica. Ad esempio, un avatar è definito come una manifestazione o animazione online mobile di una persona utilizzata per migliorare l’interazione nell’ambiente della realtà virtuale o nel cyberspazio virtuale. Le tecnologie educative basate su avatar consentono agli utenti di partecipare attivamente alla creazione di un personaggio online unico e consentono agli educatori di presentare con più facilità un’attività che sarebbe altrimenti difficile da leggere o dimostrare con un’immagine statica (Fang *et al.*, 2017). Pertanto, la tecnologia basata su avatar è particolarmente utile per i pazienti con scarsa alfabetizzazione e scarsa

alfabetizzazione sanitaria. Inoltre, la tecnologia basata su avatar è stata sviluppata per l'educazione collaborativa o basata sulla simulazione, che è un approccio intuitivo contemporaneo all'insegnamento a distanza e uno strumento importante nelle moderne pratiche educative. Le tecnologie basate su avatar per supportare l'istruzione sono ora diffuse e in aumento e nell'educazione del paziente possono avere un effetto positivo su un ampio raggio di *outcome*. Gli interventi possono migliorare le competenze, il *self care* e la *self-efficacy* nei pazienti con patologie croniche (Wonggom P. *et al.* 2019). Oltre all'uso dell'avatar, la letteratura dimostra che l'educazione del paziente realizzata attraverso l'uso di smartphone e tablet per la ricezione di informazioni sanitarie tempestive migliora il livello di conoscenza, di aderenza al trattamento, di soddisfazione e di raggiungimento degli *outcome* clinici inclusi gli aspetti economici delle cure (Timmers T. *et al.* 2020).

Un altro gruppo di interventi la cui efficacia è stata dimostrata è associata alla semplificazione dei regimi terapeutici e alla de-prescrizione, soprattutto nei pazienti con comorbidità e problemi cognitivi (Smaje A. *et al.* 2018).

Ci sono pareri discordanti, invece, sull'utilità condividere con i pazienti gli eventi avversi di una terapia come avviene nella farmacovigilanza. Infatti, l'impatto potenziale negativo della condivisione delle informazioni sugli effetti avversi potrebbe manifestarsi nel paziente come effetto nocebo (Jose J. *et al.* 2018; Wastesson J.W. *et al.* 2018).

Sui metodi didattici, invece, la letteratura conferma che esistono metodi efficaci come il *teach-back* e i contratti educativi. Il metodo *teach-back* mostra effetti positivi in un ampio range di *outcome* in specifiche malattie, nell'aderenza, nella *self-efficacy* e nelle tecniche inalatorie (Ha Dinh T.T. *et al.* 2016).

Altri studi si focalizzano sul ruolo che può giocare l'adozione di "contratti", ovvero di accordi verbali o scritti che i pazienti fanno con sé stessi, con i medici o con i sanitari nei quali i partecipanti concordano i comportamenti correlati alle cure del paziente con lo scopo di migliorare il livello di aderenza al trattamento o di seguire i programmi di promozione della salute. Esiste il limite evidente che per quanto i contratti siano potenzialmente in grado di migliorare l'aderenza, non ci sono sufficienti evidenze che confermino l'efficacia nel loro uso routinario a supporto dell'aderenza alla terapia o dei regimi di prevenzione sanitaria (Bosch-Capblanch X. *et al.* 2007). Altri autori analizzano il ruolo della relazione tra i pazienti e i professionisti sanitari e degli aspetti educativi che sono implicati in tali relazioni. Si sottolinea che nell'uso degli strumenti educativi è importante individuare i fattori che rendono "povera" la comunicazione tra i farmacisti e i pazienti quando forniscono informazioni circa i medicinali prescritti e i prodotti per la salute accessori e identificare gli approcci pratici positivi che aiutano ad arricchirla. Emerge il contributo che portano agli outcome di aderenza il livello di *literacy* dei pazienti, il numero di medicine loro prescritte e dispensate, il formato e l'organizzazione dell'etichetta, la complessità delle istruzioni sui dosaggi da seguire, l'uso di icone, grafici e pittogrammi, aspetti che molto frequentemente sono valutati dai gruppi di ricerca (Toomey *et al.*, 2020). La maggior parte degli studi riporta che istruzioni semplici e dirette scritte in modo leggibile sono meglio comprese dai pazienti (Samaranayake N.R. *et al.* 2018). Un elemento di criticità comune agli studi che hanno come obiettivo il cambiamento comportamentale dei pazienti è la necessità di introdurre un adeguato controllo sulla fedeltà degli interventi offerti al modello di studio iniziale, garantendo il giusto equilibrio tra "fedeltà" e "adattamento" (Toomey *et al.*, 2020).

La **seconda categoria** riguarda il vasto e complesso sistema delle posture educative che in forma più o meno intenzionale hanno effetti sulla progettazione esistenziale di

coloro che vivono le cure nelle vesti di “paziente”. Si tratta dell’ambito di tutte le relazioni educative che si aprono al possibile, ma anche al limite, come nell’accompagnamento alla fine della vita e nella riprogettazione di esistenze colpite dalla malattia.

Molti studi concludono che le politiche di governo dovrebbero supportare la gestione delle persone con multimorbidità e comorbidità, condizione comune nelle cure primarie e nelle comunità. I risultati suggeriscono un miglioramento degli *outcome* di salute se gli interventi possono essere orientati ai fattori di rischio come la depressione nelle persone con comorbidità. Determinare l’efficacia dei servizi sanitari o degli interventi orientati al paziente per migliorare gli *outcome* delle persone con multimorbidità nelle cure primarie o nelle comunità diventa uno degli elementi imprescindibili per la realizzazione dei progetti di vita (Smith S.M. *et al.* 2016). La letteratura suggerisce, in questo caso, di includere sistemi di valutazione degli interventi sulla fragilità (Gwyther H. *et al.* 2018).

Parte fondamentale della seconda categoria è la comunicazione sulle terapie prescritte (e sulle raccomandazioni in senso più ampio) approfondendo la prospettiva dei pazienti non solo al momento della dimissione ma anche nel periodo post-dimissione, una volta tornati in strutture residenziali o al proprio domicilio. La comunicazione con il paziente da parte dei sanitari deve essere garantita dal momento dell’ammissione a quello della dimissione e al rientro al proprio domicilio, lungo tutto il corso del trattamento sanitario (Ozavci G. *et al.* 2021). I programmi educativi hanno dimostrato specifici benefici per pazienti che soffrono di asma, malattie polmonari cronico-ostruttive, infarto/ictus e sono promettenti nel diabete, nell’epilessia, nei tumori e nella salute mentale. Come sempre, non è chiaro quali ingredienti agiscono maggiormente. Occorrono ulteriori approfondimenti per determinarne l’efficacia nei pazienti con problemi di salute complessi (Coster S. *et al.* 2020).

Le terapie cognitivo-comportamentali e il supporto da parte dei professionisti sanitari, specie se membri di un’equipe multiprofessionale (es. farmacisti, infermieri e pazienti) sono alla base delle strategie di de-prescrizione nelle cure primarie. Servono ulteriori ricerche per determinare l’efficacia dell’applicazione delle terapie cognitivo-comportamentali di natura digitale chiamate *digital drug support* che possono aiutare a facilitare l’implementazione delle strategie di de-prescrizione, così come la riduzione della polifarmacoterapia nelle cure primarie (Isenor J *et al.* 2021).

I sistemi di supporto alle decisioni (*CDSS: Clinical Decision Support System*) per la prescrizione rappresentano una innovazione per migliorare la pratica clinica e gli *outcome* dei pazienti riducendo la probabilità di incorrere in errori. I fattori che possono favorire l’impatto positivo del CDSS sono: l’accessibilità dell’utente, la *compliance* con le linee guida cliniche, la cooperazione medico-paziente, l’integrazione tra la cartella clinica informatizzata, il CDSS, e i sistemi farmaceutici, il tenere in considerazione la visione del medico nell’accertare l’importanza degli allarmi del CDSS, e il suo utilizzo *real-time* nella fase di prescrizione. Interessante, in questo caso, evidenziare la componente narrativa dei pazienti utilizzata per la raccolta dati nel momento del primo colloquio con i professionisti (Taheri Moghadam S. *et al.* 2021). Medesima condizione emerge dall’applicazione dei protocolli di *Health Technology Assessment* che richiede sempre di più il coinvolgimento pieno dei rappresentanti dei pazienti in tutte le fasi del trattamento sanitario (Meads C. *et al.* 2014).

Il **terzo** ambito riguarda il territorio della formazione sanitaria volta non solo alla costruzione dell’expertise ma alla riflessione sull’agire di Donald Schön. Si tratta di individuare quali professionisti e non possano fungere da mediatori di apprendimento per

i pazienti e i loro *caregiver*. Ad esempio la letteratura individua nel farmacista di comunità il depositario di diverse attività la cui efficacia è stata già dimostrata, tra cui le consultazioni e l'erogazione di istruzioni a pazienti sui trattamenti terapeutici con impatto positivo sui risultati clinici ed economici, così come si è dimostrata l'appropriatezza di interventi e di visite domiciliari effettuate dai farmacisti rivolte a persone a rischio (Newman T.V. *et al.*, 2020, Abbott *et al.* 2020). Il farmacista gioca un ruolo importante operando per la sicurezza del paziente anche nella vendita dei medicinali non prescritti o che non richiedono prescrizione medica (van Eikenhorst *et al.* 2017; Michel D.E. *et al.* 2022).

Gast A *et al.* (2019) evidenziano che, nei casi in cui sia necessario un mediatore, è importante che sappia identificare i fattori che possono influenzare l'aderenza nei pazienti adulti affetti da patologie croniche, soprattutto dal punto di vista sociale. I *Community Health Workers* (CHW) sono, ad esempio, operatori sanitari pubblici, membri o molto vicini alle comunità di riferimento. Gli interventi messi in atto da questi sono legati all'educazione sanitaria, al coaching per la salute, al supporto all'accesso alle risorse della comunità (Kennedy M.A. *et al.* 2021)

Le iniziative per migliorare l'aderenza dovrebbero concentrarsi su barriere modificabili a livello di sistema sanitario (Schmittiel, 2015), come ad esempio l'uso di dispositivi di promemoria a basso costo (Choudhry, 2016), i promemoria dei messaggi di testo in pazienti cardiopatici (Pandey, 2017).

Marengoni *et al.* (2016) descrivono le strategie, confermate anche dal Consensus Statement dell'*Advisory Board* di Federanziani Italia, per migliorare l'aderenza alle terapie farmacologiche nelle persone anziane. Tra queste, troviamo l'educazione per l'*empowerment*, la valutazione dell'aderenza e l'ottimizzazione del trattamento. I programmi educativi includono interventi di *health literacy* e mirati al cambiamento del comportamento, raccomandazioni sullo stile di vita e formazione per sviluppare la capacità di *self-management*. In particolare, viene messo l'accento sugli interventi, che raccomandano essere continui nel tempo per l'individuazione delle preferenze e delle credenze in tema di salute.

Ryan *et al.* (2014) esaminano 75 revisioni sistematiche e fanno emergere che, per la maggior parte dei casi, i programmi di automonitoraggio e autogestione dei farmaci appaiono generalmente efficaci nel migliorare l'uso dei farmaci, l'aderenza, gli eventi avversi e gli esiti clinici e per ridurre la mortalità nelle persone che si autogestiscono la terapia antitrombotica. Tuttavia, emerge che non tutti i partecipanti sono stati in grado di completare i programmi di automonitoraggio e autogestione dei farmaci, suggerendo che potrebbero non essere adatti a tutti. Semplificare lo schema terapeutico e integrare il farmacista nel team delle cure farmacologiche possono rappresentare altri due interventi efficaci per migliorare l'aderenza alla terapia. Dal punto di vista degli interventi *patient-centered*, Ryan *et al.* (2014) evidenzia che interventi educativi volti ad erogare competenze di autogestione, così come interventi di formazione, di consulenza, sostegno, *follow-up*, oppure interventi che vedono educazione e consulenza erogate insieme, o educazione/informazione come parte di pacchetti di assistenza forniti dal farmacista determinano effetti positivi sull'aderenza, sull'uso corretto dei farmaci, sugli esiti clinici e sul livello di conoscenza, ma molti interventi richiedono ancora approfondimenti. Diverse strategie si sono dimostrate promettenti nel promuovere l'aderenza, quali interventi organizzativi, promemoria, richiami, incentivi finanziari, visite a domicilio, l'inserimento di figure laiche. Le strategie educative e/o di informazione hanno mostrato alcuni effetti positivi ma necessitano di un'ulteriore valutazione dell'efficacia.

2.7 Conclusioni

Questo studio fornisce una chiara evidenza che l'aderenza ai farmaci è influenzata da molteplici fattori determinando la necessità di offrire ai pazienti un approccio sistemico e globale alla politerapia. L'educazione terapeutica, il *self-care*, le strategie di *engagement* rappresentano importanti soluzioni che, però, richiedono di essere inseriti all'interno di un sistema politico, organizzativo, professionale, civile sinergico e integrato.

Sebbene gli interventi individuati in questa revisione dimostrino di essere in grado di migliorare l'aderenza, rimane molto spazio per ulteriori ricerche e approfondimenti da parte della comunità scientifica. I risultati suggeriscono che gli operatori sanitari dovrebbero concentrare il contenuto dell'intervento sulle strategie comportamentali, in particolare su interventi basati sulle abitudini, sugli strumenti per migliorare la memoria a medio-lungo termine, su strategie cognitive progettate per cambiare la conoscenza e le convinzioni. Una strategia per raggiungere una maggiore consapevolezza da parte del paziente e del *caregiver*, così come una maggiore attenzione alla corretta assunzione dei medicinali può essere rappresentata dagli interventi narrativi. Attraverso questo tipo di interventi le persone possono raccontare la loro storia e le modalità con cui gestiscono la quotidianità, ovvero condividere quel sapere esperienziale che confrontandosi con il sapere scientifico va ad integrarsi nella cura e nell'assistenza.

Tra i metodi didattici più frequentemente utilizzati troviamo l'uso delle *check list*, il *teach-back*, i *tutorial*, il *metaplan*, il *roleplaying*. Questi si devono inserire in un sistema organizzativo volto al raggiungimento di obiettivi educativi nel quale più professionisti intervengono fornendo risposte strutturate ai bisogni di salute dei pazienti e dei loro *caregiver*. Solo interventi integrati, come abbiamo potuto approfondire, permettono di incidere positivamente sull'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni.

Nuove ricerche dovrebbero essere proposte e realizzate da parte della comunità scientifica al fine di creare e validare modelli educativi che, partendo dalle caratteristiche delle persone e dai bisogni educativi emersi durante esperienze di narrazione, siano in grado di far raggiungere nei pazienti la concordanza tra prescrizione terapeutica e comportamento personale facendo emergere evidenze di efficacia su *outcome* positivi quali il miglioramento della qualità di vita, il *self-care* e il *self-management*.

2.8 Revisioni incluse

1. Kennedy, M. A., Hatchell, K. E., DiMilia, P. R., Kelly, S. M., Blunt, H. B., Bagley, P. J., LaMantia, M. A., Reynolds, C. F., 3rd, Crow, R. S., Maden, T. N., Kelly, S. L., Kihwele, J. M., & Batsis, J. A. (2021). Community health worker interventions for older adults with complex health needs: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(6), 1670–1682. <https://doi.org/10.1111/jgs.17078>
2. Newman, T. V., San-Juan-Rodriguez, A., Parekh, N., Swart, E., Klein-Fedyshin, M., Shrank, W. H., & Hernandez, I. (2020). Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 16(9), 1155–1165. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.12.016>
3. Abbott, R.A., Moore, D.A., Rogers, M. *et al.* (2020) Effectiveness of pharmacist home visits for individuals at risk of medication-related problems: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Health Serv Res* 20, 39 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4728-3>
4. Gast, A., Mathes, T. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev* 8, 112 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8>
5. Smaje, A., Weston-Clark, M., Raj, R., Orlu, M., Davis, D., & Rawle, M. (2018). Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. *Aging medicine (Milton (N.S.W))*, 1(3), 254–266. <https://doi.org/10.1002/agm2.12045>
6. Cross, A. J., Elliott, R. A., Petrie, K., Kuruvilla, L., & George, J. (2020). Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012419. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012419.pub2>
7. Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
8. Wonggom, P., Kourbelis, C., Newman, P., Du, H., & Clark, R. A. (2019). Effectiveness of avatar-based technology in patient education for improving chronic disease knowledge and self-care behavior: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 17(6), 1101–1129. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2017-003905>
9. Jose, J., & AlHajri, L. (2018). Potential negative impact of informing patients about medication side effects: a systematic review. *International journal of clinical pharmacy*, 40(4), 806–822. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0716-7>
10. Timmers, T., Janssen, L., Kool, R. B., & Kremer, J. A. (2020). Educating Patients by Providing Timely Information Using Smartphone and Tablet Apps: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 22(4), e17342. <https://doi.org/10.2196/17342>
11. Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD006560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>

12. Meads, C., Nyssen, O. P., Wong, G., Steed, L., Bourke, L., Ross, C. A., Hayman, S., Field, V., Lord, J., Greenhalgh, T., & Taylor, S. J. (2014). Protocol for an HTA report: Does therapeutic writing help people with long-term conditions? Systematic review, realist synthesis and economic modelling. *BMJ open*, 4(2), e004377. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004377>
13. Mohammed, M. A., Moles, R. J., & Chen, T. F. (2016). Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ open*, 6(2), e010035. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010035>
14. Barnett, N. L., Oboh, L., & Smith, K. (2016). Patient-centred management of polypharmacy: a process for practice. *European journal of hospital pharmacy: science and practice*, 23(2), 113–117. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2015-000762>
15. Bosch-Capblanch, X., Abba, K., Prictor, M., & Garner, P. (2007). Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2007(2), CD004808. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004808.pub3>
16. van Eikenhorst, L., Salema, N. E., & Anderson, C. (2017). A systematic review in select countries of the role of the pharmacist in consultations and sales of non-prescription medicines in community pharmacy. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 13(1), 17–38. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.02.010>
17. Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., Joseph, K., & Manias, E. (2021). A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(2), 273–291. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.023>
18. Isenor, J. E., Bai, I., Cormier, R., Helwig, M., Reeve, E., Whelan, A. M., Burgess, S., Martin-Misener, R., & Kennie-Kaulbach, N. (2021). Deprescribing interventions in primary health care mapped to the Behaviour Change Wheel: A scoping review. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 17(7), 1229–1241. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.09.005>
19. Michel, D. E., Tonna, A. P., Dartsch, D. C., & Weidmann, A. E. (2022). Experiences of key stakeholders with the implementation of medication reviews in community pharmacies: A systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 18(6), 2944–2961. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.017>
20. Coster, S., Li, Y., & Norman, I. J. (2020). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International journal of nursing studies*, 110, 103698. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103698>
21. Park, M., Giap, T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International journal of nursing studies*, 87, 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
22. Taheri Moghadam, S., Sadoughi, F., Velayati, F., Ehsanzadeh, S. J., & Poursharif, S. (2021). The effects of clinical decision support system for prescribing medication on patient outcomes and physician practice performance: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical informatics and decision making*, 21(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01376-8>
23. Samaranyake, N. R., Bandara, W. G., & Manchanayake, C. M. (2018). A narrative review on do's and don'ts in prescription label writing - lessons for pharmacists. *Integrated pharmacy research & practice*, 7, 53–66. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S163968>

24. E. Toomey, W. Hardeman, N. Hankonen, M. Byrne, J. McSharry, K. MatvienkoSikar & F. Lorencatto (2020) Focusing on fidelity: narrative review and recommendations for improving intervention fidelity within trials of health behaviour change interventions, *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8:1, 132-151, DOI: 10.1080/21642850.2020.1738935
25. Gwyther, H., Bobrowicz-Campos, E., Luis Alves Apóstolo, J., Marcucci, M., Cano, A., & Holland, C. (2018). A realist review to understand the efficacy and outcomes of interventions designed to minimise, reverse or prevent the progression of frailty. *Health psychology review*, 12(4), 382–404. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1488601>
26. Wastesson, J. W., Morin, L., Tan, E., & Johnell, K. (2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert opinion on drug safety*, 17(12), 1185–1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>

Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Kennedy M.A. <i>et al.</i> 2021	We systematically reviewed the impact of CHW interventions on health outcomes among older adults with complex health needs. We searched for English-language articles from database inception through April 2020 using seven databases. PROSPERO protocol registration CRD42019118761	Adults aged 60 years or older with complex health needs, defined in this review as multimorbidity, frailty, disability, or high-utilization	Interventions led by a CHW or similar role consistent with the American Public Health Association's definition of CHWs. Community health workers (CHWs) offer one potential strategy to increase delivery of evidence based interventions and prevent poor health outcomes among vulnerable older adults. The American Public Health Association (APHA) defines CHWs as "frontline public health workers who are trusted members of and/or have an unusually close understanding of the community served". CHWs provide a range of services including health education, health coaching, and support accessing community resources	These studies suggest that CHW-led multicomponent interventions for older adults with early disability and frailty have the potential to improve mood and functional outcomes, which is consistent with WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) guidelines for supporting functional capacity in older adults through an integrated, multicomponent approach	There is a need for additional high-quality studies to understand the impact, cost-effectiveness, and ideal implementation strategies for CHW-led interventions for older adults with complex needs. As the current population ages, the geriatric healthcare workforce will be further stretched. Effective, scalable interventions led by CHWs and other non clinicians could play an important role in supporting functional independence and well-being among vulnerable older adults
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Newman T.V. <i>et al.</i> , 2020	Review	2296 titles and abstracts of which 15 references met our inclusion criteria	Community pharmacist-led interventions mostly consisted of patient consultations and education. Community pharmacist-led chronic disease management interventions and the impact on clinical, utilization, and economic outcomes	Our search strategy retrieved 2296 titles and abstracts of which 15 references met our inclusion criteria. Selected articles covered 7 main diseases –diabetes, asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), hypertension, heart failure, hyperlipidemia, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS). Community pharmacist-led interventions mostly consisted of patient	We found that community pharmacists can improve clinical outcomes in a wide array of chronic diseases, including diabetes, hyperlipidemia, HIV/AIDS, cardiovascular and respiratory diseases. More robust studies are needed to further assess the impact of specific interventions on economic and utilization outcomes

				<p>consultations and education. In diabetes, interventions achieved significant reductions in hemoglobin A1c, total cholesterol, and low-density lipoprotein (LDL). Reviews also reported favorable reductions in blood pressure, improved medication adherence and reduced readmission rates in patients with heart failure, improved lung function in patients with respiratory conditions, and increased medication adherence in those with HIV/AIDS. Literature reporting economic and utilization outcomes were limited and mostly focused on pharmacy interventions in diabetes. In some cases, community pharmacy services demonstrated a decrease in medical and health care costs in patients with diabetes</p>	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Abbott <i>et al.</i> 2020	Systematic review	Individuals at risk of medication related problems	Pharmacist home visits for individuals at risk	<p>Twelve RCTs (reported in 15 articles), involving 3410 participants, were included in the review. The frequency, content and purpose of the home visit varied considerably. The data from eight trials were suitable for meta-analysis of the effects on hospital admissions and mortality, and from three trials for the effects on quality of life. Overall there was no evidence of reduction in hospital admissions (risk ratio (RR) of 1.01 (95%CI 0.86 to 1.20, I² = 69.0%, p = 0.89; 8 studies, 2314</p>	<p>A systematic review of twelve RCTs assessing the impact of pharmacist home visits for individuals at risk of medication related problems found no evidence of effect on hospital admission or mortality rates, and limited evidence of effect on quality of life. Future studies should focus on using more robust methods to assess relevant outcomes</p>

				participants), or mortality (RR of 1.01 (95%CI 0.81 to 1.26, I2 = 0%, p = 0.94; 8 studies, 2314 participants)). There was no consistent evidence of an effect on quality of life, medication adherence or knowledge	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Gast A. <i>et al.</i> 2019	Systematic review	We performed a systematic literature search in MEDLINE and Embase on June 13, 2018. We included SRs on the factors that can influence adherence in adult patients taking oral medications for treating physical chronic diseases	To identify factors that can influence the adherence of adult patients with chronic physical diseases	We included 21 SRs on eight different conditions. We rated eight SRs to be at low risk of bias and 13 to be at high risk of bias. Although higher education, employment, higher financial status and marriage/partnership mostly showed a positive effect on adherence, the impact was unclear because of the high uncertainty of the underlying evidence. The evidence indicates that socioeconomic status and social support might have a positive impact on adherence and that belonging to an ethnic minority might have a negative impact on adherence. Therapy-related factors (e.g., intake regime) and disease-related factors (e.g., duration) mostly showed no impact on adherence. Analysis of gender showed inconsistent results. Age might have a concave relation to adherence, i.e., adherence is lowest in very young and very old people. Depression has a negative impact on adherence. Impacts of other mental and physical comorbidities were uncertain. Co-payments (any or higher) have a negative impact on	This overview analyses factors that might impact adherence to oral therapies in adult patients with physical chronic diseases. Our overview suggests that there is a social gradient in adherence. However, for most factors, the evidence was not conclusive due to the risk of bias, inconsistency or imprecision

				adherence. In contrast, the impacts of medication costs and insurance status were uncertain	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Smaje A. <i>et al.</i> , 2018	A systematic review	In the treatment of older patient	We searched multiple electronic databases for studies reporting reasons for non-adherence to medication regimens in patients aged 75 years and over. Our results were not limited to specific diseases, health-care settings, or geographical locations. The quality of eligible studies was assessed using the Newcastle-Ottawa Scale. A narrative synthesis of findings was performed	A total of 25 publications were included, all of which were in community settings. Frequent medication review and knowledge regarding the purpose of the medication were positively associated with adherence. Factors associated with poor adherence were multimorbidity, cognitive impairment, complex regimens with multiple prescribing physicians, and problems with drug storage or formulation	These findings suggest that interventions to improve adherence could focus on medication review aimed at simplifying regimens and educating patients about their treatment. Groups with poor adherence that may benefit most from such a model include patients with multiple comorbidities and cognitive impairment
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Cross A.J. <i>et al.</i> , 2020	Revision Cochrane	In older community-dwelling adults prescribed multiple long-term medications	To evaluate the effectiveness of interventions designed to improve medication-taking ability and/or medication adherence	We identified 50 studies (14,269 participants) comprising 40 RCTs, six cluster-RCTs, and four quasi-RCTs. All included studies evaluated interventions versus usual care; six studies also reported a comparison between two interventions as part of a three-arm RCT design. Interventions were grouped on the basis of their educational and/or behavioural components: 14 involved educational components only, 7 used behavioural strategies only, and 29 provided mixed educational and behavioural interventions. Overall, our confidence in results regarding the effectiveness of interventions was low	Behavioural only or mixed educational and behavioural interventions may improve the proportion of people who satisfactorily adhere to their prescribed medications, but we are uncertain of the effects of educational only interventions. No type of intervention was found to improve adherence when it was measured as a continuous variable, with educational only and mixed interventions having little or no impact and evidence of insufficient quality to determine the

				to very low due to a high degree of heterogeneity of included studies and high or unclear risk of bias across multiple domains in most studies. Five studies evaluated interventions for improving medication-taking ability, and 48 evaluated interventions for improving medication adherence (three studies evaluated both outcomes). No studies involved educational or behavioural interventions alone for improving medication-taking ability. Low-quality evidence from five studies, each using a different measure of medication-taking ability, meant that we were unable to determine the effects of mixed interventions on medication-taking ability	effects of behavioural only interventions. We were unable to determine the impact of interventions on medication-taking ability. The quality of evidence for these findings is low due to heterogeneity and methodological limitations of studies included in the review. Further well-designed RCTs are needed to investigate the effects of interventions for improving medication-taking ability and medication adherence in older adults prescribed multiple medications
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Ha Dinh T.T. <i>et al.</i> , 2016	Systematic review	People with chronic disease	This systematic review examined the evidence on using the teach-back method in health education programs for improving adherence and self-management of people with chronic disease	Of the 21 articles retrieved in full, 12 on the use of the teach-back method met the inclusion criteria and were selected for analysis. Four studies confirmed improved disease-specific knowledge in intervention participants. One study showed a statistically significant improvement in adherence to medication and diet among type 2 diabetics patients in the intervention group compared to the control group ($p < 0.001$). Two studies found statistically significant improvements in self-efficacy ($p = 0.0026$ and $p < 0.001$) in the intervention groups.	Overall, the teach-back method showed positive effects in a wide range of health care outcomes although these were not always statistically significant. Studies in this systematic review revealed improved outcomes in disease-specific knowledge, adherence, self-efficacy and the inhaler technique. There was a positive but inconsistent trend also seen in improved self-care and reduction of hospital readmission rates. There was limited evidence on

				One study examined quality of life in heart failure patients but the results did not improve from the intervention ($p = 0.59$). Five studies found a reduction in readmission rates and hospitalization but these were not always statistically significant. Two studies showed improvement in daily weighing among heart failure participants, and in adherence to diet, exercise and foot care among those with type 2 diabetes	improvement in quality of life or disease related knowledge retention
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Wonggom P. <i>et al.</i> , 2019	Review	Patients with chronic disease	Effectiveness of patient education using avatar-based technology on knowledge and self-care behaviours in patients with chronic disease	Nine publications from eight studies were included in this review (n ¼ 752). Three out of the eight studies were randomized controlled trials and five were non-randomized experimental studies. The overall quality of the included studies was moderate. There was a low risk of bias for the randomized controlled trial studies and moderate risk of bias for the quasi-experimental studies. Four of the eight studies showed that patients who participated in avatar-based education had a statistically significant improvement in knowledge ($p < 0.05$). Three studies showed improvement in behaviours and self-efficacy. Only three of eight studies examined health-related quality of life and adherence to medication, but the results were not statistically significant ($p > 0.05$). No studies identified the effectiveness of avatar-based patient	Avatar-based technology in patient education can have a positive effect on a wide range of healthcare outcomes. The intervention can improve knowledge, self-care behaviours and self-efficacy in patients with chronic diseases. However, there is limited evidence of improvement in health-related quality of life and adherence to medication, and no available research on readmission

Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Jose J. <i>et al.</i> , 2018	A systematic review	Patients in therapies with medication	To critically assess the potential negative impact of informing patients about medication side effects by written and/or oral information on medication compliance, occurrence/development of suspected side effects and clinical outcomes	education on readmission A total of 2012 articles were screened for inclusion, 32 full-text articles were assessed for eligibility and finally resulting in the inclusion of 17 randomized control studies which met the set criteria. Findings unraveled that the educational intervention did not result in increased occurrence/reporting of side effects in most of the evaluated studies; except 4 studies, and no significant impact on compliance to medications and negative clinical outcome was observed. Apprehension of negative events to medications were observed in two of the four studies which evaluated these parameters	The present review did not find enough evidence to support the over concerns on the potential negative impact of sharing of information on the adverse effects to patients, though the influence could manifest as nocebo-effect. The various components and methods employed for this information sharing process can influence the potential impact of this activity. These concerns about the undesirable effects should not deter the active involvement of patients in pharmacovigilance activities. There is a definite need to have more studies in this area, where much of concern still does exist among the various stakeholders of drug safety information
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Timmers T. <i>et al.</i> , 2020	Systematic Review	Patients	The objective of this systematic review is to provide an overview of the effects of using smartphone and tablet apps to educate patients with timely education. Within this review, we focused on patients that receive their care in a hospital setting. We assessed the effects of the interventions	A total of 21 RCTs with 4106 participants were included. Compared to usual care, overall effectiveness of the interventions was demonstrated in 69% of the outcomes. Effectiveness increased to 82% when the intervention had a duration shorter than one month and increased to 78% when the intervention provided at least one	This review demonstrates that educating patients with timely medical information through their smartphones or tablets improves their levels of knowledge, medication or treatment adherence, satisfaction, and clinical outcomes, as well as having

			on outcomes, such as patients' knowledge about their illness and treatment, adherence to treatment instructions and to medication usage, and satisfaction with the care they received	push notification per week. The interventions showed the highest effects on satisfaction with information, adherence to treatment instructions and to medication usage, clinical outcomes, and knowledge	a positive effect on health care economics. These effects are most pronounced in interventions with a short duration (i.e. less than a month) and with a high frequency of messages to patients (i.e. once per week or more). With the knowledge that patient education is a predictor for improved outcomes and the fact that patients have obvious difficulties processing large amounts of new medical information, we suggest incorporating the delivery of timely information through smartphone and tablet apps within current medical practices
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Smith S.M. <i>et al.</i> , 2016	Review	Many people with chronic disease have more than one chronic condition, which is referred to as multimorbidity	To determine the effectiveness of health-service or patient-oriented interventions designed to improve outcomes in people with multimorbidity in primary care and community settings. Multimorbidity was defined as two or more chronic conditions in the same individual	We identified 17 RCTs examining a range of complex interventions for people with multimorbidity. Nine studies focused on defined comorbid conditions with an emphasis on depression, diabetes and cardiovascular disease. The remaining studies focused on multimorbidity, generally in older people. In 11 studies, the predominant intervention element was a change to the organisation of care delivery, usually through case management or enhanced multidisciplinary team work. In six studies the interventions were	This review identifies the emerging evidence to support policy for the management of people with multimorbidity and common comorbidities in primary care and community settings. There are remaining uncertainties about the effectiveness of interventions for people with multimorbidity in general due to the relatively small number of RCTs conducted in this area to date with mixed findings overall. It is possible that the findings may

				<p>predominantly patient-oriented, for example, educational or self-management support-type interventions delivered directly to participants. Overall our confidence in the results regarding the effectiveness of interventions ranged from low to high certainty. There was little or no difference in clinical outcomes (based on moderate certainty evidence). Mental health outcomes improved (based on high certainty evidence) and there were modest reductions in mean depression scores for the comorbidity studies that targeted participants with depression (standardized mean difference (SMD) -0.41, 95% confidence interval (CI) -0.63 to -0.2). There was probably a small improvement in patient-reported outcomes (moderate certainty evidence). The intervention may make little or no difference to health service use (low certainty evidence), may slightly improve medication adherence (low certainty evidence), probably slightly improves patient-related health behaviours (moderate certainty evidence), and probably improves provider behaviour in terms of prescribing behaviour and quality of care (moderate certainty evidence). Cost data were limited</p>	<p>change with the inclusion of large ongoing well-organised trials in future updates. The results suggest an improvement in health outcomes if interventions can be targeted at risk factors such as depression in people with co-morbidity</p>
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Meads C, <i>et al.</i> , 2014	Systematic review and	People with LTCs	Any form of therapeutic writing including emotional disclosure/expressiv	Combining economic evaluation with systematic reviews is very commonly done	Vedi risultati

	economic evaluation		e writing, poetry, diaries, etc	for HTA reports, so needs no further explanation here. However, what is frequently not discussed is how the clinical context is combined with the economic evaluation to enable the HTA report to have clinical credibility. This is frequently done by ensuring that the clinicians on the project are present when discussing the economic model, fully understand it and can appreciate the implications of the assumptions made. Their insights into the patient experience often result in the structure of the model needing to be changed, or different numerical inputs being used to reflect clinical reality. In our project we will be fully involving patient representatives and therapeutic writing experts in all aspects of the project	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Mohammed M.A., <i>et al.</i> , 2016	Systematic review and metasynthesis of qualitative studies	To explore medication-related burden (MRB) and patients' lived experience with medicines (PLEM) without regard to particular medication therapies or medical conditions	Medication-related burden (MRB) and patients' lived experience with medicines	34 articles from 12 countries with a total of 1144 participants were included. 3 major inter-related themes emerged central to PLEM: MRB, medication related beliefs and medication taking practice. The negative impact of MRB, due to its interference on patients' daily lives and effects on well-being, its influence on patients' beliefs and behaviours, and a potential risk for drug-related problems (DRPs) was evident. This resulted in non-adherence and poorer outcomes (unachieved therapeutic goals and damage to patients' health). Patients who	There is a shared commonality of PLEM among the studies. MRB plays a central role in influencing patients' health and well-being, beliefs and behaviour towards medicines. Given the complexity of MRB and its impact evident from this review, there is a need for healthcare practitioners to have insight into PLEM in therapeutic care plans. Understanding PLEM is an opportunity for practitioners to identify particular

				experienced MRB interference in their life over time begin to juggle their medicines. Others continue their medicines despite experiencing MRB resulting in compromised physical, social or psychological well-being	MRBs that patients encounter, and provide individualised care through selection of therapeutic care plans that suit a patient's life. This may assist in helping to achieve patients' medication-related needs, and improve medication therapy and health outcomes
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Barnett NL, 2016	Patient-centred management of polypharmacy: a process for practice reviews	Older people	Around polypharmacy including a description of four key resources which all make use of international literature and all focus on the medication aspects of polypharmacy from a clinician's perspective	The patient-centred approach combines both clinical health professionals and patient perspective. Developed using existing resources, it is designed to assist with collaborative (patient and clinician based) medication review to inform decisions around deprescribing and address polypharmacy as part of overall strategies to optimise medicines for the patient	Presented as a diagrammatic representation in seven steps, it also includes guidance on points to consider, actions to take and questions to ask in order to reduce polypharmacy and undertake deprescribing safely
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Bosch-Capblanch X. <i>et al.</i> , 2007	Revision Sistemática	Patients'	Contracts are a verbal or written agreement that a patient makes with themselves, with healthcare practitioners, or with carers, where participants commit to a set of behaviours related to the care of a patient. Contracts aim to improve the patients' adherence to treatment or health promotion programmes	We included thirty trials, all conducted in high income countries, involving 4691 participants. Median sample size per group was 21. We examined the quality of each trial against eight standard criteria, and all trials were inadequate in relation to three or more of these standards. Trials evaluated contracts in addiction (10 trials), hypertension (4 trials), weight control (3 trials) and a variety of other areas (13 trials). Fifteen trials reported at least one outcome that showed	There is limited evidence that contracts can potentially contribute to improving adherence, but there is insufficient evidence from large, good quality studies to routinely recommend contracts for improving adherence to treatment or preventive health regimens

				statistically significant differences favouring the contracts group, six trials reported at least one outcome that showed differences favouring the control group and 26 trials reported at least one outcome without differences between groups. Effects on adherence were not detected when measured over longer periods	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
van Eikenhorst L., <i>et al.</i> , 2017	Systematic Review	Patient	Pharmacist interventions are important in the sale of NPMs and to summarize the evidence of pharmacists' contribution in maintaining patient safety and improving the quality of consultations involving NPM	Eighty-three studies from an original 12,879 citations were included in this review. Just under half of the studies were published between 2000 and 2009 (n ¼ 38; 46%). Thirty-three (44%) of the studies were conducted in the UK. The review showed that in terms of the contribution of community pharmacy staff in consultations for NPMs, non-pharmacist staff dealt with a large proportion of the consultations and pharmacists were usually involved in the consultation through referral from non-pharmacist staff member. Counseling was not consistently offered to everyone. Where counseling was provided it was not always of sufficient quality. Consultations were performed much better when symptoms were presented compared to when people made a direct product request. Pharmacists were reported to conduct better consultations than non-pharmacist staff. There was evidence to suggest that where counseling was appropriately	Seeking methods to develop better engagement with customers accessing pharmacy services for NPMs is necessary to enhance the interaction between these two parties. Efforts to enhance the community pharmacy environment to bring about a more positive experience for people using pharmacy is needed at present and will be important if the model for the selection of NPMs is modified in the UK. More studies are needed to allow a better understanding of the impact self-selection may have on patient safety in the community pharmacy context

				provided this afforded the person a safe environment to utilize their NPMs	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Ozavci G. <i>et al.</i> , 2021	Systematic review	People aged 65 or older who transferred between care settings.	To explore older patients' experiences and perceptions of communication about managing medications across transitions of care	The final review comprised 33 studies: 12 qualitative, 17 quantitative and 4 mixed methods studies. Twenty studies addressed the link between communication and medication discrepancies; ten studies identified facilitators of self-care through older patient engagement; 18 studies included older patients' experiences with health professionals about their medication regimen; and, 13 studies included strategies for communication about medications with older patients. Poor communication between primary and secondary care settings was reported as a reason for medication discrepancy before discharge. Older patients expected ongoing and tailored communication with providers and timely, accurate and written information about their medications before discharge or available for the post-discharge period	Communication about medications was often found to be ineffective. Most emphasis was placed on older patients' perspectives at discharge and in the post-discharge period. There was little exploration of older patients' views of communication about medication management on admission, during hospitalisation, or transfer between settings
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Isenor J.E. <i>et al.</i> , 2021	Scoping review	Patient	Deprescribing in primary health care and map the strategies to the Behaviour Change Wheel (BCW). Studies that focused primarily on deprescribing, which was defined as the planned and supervised process of dose reduction or	Searches yielded 6871 citations of which 43 were included. Nineteen studies were randomized, 24 were non-randomized. Studies evaluated deprescribing in terms of medication changes, feasibility, and prescriber/ patient perspectives. Deprescribing	Deprescribing strategies in primary health care have used a variety of BCTs to address individual professionals (e.g. education) as well as strategies that addressed the practice setting, including support from additional

			stopping the medication(s) that may be causing harm or are no longer causing benefit, ⁵ were included. Studies that used terminology (other than deprescribing) including but not limited to tapering, discontinuation, or dose reduction of inappropriate medications or medication withdrawal, were also included in this scoping review	strategies involved various professionals (physicians, pharmacists, nurses), as well as patients and were generally multifaceted. A wide range of intervention functions were identified, with 41 BCTs mapped to Environmental restructuring, 38 BCTs mapped to Enablement, and 34 BCTs mapped to Persuasion	team members (e.g. pharmacists, nurses and patients). Further research is warranted to determine comparative effectiveness of different BCTs, which can help facilitate implementation of deprescribing strategies, thereby reducing polypharmacy, in primary health care
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Michel D.E. <i>et al.</i> , 2022	Systematic review	Patients	Experiences of key stakeholders with the implementation of medication reviews and to identify barriers and facilitators to its implementation in community pharmacies	Results: Out of 924 retrieved records 24 articles from 9 countries met the inclusion criteria. Key facilitators identified included pharmacists' openness to practice change and a high degree of patient satisfaction post medication review. Attracting patients to the service was stated as challenging due to an unawareness of the scope and potential benefit of a medication review. The dominant barrier was inadequate remuneration, as it impacted all additional resourcing and ultimately the viability of the service. Further barriers included difficult professional relationships with doctors and little mandate from health authorities. Most reports were from the employed pharmacists' perspective and concerned the inner setting, other perspectives were under-reported	Results of this systematic review illustrate different stakeholders' experiences and add to the understanding of challenges in the implementation process. Nevertheless, findings also highlight how scarce reporting of external stakeholders' views is and that filling this gap can unveil hidden barriers and facilitators. Registration: PROSPERO register (CRD 42019122836)

Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Coster S., <i>et al.</i> , 2020	Review	Patients with chronic disease	To improve patients' knowledge and skills to manage chronic disease, with particular reference to nursing contribution and practice	From a total of 882 reviews, 63 met the inclusion criteria, and 900 studies were identified. Most (68%, n = 43) of the 63 reviews were judged by Cochrane reviewers to provide inadequate evidence of the effectiveness of the interventions reviewed. Information on the profession of the person delivering the intervention was often not available, although 78% (n = 49) of reviews mentioned that nurses were involved in a proportion of studies delivering interventions either independently or as part of a multiprofessional team	Educational programmes have definite benefits for patients suffering from asthma, chronic obstructive pulmonary disorder and stroke, and are promising in areas such as diabetes, epilepsy, cancer care, and mental health. However, it still is not clear what the active ingredients of many successful interventions are. Further research is needed to establish the impact of technology on programme delivery, and to develop programmes tailored for patients with multiple health problems
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Park M. <i>et al.</i> , 2018	A review of systematic reviews	Patient- and family-centered care	Interventions have made it difficult to identify and use the available evidence effectively	Twenty-eight reviews published between 2011 and 2017 met the inclusion criteria. The interventions targeted the patients, their family members, and the health-care. The interventions involved the following core outcomes: Regarding patients, they were improving knowledge about their health, increasing skills to manage self-care behaviours, enhancing satisfaction, increasing quality of life, and reducing admissions, readmissions, and length of the hospital stay. Regarding family members, they were reducing the intensity of stress, anxiety, depression,	This review has provided evidence for the effects of patient- and family-centered care interventions applied to diverse patients, family members, and health-care providers. The evidence indicates that patient- and family-centered care could be a critical approach for improving the quality of health care. Additionally, the quality of future reviews needs to be improved in order to produce reliable evidence in the current era of evidence-based practice

				and increasing the satisfaction and relationship with health-care providers. Regarding health-care providers, the interventions could improve job satisfaction and confidence, quality of care, and reduce stress and burnout. The overall methodological quality of the 28 reviews was moderate, with a mean AMSTAR score of 6.79 (SD 1.45)	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Taheri Moghadam S., <i>et al.</i> , 2021	Systematic review and meta-analysis	Patient	Clinical Decision Support Systems (CDSSs) for Prescribing are one of the innovations designed to improve physician practice performance and patient outcomes by reducing prescription errors	On the basis of the inclusion criteria, 45 studies were qualified for analysis in this study. CDSS for prescription drugs/COPE has been used for various diseases such as cardiovascular diseases, hypertension, diabetes, gastrointestinal and respiratory diseases, AIDS, appendicitis, kidney disease, malaria, high blood potassium, and mental diseases. In the meantime, other cases such as concurrent prescribing of multiple medications for patients and their effects on the above-mentioned results have been analyzed. The study shows that in some cases the use of CDSS has beneficial effects on patient outcomes and physician practice performance (std dif in means=0.084, 95% CI 0.067 to 0.102). It was also statistically significant for outcome categories such as those demonstrating better results for physician practice performance and patient outcomes	Our results indicate that the positive effects of the CDSS can be due to factors such as user-friendliness, compliance with clinical guidelines, patient and physician cooperation, integration of electronic health records, CDSS, and pharmaceutical systems, consideration of the views of physicians in assessing the importance of CDSS alerts, and the real-time alerts in the prescription

				or both. However, there was no significant difference between some other cases and traditional approaches. We assume that this may be due to the disease type, the quantity, and the type of CDSS criteria that affected the comparison. Overall, the results of this study show positive effects on performance for all forms of CDSSs	
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Samaranayake, N. R. <i>et al.</i> , 2018	Review	Pharmacist and patient	Findings on factors that lead to poor communication between pharmacist and patient when providing written medicines information on dispensing and auxiliary labels and identify successful interventional approaches that help to alleviate these concerns	A total of 33 articles that matched the objectives of this review were retrieved and evaluated by all three authors. It was found that patient literacy levels, number of medicines dispensed, format and organization of the label, complexity of dosing instructions, precision of writing dosing instructions and use of icons, graphics and pictograms were aspects that were frequently used, and hence assessed by research groups on medicine label writing. Most studies reported that simple and straight forward instructions written legibly were better comprehended by patients. Based on our findings, we provide here useful tips for pharmacists on writing dosing instructions for patients	Finally, we spotlight crucial research gaps related to communicating written dosing instructions that need to be addressed in the future
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Toomey E. <i>et al.</i> , 2020	Review and recommendations	Researchers	This article outlines specific issues concerning intervention fidelity within trials of health behaviour change interventions and	Recommendations pertain to (1) clarifying how fidelity is defined and conceptualised, (2) considering fidelity beyond intervention delivery, (3)	Suggestions for future research to improve our understanding of, and ability to, address fidelity in behaviour change

			suggests practical considerations and specific recommendations for researchers, with examples from the literature presented	considering strategies to both enhance and assess fidelity, (4) making use of existing frameworks and guidance, (5) considering the quality and comprehensiveness of fidelity assessment strategies, (6) considering the balance between fidelity and adaptation and (7) reporting the use of fidelity enhancement and assessment strategies and their results	interventions are also provided
Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Gwyther H. <i>et al.</i> , 2018	A realist review of FOCUS study literature reviews, 'real-world' studies and grey literature	Older adults	RAMESES (Realist and Meta-narrative Evidence Synthesis: Evolving Standards), and used to populate a framework analysis of theories of why frailty interventions worked, and theories of why frailty interventions did not work	Factors were distilled into mechanisms deriving from theories of causes of frailty, management of frailty and those based on the intervention process. We found that studies based on resolution of a deficiency in an older adult were only successful when there was indeed a deficiency. Client-centred interventions worked well when they had a theoretical grounding in health psychology and offered choice over intervention elements. Healthcare organisational interventions were found to have an impact on success when they were sufficiently different from usual care. Compelling evidence for the reduction of frailty came from physical exercise, or multicomponent (exercise, cognitive, nutrition, social) interventions in group settings. The group context appears to improve participants' commitment and adherence to the programme	Initial frailty levels, presence or absence of specific deficits, and full person and organisational contexts should be included as components of intervention design. Strategies to enhance social and psychological aspects should be included even in physically focused interventions

Autore	Tipo studio	Campione	Intervento	Risultati	Conclusioni
Wastesson J.W., <i>et al.</i> , 2018	Narrative review	Polypharmacy in older adult	This article reviews the international trends in the prevalence of polypharmacy, summarizes the results from previous reviews on polypharmacy and negative health outcomes, and updates a previous review on the clinical consequences of polypharmacy by focusing on studies published after 2013. This narrative review, which is based on a literature search in MEDLINE and EMBASE from January 1990 to June 2018, was undertaken to identify relevant articles. Search terms included variations of polypharmacy and multiple medications.	The prevalence of polypharmacy is increasing worldwide. More than half of the older population is exposed to polypharmacy in some settings. Polypharmacy is associated with a broad range of clinical consequences. However, methods to assess the dangers of polypharmacy should be refined. In our opinion, the issue of 'confounding by multimorbidity' has been underestimated and should be better accounted for in future studies. Moreover, researchers should develop more clinically relevant definitions of polypharmacy, including measures of inappropriate or problematic polypharmacy	The prevalence of polypharmacy in older adults is increasing in most countries. This is a cause for concern given the observed association between polypharmacy and a wide spectra of negative health outcomes, including drug-related problems, adverse drug events, physical and cognitive function, hospitalization, and mortality. In our mapping of the literature on polypharmacy and negative health outcomes, we have identified a large number of studies. However, to our knowledge, only the association between polypharmacy and mortality has been subjected to a systematic review with meta-analysis. Moreover, scalable interventions to reduce polypharmacy (by deprescribing or other interventions) is needed to revert the trend of increasing levels of polypharmacy in the older population.

3. Strategie di intervento: *empowerment, engagement, concordance* e i metodi narrativi

In questo capitolo, si vuol approfondire il quadro teorico intorno al quale ruotano alcune parole chiave che muovono questa ricerca: aderenza, *compliance*, *empowerment*, *engagement*, concordanza, *lifelong learning*. Questo richiede di adottare un punto di osservazione diverso rispetto al modello biomedico basato sull'assunto che la malattia viene interamente spiegata dalle deviazioni rispetto alla media di variabili biologiche (somatiche) misurabili. Il modello biomedico ritiene, infatti, che la malattia debba essere trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale. All'interno di questa cornice non trovano spazio le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia tipiche, invece, del modello biopsicosociale (Engel, 1977).

Al contrario, il modello biopsicosociale è una strategia di approccio alla persona sviluppata da Engel negli anni Ottanta sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1948¹⁰ dalla WHO (World Health Organization). Il modello pone la persona al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Per comprendere e risolvere la malattia il medico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. Il modello biopsicosociale si contrappone al modello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati (Becchi, 2009). L'approccio biopsicosociale permette di delineare le basi teoriche per considerare la relazione tra la persona, vista nella sua globalità, le sue comorbidità e la politerapia.

A questo scenario si aggiunge un altro elemento: grazie alle scoperte nel campo delle neuroscienze, emerge sempre di più che la persona, oltre ad essere la sintesi del "bio-psico-sociale" e "spirituale", è in grado di apprendere lungo tutto il ciclo della vita. Diventano più frequenti così le esperienze di formazione continua e, oltre alle scuole dell'obbligo e professionali, si impongono l'educazione non formale e informale come nuovi e diversi ambiti in cui imparare e apprendere nuove conoscenze.

Il *LifeLong Learning* ci offre alcune chiavi di lettura per comprendere i fenomeni dell'*empowerment*, prima, e poi dell'*engagement*, espressione quest'ultima di una nuova e diversa modalità di "fare cura", in grado di giungere al più alto livello di coinvolgimento del paziente, che presuppone la concordanza di principi, azioni e risultati tra i curanti e i pazienti.

3.1 L'*empowerment* del paziente e del *caregiver* come strategia per migliorare la partecipazione delle persone ai processi sanitari

L'OMS (1998) definisce l'*empowerment* come il processo attraverso cui un soggetto o una comunità migliora il controllo sulle decisioni e azioni relative alla propria vita e

¹⁰<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>

salute. Il cuore del processo è, infatti, rappresentato dalla consapevolezza di poter influenzare e aumentare il controllo sul decorso degli eventi.

Un fattore che favorisce l'empowerment è rappresentato dall'health literacy, correlata alla literacy, che si riferisce alle conoscenze, motivazioni e competenze necessarie alle persone per accedere, capire, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute, al fine di esprimere opinioni e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni rispetto all'assistenza sanitaria, alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute e di mantenere o migliorare così la qualità della propria vita (Kickbusch *et al.*, 2013).

È stato dimostrato che scarse competenze di *health literacy* sono associate a scelte meno salutari, comportamenti a rischio, cattive condizioni di salute, scarsa capacità di autogestione, a un numero più elevato di ricoveri ospedalieri. Esse, inoltre, assorbono in modo significativo le risorse umane ed economiche del sistema sanitario. L'azione politica per affrontare la crisi dell'*health literacy* ha tardato a emergere a tutti i livelli (Kickbusch *et al.*, 2013).

Adeguate conoscenze relative alla salute favoriscono anche la partecipazione: l'accesso all'istruzione e all'informazione è essenziale per ottenere una partecipazione efficace e per attribuire maggiori poteri alle persone e alle comunità.

Sono state fornite nel tempo diverse definizioni di *empowerment* (Rappaport 1981; Kieffer 1982; Levine e Perkins 1987; Zimmerman e Rappaport 1988) correlate a processi di cambiamento che richiedono l'attivazione di risorse cognitive, emotive, relazionali e comportamentali nel soggetto. Tra le definizioni di *empowerment* troviamo: i) la capacità di comprendere la realtà circostante e di esercitare un controllo sugli eventi; ii) l'assunzione di un ruolo attivo, consapevole e responsabile in rapporto ai processi decisionali; iii) l'elaborazione di strategie ai fini del perseguimento degli obiettivi; iv) l'ampliamento delle possibilità di riuscita nei più svariati settori.

A sostegno dell'*empowerment* come base per l'aderenza terapeutica, troviamo in letteratura due costrutti interessanti: *helplessness* e *hopefulness*. La prima indica la condizione di passività, di impotenza, di sfiducia, di sconforto e di depressione da cui in genere un processo di *empowerment* muove ai fini di un superamento della stessa (Maier e Seligman 1976). Raggiungere la consapevolezza del proprio *coping* inefficace permette, infatti, alla persona di muovere i primi passi verso il secondo costrutto: *hopefulness*. Questo fa riferimento al traguardo da raggiungere, inteso come l'acquisizione di fiducia, derivante dalla percezione di controllo degli eventi, e la maturazione di aspettative positive riguardo il futuro (Zimmerman 1990).

Due altri costrutti correlati al concetto di *empowerment* sono quello di *self-efficacy* e di *locus of control*; la *self-efficacy* indica le convinzioni che il soggetto possiede circa le proprie capacità di organizzare e di mettere in atto un insieme di azioni necessarie per gestire efficacemente determinate situazioni incontrate, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati (Bandura, 1982). Il *locus of control* si riferisce, invece, al luogo in cui la persona ritiene che si trovino i responsabili di ciò che le accade: i) interno, quando le cause degli eventi sono ricondotte a fattori personali (impegno, sforzo, perseveranza, ecc.) o ii) esterno, quando le sopra menzionate cause sono di natura ambientale o comunque indipendenti dal soggetto (difficoltà del compito, fortuna, caso, ecc.).

Il *self empowerment*, focalizzato sullo sviluppo individuale (Bruscaglioni, 1994), descrive le principali tappe di questo processo: il soggetto raggiunge la consapevolezza del desiderio di individuare nuove possibilità comportamentali, relazionali, esistenziali, ecc.; segue la fase di "pensabilità positiva" in cui la persona prefigura sé stessa nella

situazione desiderata, provando a immaginare vissuti, comportamenti, esigenze e reazioni altrui. Grazie a questa situazione desiderata, la persona individua le risorse interne ed esterne necessarie, e mette in atto una prima sperimentazione, raccogliendo i feedback. Gli errori, i successi e gli insuccessi conseguiti permettono alla persona di elaborare ulteriori possibilità che rappresentano nuovi modi di essere e di agire.

La Fig. 9 rappresenta l'evoluzione dell'*empowerment* e dell'*engagement* nella sanità fino ad arrivare al risultato di un "paziente esperto" in ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e nuove tecnologie Eu.P.A.T.I. o in *advocacy* del Patient Advocacy Lab di ALTEMS dell'Università Cattolica di Milano, espressioni, oggi, della formazione dei pazienti a livello nazionale.

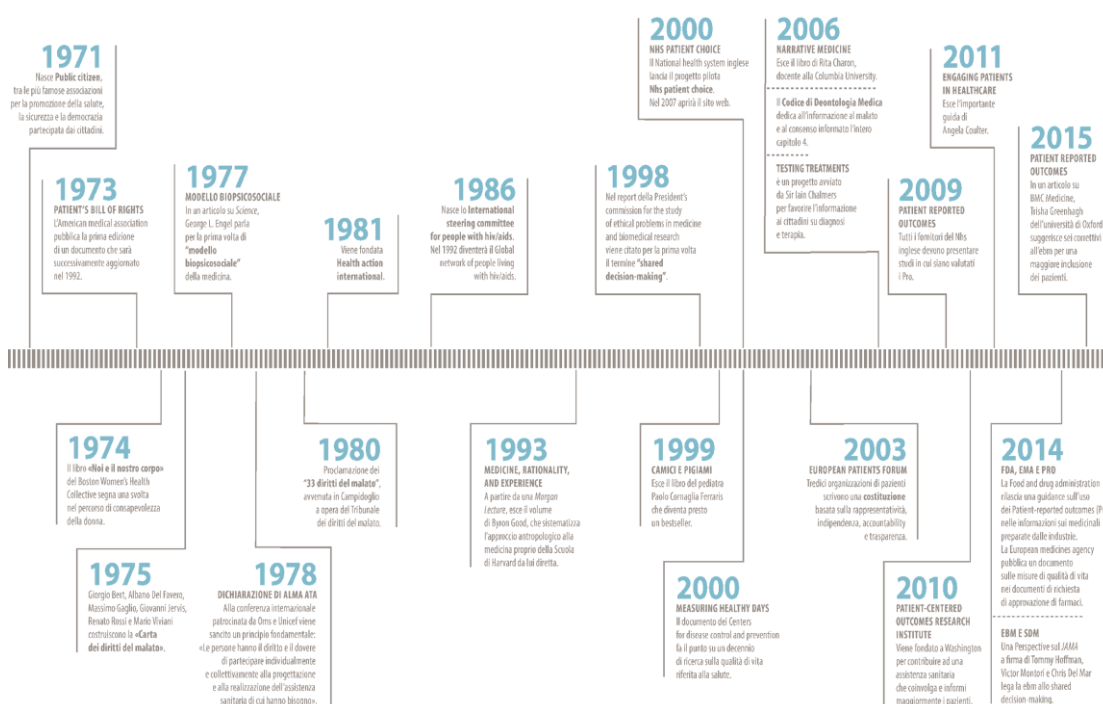


Figura 9: Evoluzione dell'*empowerment* e dell'*engagement* in sanità.
 Fonte: <https://forward.recentiproggressi.it/numero-3/la-formazione-per-lengagement/>

Il "paziente esperto" è stato meglio definito nel 1985 dal prof. David Tucket dell'Università di Cambridge. Dalla definizione iniziale si è passati a quella più recente che considera "paziente esperto" chi mette le conoscenze acquisite attraverso l'esperienza diretta della patologia a disposizione della comunità scientifica (Taranto 2016). Il paziente "esperto" oggi lo si può trovare a fianco del medico nel percorso terapeutico che, con la sua esperienza diretta di malattia, va a completare lo scenario di cura integrandosi con la visione scientifica del professionista sanitario. Il paziente esperto, competente e informato diventa così una nuova e innovativa risorsa che nasce per "rappresentare" al meglio i suoi interessi in una relazione con il clinico.

Con un approccio che è allo stesso tempo di carattere medico-scientifico, antropologico, sociologico, filosofico-religioso, il paziente esperto ha conoscenze specifiche rispetto alla propria malattia o alla propria condizione di salute (*expertise*) ed è in grado di mettere in campo il proprio vissuto quotidiano come conseguenza dei

trattamenti ai quali è sottoposto, siano essi di tipo farmacologico, chirurgico, ricostruttivo, riabilitativo (*experience*). L'insieme di conoscenze (*expertise*) e di esperienza (*experience*) può essere attribuito al paziente esperto o al *caregiver* esperto perché a diretto contatto con alcuni gruppi di pazienti (bambini, persone con disabilità intellettiva, persone con patologie degenerative o patologie croniche invalidanti che alterano la percezione della propria condizione), se queste competenze sono esplicitate e appropriatamente sviluppate e riconosciute (Gruppo di Lavoro “Paziente Esperto in...” 2018-2019).

3.2 L'engagement come strategia di attivazione del paziente e del caregiver nel processo di cura

Nihil novi nisi commune consensu: “Niente di nuovo su di noi senza di noi” è diventato nel tempo lo slogan del movimento internazionale delle associazioni di pazienti e di disabili. Si attribuisce a Ron Chandran-Dudley che nel 1980, insieme ad altre tredici persone con disabilità, delegate a partecipare in Canada al tredicesimo congresso mondiale di Rehabilitation International, abbandonò l'assemblea perché non aveva uguaglianza di parola nelle decisioni prese dall'organizzazione.

Nell'arco degli ultimi quarant'anni, sono state raggiunte moltissime tappe importanti tra cui l'istituzione del Disability People Association (DPI) di cui Ron Chandran-Dudley fu uno dei soci fondatori. Riconosciuta dalle Nazioni Unite e finanziata da varie organizzazioni internazionali, DPI – della quale Ron Chandran-Dudley fu il primo presidente – venne dunque creata da persone con disabilità che lavoravano per cambiare gli atteggiamenti negativi e le politiche riguardanti all'epoca 500 milioni di persone con disabilità (oggi circa un miliardo). Sin dall'inizio si lavorò per dare dignità alle persone con disabilità, attraverso la formazione e l'*empowerment*, affinché diventassero responsabili per la propria vita (Griffo G., 2016).

L'*engagement* del paziente è, rispetto al *patient empowerment* o al *patient involvement*, relativamente nuovo nel dibattito scientifico e probabilmente con un significato più ampio (Hickmann *et al.*, 2022). In letteratura non esiste una definizione condivisa di *patient engagement*. Esistono invece diverse definizioni di *engagement* in grado di evidenziare diversi aspetti dell'esperienza (Fumagalli, 2015). In particolare, la maggioranza degli autori (Gruman, 2010) considera l'*engagement* in termini di competenze comportamentali, competenze che vengono perlopiù impropriamente confuse con le capacità della persona di gestire la propria malattia e cura (*empowerment*). Altri autori studiano l'*engagement* nel tentativo di fornire un modello teorico che descriva le dimensioni coinvolte in tale esperienza vista come processo dinamico e incrementale (Hibbard, 2004; Graffigna, 2014). Infine, altri autori propongono una definizione sistemica del *patient engagement* con l'intento di descriverne gli aspetti organizzativi (Carman, 2013; McCormac, 2017).

Come abbiamo già avuto modo di approfondire, l'*engagement* del paziente ha un impatto positivo sui processi sanitari e sulla salute. Infatti, nella letteratura internazionale si evidenzia il ruolo del *patient engagement* nel migliorare la condizione clinica in diverse patologie (Green, 2010; Munson, 2009; Begum, 2011; Saft, 2008; Stepleman, 2010; Skolasky, 2011; Alexander, 2012). Alcuni studi hanno dimostrato come i pazienti più attivamente coinvolti nelle loro cure siano più aderenti alle raccomandazioni dei propri clinici (Becker, 2008) e alle prescrizioni terapeutiche (Hibbard, 2008), incluso un piano

di vita sostenibile e più salutare (Jordan, 2008; Hibbard, 2008; Reid, 2010; Cosgrove, 2013).

Il *patient engagement* emerge come processo chiave per favorire la crescita personale e l'integrazione delle persone non solo nell'ambiente sanitario, ma anche nella comunità di riferimento, promuovendo la soddisfazione della persona e favorendo le sue opportunità di azione e di espressione (Martinez, 2009; Heesen, 2011; Bolderston, 2016), aumentando il benessere, generando forza e resilienza negli individui che devono affrontare la malattia (Haywood, 2016).

Il *patient engagement* incide anche sulla riduzione dei costi sanitari: una maggiore sensibilizzazione dei pazienti attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze, e una maggiore *empowerment* delle persone con malattia cronica risultano importanti nel contribuire alla sostenibilità dei servizi sanitari (Graffigna, 2016; Laurence, 2014), riducendo i costi diretti ottimizzando le risorse esistenti in una gestione più efficace e sostenibile, volta a evitare sprechi economici (Fisher, 2011; Hibbard, 2013).

Nell'ambito dei processi di *engagement* e di *empowerment* dei pazienti, recentemente si è assistito alla creazione a livello europeo della comunità dei pazienti esperti in ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e tecnologie con l'obiettivo di selezionare, di formare e di aggiornare continuamente i pazienti esperti in grado di collaborare con le istituzioni europee e nazionali.

Questa comunità nasce da un progetto europeo finanziato nel 2012 dal Sub-Programma IMI del Programma di ricerca europea Horizon 2020 con il chiaro obiettivo di creare la *European Patients' Academy on Therapeutic Innovation* attraverso il raggiungimento di tre obiettivi specifici:

- sviluppare e diffondere materiale educativo accessibile, ben strutturato, completo, scientificamente affidabile e di facile utilizzo per i pazienti sui processi di ricerca e sviluppo dei farmaci;
- aumentare la capacità dei "pazienti esperti" e dei "pazienti ben informati" nelle organizzazioni di essere sostenitori e consulenti efficaci nella ricerca e nello sviluppo dei farmaci;
- consentire ai pazienti di fornire consulenza e approfondimenti appropriati e pertinenti per il paziente all'industria, al mondo accademico, alle istituzioni e ai comitati etici;

Il *patient expert* è una nuova e innovativa figura "professionale" che nasce per "rappresentare" al meglio bisogni e interessi attraverso azioni di *advocacy*, apprendendo informazioni importanti sulla ricerca e lo sviluppo dei farmaci e assumendo un ruolo attivo nella propria malattia. Una maggiore consapevolezza personale, in sostanza, da mettere anche al servizio degli altri. Il paziente esperto non vuole sostituire il medico né rappresentare un ostacolo: il suo compito è veicolare le istanze dei malati nella maniera più corretta e autorevole comunicando con gli altri *stakeholders* allo stesso livello e con un linguaggio scientifico.

Come si può ben immaginare, il paziente esperto Eu.P.A.T.I. è colui/colei che, competente del processo di ricerca e di sviluppo di nuovi farmaci, è in grado di individuare strategie a impatto sociale sui programmi di aderenza alla terapia e al trattamento essendo in grado, anche, di interloquire con le istituzioni, con i centri di ricerca e con le imprese.

Chi raggiunge la qualifica di paziente esperto con il corso europeo Eu.P.A.T.I. ha un ruolo ben preciso: si fa portavoce dei bisogni di tutti i malati portando con sé il

bagaglio delle proprie esperienze “reali”, vissute a contatto con la patologia. Per questo, può rappresentare gli altri pazienti con competenza durante gli eventi istituzionali a cui partecipa, dialogando “da vicino” con le istituzioni, i comitati etici, le associazioni di medici e infermieri e tutti coloro che operano in campo medico-sanitario.

I pazienti esperti Eu.P.A.T.I. raggiungono una formazione certificata a livello europeo da un *board* in cui è rappresentata la *European Medicine Agency*. Grazie a questa formazione, i pazienti esperti Eu.P.A.T.I. partecipano ai lavori dell’EMA, fanno parte dei gruppi di ricerca che sviluppano le sperimentazioni cliniche, rappresentano i bisogni della comunità di pazienti di riferimento nei tavoli di discussione e di lavoro a livello europeo e nazionale (Fig. 10).

Le aree di intervento per i pazienti nel processo di R&S dei farmaci

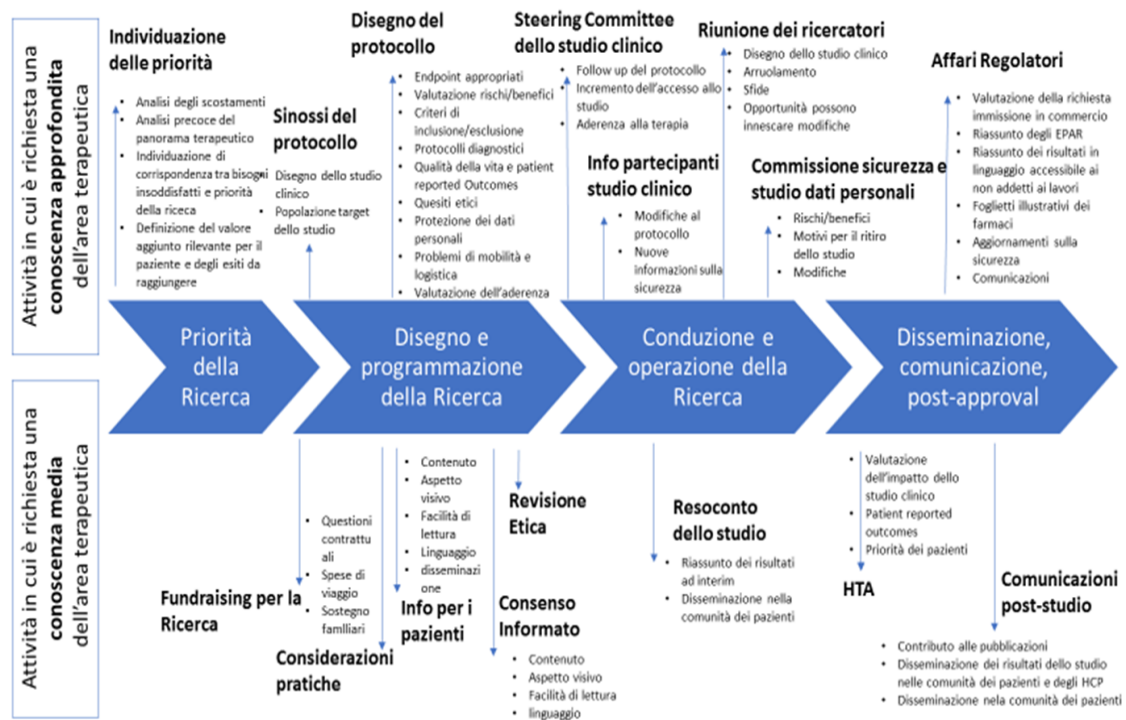


Figura 10: le aree di intervento per i pazienti nel processo di R&S dei farmaci Fonte: EUPATI, 2021

Il Council for International Organization of Medical Science (CIOMS) ha pubblicato nel 2022 un report su *Patient involvement in the development, regulation and safe use of medicine* nel quale sono riportate le raccomandazioni in tema di coinvolgimento dei pazienti e delle organizzazioni dei pazienti (CIOMS, 2022). Il rapporto CIOMS considera il paziente che convive con la malattia come il principale motivatore, il destinatario privilegiato e il partner vitale nello sviluppo e nell'uso di nuovi

farmaci. Migliorare il coinvolgimento e integrare la prospettiva dei pazienti nello sviluppo e nell'uso del farmaco apre nuovi modi di lavorare e nuove opportunità. Le organizzazioni di pazienti sono riconosciute come *stakeholder* fondamentali in salute – richiamando la dichiarazione di Alma Ata del 1978 che proclamava il “diritto e dovere delle persone di partecipare individualmente e collettivamente alla pianificazione e all’attuazione della loro assistenza sanitaria”. Al di là del singolo, c'è una tendenza crescente verso l'impegno collettivo del paziente in diversi aspetti della sanità. Le organizzazioni dei pazienti hanno un ruolo importante in quanto possono rappresentare i punti di vista delle comunità di pazienti su questioni specifiche. Le organizzazioni di pazienti in genere hanno costruito un'esperienza nei percorsi di ricerca e sviluppo in ambito clinico e negli ambienti normativi (CIOMS, 2022).

A livello europeo la European Medicine Agency è stata istituita nel 1994 in Commissione Europea come autorità regolatoria in materia di farmaci, mentre a livello internazionale la Food and Drug Administration, sin dal 1988, ha creato il primo Ufficio di Coordinamento per l'HIV in cui erano presenti pazienti affetti dalla patologia (Figg. 13 e 14).

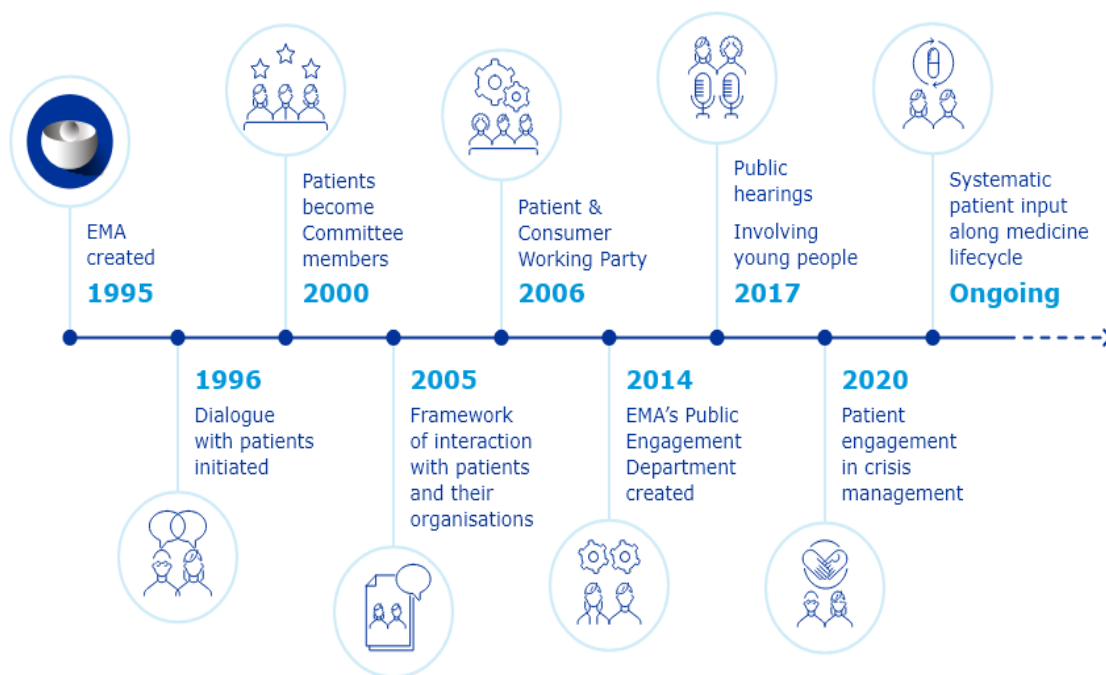


Figura 11: Key milestones of EMA interaction with patients and consumers. Source: <https://www.ema.europa.eu/en/partners-networks/patients-consumers>

Evolution of Patient Engagement at the FDA

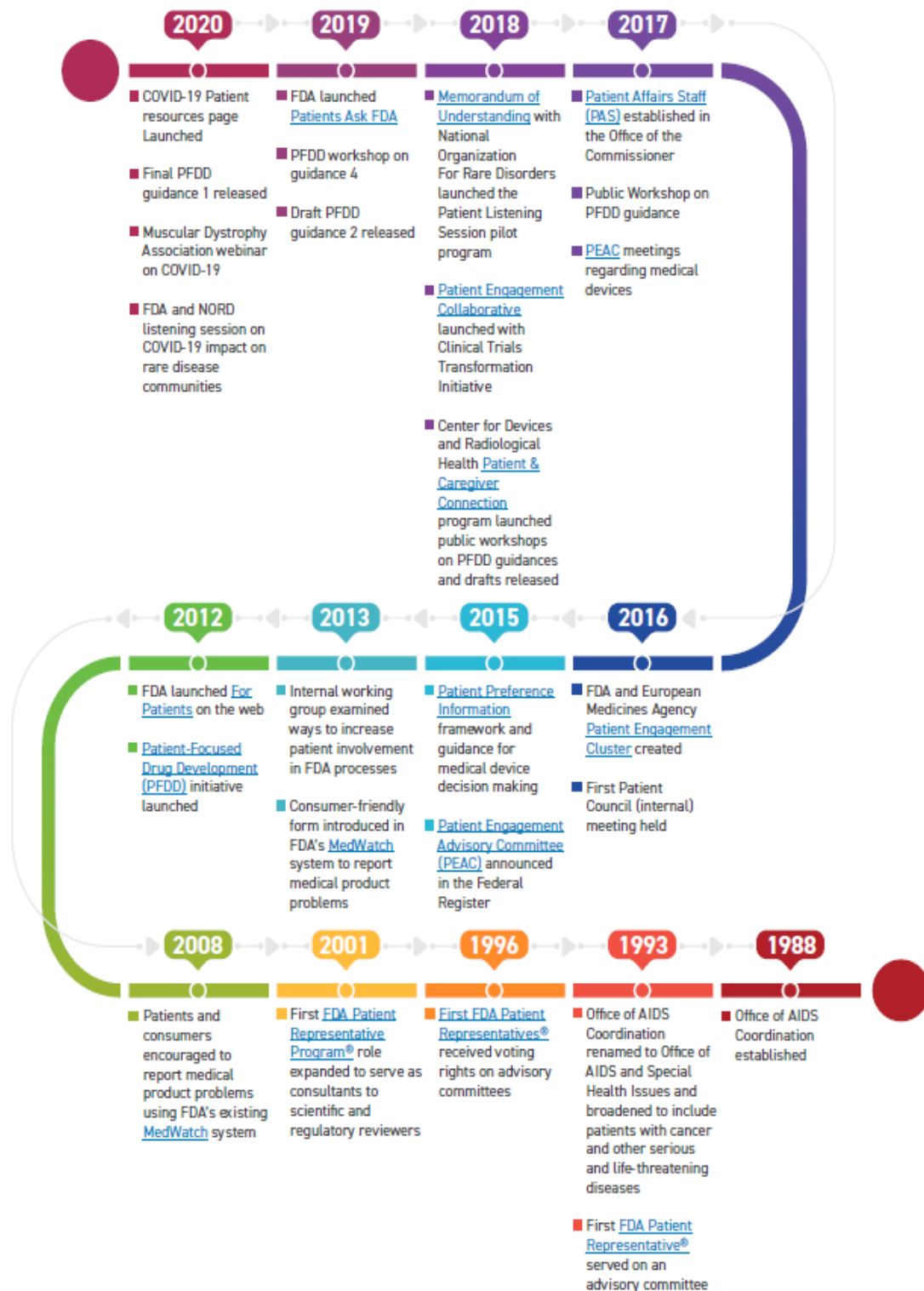


Figura 12: Fonte: <https://www.fda.gov/patients/evolution-patient-engagement-fda>

Coinvolgere il paziente richiede anche grandi capacità di coglierne il contributo e l'efficacia: la salute è partecipazione attiva, propositiva e rispettosa dei diritti e della dignità delle persone. Occorre, dunque, definire correttamente il termine *engagement* e individuare i percorsi di valutazione dell'efficacia e dell'impatto sui principali domini di vita delle persone, inclusi quelli dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie.

La fiducia nel sistema sanitario e l'“attivazione” del paziente sono condizioni che possono migliorare i programmi finalizzati a coinvolgere i pazienti nelle proprie cure. Incorporando il modello trans-teoretico del cambiamento, la teoria dell'autodeterminazione (Self-Determination Theory – SDT –) e il colloquio motivazionale, strategie basate sull'evidenza, un professionista sanitario può aumentare ulteriormente il coinvolgimento del paziente e del *caregiver* al fine di raggiungere e di realizzare un comportamento sanitario efficace e duraturo ponendo sempre più la responsabilità del *decision making* sulla salute proprio sul paziente/*caregiver* (Miller, 2016).

Il “paziente *partner*” – risultato di un processo decennale di *empowerment* delle comunità e delle persone a livello sociale –, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche e degenerative determinano la necessità di individuare sistemi di valutazione qualitativi e quantitativi sull'esperienza e sui cambiamenti in termini di *outcome* del paziente. Alcuni studiosi hanno sviluppato una definizione operativa di *engagement* come “le azioni che gli individui devono intraprendere per ottenere il massimo beneficio dai servizi sanitari a loro disposizione”. Questa definizione sottolinea il ruolo dell'individuo indipendentemente dai cambiamenti volti a migliorare l'efficacia dell'assistenza sanitaria (Johnson *et al.*, 2016).

In questo quadro concettuale di riferimento, si sviluppano i *patient-reported experience measures* (PREM) e i *patient-reported outcome measures* (PROM) che saranno definiti nel paragrafo 3.6.

Molte iniziative di misurazione dell'esperienza dei pazienti sono state intraprese nei decenni scorsi su modello dell'Istituto Picker nel Regno Unito (Picker *et al.*, 2014) e del *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) negli Stati Uniti. Nel 1987 l'Istituto Picker ha sviluppato i principi di *Patient Centered Care, framework* utilizzato a livello internazionale per supportare una cura di alta qualità centrata sui pazienti. Nel 2002, ha progettato e istituito il primo programma nazionale di indagine del *National Health Service* (NHS) in Inghilterra per valutare l'esperienza del paziente. Analogamente il CAHPS è stato avviato nel 1995 dalla Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) americana, con questionari standardizzati che misurano l'esperienza del paziente.

Il modello inglese dell'Istituto Picker, come si può notare nella Fig. 13, prevede i seguenti 8 aspetti per la valutazione delle cure centrate sul paziente:

- Rispetto per le preferenze, valori e bisogni espressi del paziente
- Informazione, educazione e comunicazione
- Coordinamento e integrazione di cure e di servizi
- Supporto emotivo
- Comfort fisico
- Coinvolgimento dei familiari e delle altre persone vicine
- Continuità e transizione dall'ospedale a casa
- Accesso alle cure e ai servizi

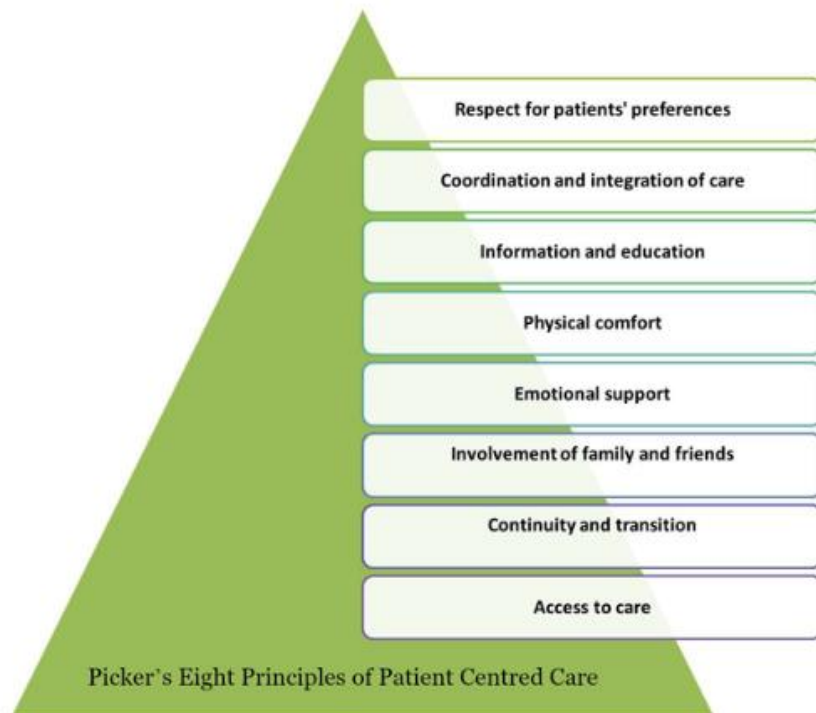


Figura 13: Picker's Eight Principles of Patient Centred Care

Il modello dell'Istituto Picker delle cure centrate sulla persona si fonda su principi che nascono dai processi di *empowerment* di comunità e delle persone e, successivamente si caratterizzano in un percorso di *engagement* del paziente e del *caregiver* nei processi di *caring* (Fig.14).



Figura 14: Principi delle cure centrate sulle persone dell'Istituto Picker (Picker & Cordier, 2014).

3.2.1 Ulteriori processi di *engagement* nelle collaborazioni internazionali

Di seguito vengono elencati alcuni progetti internazionali che dimostrano la concretizzazione del concetto di “*engagement* dei pazienti”.

Eu.P.A.T.I., già introdotto nel paragrafo precedente, raccomanda la cooperazione e la *partnership* tra le varie parti in causa incluse le organizzazioni degli operatori sanitari, organizzazioni di ricerca a contratto, organizzazioni di pazienti e di consumatori, accademia, società scientifiche e accademiche, enti di regolamentazione, organismi di valutazione delle tecnologie sanitarie (*health technology assessment*, HTA) e l’industria farmaceutica. L’esperienza ad oggi dimostra che il coinvolgimento dei pazienti ha avuto come esito una maggiore trasparenza, fiducia e rispetto reciproco tra loro e altri portatori d’interesse.

Eu.P.A.T.I.

The **European Patients’ Academy on Therapeutic Innovation** was funded within Call 3 of the Innovative Medicines Initiative (IMI) from February 2012 to January 2017. It aimed to trigger a major rethink in the way patients and the public understand the medicines development process and their own involvement within. Armed with a deeper understanding, patient experts and advocates are empowered to work effectively with the relevant authorities, healthcare professionals and industry to influence the medicines development process for the benefit of patients.

The main objectives of the consortium, led by the European Patients’ Forum (EPF), which includes patients’ organizations, academic groups, NGOs and pharmaceutical companies were to:

- Develop and disseminate accessible, well-structured, comprehensive, scientifically reliable and user-friendly educational material for patients on the processes of medicines research and development.
- Increase the capacity of “patient experts” and well-informed patients in patient organizations to be effective advocates and advisors in medicines research and development.
- Empower patients to provide appropriate patient-relevant advice and insight to industry, academia, establishments and ethics committees.

<https://eupati.eu/about-us/history/?lang=it>

Health Technology Assessment (HTA) è un processo ampiamente diffuso a livello internazionale. Ben 83 Agenzie HTA provenienti da 56 stati dalle reti EuNeHTA, INAHTA, Euroscan, e organizzazioni che hanno applicato il NIHR HTA Database, hanno sviluppato programmi di *patient engagement* e *involvement* all’interno delle attività istituzionali (Abelson *et al.*, 2016)

Nelle Agenzie HTA, incluso il *National Institute for Health Care Excellence* inglese, la ragione principale per cui le preferenze dei pazienti hanno un valore nel processo di *decision making* è di assicurare l’allineamento delle decisioni con le preferenze e i bisogni dei pazienti che vivono una determinata condizione di vita. Studiare le preferenze dei pazienti può fornire elementi importanti che influenzano le opzioni dei trattamenti, specialmente se i campioni coinvolti negli studi sono rappresentativi di un’ampia popolazione di pazienti. Si identificano pertanto tre ambiti principali in cui vi è un forte interesse a indagare le preferenze dei pazienti: nello sviluppo clinico precoce, nell’orientare la selezioni di *endpoint* appropriati, nell’aggiornare gli strumenti di verifica del rapporto rischi-benefici sviluppati dalle autorità regolatorie e nelle decisioni sui rimborsi (Bouvy *et al.*, 2020; Facey *et al.*, 2010; NICE ng44, 2016).

Esempi di coinvolgimento dei pazienti sono:

- *Patient Input Platform* (PIP, piattaforma del contributo dei pazienti) del progetto U-BIOPRED (*Unbiased BIOmarkers in PREDiction* dei risultati delle patologie respiratorie), supportato dall'IMI (*Innovative Medicines Initiative*). Si tratta di una breve guida pratica sui metodi di coinvolgimento dei pazienti attraverso tutte le fasi della ricerca sanitaria. È rivolto a coloro che si occupano della presentazione delle domande per i progetti di ricerca sanitaria dell'Unione europea (UE) o che hanno ricevuto il finanziamento per una proposta e sono impegnate nella fase di sviluppo del progetto. Può rivelarsi utile la sua consultazione durante l'intera durata del progetto;
- PARADIGM, una partnership pubblico-privata coordinata dal Forum Europeo dei pazienti (EPF) e dalla Federazione Europea delle Associazioni e delle Industrie Farmaceutiche (EFPIA). La missione di PARADIGM è fornire un quadro unico che consenta un coinvolgimento dei pazienti (PE) strutturato, efficace, significativo, etico, innovativo e sostenibile e che dimostri il “ritorno sull'impegno” per tutti. L'obiettivo è sviluppare processi e strumenti per tre punti chiave: definizione delle priorità di ricerca, progettazione di sperimentazioni cliniche e dialogo precoce. Basandosi sui progressi a livello internazionale, PARADIGM integrerà i bisogni, le prospettive e le aspettative di tutti gli attori (comprese le popolazioni vulnerabili) coinvolti e produrrà una serie di metriche per misurare l'impatto del coinvolgimento dei pazienti;
- I-CONSENT, finanziato dal programma Horizon 2020 dell'Unione Europea, ha lo scopo di migliorare il modo in cui i pazienti ricevono le informazioni dagli studi clinici. All'interno del progetto, verranno create una serie di linee guida per migliorare il processo del consenso informato, includendo le popolazioni vulnerabili e basandosi sulle tecnologie ICT. Le associazioni di pazienti, i rappresentanti dei pazienti e i pazienti esperti hanno partecipato ai lavori sin dalla fase di inizio del progetto concludendo il loro contributo con la validazione delle linee guida (<https://i-consentproject.eu/it/>).

I.A.P.O., P.C.O.R.I., Eu.P.A.T.I. rappresentano importanti iniziative internazionali le cui finalità sono quelle di integrare l'*empowerment* dei pazienti con l'*engagement* di questi ultimi e dei loro *caregiver* nei processi di cura, di ricerca e di innovazione.

Come vedremo, l'*engagement* è un processo che include il cambiamento organizzativo e culturale dei professionisti della salute e, pertanto, richiede di seguire un percorso metodologico strutturato verso un programma inserito nel sistema sanitario stesso.

Alcuni esempi di *engagement* del paziente li ritroviamo nello *shared decision-making* con i clinici, nell'uso dei PROM e dei PREM nelle sperimentazioni cliniche, nella definizione degli *outcome*. I pazienti e i familiari sono coinvolti, in questo modo, in un microsistema che ruota intorno a loro offrendo, da qualsiasi punto di osservazione, lo stesso approccio e risposte coerenti tra di loro migliorando, così, gli *outcome* esperienziali (*Evidence Boost: A Review of Research Highlighting How Patient Engagement Contributes to Improved Care G. Ross Baker, Ph.D.*).

Da alcuni anni si assiste a un incremento di esperienze che descrivono come le strutture sanitarie coinvolgono i pazienti nei processi di cura delineando forme di partenariato pubblico-privato non profit (PPP) in sanità. Queste forme di PPP si basano

sui principi dell'*engagement* che, storicamente, Canada, Regno Unito e Stati Uniti promuovono da decenni. Anche dal punto di vista delle organizzazioni e delle istituzioni, troviamo diverse modalità collaborative, tra cui:

PCORI

Patients, their families, and clinicians face a wide range of complex and often-confusing choices when it comes to health and healthcare concerns. They need trustworthy information to decide which treatment or other care option is best for them. Unfortunately, traditional health research, for all the remarkable advances it produces, hasn't been able to answer many of the questions patients and their clinicians face daily. The Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI), an independent nonprofit, nongovernmental organization in Washington, DC, was authorized by Congress in 2010 to close that gap. Our mandate is to improve the quality and relevance of evidence available to help patients, caregivers, clinicians, employers, insurers, and policy makers make better-informed health decisions. To do this, we work with those healthcare stakeholders to identify critical research questions and answer them through comparative clinical effectiveness research, or CER, focusing on outcomes important to patients. We also disseminate the results in ways that members of the healthcare community will find useful.

<https://www.pcori.org/about-us/our-story>

IAPO

The **International Alliance of Patients' Organizations** (IAPO) is a unique global alliance representing patients of all nations across all disease areas. We work to promote patient-centred healthcare around the world. We have 300 member organizations from 71 countries representing 50 disease areas. Our vision is to see patients placed at the centre of healthcare. Our mission is to help build patient-centred healthcare worldwide. IAPO's strategy and direction is guided by the Governing Board, a group of elected individuals from IAPO member organizations. IAPO's daily running is managed by a staff team based in London.

<https://www.iapo.org.uk/who-we-are>

PPE

The **Public and Patient Engagement** (PPE) Collaborative was established in 2011. Our research and service activities focus on the role of patients and publics in health system policy making and health research, with a specific focus on the evaluation of these efforts.

This website has been designed as a portal to access the latest research and news from the PPE Collaborative and to share tools for use in practice.

<https://ppe.mcmaster.ca/>

3.3 La Consensus Conference in Italia

Nel 2017 si è svolta una importante *consensus conference* in Italia che ha coinvolto istituzioni, accademie e associazioni di pazienti al fine di definire un quadro concettuale di riferimento e delle raccomandazioni per l'*engagement* dei pazienti e dei familiari nei processi di cura.

Questa *consensus conference* è stata fortemente voluta dai principali *stakeholder* in sanità con l'obiettivo di cogliere spunti per la valorizzazione del ruolo della persona, considerata come soggetto attivo ed esperto nel processo di cura. Le sfide sociali lanciate anche dalla Commissione Europea e dall'OCSE hanno, infatti, determinato una riflessione interna ai diversi modelli di servizi sanitari a livello europeo: dai sistemi di

ispirazione inglese, ai modelli di sanità pubblica nazionale (Sistema “Beveridge”) al sistema mutualistico tedesco (Sistema “Bismarck”) ai sistemi misti (Anessi Pessina *et al.*, 2009).

La riflessione nazionale sull’*engagement* in sanità ha messo in evidenza, ad esempio, la grande ricchezza rappresentata dalle reti sociali e familiari, dal volontariato, dalle comunità di riferimento delle persone che diventano alleati del sistema sanitario per aumentare la qualità e l’efficacia delle cure. Nel 2017 sono state pubblicate le raccomandazioni per la promozione del *patient engagement* in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche sotto la supervisione dell’Università Cattolica di Milano, Regione Lombardia, Istituto Superiore di Sanità.

La *Consensus Conference* sul *patient engagement* (Graffigna G. *et al.*, 2017) ha avuto come primo importante esito quello di costruire un quadro definitorio del termine mettendo a sistema le definizioni oggi più accreditate nel mondo scientifico e giungendo, così, a un consenso tra molti *stakeholder* presenti nel mondo accademico e professionale.

“L’*engagement* nell’ambito clinico-assistenziale della cronicità è un concetto-ombrello inclusivo e sovraordinato rispetto ad altri concetti quali *adherence*, *compliance*, *empowerment*, *activation*, *health literacy*, *shared decision making*. L’*engagement* è un processo complesso che risulta dalla combinazione di diverse dimensioni e fattori di natura individuale, relazionale, organizzativa, sociale, economica e politica che connotano il contesto di vita della persona” (Graffigna G. *et al.*, 2017). Si tratta di una definizione che vuole offrire un primo orientamento per la pratica clinica e i *policy maker* che vogliono operare in questa direzione

La Fig. 15 sintetizza i principali concetti della medicina partecipativa condivisi durante il *consensus* e che, insieme alle raccomandazioni riportate nel Box 1, sono i principali risultati dei lavori. Nell’Allegato 1 sono riportate le principali definizioni inserite nel glossario dei concetti chiave della medicina partecipativa.

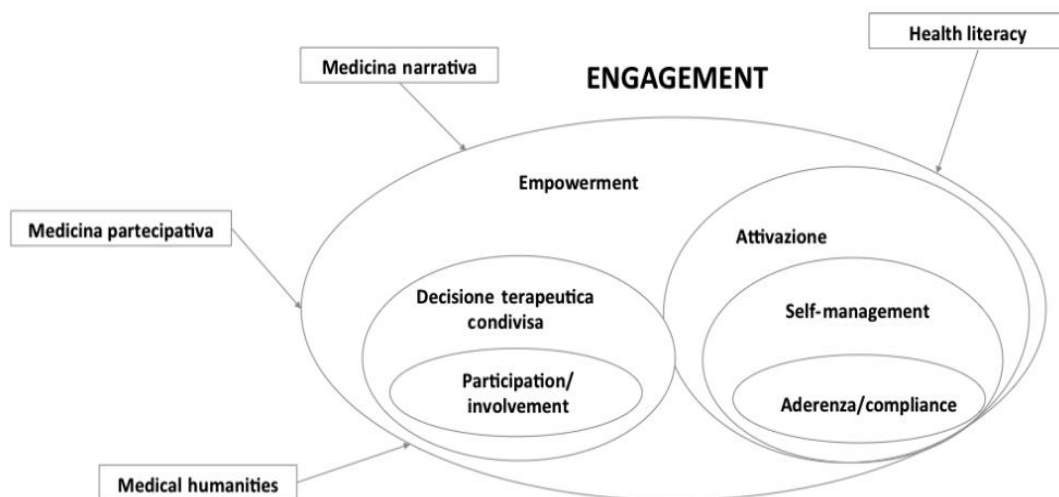


Figura 15: *engagement* e altri concetti della medicina partecipativa (Graffigna G. *et al.*, 2017)

Box 1

Raccomandazioni (Graffigna G. *et al.*, 2017)

- Il *caregiver* informale/familiare – soprattutto nel caso delle persone anziane con forte disabilità e/o in quelle condizioni cliniche che rendono la persona meno autonoma nella gestione della sua malattia – gioca un ruolo cruciale nel processo di *engagement*.
- La valutazione dell'*engagement* di tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale (persone con malattia cronica, *caregiver* e professionisti sanitari e dell'ambito sociale) è un fattore cruciale per aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi clinico-assistenziali.
- Sono necessari la sensibilizzazione e lo sviluppo di competenza dei professionisti della salute e del sistema sociosanitario verso il concetto di *engagement*.
- Le tecnologie possono essere considerate come abilitanti il processo di *engagement* e integrative ad altre strategie di intervento non tecnologiche, ma non sostitutive della relazione terapeutica.
- I possibili risultati attesi dell'*engagement* sono: facilitazione della persona nel prendersi cura della propria salute, miglioramento dei risultati clinici, miglioramento della qualità di vita e riduzione dei costi sanitari, maggiore integrazione e continuità del percorso sanitario e di quello sociale. Tuttavia, le prove di efficacia relative a questi *outcome* riscontrabili in letteratura sono ancora limitate quantitativamente e deboli metodologicamente.
- È necessario promuovere ulteriore ricerca di qualità nel settore della valutazione di efficacia delle metodologie e dell'impatto dell'*engagement* nei sistemi socio-sanitari e nella pratica clinico-assistenziale.
- Le raccomandazioni che seguono e le relative motivazioni indicano in maniera chiara e coerente le linee di un processo di sviluppo da perseguire ai diversi livelli decisionali: istituzioni, organizzazioni, team assistenziale, persone con bisogni di salute e i loro *caregiver* informali/familiari.

Le raccomandazioni riportate nel Box 1 rappresentano un punto di partenza importante per l'Italia. Infatti, la *consensus conference* ha favorito la riflessione generale tra i principali *stakeholder* al fine di far luce sulle differenze, sulle analogie, sulle implicanze pratiche che il concetto di *engagement* in sanità richiede e determina. Oltre a suggerire ulteriori approfondimenti e ricerche, Graffigna G. *et al.* (2017) raccomandano di implementare strategie e strumenti di valutazione dell'efficacia delle metodologie e dell'impatto dell'*engagement* nei sistemi sanitari.

L'*engagement* richiede preparazione del personale sanitario e una valutazione della condizione di partecipazione dei pazienti e dei *caregiver*. Graffigna G. *et al.* (2017) individua alcuni strumenti di *assessment* che riportiamo di seguito:

Patient Activation Measure (PAM-13) (Graffigna, Barello, Bonanomi, Lozza, *et al.*, 2015);

Patient Health Engagement Scale (PHE-s) (Graffigna, Barello, Bonanomi, & Lozza, 2015);

Altarum Consumer Engagement Scale (Duke *et al.*, 2015);

Clinician Support for Patient Activation Measure (Hibbard *et al.*, 2010);

Self-Management Support (SMS) (Greene *et al.*, 2017);

Clinicians Competence in Patient Engagement Strategies (CC-PES) (Barello *et al.*, 2017);

Preparedness for Caregiving Scale (PCS) (Henriksson *et al.*, 2015);

Parent Patient Activation Measure (Parent-PAM) (Insignia Health, n.d.) (Bakken *et al.*, 2006).

Secondo Graffigna et al (2017) la valutazione dell'engagement consente di:

- stratificare il livello di rischio (basso *engagement*, non aderenza alle terapie...) di popolazioni cliniche (o gruppi sociali) al fine di migliorare l'identificazione dei target dell'intervento clinico assistenziale;
- personalizzare i servizi sanitari e i programmi di intervento al fine di rispondere ai bisogni e alle aspettative di *engagement* dei diversi gruppi di persone;
- prefigurare l'entità e la quantità di investimenti (di personale ed economici) necessari per rispondere ai bisogni assistenziali dei diversi target;
- verificare l'efficacia delle prestazioni dei servizi socio-sanitari nel complesso, ma anche degli interventi socio-assistenziali nel garantire la centralità della persona e del suo *caregiver* informale e il loro *engagement* nel processo clinico assistenziale.

In particolare la Fig. 16 rappresenta graficamente le fasi che un paziente attraversa dal momento in cui riceve una diagnosi al momento in cui ridefinisce il suo progetto di vita attraverso la resilienza e la proattività. Coinvolgere il paziente e il *caregiver* nei processi di cura rendendolo agente di innovazione richiede una valutazione della loro capacità di essere concretamente proattivi e collaborativi (Bigi, 2016).

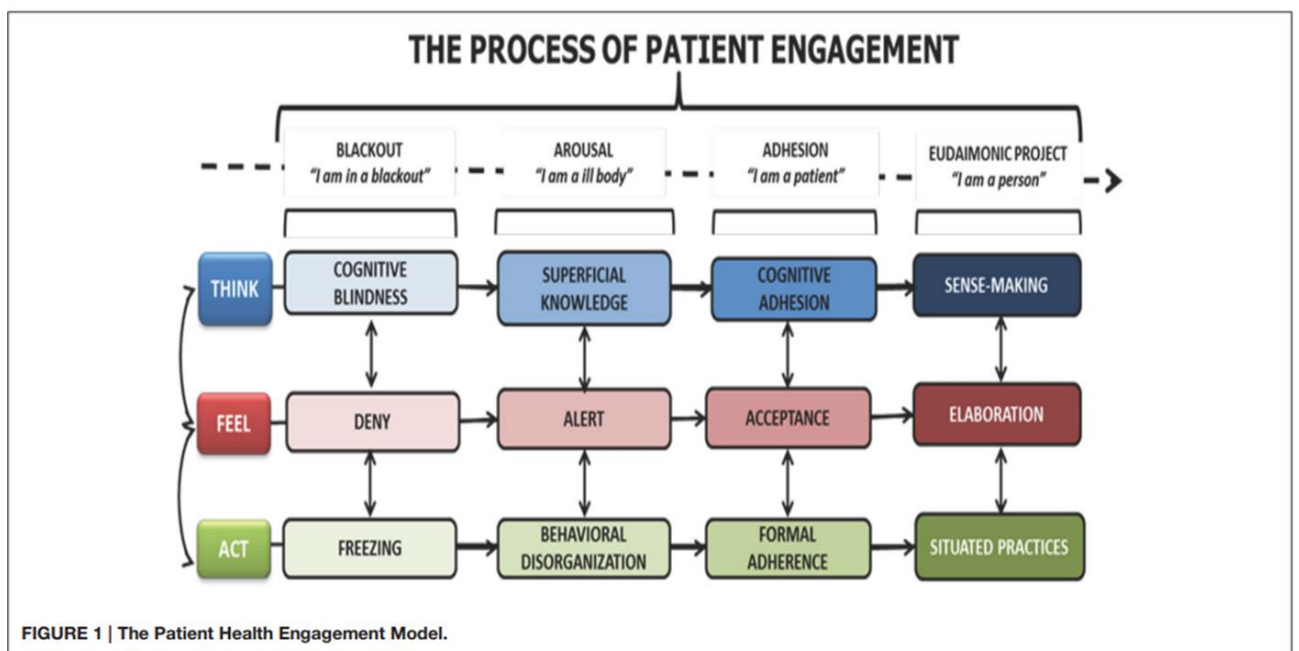


Figura 16: Fonte: Bigi S (2016) *Communication Skills for Patient Engagement: Argumentation Competencies As Means to Prevent or Limit Reactance Arousal, with an Example from the Italian Healthcare System*. *Front. Psychol.* 7:1472. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01472

3.4 Verso la *concordance* terapeutica

Il processo di *engagement* favorisce, dunque, una diversa partecipazione alla cura: i pazienti e i familiari sono coinvolti in un microsistema che ruota intorno a loro offrendo, da qualsiasi punto di osservazione, lo stesso approccio e risposte coerenti tra di loro migliorando l'esperienza percepita. Grazie all'*engagement*, si giunge allo *shared decision making* mettendo i pazienti nelle condizioni di prendere le decisioni in modo condiviso con i sanitari (Baker, 2014). È la premessa dell'approccio *patient-centered* senza la quale la *concordance* diventa priva di ogni significato.

L'*engagement* è la pre-condizione che permette di raggiungere un ulteriore obiettivo: la *concordance*. La *concordance* descrive il processo di interazione che si manifesta tra paziente e professionista sanitario durante un trattamento basato su *shared decision making* (European Patient Forum, 2015). È il risultato, dunque, dell'interazione tra i diversi attori volto al raggiungimento di una "intima condivisione delle scelte per la salute".

Un'interessante lettera all'editore di Bell *et al.* (2007) apparsa sul *British Journal of Clinical Pharmacology* nel 2007 riporta che

Concordance is not synonymous with either compliance or adherence. Concordance does not refer to a patient's medicine-taking behaviour, but rather the nature of the interaction between clinician and patient. It is based on the notion that consultations between clinicians and patients are a negotiation between equals. How individual patients value the risks and benefits of a particular medicine may differ from the value assigned by their clinicians. In adopting a concordant approach clinicians should respect the rights of patients to decide whether or not to take prescribed medicines. The aim of concordance is the establishment of a therapeutic alliance between the clinician and patient. Concordance is synonymous with patient-centred care. Non concordance may occur if a therapeutic partnership is not established and therefore may denote failure of the interaction.

Concordance, dunque, non è sinonimo di *compliance* e di aderenza, ma delinea un nuovo termine che modificherà la relazione sanitario-paziente-caregiver verso il raggiungimento di quella alleanza terapeutica tanto auspicata da moltissimi autori e ricercatori.

Il *National Institute for Health and Care Excellence* inglese ha pubblicato nel 2009 una linea guida sull'aderenza ai farmaci nelle persone di età pari o superiore a diciotto anni nella quale si raccomanda come incoraggiare l'adesione ai trattamenti farmacologici sostenendo e coinvolgendo le persone nelle decisioni circa le prescrizioni che ricevono. Mira a garantire che la decisione di una persona di utilizzare un medicinale sia una scelta informata. Rende pertanto anche disponibile un modello di comunicazione sociale da utilizzare negli spazi sanitari pubblici al fine di aumentare la consapevolezza delle decisioni condivise.

Add your organisational logo here

Getting the best from your medicines



NICE has developed a guideline to advise your doctor, nurse or pharmacist how they can help you make decisions about your medicines

If you decide not to take a medicine tell your doctor, they can support you and explain how this could affect you

Almost everyone is prescribed a medicine at some time

Would you like to get the full benefit from your treatment?

If the answer is YES, then get involved in decisions about your medicines

Before you decide to start or carry on using a medicine

Your doctor, nurse or pharmacist can help you:

- understand what the treatment is and how long you need to use it
- understand the benefits of the treatment
- manage any side effects
- change your medicines if you need to
- talk about your worries about your medicines or treatment
- fit medicines into your lifestyle

They can also advise you how to get help with prescription costs, if this is a problem

Discuss your medicines with your doctor, nurse or pharmacist

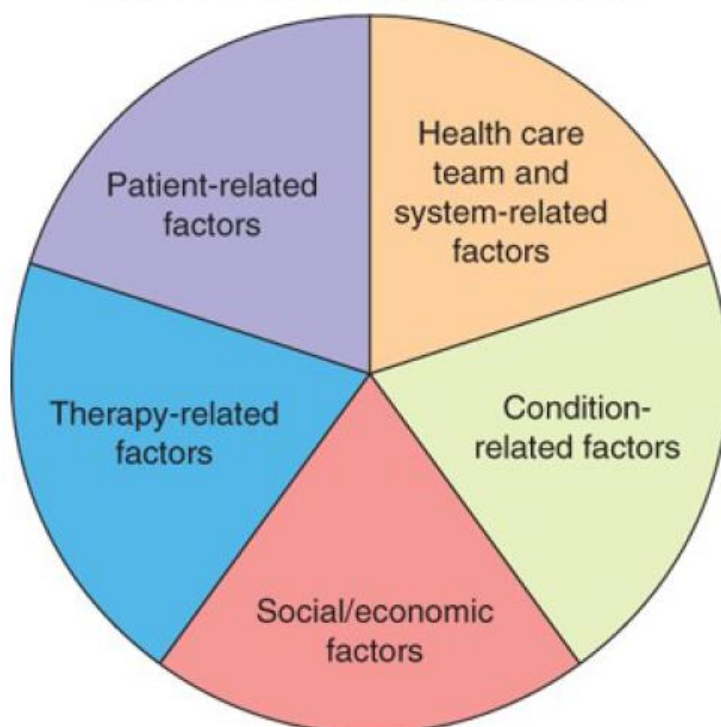
Add details of sources of patient information or support within your region here

Figura 17: SEQ Figure * ARABIC 4 patient-information-resource-a-template-for-display-in-healthcare-settings NICE 2009

In questo nuovo quadro concettuale, trovano spazio e ragione le pratiche narrative come strategie per conoscere il paziente e il professionista al fine di avvicinare le due parti, le loro aspettative, i desideri, le speranze, e condividere quei fattori personali che influenzano l'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni.

King e Wheeler (2022) hanno individuato cinque dimensioni dell'aderenza. Oltre ai fattori correlati al sistema sanitario e all'equipe dei professionisti della salute, gli autori includono anche i fattori correlati alla terapia, ai pazienti, alle condizioni di salute e quelli socioeconomici.

The Five Dimensions of Adherence



Source: T.E. King, M.B. Wheeler: *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations*, Second Edition, www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Figura 18: Section editors. King T.E., & Wheeler M.B.(Eds.), [publicationyear2] *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations*, 2e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1768§ionid=119147414>

In merito ai fattori correlati ai pazienti, la letteratura raccomanda di intervenire con azioni informative ed educative al fine di ridurre al minimo il rischio derivato dall'effetto Dunning-Kruger. Si tratta di un errore cognitivo della nostra mente che porta ad avere una fiducia sovrastimata in sé stessi: chi pensa di sapere ed è, in realtà, non adeguatamente preparato, sovrastima la propria abilità e competenza; al contrario, chi crede di non sapere è convinto di non avere buone abilità o poche competenze in merito a una data questione anche se, invece, raggiunge risultati migliori (Dunning, Kruger, 1999).

Le azioni informative ed educative permettono di raggiungere la concordanza terapeutica attraverso il processo di *shared decision making* inteso come un approccio in cui i medici e i pazienti condividono le migliori prove disponibili con il compito di prendere decisioni favorendo le scelte dei pazienti e rispettando aspettative e preferenze (Elwyn *et al.*, 2012).

3.5 I saperi della cura: esperienza e scienza come prospettive reciproche

Negli ultimi decenni il “paziente al centro del sistema” è diventato il paradigma che determina veri e propri riorientamenti e riorganizzazioni di interi sistemi sanitari (World Health Organization,2015). Si cerca di perseguire il più possibile la ricerca del “valore” per il paziente lungo tutto il trattamento sanitario: dalla prevenzione alle cure palliative. Si parla di sistemi sanitari basati su *value based medicine* che presuppongono la ricerca “di ciò che serve, ha significato e senso per il paziente” (World Health Organization,2015; Tinetti *et al.* 2016; Porter 2010).

Il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2017) ha elaborato una linea guida su come professionisti sanitari e pazienti possono “prendere decisioni condivise”. Questo mette le persone al centro delle decisioni circa i loro trattamenti e le cure. NICE sottolinea ancora che durante il processo del *shared decision making* è importante che:

- le opzioni di cura e di trattamento siano pienamente esplorate, con i loro rischi e benefici;
- le differenti scelte disponibili siano discusse con il paziente;
- una decisione sia raggiunta insieme ad un professionista sanitario e sociale.
-

Se è vero che il “valore del paziente” assume un significato importante nel prendere decisioni condivise, allora occorre considerare al centro del sistema la relazione di cura tra i diversi attori, perché produca “valore” da condividere e da restituire in scelte e decisioni.

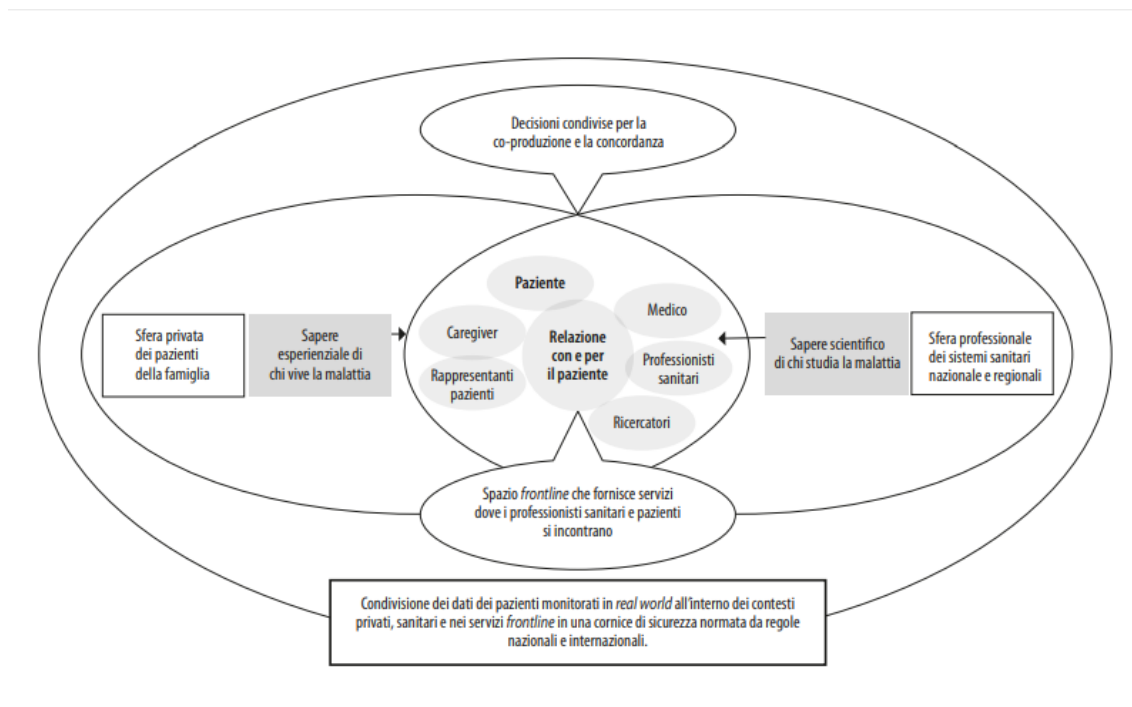


Figura 19: Co-produzione: input sono usati per produrre servizi forniti da persone che non sono nella stessa organizzazione (Hager *et al.*12). Elaborata da Sabrina Grigolo a partire dai suoi studi e dalle sue esperienze.

Il sapere esperienziale della convivenza con la malattia permette al paziente di diventare un interlocutore diverso rispetto al professionista sanitario che conosce la malattia grazie ai suoi studi e alle sue ricerche. Il sapere dell'esperienza di malattia si affianca al sapere scientifico dei ricercatori, degli scienziati e dei tecnici completandosi a vicenda.

A evidenza della situazione europea, riportiamo il Progetto PARADIGM (*patients active in reseach and dialogues for an improved generation of medicines*) che ha pubblicato il report sul “*From gaps to Bridges. The Future of patient engagement in Central and Eastern Europe*” mettendo in evidenza la necessità di lavorare sulla sostenibilità di un ecosistema di *engagement* del paziente per superare la distanza tra i livelli governativi e le organizzazioni di pazienti. Occorrono programmi di sviluppo delle competenze e delle capacità non solo nelle organizzazioni dei pazienti, ma anche nelle organizzazioni sanitarie, al fine di realizzare modelli partecipativi di decisioni condivise per la salute delle persone.

La letteratura internazionale sostiene sempre di più il ruolo della persona come soggetto attivo ed “esperto” all'interno del processo clinico-assistenziale attraverso percorsi narrativi (Graffigna, 2017; Fisher, 2016; Hibbard, 2013). Tra i determinanti che hanno un effetto positivo sull'aderenza del paziente alla terapia, troviamo il supporto della famiglia e della rete sociale, la condivisione delle informazioni tra paziente/*caregiver* e professionisti sanitari, il superamento delle barriere all'accesso ai servizi sanitari così come la durata della malattia, la presenza dei sintomi (Kardas, 2013; Bravo, 2015; McDonald, 2002).

Nell'arco della nostra esperienza sanitaria e di salute, possiamo assumere diversi ruoli e funzioni: dall'essere consumatori di servizi, utilizzatori finali di strumenti, familiari e/o *caregiver*, all'essere pazienti, ricoverati/ospedalizzati, clienti, volontari, donatori, fino all'essere ospiti di una residenza per anziani.

Le narrazioni dei pazienti possono attirare l'attenzione su ciò che conta di più per le persone riguardo all'assistenza sanitaria che ricevono (o non possono ricevere); alle loro esperienze di continuità (o discontinuità) nella cura; alla relazione che esiste tra i servizi sanitari e i loro risultati di salute; all'importanza delle politiche, dei servizi e delle esperienze che si trovano al di fuori del sistema sanitario ma che modellano fortemente lo stato di salute e gli esiti. Le storie possono anche consentire alle persone di fornire il proprio punto di vista su quali cambiamenti migliorerebbero le proprie e altrui esperienze di salute e gli *outcome* (Consumers Health Forum of Australia, 2013; Hackman *et al.*, 2007; Moser & Bond, 2009; Norman & Skinner, 2006; Stanhope *et al.*, 2009).

A integrazione di quanto già richiamato in precedenza, anche i consumatori possono, infatti, contribuire al miglioramento dei sistemi sanitari attraverso le esperienze di salute e dei risultati ottenuti nel trattamento sanitario per una determinata condizione di salute. Le storie possono fornire dati sull'esperienza emotiva dell'essere paziente e *caregiver*, fornendo opportunità per identificare i modi in cui i servizi e i sistemi potrebbero ridurre i nodi critici o rispondere meglio alle necessità delle persone. Costituiscono un'importante base di evidenze per identificare dove e come gli interventi sanitari e la spesa potrebbero essere meglio allocati in funzione delle valutazioni e del miglioramento dei risultati sanitari. Dove i dati sanitari quantitativi possono descrivere ciò che sta accadendo, ad esempio in termini di utilizzo dei servizi sanitari e di risultati sanitari conseguiti, i dati qualitativi possono spiegare come i servizi sanitari sono in grado di soddisfare i bisogni dei pazienti e sono percepiti per l'esperienza vissuta. Si tratta di informazioni essenziali per informare il processo decisionale politico basato

sull'evidenza. Le storie possono evocare empatia nei lettori, negli spettatori o negli ascoltatori e possono dimostrare l'impatto dei sistemi, dei servizi e della cura personale sugli individui, sulle loro famiglie e sulle comunità (Consumers Health Forum of Australia, 2013).

Negli ultimi decenni si è sviluppata una nuova tecnologia al fine di raccogliere le esperienze vissute dai pazienti durante il trattamento sanitario. Questa tecnologia si chiama *patient journey*, che significa letteralmente “viaggio del paziente”, e indica il percorso figurativo che il cittadino affronta nel relazionarsi con i servizi sanitari, dal momento della prima interazione con la struttura, fino alla dimissione e oltre. Il principio base del *patient journey* è “la persona al centro”: questo permette di aumentare il livello di integrazione delle persone e allo stesso tempo di comprendere quali siano le lacune da colmare, per andare a rendere le informazioni più semplificate e accessibili. Il *patient journey* ha lo scopo di sfidare il modo in cui si concepisce l'erogazione dell'assistenza sanitaria, e fornisce strumenti su come incorporare le voci di pazienti, famiglie e *caregiver*, ma anche degli operatori sanitari (Moody-Williams, 2019). Ascoltare l'esperienza di un singolo paziente è prezioso e importante, ma il solo ascolto non permette di risolvere le incertezze che la maggior parte dei pazienti si trova ad affrontare. Per migliorare e personalizzare l'assistenza, bisogna attingere a tutte le conoscenze disponibili, soprattutto le più personali, sia da professionisti che da pazienti (Bolz-Johnson *et al.*, 2019).

La metodologia utilizzata per ricostruire i passaggi del *patient journey* deriva dalla mappatura per processi. La mappatura rivela ogni aspetto dell'interazione che ha luogo nel corso della relazione del paziente con il sistema sanitario, compresi i punti del percorso clinico che si verificano fuori rete (Moody-Williams, 2019). Piuttosto che pensare al viaggio come a un concetto astratto o idealizzato, le mappe nascono anche per consentire agli operatori sanitari (appartenenti a diversi setting di cura) di comprendere l'esperienza in maniera olistica, concretamente. Il *patient journey* è, quindi, uno strumento al servizio diretto dei professionisti sanitari e dei pazienti (approccio *bottom-up*), di analisi diretta del percorso di cura e con la possibilità di mappare tutta l'attività di assistenza erogata, di identificare eventuali criticità e aree di miglioramento (Treble *et al.*, 2010).

Methods to collect data and information			
Method	Description	Advantages	Limits
Workshop	One or more workshops with healthcare professionals, patients, caregivers, outside the clinical context.	It supports the comparison between all the actors involved, and it allows obtaining a “photo” of the journey quickly.	It does not consider the direct observation of the patient, and does not allow knowing emotional aspects. It depends on the composition of the working group.
Pathway with the patient	Simulation of the path of the patient, collecting information directly by the healthcare staff.	Allows a realistic evaluation of the patient’s pathway, especially if repeated.	It does not consider the direct observation of the patient, does not allow knowing emotional aspects. It depends on willingness to collaborate, by type of patients and of healthcare professionals.
Direct observation of the patient	Direct observation of patient. Interview to the patient Osservazione diretta ed in tempo reale del paziente intervistandolo costantemente durante il <i>journey</i> e intervistando i professionisti sanitari incontrati di volta in volta.	Provides the information from the patient’s point of view without following interpretations.	Requires much time and resources, and it can be influenced by the clinical context in which information are collected and by the patient’s subjectivity.
Direct experience of the patient	Patients directly take note of their illness experience through a diary.	Perspectival approach: it is the patient’s direct and true experience without any interpretative process. It allows collecting also the emotional aspects of care pathway.	It depends on patient’s ability and willingness to register every step of his/her clinical history. Healthcare professionals’ point of view is missing.
Narrative of patient’s experience of illness	Patients narrate their experience through Narrative Medicine tools.	Retrospective approach: it is the experience directly narrate by the patient remembering the journey and its emotional aspects.	Endures time between the events and the moment of narration.

Figura 20: Trebble T. M., Hansi N., Hydes T., Smith M. A., Baker M.. *Process mapping the patient journey: an introduction* BMJ 2010; 341 :c4078 doi:10.1136/bmj.c4078

Kleinman (1988) ha introdotto una distinzione tra la malattia che si riferisce a una definizione medica della patologia e la malattia che fa riferimento al vissuto soggettivo del paziente.

3.6 I metodi narrativi nell'educazione al paziente adulto

L'evoluzione avvenuta soprattutto nel periodo della pandemia da Covid-19 nell'apprendimento trasformativo degli stili di vita ha determinato la necessità precipua di educare a una "cultura del progetto di vita" (de Mennato, 2022). Per produrre i cambiamenti dello stile di vita sappiamo che dobbiamo lavorare sui modi di pensare. La prospettiva educativa quindi si concentra sul "come fare" per agire sui nostri impliciti e riformularli come conoscenze consapevoli. Ciò avviene attraverso due processi mentali riflessivi: il primo costituito dalla formazione di una capacità critica inquieta nei confronti di ciò che osserviamo, aiutando a comprendere quanto il successo dell'azione di prevenzione dialoghi con il più complessivo senso della vita del soggetto. Il secondo, invece, consiste nell'accompagnare all'autonomia delle scelte personali rendendo frequenti il confronto con sé stessi e con gli altri (de Mennato, 2022). Conoscere ha, quindi, un significato "esistenziale". Gli stili di vita, dunque, "incorporano" il nostro modo di vedere la realtà e non una realtà unica e codificata per tutti, ma una realtà inventata dagli stessi nostri modi di vedere la vita, dalle nostre attribuzioni di significato, dalle nostre relazioni personali. È l'idea che abbiamo della vita stessa e del nostro progetto esistenziale che rende concreto il nostro "diritto a star bene" (de Mennato, 2022). La consapevolezza pedagogica obbliga ad attivare, a partire da questo momento, una formazione alla complessità che si regga sul convincimento che sia possibile orientare il cambiamento del proprio stile di vita solo come processo di apprendimento trasformativo. (de Mennato, 2022).

L'apprendimento è dunque un processo situato poiché emerge da specifiche situazioni e da peculiari configurazioni contestuali in riferimento alle relazioni sociali, alle trame di significato, agli oggetti, agli strumenti e agli artefatti culturali presenti in esse. Ciò implica che i processi di apprendimento degli adulti sono collocati in tutte le dimensioni in cui si declina e si svolge il processo di formazione di un individuo e che un'importante funzione apprenditiva è svolta non solo e non tanto dai contesti formativi formali, ma anche e soprattutto da quelli non formali e informali, dalle comunità culturali di appartenenza, dagli ambienti di lavoro, dai luoghi in cui si svolge il vivere quotidiano; in questo senso un ruolo determinante nei processi di apprendimento e di costruzione della conoscenza è svolto dagli artefatti e dai codici culturali, dagli oggetti e dagli strumenti di uso, dagli ambienti fisici e sociali (Striano, 2022). Raccontare e raccontarsi permette di scoprire significati profondi della propria esperienza, di riappropriarsi del proprio vissuto, di fare memoria, ma al tempo stesso, se la narrazione è accompagnata da uno sforzo riflessivo, offre una chiave di lettura per comprendere ciò che è accaduto e permette di costruire il futuro; diventa strumento fondamentale per apprendere dall'esperienza (Simeone, 2022).

La narrazione è uno strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di chi è coinvolto in una malattia e nella cura dei processi. In sanità, la narrazione può essere applicata per sviluppare un piano di trattamento personalizzato condiviso (storia di cura) affermando alcuni principi cardine della sanità di oggi quali *predictive, preventive, personalized* e *participatory medicine* (Hood *et al.*, 2012; Hood *et al.*, 2011; Alonso *et al.*, 2019; Younes *et al.*, 2013; Jenkins *et al.*, 2013; Flores *et al.*, 2013).

Le storie dei pazienti e dei *caregiver*, le loro rappresentazioni, percezioni, esperienze e preferenze possono ridurre i rischi di inappropriata prescrizione e di trattamenti (Carroll *et al.*, 2023; Giles *et al.*, 2020; Bescart *et al.*, 2021; Daliri *et al.*, 2019;

Farrell *et al.*, 2020). Possono promuovere procedure di deprescrizione basate su un'attenta analisi dei bisogni del paziente (Halli-Tierney *et al.*, 2019; Kua *et al.*, 2021; Raman-Wilms *et al.*, 2019).

Utilizzando i pazienti e le storie dei *caregiver*, i team interdisciplinari possono interagire meglio, focalizzandosi non sulla singola patologia, ma sull'individuo come sistema complesso. Allo stesso modo, la condivisione della storia del paziente e la "storia di cura" può migliorare la continuità della cura e l'interazione con il medico di medicina generale e, più in generale, con chi si prende cura del paziente fuori dall'ospedale. La legislazione ha voluto affermare l'importanza del tempo dell'informazione come cura nel DL 219/2017: "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". Facilitando la condivisione delle informazioni, delle prospettive e delle preferenze, migliora l'aderenza al trattamento e il lavoro di squadra e può ridurre notevolmente tempi e costi (Cenci C., 2016).

La medicina narrativa, o medicina basata sulla narrazione, costituisce "un approccio alla medicina che impiega abilità narrative per aumentare la comprensione scientifica della malattia" (Lewis, 2011, pagg. 489 - 494) e può quindi essere vista come un mezzo per prevenire questo scisma narrativo.

Mettere al centro la narrazione nella pratica medica e nella relazione di cura significa onorare le storie di malattia, ossia riconoscere e rispettare, anche secondo un'accezione molto laica, la singola, individuale e soggettiva esperienza di malattia di quel singolo paziente, in carne e ossa, all'interno della sua storia di vita che non è solo e soltanto vicenda di malattia (Castiglioni, 2019).

La medicina narrativa si basa sulla capacità di riconoscere, assimilare e interpretare le storie di malattia, per reagire adeguatamente. La competenza narrativa permette di capire quello che un paziente attraversa, di gettare luce sulle sue esperienze, di avere una diagnosi precisa e una direzione terapeutica. Aumenta la capacità di esaminare, attraverso la riflessione, che cosa significa fare un lavoro di cura, per noi e per le nostre famiglie (Castiglioni, 2019).

I metodi narrativi e il riconoscimento del valore riportato dal paziente e dal caregiver sono diventati parte integrante della storia del miglioramento dei processi in sanità come possono testimoniare le seguenti storie di successo:

<https://healthtalk.org/About-healthtalk>

The idea for the website came from Dr. Ann McPherson and Dr. Andrew Herxheimer. Ann had breast cancer and Andrew was having a knee replacement. Both were doctors but wanted to know more than the medical facts of their conditions. They wanted to find out how their daily lives would be affected by listening to the stories of other people who had experienced the same thing.

The Dipex Charity was founded in 2001 to run the website in partnership with the Health Experiences Research Group at the University of Oxford. Healthtalk.org now has sister sites in more than 10 countries around the world, operating under the umbrella of DIPEX International.

<http://www.patientstories.org.uk/>

PATIENTSTORIES uses digital, broadcast and social media approaches to provoke debate about quality issues in healthcare.

Whether gained from personal or professional experience (or a combination of both) all the contributors to PATIENTSTORIES have an intimate knowledge of quality and safety issues in healthcare.

By combining the courage and generosity of the people involved in the incidents that are the subject of our films, and the professional skill and sensitivity of our writers, film-

makers, journalists and improvement advisors, we think we have developed some powerful tools to offer anyone interested in setting a new tone for their work around quality and safety. Our films are now being used with a wide range of audiences ranging from undergraduate doctors, nurses and AHPs; frontline NHS clinical teams; aspiring and established clinical leaders and executives; by campaign and pressure groups; in local, regional, national and international contexts. The feedback has been very encouraging and the debate generated has been wide and various.

Of course everyone sees different things in these stories and relates the learning in different ways to their practices and work situations. You can read more about the philosophy and ideas behind our approach here.

How we fund our work...

PATIENTSTORIES is run on a “non-profit” social enterprise basis, meaning that any surplus – after our costs – is re-invested to develop our work.

The start-up funds to establish the website, make our first films and develop our learning resources were provided via our parent company, Anderson Wallace Ltd. Financial support from Anderson Wallace Ltd continues to cover our main overheads, and to underwrite our development costs.

We have a small but inconsistent revenue stream from licensing agreements with NHS Trusts, Academic Institutions, learning and development networks and a few commercial training organizations.

We are currently reviewing our operating model.

<https://www.nationalvoices.org.uk/about-us>

National Voices is the coalition of charities that stands for people being in control of their health and care. Our mission: person-centered care. We want person-centered care: people having as much control and influence as possible over decisions that affect their own health and care – as patients, carers and members of communities. We want people to be partners in the design of services and partners in research, innovation and improvement.

<https://www.pointofcarefoundation.org.uk/resource/experience-based-co-design-ebcd-toolkit/>

The Point of Care Foundation helps to deliver this vision by providing evidence and resources to support health and care staff in the valuable work of caring for patients. Our work grew out of the Point of Care program at The King’s Fund (2007-2013) and maintains an evidence-based approach.

We became an independent charity in 2013. Our work has continued to grow quickly since publication of the Francis Report, which detailed the shocking failings in patient care at Mid Staffordshire NHS Foundation Trust between 2005-09.

Sir Robert Francis has served as a trustee of the Foundation since we became an independent charity.

<https://cihr-irsc.gc.ca/e/45851.html>

Strategy for Patient-Oriented Research (Canadian Institutes of Health Research, 2014) SPOR is a strategy of Canadian Institutes of Health Research based in Ottawa (CA) and is about providing the evidence needed to inform the development of health policies and improve the health care system. It is about moving scientific discoveries to the bedside and producing the information that decision-makers and health care providers need to improve care. In other words, SPOR focuses on moving what health researchers know into what health care providers do.

A central tenet of SPOR is to put patients first—meaning that the patients themselves (and their families) are at the centre of the discussion on health. The idea is for patients, researchers, health care providers and decision makers to actively collaborate to build a sustainable, accessible, and equitable health care system to bring about positive changes in the health of people living in Canada. Engaging patients is thus an integral component in the development and implementation of all elements of SPOR, including the SUPPORT Units and research networks.

<https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/evidenceboost-rossbaker-peimprovedcare-e.pdf>

www.cfhi-fcass.ca Canadian Foundation for Healthcare Improvement

The Canadian Foundation for Healthcare Improvement is dedicated to accelerating healthcare improvement and transformation for Canadians. We collaborate with governments, policy-makers, and health system leaders to convert evidence and innovative practices into actionable policies, programs, tools and leadership development.

Gli interventi educativi di medicina narrativa servono quindi come mezzo importante per preparare i discenti a impegnarsi nel processo decisionale condiviso con i loro pazienti (Charon 2008; Charon and DasGupta, 2011) aumentando la loro “competenza narrativa” (Charon 2007; Milota *et al.*, 2019).

Table 1. Best Evidence Medical Education (BEME) coding scheme for strength of evidence and Kirkpatrick-based outcomes.

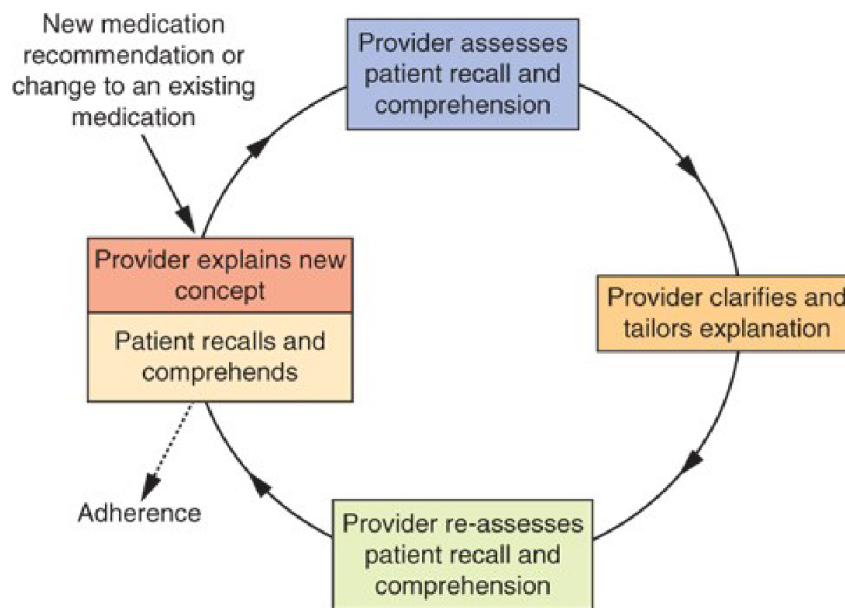
BEME strength of evidence scale	
1	No clear conclusions can be drawn—results based on testimonial evidence of authors
2	Ambiguous results, there may be a trend—tool(s) for analysis exhibit insufficient power, small sample size, other intervening factors
3	Conclusions can probably be based on the results—tool(s) used for analysis have sufficient power to assess the outcome
4	Results are clear and very likely to be true—multiple tools for analysis with sufficient power and explicit triangulation of results
5	Results are unequivocal
Kirkpatrick-based outcome levels	
Level 1	PARTICIPATION Affective reactions and feedback by students (for example: learning experience, course organization, materials, quality of instruction, feelings of pleasure or enjoyment) <i>Instruments</i> —surveys, questionnaires, comment forms
Level 2a	MODIFICATION OF ATTITUDES OR PERCEPTIONS Changes in attitudes towards intervention (for example, sense of personal or professional growth, increase in empathy, new sense of affiliation or connectedness) <i>Instruments</i> —observation, pre- and post-tests, interviews, focus groups
Level 2b	MODIFICATION OF KNOWLEDGE AND SKILLS For knowledge: acquisition of concepts, procedures, or principles. For skills: acquisition of thinking an problem-solving. <i>Instruments</i> —observation, pre- and post-tests, interviews, focus groups, course writing samples
Level 3	BEHAVIORAL CHANGE Evidence that knowledge and skills learned in course have been applied in subsequent contexts <i>Instruments</i> —creative final product (papers, projects, portfolios), surveys, observation
Level 4a	CHANGE IN ORGANIZATIONAL PRACTICE Attributable changes in organization or delivery of care <i>Instruments</i> —alumni surveys, patient and/or employee feedback
Level 4b	BENEFITS TO PATIENTS AND CLIENTS Improvement in health and well-being of patients as a direct result of classroom intervention <i>Instruments</i> —patient feedback

Figura 21: M. M. Milota, G. J. M. W. van Thiel & J. J. M. van Delden (2019) Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review, *Medical Teacher*, 41:7, 802-810, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1584274

Milota *et al.* (2019) propone un approccio *evidence medical education* alla medicina narrativa che si adatta alla nostra ricerca nell’andare a individuare gli interventi educativi più efficaci comparandoli con i processi cognitivi che sottendono l’apprendimento.

Come abbiamo potuto approfondire in precedenza, *empowerment*, *engagement*, *activation* e *involvement* prevedono l’aver acquisito da parte del paziente competenze specifiche che lo rendono esperto non solo nella convivenza con e nella gestione della malattia, ma anche dei principali processi sanitari. I pazienti dovrebbero essere informati sulla loro malattia e sui modi in cui l’aderenza ai loro regimi terapeutici può incidere sul decorso della loro malattia. Interventi educativi di questo tipo sono particolarmente importanti per le malattie croniche che richiedono cure continuative. I medici che hanno

in carico l'educazione dovrebbero valutare con il paziente quali sono le sue preferenze in ambito educativo. Farmacisti, medici, infermieri, dentisti ed educatori sanitari possono tutti descrivere efficacemente i processi patologici (per malattie croniche come il diabete, l'asma, l'HIV) o l'uso corretto di sostanze difficili da somministrare (ad es. insulina, inalatori predosati). L'azione educativa dovrebbe essere ripetuta a intervalli regolari poiché la ripetizione aiuta a consolidare la comprensione di concetti e istruzioni importanti da parte del paziente (Youmans *et al.*, 2016).












Source: T.E. King, M.B. Wheeler: Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations, Second Edition, www.accessmedicine.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Figura 22: Ciclo informativo per nuove prescrizioni Section editors. King T.E., & Wheeler M.B.(Eds.), [publicationyear2] Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations, 2e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1768§ionid=119147414>

Portapillole e altre versioni di organizzatori di farmaci sono prontamente disponibili nelle farmacie. Farmacisti, case manager o infermieri possono aiutare a riempire correttamente l'*organizer*. Le farmacie possono preriempire portapillole o confezioni specifiche che possono ulteriormente migliorare l'uso di questi dispositivi (Youmans *et al.*, 2016).

I programmi visivi dei farmaci, ad esempio nella Fig. 23, sono strumenti in cui le immagini dei farmaci prescritti sono inserite in un calendario settimanale nelle dosi corrispondenti. Tali programmi sono ora disponibili attraverso alcuni applicativi per computer o forniti dalle aziende farmaceutiche (Youmans *et al.*, 2016).

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
 Coumadin 6 mg	 Coumadin 6 mg	 Coumadin 6 mg	 Coumadin 6 mg	 Coumadin 6 mg	 Coumadin 6 mg	 Coumadin 6 mg
					 Coumadin 3 mg	 Coumadin 3 mg

Source: T.E. King, M.B. Wheeler: Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations, Second Edition, www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Figura 23: King Jr, T. E., & Wheeler, M. B. (2007). *Medical management of vulnerable and underserved patients: principles, practice, and populations*. McGraw-Hill Medical Publishing Division.

Dispositivi di promemoria come allarmi su orologio o cercapersone possono migliorare l'aderenza. Le applicazioni per smartphone che funzionano come promemoria dei farmaci possono essere un'altra opzione per i pazienti. Ciò è particolarmente vero per i regimi che richiedono frequenti dosaggi giornalieri e per i regimi in cui le dosi devono essere assunte a orari strettamente programmati. Questa strategia è stata utilizzata efficacemente nel trattamento dell'HIV (Youmans *et al.*, 2016).

3.7 I PROM e i PREM

Il *Patient Report Outcome Measure* e il *Patient Report Experience Measure* rappresentano due sistemi di valutazione degli *outcome* e dell'esperienza vissuta del paziente e del *caregiver*.

A partire dalla seconda metà degli anni 2000, il servizio sanitario inglese ha iniziato a raccogliere indicatori descritti dai pazienti e dai *caregiver* principalmente per scopi di valutazione della qualità delle cure erogate e di valutazione della performance dei sistemi sanitari. Questi possono essere classificati, come indicato nel Report OECD del 2017, in indicatori di:

- esito riferiti dai pazienti => PROM
- esperienza di cura => PREM

I PREM raccolgono informazioni sulle opinioni dei pazienti relativamente alla loro esperienza mentre ricevono cure. Sono un indicatore della qualità della cura del paziente, anche se non la misurano direttamente. Vengono presentati comunemente sotto forma di questionari. I PREM non guardano ai risultati della cura ma all'impatto del processo di cura sull'esperienza del paziente, come ad esempio la comunicazione e la tempestività dell'assistenza. Differiscono dai sondaggi sulla soddisfazione in quanto riportano esperienze oggettive dei pazienti, eliminando la possibilità di riportare opinioni soggettive (Kingsley *et al.*, 2017).

I PROM sono, invece, strumenti utilizzati per misurare i risultati riportati dai pazienti (PRO) per effetto di interventi e/o trattamenti sanitari. I PROM sono questionari standardizzati e convalidati che vengono completati dai pazienti, ad esempio, durante il periodo perioperatorio per accertare le percezioni del loro stato di salute, il livello percepito di compromissione, disabilità e la qualità della vita correlata alla salute. Consentono di valutare l'efficacia di un intervento clinico misurato dal punto di vista dei pazienti. I questionari vengono somministrati ai pazienti sia prima che dopo l'intervento per consentire il confronto dei risultati prima e dopo la procedura. Oltre ai risultati relativi agli interventi, i PROM misurano la percezione dei pazienti della loro salute generale o della loro salute in relazione a una specifica malattia. I PROM sono un mezzo per misurare l'efficacia clinica e la sicurezza (Kingsley *et al.*, 2017).

I PREM misurano le percezioni dei pazienti e dei *caregiver*, concentrandosi sul processo di cura e su come esso sia in grado di influenzare la loro esperienza. Ad esempio "Il paziente ha aspettato molto tempo per il trattamento?", oppure "Il paziente ha ritenuto di essere coinvolto nel processo decisionale?", oppure "Il paziente ha avuto modo di porre domande al medico prescrittore?".

L'esperienza di cura vissuta positivamente dal paziente è considerata dai ricercatori, oggi, un *outcome* importante che va a completare altre misure della qualità esplorate dalle metriche utilizzate nel processo di cura (PREM) e negli esiti (PROM).

Un esempio di PREM può essere "se il paziente ritenga di essere adeguatamente coinvolto in decisioni importanti circa il suo processo di cura" mentre un esempio di PROM può essere "se il paziente è libero dal dolore/ha un livello di dolore sopportabile dopo una operazione chirurgica".

Su mandato dei Ministri della Sanità dell'area OECD, l'OECD stessa ha lanciato nel 2017 un'iniziativa innovativa chiamata "PaRIS" (*Patient-Reported Indicators Surveys*) finalizzata al raggiungimento di due obiettivi:

1. il monitoraggio internazionale degli indicatori *patient-reported* nelle aree dove già esistono. Gli Stati Membri dell'area OCSE collaborano per sviluppare gli indicatori in tre aree: nella sostituzione di anca e ginocchio, nel cancro del seno e nelle cure mentali;
2. sviluppo di una survey internazionale sugli *outcome* e sull'esperienza dei pazienti con patologie croniche che sono trattati nelle cure primarie o in un setting ambulatoriale.

PaRIS is the OECD's Patient-Reported Indicator Surveys initiative where countries work together on developing, standardizing and implementing a new generation of indicators that measure the **outcomes and experiences of health care that matter most to people.**

The International Survey of People Living with Chronic Conditions will be the first of its kind to assess the outcomes and experiences of patients managed in primary care across countries. The PaRIS survey aims to fill a critical gap in primary health care, by asking about aspects like access to health care & waiting times, as well as quality of life, pain, physical functioning & psychological well-being.

<http://www.oecd.org/health/paris/>

Kwan *et al.* (2020) ha classificato le numerose scale di valutazione dell'aderenza alla terapia che possono rientrare nella categoria dei PROM e dei PREM (Kwan *et al.*, 2020).

4. Il piano della ricerca sperimentale

4.1 Il disegno dello studio

Studiare il problema dell'aderenza alla terapia richiede un approccio interdisciplinare per le dimensioni che lo compongono e le conseguenze sulla qualità della vita delle persone. Per la sua comprensione, la ricerca richiede uno sviluppo in un ambiente *real life* finalizzato alla risoluzione di problemi pratici e quotidiani rispettando, però, quelle che sono le aspettative, le scelte e i desideri dei pazienti e le necessità dei professionisti sanitari.

Dopo aver condotto una ricerca in letteratura e un'analisi dei diversi approcci della ricerca, abbiamo concluso che il miglior approccio possibile per svolgere una ricerca sull'aderenza alla terapia è quello "**pragmatico**". Protocolli di ricerca clinica di natura pragmatica (Peikes, 2013) sono attualmente utilizzati nella valutazione dei modelli di educazione terapeutica, di *empowerment* e di *engagement* dei pazienti e dei *caregiver* nei processi di cura.

L'approccio pragmatico (Creswell J. W., 2014) viene in questo caso privilegiato per le seguenti ragioni:

- **Conseguenze delle azioni:** gli *outcome* clinici, i PROM, i PREM permettono di misurare gli esiti dei processi di cura e, quindi, sono focalizzati sulle "conseguenze delle azioni" messe in atto dai principali attori che, per la nostra ricerca, sono prioritariamente i pazienti e i loro *caregiver* e, in secondo luogo, i professionisti della salute;
- **Centrato sui problemi:** la mancata aderenza alla terapia è un problema importante che richiede misure correttive urgenti e non più procrastinabili;
- **Pluralistico:** la "realtà" è costituita da una pluralità di fenomeni e non può essere compresa solo da un principio e non è riducibile a una più profonda unità;
- **Orientato alla pratica "real world":** i *Real-world data* (RWD) offrono importanti approfondimenti complementari alle informazioni ottenute dagli studi clinici: mentre gli studi clinici generano misure precise sull'efficacia del trattamento e sulla tossicità a breve termine in contesti altamente controllati, i RWD forniscono informazioni sull'accesso al trattamento, sull'adozione, sulla sicurezza ed efficacia a lungo termine nella pratica clinica di routine. Di conseguenza, le prove degli studi clinici sono state tradizionalmente utilizzate per supportare l'approvazione dei farmaci regolatori, mentre le prove del mondo reale (RWE) sono state utilizzate per gli studi di sorveglianza post-marketing (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013; Gerber *et al.*, 2017; Halimi *et al.*, 2012; Imprialos *et al.*, 2018; McGovern *et al.*, 2016; Ohlmeier *et al.*, 2019; Peikes *et al.*, 2013; Polson *et al.*, 2017; Raphael *et al.*, 2020; Skirdenko & Nikolaev, 2018; Sruamsiri *et al.*, 2018; C.-Y. Wang *et al.*, 2012; Wu *et al.*, 2010).

Gli obiettivi di questa ricerca sono:

- verificare se l'intervista narrativa nell'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* sia in grado di fornire elementi di conoscenza utili per favorire un miglioramento del livello di aderenza alla terapia;
- creare e validare il questionario di *assessment* del livello di aderenza alla terapia e dell'uso della tecnologia digitale da utilizzare nel modello educativo sperimentale (obiettivo operativo);
- definire il modello educativo basato sulle pratiche narrative nell'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver* (obiettivo operativo)

Tipologia dello studio

Studio educativo pragmatico basato sul Mixed Method

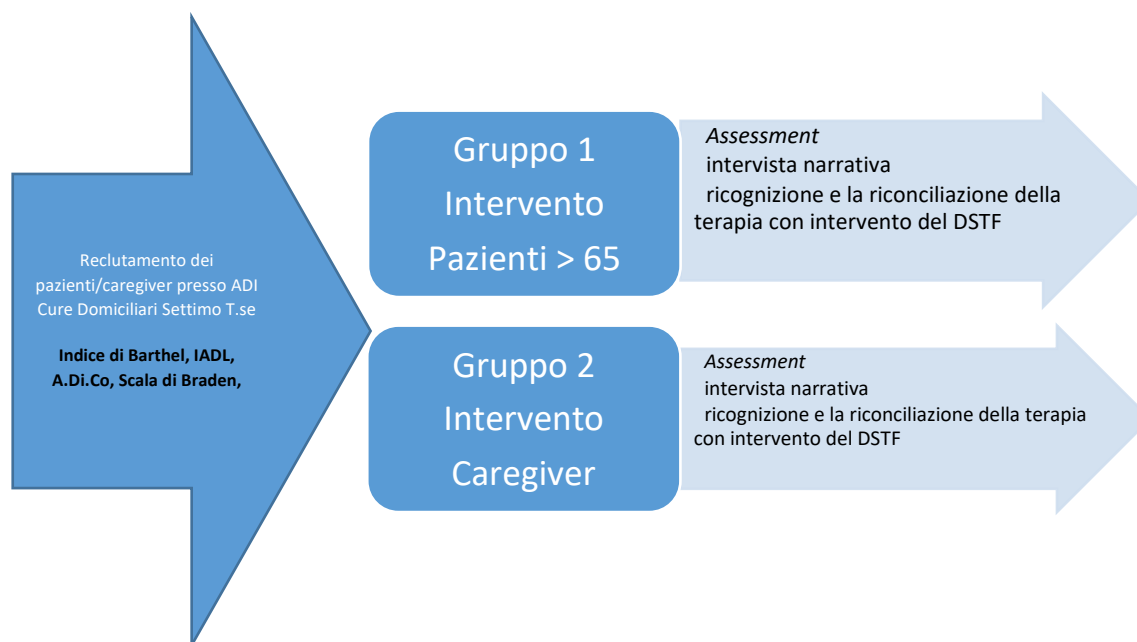


Figura 24: Flow chart del campione

Fase di reclutamento:

I pazienti e i *caregiver* sono stati reclutati dalle Cure Domiciliari dell'ASL TO4, sede del distretto di Settimo Torinese.

È stata applicata una tecnica di campionamento probabilistica casuale semplice per cui "ogni soggetto/oggetto della popolazione (e ogni combinazione di soggetti/oggetti) ha la stessa probabilità di entrare a fare parte del campione (per esempio, dalla lista degli iscritti a una scuola si estraggono quaranta soggetti mediante un generatore di numeri casuali)" (Trincherò, 2019).

Tutti i pazienti presi in carico dall'assistenza domiciliare integrata (ADI) sono stati già sottoposti ad una prima valutazione delle capacità residue e delle abilità cognitive con

l'Indice di Barthel, IADL, A.Di.Co, Scala di Braden (vedi Allegato 2) al fine di confermare l'appropriatezza del trattamento sanitario in ADI.

Fase di raccolta dati

1) assessment con il questionario sulle abitudini al consumo dei farmaci e all'uso delle tecnologie digitali.

Questionario sulle abitudini al consumo dei farmaci e all'uso delle tecnologie digitali (vedi Allegato 3). Il questionario è stato costruito ad hoc al fine di rispondere alle seguenti domande:

quali sono le abitudini che i pazienti dimostrano rispetto al consumo dei farmaci e all'uso degli strumenti telematici? Quali sono le preferenze che i pazienti e i caregiver manifestano nei percorsi di educazione all'aderenza alla terapia?

L'analisi della letteratura ha permesso di individuare la *Morisky Medication Adherence Scale* e l'*Elderly Home Care Residential Engagement* – E.C.A.R.E. Dalla selezione di alcuni item delle due scale è stato costruito il primo draft del questionario. Al fine di completare le risposte alle domande, abbiamo voluto inserire alcuni item legati alle preferenze sulle metodologie educative.

Lo studio di validazione (si veda il Capitolo 5) è stato condotto analizzando tre campioni in periodi differenti da luglio a settembre 2021 e ha previsto le seguenti tappe metodologiche:

- Generazione degli item attraverso analisi in letteratura;
- Elaborazione provvisoria del questionario sottoposto a un panel di esperti del Dipartimento di Filosofia e di Scienze dell'Educazione e del Dipartimento di Scienza e Tecnica del Farmaco dell'Università degli Studi di Torino;
- Raccolta feedback tra esperti e sottoscritta analizzando la validità;
- Somministrazione a 15 pazienti informati e formati sullo scopo del questionario, ai quali è stato chiesto, al momento della compilazione e della restituzione, di formulare un parere sulla comprensibilità degli item e quindi sui contenuti delle domande (analisi dell'affidabilità tramite test pilota);
- Questionario migliorato, tenendo in considerazione tutti i feedback dei 15 pazienti e di suddetti esperti;
- Somministrazione ad almeno 42 pazienti informati e formati sullo scopo della ricerca;
- Analisi della validità di costruito.

2) la narrazione autobiografica

È il racconto che una persona decide di fare sulla vita che ha vissuto, descrivendo nel modo più onesto e completo possibile ciò che ricorda di essa e ciò che vuol far sapere agli altri riguardo a essa, di solito con l'aiuto di un'intervista condotta da un'altra persona (Atkinson 2002).

Dopo aver acquisito il consenso del paziente e/o del *caregiver*, l'intervistatore ha utilizzato il registratore per raccogliere le informazioni.

Le domande proposte per l'intervista sono:

Presentazione e Introduzione della ricerca

Chi sono, Perché, Focus ricerca, Uso delle registrazioni

Proposte domande

- Può presentarsi brevemente? Mi può raccontare chi è...?
- Da dove vorrebbe iniziare a raccontare la sua esperienza in merito all'assunzione della terapia?
- Quali strategie/attività ha messo in atto per seguire correttamente lo schema terapeutico?
- Come ha fatto a superare quella situazione critica/difficile?
- Alla luce delle terapie che assume, come descriverebbe la sua patologia/e?
- Mi può elencare alcune attività che fa prima o dopo aver preso la terapia?

Domande "scorta"

- Come ha vissuto quest'esperienza?
- Come ha affrontato le difficoltà?

3) la ricognizione farmacologica

Entro la fine del primo incontro, l'intervistatore dovrà verificare la correttezza dello schema terapeutico con il paziente e con il *caregiver* (si veda la scheda terapeutica riportata di seguito).

Nello specifico, si dovrà raccogliere informazioni e/o verificare la correttezza di quelle già possedute in merito a:

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00	Se si dimentica	Precauzioni
---------------------	--------------	-------	-----------	-------------------	--------------	---------------	---------------	---------------	-----------------	-------------

Una volta compilato lo schema, si procede con la riconciliazione farmacologica dopo essersi congedati dal paziente e/o del *caregiver*. Questa fase richiede il coinvolgimento del Dipartimento di Scienza e Tecniche del Farmaco dell'Università degli Studi di Torino che verifica lo schema terapeutico.

Lo scambio di informazione da "casa del paziente" al Dipartimento di Scienze e Tecniche del Farmaco è avvenuto tramite e-mail, garantendo l'anonimato attraverso l'uso di un codice identificativo conosciuto solo dal ricercatore/intervistatore.

La scheda di terapia è stata aggiornata sulla base delle informazioni che il DSTF ha estrapolato da varie fonti informative e banche dati internazionali e arricchita soprattutto di informazioni sui farmaci rispetto alle modalità di somministrazione e di assunzione,

interazioni con altri farmaci, integratori e cibi, impatto sul comportamento e sul livello di coscienza.

LOGO

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: _____ Diagnosi: _____ PERIODO: _____

Consegna _____
Ritiro _____

INFORMAZIONI PAZIENTE:

Nome _____ Codice fiscale _____
Cognome _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI			Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00		

NOTE DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Figura 25: Modello di Scheda per la riconciliazione farmacologica

Descrizione dell'intervento standard

A oggi non esiste un vero e proprio intervento educativo garantito dal personale sanitario ai pazienti sull'aderenza alla terapia. Dal confronto con il personale medico e infermieristico delle cure domiciliari, è emerso che si offrono interventi educativi soprattutto ai *caregiver* sull'uso di dispositivi medici, sulle medicazioni, sulla gestione dei cateteri venosi. Le informazioni sulla conservazione, sulla somministrazione, assunzione e smaltimento dei farmaci vengono spesso date in modo frammentario e non strutturato. Questo significa che spesso i pazienti e i *caregiver* recuperano le informazioni attraverso l'uso di internet e/o domande poste ai medici di medicina generale e farmacisti. Non esiste un vero e proprio sistema di verifica dell'affidabilità delle informazioni estrapolate da internet.

End point Primari:

numero di schemi della terapia modificati
numero di PIP individuati

Popolazione di riferimento

Pazienti affetti da patologie croniche in politerapia e in co-morbilità
Politerapia: > 5 farmaci/die secondo
Co-Morbilità

Numerosità del Campione

23 pazienti e *caregiver*

Tipologia del campionamento

Campionamento casuale semplice

Arruolamento del campione

Sono stati selezionati tutti i pazienti over 65 seguiti dalle cure domiciliari del distretto sud est dell'ASLTO4: 398
> 65 anni: 216
residenti a Chivasso: 130
selezionati: 40
arruolati: 23 (nessun dropout)

Analisi statistiche

Content analysis per le interviste narrative (Nvivo)
Excel per l'analisi dei dati del questionario

Criteri di inclusione

Età superiore ai 65 anni per i pazienti; età superiore ai 18 anni per i *caregiver*
Pazienti affetti da patologie croniche in trattamento in politerapia superiore a 5 differenti farmaci al giorno
Consenso informato acquisito in formato cartaceo

Criteri di esclusione

Paziente ospedalizzato e/o istituzionalizzato

Consenso informato non firmato

Comitato etico

È stato richiesto il parere del Comitato Etico Interaziendale ASLTO3, ASLTO4, ASLTO5 e San Luigi. Parere positivo ricevuto il 15 Settembre 2022 con Protocollo Generale n° 13028 del 26/09/2022 (si veda l'Allegato 4).

Riservatezza e Privacy

I dati raccolti sono stati gestiti secondo la normativa vigente e archiviati presso il Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università degli Studi di Torino e nel Google Drive dell'Università di Torino.

Consenso informato

Il ricercatore ha spiegato a ciascun paziente e/o caregiver la natura dello studio, lo scopo, le procedure utilizzate, la durata dello studio, i rischi potenziali e i benefici attesi.

La partecipazione allo studio è stata gratuita e volontaria, e la persona poteva decidere in qualsiasi momento di abbandonare lo studio.

5. Gli Strumenti di valutazione dell'aderenza alla terapia

Nel presente capitolo, saranno descritti i principali strumenti di analisi e di valutazione dell'aderenza alla terapia presi in esame in questa ricerca per:

- esplorare l'autonomia della persona nelle attività quotidiane correlate alla gestione della terapia (capacità di assumere la terapia, prendere le decisioni condivise, competenze digitali);
- analizzare le interviste narrative raccolte durante la ricerca sul campo;
- analizzare gli schemi terapeutici con il Dipartimento di Scienza e Tecnologie del Farmaco dell'Università degli Studi di Torino al fine di arrivare alla riconciliazione farmacologica basata sul principio della sicurezza delle cure.

Per chiarezza espositiva, si propone la suddivisione degli strumenti in tre diversi paragrafi:

- i questionari di valutazione dell'aderenza alla terapia aspecifici per patologia e la descrizione narrativa del percorso svolto per la costruzione dello strumento ad hoc per questa ricerca;
- l'intervista narrativa, le domande esplorative, la Grounded Theory e lo strumento NVivo;
- la scheda di terapia per la ricognizione e gli strumenti applicati per la riconciliazione farmacologica.

5.1 I questionari di valutazione dell'aderenza alla terapia aspecifici per patologia e la descrizione narrativa del percorso svolto per la costruzione dello strumento ad hoc per questa ricerca

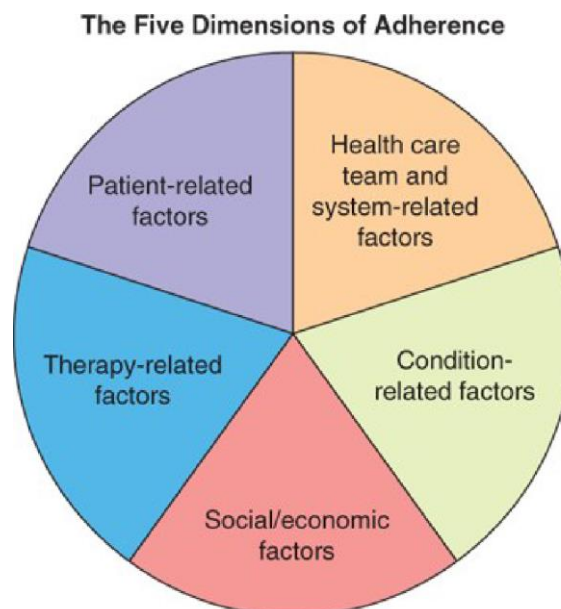
L'aderenza ai trattamenti rappresenta una delle problematiche più comuni nei pazienti affetti da una patologia cronica, definita nel Report dell'OMS (p.4, 2003) come una "malattia che presenta una o più delle seguenti caratteristiche: è una condizione permanente, comporta un certo grado di disabilità, è determinata da un'alterazione patologica irreversibile, richiede un impegno particolare da parte del paziente per quel che attiene alla riabilitazione, infine, si può prevedere la necessità di un lungo periodo di osservazione, supervisione e cure".

Esistono vari termini per indicare il comportamento che il paziente assume nei confronti della terapia e da decenni è stata posta una forte enfasi sulla necessità di differenziare l'aderenza dalla *compliance*, in quanto quest'ultima presuppone un ruolo passivo da parte del paziente che si limita ad essere semplice esecutore delle prescrizioni mediche (Cameron, 1996; Düsing, 2001; Burns *et al.*, 1991). Ciò implica che "i professionisti sanitari abbiano la responsabilità di facilitare l'adesione ai trattamenti e che non dipenda solamente dal paziente seguire le indicazioni mediche, ma anzi, ogni trattamento presupporrà un'estesa e corretta comunicazione e un'elevata spinta motivazionale alla terapia da parte del personale sanitario" (Thomas-Hawkins, 2006).

5.1.1 Le cinque dimensioni dell'adesione ai trattamenti

L'adesione ai trattamenti non è determinata soltanto dalla predisposizione da parte del paziente a seguire le prescrizioni mediche, ma è un fenomeno multidimensionale caratterizzato dall'influenza reciproca delle seguenti cinque dimensioni:

1. la dimensione socio-economica, che diventa rilevante se fattori quali uno status socio-economico svantaggiato, un basso livello culturale, la mancanza di una rete di supporto sociale efficace, così come le convinzioni determinate dalla cultura di appartenenza in riferimento alla malattia e ai trattamenti, vanno a ripercuotersi negativamente sulla compliance terapeutica;
2. la dimensione del sistema sanitario e del team di assistenza, che pone l'attenzione sulla responsabilità da parte dei servizi sanitari e di tutti i provider di assistenza in merito all'adesione ai trattamenti;
3. la dimensione patologica, che consiste nell'insieme degli aspetti legati alla gravità dei sintomi, al grado di disabilità (fisica, psicologica, sociale e professionale) e al decorso verso gli stadi più avanzati della malattia. La comorbidità con altre malattie, come la depressione o l'abuso di alcool e farmaci sono elementi altrettanto importanti che possono modificare l'adesione ai trattamenti;
4. la dimensione terapeutica, che riguarda tutto ciò che ha a che fare con la complessità del regime terapeutico che il paziente deve seguire, la durata del trattamento, eventuali precedenti fallimenti e la frequenza di variazioni della terapia;
5. la dimensione del paziente, rappresentata dalle sue risorse, conoscenze, attitudini, convinzioni, percezioni e aspettative (WHO,2003).



Source: T.E. King, M.B. Wheeler: Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations, Second Edition, www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Figura 26: *Assessing and Promoting Medication Adherence*, Sharon L. Youmans; Kirsten BibbinsDomingo

Secondo il “*Common Sense Model*” proposto da Leventhal (Leventhal *et al.*, 2012), l’atteggiamento del paziente riflette le sue rappresentazioni cognitive ed emotive relative alla malattia, le quali influenzano le strategie di *coping* che mette in atto.

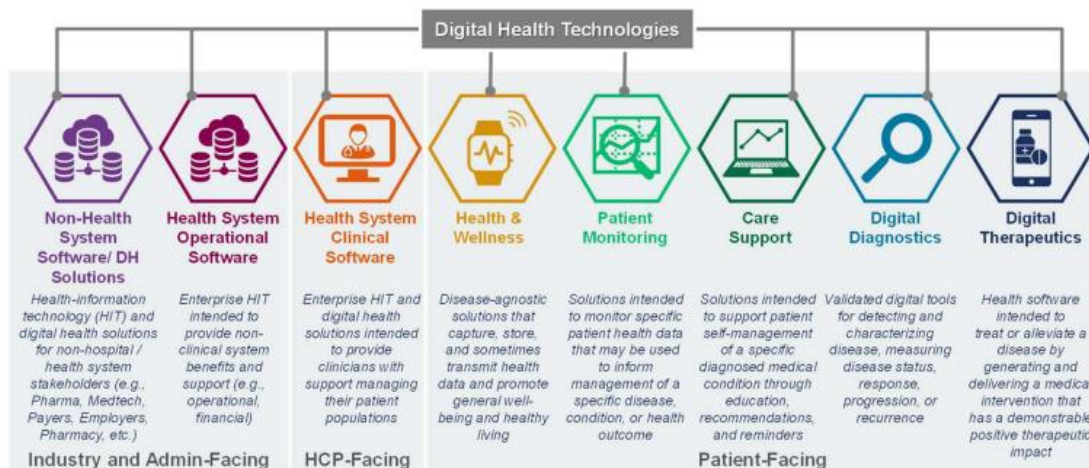
Le rappresentazioni cognitive ed emotive della patologia costituiscono un meccanismo di autoregolazione che gli individui attuano in base alle proprie credenze riguardo la malattia. Il paziente affetto da patologie croniche è sottoposto a una serie di stress psicosociali dati dagli effetti della malattia, dal cambiamento del ruolo all’interno della famiglia e nel mondo del lavoro, dalla consapevolezza della cronicità della malattia e dalla paura di morire, oltre a eventuali restrizioni dietetiche 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 (Gremigni, 2003 pag. 12). L’adesione alla terapia farmacologica risulta spesso faticosa per i pazienti: a volte la mancata *compliance* è dovuta a una decisione deliberata dell’individuo, ma la complessità del regime terapeutico dovuta a fattori quali il numero di farmaci da assumere, le dosi giornaliere multiple di uno stesso medicinale, le frequenti variazioni della terapia, influisce negativamente sull’aderenza del paziente (Rost *et al.*, 1987; Kardas *et al.*, 2013). Quando il paziente è affetto da più patologie, inoltre, le prestazioni di cura sono ancora concepite sul modello della singola malattia e risultano spesso frammentate, anche a causa della mancanza di una comunicazione efficace tra medici di famiglia, specialisti e altri professionisti della salute (Makai *et al.*, 2014; Lopez *et al.*, 2011).

Negli ultimi decenni, la tecnologia ha avuto un enorme impulso in vari settori dal lavoro, all’assistenza, all’accesso ai servizi bancari, acquisti, scuola, interazioni sociali. In ambito sanitario, sono state sviluppate numerose tecnologie digitali raggiungendo numeri importanti: dalle piattaforme di telemedicina alle app per il wellness, incluse le *digital drug support* e le *clinical decision support* (Bonfiglio *et al.*, 2022; Clauson *et al.*, 2007).

Parallelamente si stanno sviluppando, negli ultimi anni, le terapie digitali che rappresentano una delle più recenti innovazioni digitali in ambito clinico. Gussoni (2021, pag. 3) definisce “terapie digitali (DTx)” tutte quelle tecnologie che “offrono interventi terapeutici guidati da programmi software di alta qualità, basati su evidenza scientifica ottenuta attraverso sperimentazione clinica metodologicamente rigorosa e confermatrice, per prevenire, gestire o trattare un ampio spettro di condizioni fisiche, mentali e comportamentali”.

Diversi studi dimostrano che in molti Paesi occidentali, anche a causa del Covid-19, c’è stato un notevole incremento dell’utilizzo della tecnologia digitale e che le DTx possono rappresentare una grande opportunità nel trattamento della depressione, dei disturbi d’ansia, dell’ansia grave per la salute, della sindrome dell’intestino irritabile, della disfunzione sessuale femminile, dei disturbi alimentari, dell’uso di cannabis e del gioco d’azzardo patologico» (Hedman *et al.*, 2012). Le DTx si inseriscono all’interno della *digital health* come possiamo osservare nella classificazione fornita da Wade *et al.* (2023).

Nell’ambito delle tecnologie digitali alla salute, possiamo notare, come riportato nella Fig. 27, la loro suddivisione in funzione dell’*end user*, dello *stakeholder* e del campo di applicazione.



11

Figura 27: Classificazione delle Digital Health Technologies in Wade, B., Abraham, J., Coder, M., & Officer, C. P. (2023). GUIDANCE TO INDUSTRY: Classification of Digital Health Technologies, Health Advanced & Digital Therapeutics Alliance

Questa classificazione è utile per comprendere non solo i campi di applicazione (es. software gestionali, app per il wellness etc) ma soprattutto chi utilizza la tecnologia digitale (amministratori, medici, pazienti, cittadini etc). Già nel 2018 il NICE aveva proposto una prima classificazione delle DHT suggerendo almeno tre strade diverse per valutare la loro applicabilità e l'efficacia clinica (vedi Fig. 28).

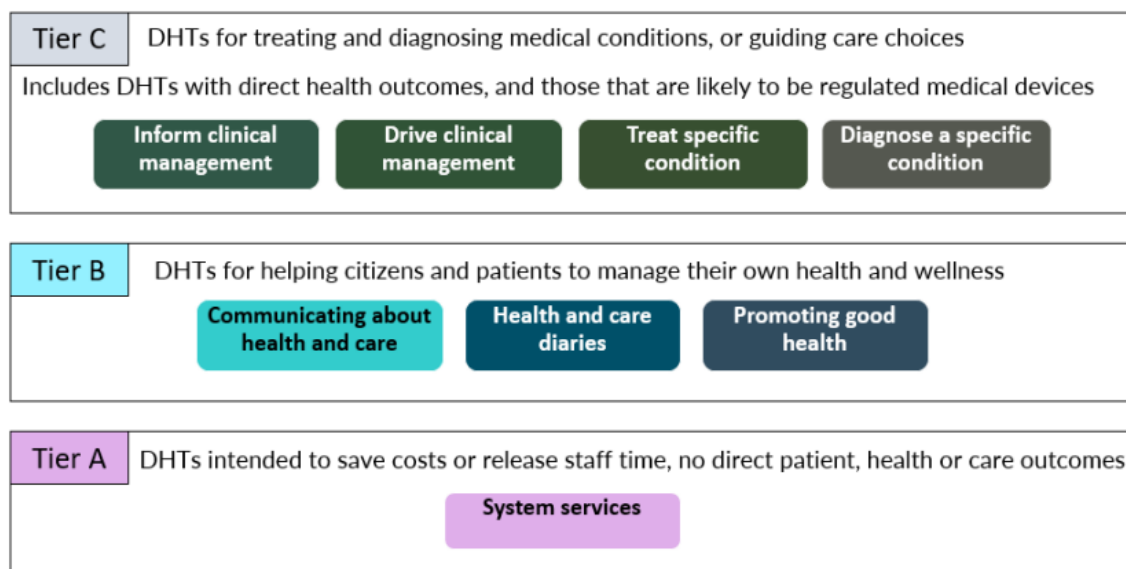


Figura 28: DHTs classified by intended purpose and stratified into risk tiers - Evidence standards (2018) <https://www.nice.org.uk/corporate/ecd7/resources/evidence-standards-framework-for-digital-health-technologies-pdf-1124017457605>

11 Wade, B., Abraham, J., Coder, M., & Officer, C. P. (2023). GUIDANCE TO INDUSTRY: Classification of Digital Health Technologies.

Un esempio concreto dell'applicazione della tecnologia digitale alla salute è riportato dall'agenzia americana per la ricerca sanitaria e la qualità (*Agency for Healthcare Research and Quality* [AHRQ]). Nel 2016, AHRQ ha lanciato un'applicazione gratuita per aiutare i pazienti a prepararsi alla visita medica. Inserendo alcune semplici informazioni sullo scopo della visita (parlare di un problema di salute, cambiare un farmaco, richiedere esami specialistici...), l'app, *Question Builder*, suggerisce una lista di domande che i pazienti potrebbero voler fare al medico e/o che il medico potrebbe porre al paziente. Fare domande appropriate ed essere pronti a dare le informazioni necessarie migliora la qualità e l'efficacia della visita (es. <https://play.google.com/store/apps/details?id=gov.ahrq.qata&hl=it&gl=US&pli=1>) (Tracy *et al.*, 2020).

Alla luce dell'aumento delle applicazioni della *digital medicine* all'aderenza alla terapia, si è reso necessario estendere l'area di indagine del questionario anche alle competenze digitali.

5.1.2 Il questionario sulle abitudini all'uso dei farmaci, le preferenze educative e le competenze digitali

Al fine di definire il profilo dei pazienti reclutati in base alle abitudini all'uso dei farmaci, alle preferenze educative e alla confidenza con la tecnologia digitali, è stata condotta una ricerca in letteratura sulle principali banche dati biomediche (EMBASE, PubMed, Cochrane Library, Web of Science, and CINAHL).

L'obiettivo della ricerca in letteratura era di individuare uno strumento di *assessment* delle tre seguenti aree da esplorare: abitudini all'uso dei farmaci, preferenze educative e confidenza con la tecnologia digitale. La prima area nasce dalla necessità di cogliere informazioni sulle abitudini al consumo e all'uso più in generale dei farmaci. La seconda area era legata all'eventuale progettazione dei percorsi educativi legati all'aderenza alla terapia: le preferenze dei pazienti rappresentano un elemento importante di coinvolgimento delle persone nella co-progettazione dei percorsi di cura. La terza area è legata alle tecnologie digitali. Occorre, infatti, valutare il livello di conoscenza e di confidenza che le persone hanno nei confronti del digitale dato l'aumento dell'applicazione di strumenti digitali nel campo dell'aderenza alla terapia.

Sono stati individuati 121 questionari, ma solo 26 sono stati selezionati in base ai seguenti criteri:

- pertinenza con l'area di interesse (aderenza alla terapia e alle raccomandazioni, competenze digitali, preferenze educative);
- validazione scientifica;
- non specifico per patologie.

Si riportano di seguito il titolo e il riferimento bibliografico di ciascun questionario selezionato.

N.	Titolo	Riferimento bibliografico
1	Treatment Adherence Rating Scale (TARS)	Gumport, N. B., Dong, L., Lee, J. Y., Zhao, X., & Harvey, A. G. (2023). Development and preliminary validation of the treatment adherence rating scale. <i>Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry</i> , 79, 101832.
2	Diagnostic Adherence to Medication Scale (DAMS)	<p>Garfield S., Eliasson L., Clifford S., Willson A., Barber N. Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical practice. <i>BMC Health Serv Res</i>. 2012 Oct 8; 12:350. doi: 10.1186/1472-6963-12-350. PMID: 23039138; PMCID: PMC3507707.</p> <p>Garfield, S., Eliasson, L., Clifford, S. <i>et al.</i> Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical practice. <i>BMC Health Serv Res</i> 12, 350 (2012). https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-350</p>
3	Adherence Barriers Questionnaire	Müller, S., Kohlmann, T. & Wilke, T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire – an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. <i>BMC Health Serv Res</i> 15, 153 (2015). https://doi.org/10.1186/s12913-015-0809-0
4	Concordance of Adherence Measurement Using Self-Reported Adherence Questionnaires and Medication Monitoring Devices	Monnette A., Zhang Y., Shao H., Shi L. Concordance of Adherence Measurement Using Self-Reported Adherence Questionnaires and Medication Monitoring Devices: An Updated Review. <i>Pharmacoeconomics</i> . 2018 Jan;36(1):17-27. doi: 10.1007/s40273-017-0570-9. PMID: 28895104.
5	Adherence to Exercise Scale for Older Patients (AESOP)	Hardage J., Peel C., Morris D., Graham C., Brown C., Foushee H.R., Braswell J. Adherence to Exercise Scale for Older Patients (AESOP): a measure for predicting exercise adherence in older adults after discharge from home health physical therapy. <i>J Geriatr Phys Ther</i> . 2007;30(2):69-78. doi: 10.1519/00139143-200708000-00006. PMID: 18171490.
6	Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)	Kripalani S., Risser J., Gatti M.E., Jacobson T.A. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale

		(ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. <i>Value Health</i> . 2009 Jan-Feb;12(1):118-23. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x. PMID: 19911444.
7	ASK-I2 Adherence Barrier Survey	Matza L.S., Park J., Coyne K.S., Skinner E.P., Malley K.G., Wolever R.Q. Derivation and validation of the ASK-12 adherence barrier survey. <i>Ann Pharmacother</i> . 2009 Oct;43(10):1621-30. doi: 10.1345/aph.1M174. Epub 2009 Sep 23. PMID: 19776298.
8	ASK-20 Adherence Barrier Survey	Hahn S.R., Park J., Skinner E.P., Yu-Isenberg K.S., Weaver M.B., Crawford B., Flowers P.W. Development of the ASK-20 adherence barrier survey. <i>Curr Med Res Opin</i> . 2008 Jul;24(7):2127-38. doi: 10.1185/03007990802174769. Epub 2008 Jun 12. PMID: 18554431.
9	Study Examining Older Adults' Beliefs Related to Medication Adherence	McDonald-Miszczak L., Maris P., Fitzgibbon T., Ritchie G. A pilot study examining older adults' beliefs related to medication adherence: the BERMA survey. <i>J Aging Health</i> . 2004 Nov;16(5):591-614. doi: 10.1177/0898264304265772. PMID: 15448274.
10	Brief Medication Adherence Scale (BMAS)	Chui E., Wong K.L., Chan K.Y., Wong M. Validation study of the Brief Medication Adherence Scale (BMAS) in patients with schizophrenia and related disorders in Hong Kong. <i>Asian J Psychiatr</i> . 2018 Oct; 37:154-160. doi: 10.1016/j.ajp.2018.09.005. Epub 2018 Sep 12. PMID: 30265964.
11	Brief medication questionnaire	Svarstad B.L., Chewning B.A., Sleath B.L., Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. <i>Patient Educ Couns</i> . 1999 Jun;37(2):113-24. doi: 10.1016/s0738-3991(98)00107-4. PMID: 14528539.
12	Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs	Dolder C.R., Lacro J.P., Warren K.A., Golshan S., Perkins D.O., Jeste D.V. Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. <i>J Clin Psychopharmacol</i> . 2004 Aug; 24(4):404-9. doi: 10.1097/01.jcp.0000130554.63254.3a. PMID: 15232332.
13	Questionnaire to identify the risk of nonadherence to antibiotic treatment	Kristina Kandrotaitė, Kastytis Smigelskas, Diana Janauskiene, Mindaugas Jievaltas,

		Romaldas Maciulaitis & Vitalis Briedis (2013) Development of a short questionnaire to identify the risk of nonadherence to antibiotic treatment, <i>Current Medical Research and Opinion</i> , 29:11, 1555-1563, DOI: 10.1185/03007995.2013.835255
14	Item Response Theory model	Proust-Lima C., Philipps V., Perrot B., Blanchin M., Sébille V. Modeling repeated self-reported outcome data: A continuous-time longitudinal Item Response Theory model. <i>Methods</i> . 2022 Aug; 204:386-395. doi: 10.1016/j.ymeth.2022.01.005. Epub 2022 Jan 15. PMID: 35041926.
15	Long-Term Medication Behavior Self-Efficacy Scale	Denhaerynck K., Abraham I., Gourley G., Drent G., De Vleeschouwer P., Papajcik D., Lince E., De Geest S. Validity testing of the Long-Term Medication Behavior Self-Efficacy Scale. <i>J Nurs Meas</i> . 2003 Winter;11(3):267-82. doi: 10.1891/jnum.11.3.267.61271. PMID: 15633781.
16	Medication Adherence Rating Scale (MARS)	Fialko L., Garety P.A., Kuipers E., Dunn G., Bebbington P.E., Fowler D., Freeman D. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). <i>Schizophr Res</i> . 2008 Mar;100(1-3):53-9. doi: 10.1016/j.schres.2007.10.029. Epub 2007 Dec 20. PMID: 18083007.
17	Medication Nonpersistence Scale (MNPS)	Athavale A.S., Bentley J.P., Banahan B.F. 3rd, McCaffrey D.J. 3rd, Pace P.F. Preliminary development of the Medication Nonpersistence Scale. <i>J Am Pharm Assoc</i> (2003). 2017 May-Jun;57(3):389-394.e1. doi: 10.1016/j.japh.2017.01.014. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28279599.
18	Medication Adherence Estimation and Differentiation Scale (MEDS)	Athavale A.S., Bentley J.P., Banahan B.F. 3rd, McCaffrey D.J. 3rd, Pace P.F, Vorhies DW. Development of the medication adherence estimation and differentiation scale (MEDS). <i>Curr Med Res Opin</i> . 2019 Apr;35(4):577-585. doi: 10.1080/03007995.2018.1512478. Epub 2018 Sep 12. PMID: 30106315.
19	Morisky Medication Adherence Scale-8	Moon S.J., Lee W.Y., Hwang J.S, Hong Y.P., Morisky D.E. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8. <i>PLoS One</i> . 2017 Nov 2;12(11):e0187139. doi: 10.1371/journal.pone.0187139. Erratum in:

		PLoS One. 2018 Apr 17;13(4):e0196138. PMID: 29095870; PMCID: PMC5667769.
20	Patient preference questionnaire	Kim N.Y., Richardson L., He W., Jones G. Patient preference to use a questionnaire varies according to attributes. Patient Educ Couns. 2011 Aug;84(2):191-9. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.018. Epub 2010 Oct 2. PMID: 20888727.
21	Medical Outcomes Study	DiMatteo M.R., Sherbourne C.D., Hays R.D., Ordway L., Kravitz R.L., McGlynn E.A., Kaplan S., Rogers W.H. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. Health Psychol. 1993 Mar;12(2):93-102. doi: 10.1037/0278-6133.12.2.93. PMID: 8500445.
22	Pictographic visual analogue scale	Kalichman S.C., Cain D., Fuhrel A., Eaton L., Di Fonzo K., Ertl T.. Assessing medication adherence self-efficacy among low-literacy patients: development of a pictographic visual analogue scale. Health Educ Res. 2005 Feb;20(1):24-35. doi: 10.1093/her/cyg106. Epub 2004 Jul 14. PMID: 15253999.
23	Probabilistic Medication Adherence Scale	Kleppe M., Lacroix J., Ham J., Midden C. The development of the ProMAS: a Probabilistic Medication Adherence Scale. Patient Prefer Adherence. 2015 Mar 2;9:355-67. doi: 10.2147/PPA.S76749. PMID: 25784791; PMCID: PMC4356448.
24	Patient- reported outcome measures to detect intentional, mixed, or unintentional non-adherence to medication	Fahrni M.L., Saman K.M., Alkhoshaiban A.S., Naimat F., Ramzan F., Isa K.A.M. Patient-reported outcome measures to detect intentional, mixed, or unintentional non-adherence to medication: a systematic review. BMJ Open. 2022 Sep 19;12(9):e057868. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057868. PMID: 36123061; PMCID: PMC9486224.
25	General Self-Efficacy Scale	Aleksandra Luszczynska, Urte Scholz & Ralf Schwarzer (2005) The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies, The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 139:5, 439-457, DOI: 10.3200/JRLP.139.5.439-457
26	New non-disease-specific survey tool	Larsen R.E., Pripp A.H., Krogstad T., Johannessen Landmark C. and Holm L.B. (2022), Development and validation of a new non-disease-specific survey tool to assess self-reported adherence to medication. Front.

		Pharmacol. 13:981368. doi: 10.3389/fphar.2022.981368
--	--	---

Tabella 5: elenco dei questionari classificati per titolo e il riferimento bibliografico

Sono stati presi in considerazione 26 questionari. Nessun questionario è stato selezionato per tutti i criteri considerati.

Alla luce di questo, il gruppo di esperti ha optato per la costruzione di un “Questionario sull’aderenza alla terapie e tecnologie digitali” costruito ad hoc.

L’analisi della letteratura ha portato alla revisione del *Morisky Medication Adherence Scales*, da cui sono state estrapolate alcune domande riguardo l’aderenza alla terapia, presenti nel nostro strumento di indagine. Per quanto riguarda, invece, le competenze digitali è stato possibile generare alcuni item anche attraverso l’analisi dell’*E.C.A.R.E- Elderly home Care Residential Engagement*.

La realizzazione dello strumento di indagine ha attraversato diverse fasi:

- generazione degli item attraverso attenta analisi della letteratura scientifica sull’ambito di indagine e delle esperienze simili;
- elaborazione provvisoria del questionario, sottoposto a un panel di esperti (Scienze dell’Educazione, Farmacologia, infermieri e così via) al fine di analizzare la validità di contenuto;
- raccolta dei feedback tra esperti e analisi della validità;
- somministrazione a 15 pazienti informati e formati sullo scopo del questionario, ai quali è stato chiesto, al momento della compilazione e della restituzione, di formulare un parere sulla comprensibilità degli item e quindi sui contenuti delle domande (analisi dell’affidabilità tramite test pilota);
- integrazione e modifica del questionario a partire dalle considerazioni raccolte di 15 pazienti e di esperti;
- sottoposizione del questionario ad almeno 42 pazienti informati e formati sullo scopo della ricerca;
- analisi della validità di costruito.

Lo strumento risulta costituito da domande chiuse suddivise in diverse parti:

- una prima sezione, composta da domande riguardanti le caratteristiche del paziente (es. sesso, range di età, n. patologie e farmaci assunti, titolo di studio e così via);
- una seconda sezione, dedicata a domande su come il paziente segue la terapia; composta da 17 item;
- una terza sezione, dedicata a domande su come il paziente immagina un percorso all’uso corretto della terapia e all’autogestione della propria salute; composto da 12 item sul modello della “scala Likert”;
- un’ultima sezione, dedicata a domande inerenti alle competenze digitali; composta da 10 item.

5.1.3. Validazione qualitativa del questionario

Lo studio è stato condotto analizzando tre campioni in periodi differenti nel corso di circa un mese, dal 04/08/2021 al 10/09/2021. Il campione preso in considerazione è un campione di convenienza, senza reclutamento, composto da pazienti over 65, affetti da una e/o più patologie croniche in polifarmacoterapia domiciliare. Il coinvolgimento dei pazienti ha tenuto conto della disponibilità e del consenso alla ricerca.

L'attività di raccolta dati relativa alla preparazione e alla prima validazione con il campione di 70 pazienti si è svolta nel periodo dal 04/08/2021 al 10/09/2021. Il secondo campione di 13 pazienti è stato individuato nel 2022.

In entrambi i casi, prima di procedere alla somministrazione del questionario è stato introdotto lo scopo della ricerca, acquisito il consenso alla ricerca, assicurata la pseudoanonimizzazione e la tutela della privacy. I dati sono stati analizzati tramite statistica descrittiva con il programma Microsoft Excel.

Per quanto riguarda i dati generali sono state rilevate la frequenza assoluta e quella relativa da cui sono state ricavate le frequenze percentuali delle variabili considerate nel questionario (sesso, età, n. patologie, n. farmaci assunti, titolo di studio, residenza, *caregiver*).

Per quanto riguarda i parametri "età", "n. patologie" e "n. farmaci/integratori assunti al giorno" sono state considerate rispettivamente tre fasce: 65-75 anni, 75-85 anni, oltre 85 anni; 1 malattia, 2-3 malattie, maggiore di 3 malattie; minore di 2, 3-4, maggiore di 4.

In riferimento ai dati relativi alla compilazione del "Questionario sull'aderenza alle terapie e competenze digitali", ai fini di rispondere ai quesiti di ricerca gli item sono stati raggruppati in tre macro-aree: "Come segue la sua terapia", "Importanza data a diversi item per un piano educativo" e "Area competenze digitali". Di questi, nessun item è stato escluso e per quanto riguarda la seconda sezione sono state calcolate in seguito la frequenza assoluta e relativa delle risposte da 1 a 4 (poco importante, abbastanza importante, molto importante, estremamente importante) per ognuno degli item ricavandone le frequenze percentuali. È stata anche effettuata la somma tra le frequenze percentuali delle due risposte positive e quella tra le frequenze percentuali delle risposte negative per poter ottenere una risposta indicativa sull'usuale comportamento del paziente, descritto tramite la concordanza o meno con le affermazioni dei vari item.

Sono state calcolate le frequenze percentuali dei pazienti con un buon rapporto con i farmaci, dei soggetti osservanti le prescrizioni farmacologiche con continuità e coloro che utilizzano dispositivi tecnologici anche per la ricerca di informazioni circa la propria condizione patologica.

È stato inoltre suddiviso il campione in base ai dati generali forniti: maschi e femmine, fasce di età anagrafica, presenza o meno di comorbilità, livello di istruzione (scuola primaria, scuola secondaria di I grado, diploma di scuola secondaria di II grado, laurea), residenza (nord, centro, sud Italia) e *caregiver*. Per ognuna di queste variabili è stata ripetuta l'analisi eseguita sull'intero campione, calcolando le frequenze percentuali dei pazienti risultanti appartenere alle tre macro-aree prese in considerazione e le frequenze percentuali relative alle risposte di ogni item, sommando tra loro quelle delle risposte positive e quelle delle risposte negative per ogni domanda. In questo modo si è potuto osservare quali categorie di pazienti hanno più difficoltà nell'adesione terapeutica e in quali ambiti in particolare.

5.1.3.1 Testing della prima versione del questionario

Lo strumento di valutazione è stato proposto a 15 pazienti, formati e informati sullo scopo della ricerca, aventi i criteri di inclusione stabiliti.

Al momento della compilazione, è stato chiesto di formulare un parere sulla comprensibilità degli item e sui contenuti delle domande. Si è riscontrato che la quasi totalità dei pazienti (12 su 15) aveva difficoltà nella comprensione delle domande e anche delle risposte, anche se nella prima somministrazione erano presenti solamente risposte dicotomiche (es. “Sì/No”). Per questa ragione è stato necessario spiegare sia le domande che le possibili risposte, occupando anche una parte consistente del tempo di compilazione del questionario da parte dei pazienti: ogni questionario è durato circa 20-25 minuti. Quasi la metà dei pazienti (45%) ha trovato il questionario piuttosto lungo, dichiarando che alcune domande fossero ridondanti e quindi di inutile compilazione.

Per quanto riguarda i 15 pazienti del test pilota, è risultato che la maggior parte (66,7%) sono donne e quasi tutti i partecipanti (86,7%) hanno residenza nel Nord Italia.

Distribuzione abbastanza equa invece per l'età, in quanto il 46,7% ha dai 75 agli 85 anni e il 53,3% ha dai 65 ai 75 anni. In particolare, si nota che su 10 donne 7 hanno tra 75 e 85 anni, mentre gli uomini hanno tutti dai 65 ai 75 anni.

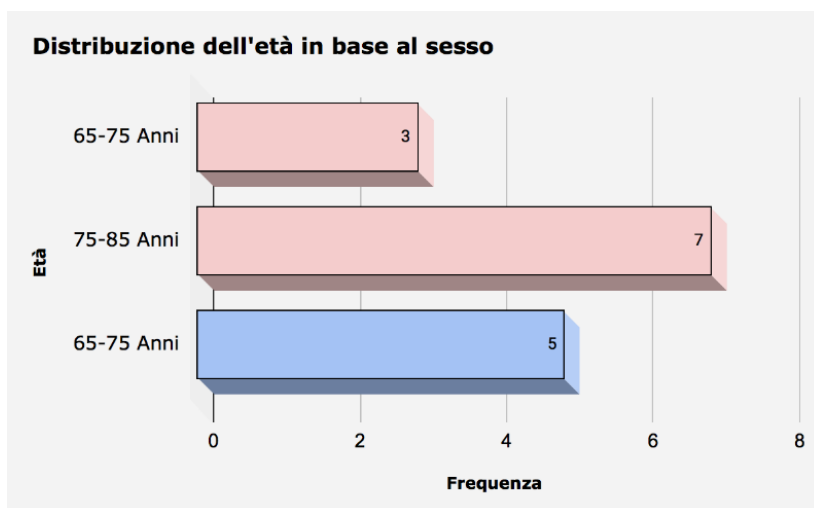


Figura 29 Distribuzione dell'età in base al sesso (item 1 e 2)

Il titolo di studio è così suddiviso: licenza elementare per 5 pazienti (33,3%), 4 pazienti con licenza media (26,7%), 4 con un diploma di scuola superiore (26,7%), 1 con laurea di I livello (6,7%) e 1 con dottorato (6,7%).

Il 33,3% ha dichiarato di soffrire di una malattia, un altro 33,3% di 2-3 malattie, il restante 33,3% di più di 3 malattie. Il 53% dei pazienti prende più di 4 farmaci al giorno, il 40% tra 3/4 e solo il 6,7% ha detto di assumere un farmaco al giorno.

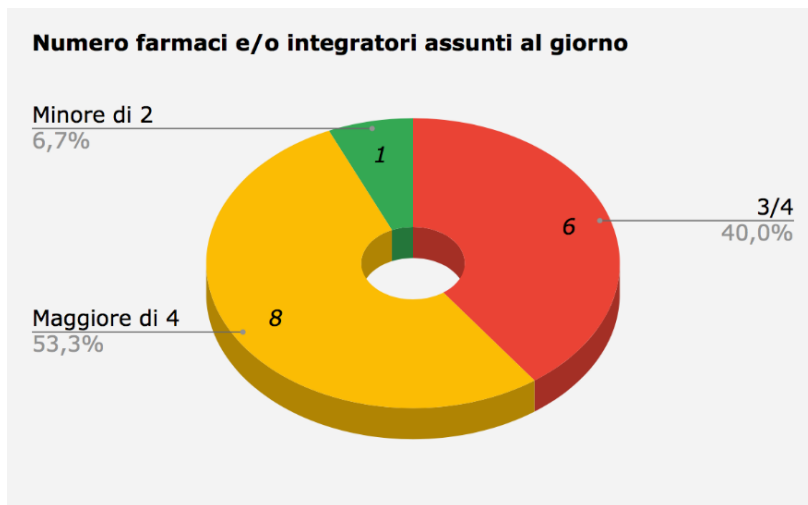


Figura 30: Distribuzione delle risposte rispetto all'item 6

Infine, più della metà dei pazienti intervistati conta sull'aiuto della moglie/del marito (53,3%), mentre il 46,7% si affida ai figli.

In seguito alla prima somministrazione dello strumento di indagine sono stati valutati i feedback e, dopo un confronto con un panel di esperti¹², sono state applicate diverse modifiche.

In un secondo momento sono stati richiamati gli stessi 15 pazienti della prima somministrazione, a cui è stata chiesta la disponibilità per una seconda compilazione con lo scopo di rilevare criticità, sollevare questioni su forma, chiarezza e completezza del questionario. Questa volta i pazienti non hanno avuto difficoltà nella comprensione delle domande, la compilazione è durata decisamente meno (circa 10 minuti per questionario) e per essa la maggior parte delle persone (13 su 15) non ha avuto bisogno di alcun aiuto, procedendo nella compilazione in autonomia.

La totalità dei partecipanti ha mostrato entusiasmo nel sapere che, grazie al loro precedente contributo, il questionario è stato modificato e reso più accessibile.

I 13 item della sezione dedicata a “come segue la terapia” avevano risposte dicotomiche “Sì/No”.

Molti pazienti hanno una buona relazione medico-paziente: tutti i medici dei 15 pazienti conoscono la terapia nella sua completezza (item 1); l'80% dei pazienti informa il proprio medico di famiglia se ci dovessero essere variazioni di terapia nel momento in cui effettua visite specialistiche (item 2); l'80% afferma che i farmaci vengono tutti prescritti dal proprio medico di famiglia (item 4). In particolare, riguardo l'item 2, il 90% delle donne informa il proprio medico di famiglia su eventuali variazioni di terapia suggerite dallo specialista, contro solo il 60% degli uomini.

¹² Grigolo S., Repetto M., Talarico M, Tirocchi S., Croce S., Cena C., Iannacci-Manasia L., Bruschi B., Digital-storytelling in health context: innovative approaches to improve patients and caregivers' therapeutic literacy and adherence in Abstracts of the 25th Annual Meeting of ESPACOMP, the International Society for Medication Adherence, 08–19 November 2021 Int J Clin Pharm (2022) 44:276–299

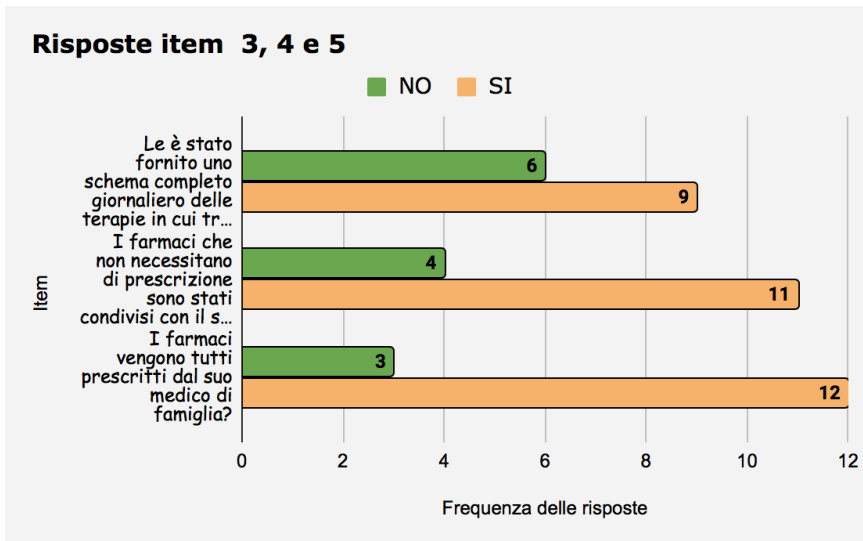


Figura 31: Distribuzione delle risposte agli item 3, 4 e 5

Nonostante 7 pazienti su 15 (46,7%) abbiano dimenticato di prendere i farmaci (item 6) nelle due settimane precedenti la somministrazione del questionario, l'86,7% ha sempre preso correttamente le medicine (item 7), mentre il giorno precedente solo una persona non le ha prese correttamente. Per quanto riguarda invece gli spostamenti e i viaggi, la quasi totalità dei pazienti (93,3%) ricorda sempre di portare con sé i farmaci. Questo fa comprendere che nonostante i pazienti siano molto rispettosi della loro terapia e precisi nel seguirla, capitano comunque episodi in cui hanno difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i farmaci, come ci mostra l'item 13. Nel dettaglio, sono i più giovani (62,7%) a ricordare con continuità di assumere la terapia.

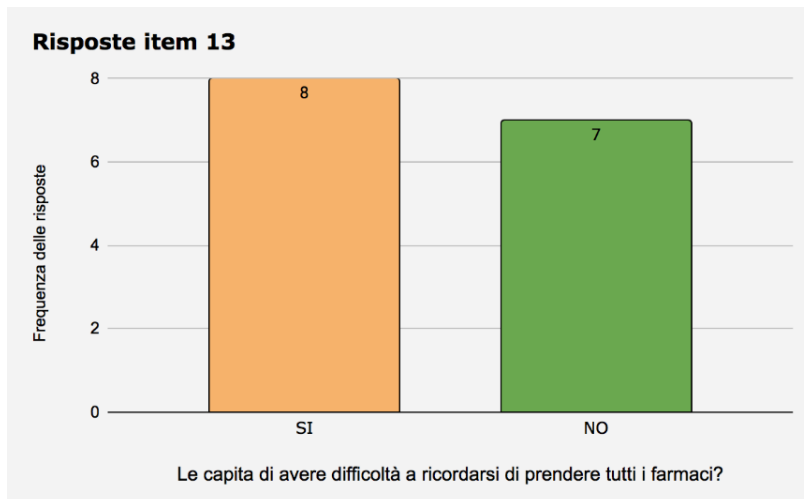


Figura 32: Distribuzione risposte all'item 13

Dagli item 8, 11 e 12 si evince che rimane molto bassa la percentuale di coloro ai quali è capitato di ridurre o smettere di prendere le medicine perché si sentivano male o perché sentivano che la patologia fosse sotto controllo, rispettivamente il 13,3% e il 6,7%.

Nella seconda parte del questionario sono stati analizzati gli aspetti che secondo i pazienti sono importanti da considerare in un percorso di educazione all'uso della terapia, all'adozione di uno stile di vita e all'autogestione della propria salute e/o malattia.

Gli 11 item della seconda sezione sono stati suddivisi in due micro-aree: la prima analizza l'importanza di quelle che sono le conoscenze già possedute (item 1), le abitudini (item 2), le aspettative (item 3) del paziente e la sua disponibilità e possibilità a partecipare agli incontri con l'esperto oppure a seguire video lezioni e approfondimenti da casa (item 4, 5 e 6).

L'86,7% delle persone attribuisce un valore molto importante alle abitudini e alle aspettative, mentre per il 93,4% sono estremamente importanti.

Per più della metà (66,7%) risulta importante un incontro con l'esperto presso la struttura sanitaria mentre l'86,6% trova davvero poco importante la possibilità di seguire webinar o video lezioni registrate. In una distribuzione delle risposte in base al sesso, solo 2 donne su 10 reputano molto importante la suddetta possibilità, mentre altrettanto importante risulta per 3 uomini su 5.

Per quanto riguarda gli item 7, 8, 9, 10 e 11, dedicati a ciò che può essere rilevante per migliorare le proprie capacità di prendere decisioni in modo condiviso con l'esperto, la stragrande maggioranza dei pazienti (80%) vorrebbe che venisse dedicato più tempo alla conversazione durante la visita e in questo caso prima di concludere l'incontro quasi tutti (93,3%) hanno bisogno di valutare il proprio livello di comprensione delle informazioni. Piuttosto importante (nel 73,4% dei casi) risulta anche la possibilità di confrontarsi con medici e infermieri circa le modalità di ricerca di tali informazioni.

La sezione dedicata alle competenze digitali formata da 18 item è risultata di difficile compilazione e comprensione ed è quella che ha richiesto più tempo nel rispondere ai quesiti.

Alla domanda "le capita di fare ricerche su Internet per trovare informazioni sulla sua malattia?" il 60% dei pazienti ha risposto di no e un altrettanto 53,3% ha detto di non fare ricerche circa i farmaci che assume.

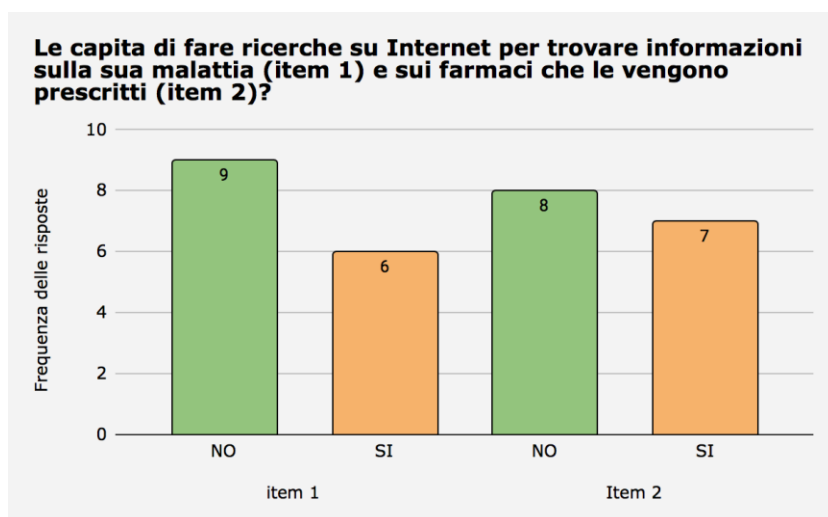


Figura 33: Distribuzione delle risposte agli item 1 e 2

Gli item 3 ("Quando fa le ricerche in Internet valuta l'affidabilità dei siti?") e 4 ("Se sì, come?") esplorano l'area della verifica delle informazioni estrapolate dal web: il 73,3

% non sa distinguere le informazioni corrette da quelle false; il 33,3% non valuta l'affidabilità dei siti.

Un ulteriore elemento di equità nell'utilizzo delle tecnologie digitali è la dotazione in termini di device posseduto. Importante era capire se le persone fossero in possesso di uno smartphone, un computer o un tablet: dalle risposte agli item 5, 6 e 7 risulta che 11 su 15 partecipanti possiedono uno smartphone e 9 su 15 un computer, ma pochi (33,3%) sono coloro che hanno un tablet. Delle 12 risposte riguardo a come avessero imparato a usarli, quasi tutti (91,7%) affermano di essere stati aiutati da altre persone. Il 66,7% sa navigare in Internet e lo smartphone e il computer sono gli strumenti maggiormente usati nel farlo.

Riguardo le domande proposte circa l'uso di messaggistica online, applicazioni e social media risulta che il 60% dei pazienti sa usare WhatsApp, il 40% ha usato almeno una volta un social media (es. Facebook) o Youtube, ma quasi tutti non sanno usare/non usano Powerpoint. Ancora una volta, sono gli uomini a risultare i più "tecnologici" dalle risposte agli item in questione, in quanto 4 uomini su 5 fanno uso di WhatsApp mentre tra le donne solo 5 su 10 (50%).

All'ultimo item, ma non meno importante, il 60% ha detto di non trovare utilità nella possibilità di utilizzare un'applicazione online per gestire la propria condizione di salute. In particolare, in una distinzione di genere, si può affermare che delle 7 persone che hanno risposto "No" all'ultimo item, 7 sono donne, che su un totale di 15 partecipanti corrisponde al 46,6%, ovvero quasi la metà.

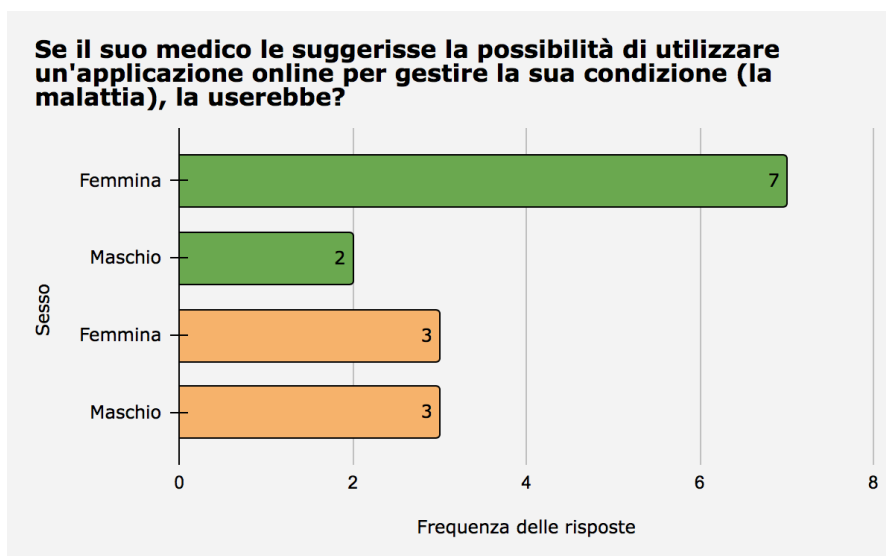


Figura 34: Distribuzione delle risposte all'item 18 in base al sesso (legenda: giallo, "Sì"; verde, "No")

Il panel di ricercatori e di esperti ha modificato lo score delle possibili risposte: sono state eliminate le risposte dicotomiche (Sì/No) e sostituite da score con maggiore variabilità nelle risposte (es. Sì, per tutti i farmaci; Sì, per la maggioranza; No, solo per pochi farmaci; No, per nessun farmaco).

5.1.3.2 Testing della seconda versione del questionario

Nella seconda fase di validazione linguistica, sono stati coinvolti 55 pazienti della Rete Eu.P.A.T.I., anch'essi informati sullo scopo della ricerca e raggiunti attraverso la divulgazione in Rete del questionario. Come nelle fasi precedenti, il questionario è stato compilato, in forma anonima e volontaria, da tutti coloro che possedevano i criteri di inclusione. Le risposte sono arrivate dal nord Italia (63,6%), dal centro (9,1%) e dal sud del Paese (27,3%), con una prevalenza di partecipanti donne (60%).

Nel questionario sono state aggiunte alcune domande, tra le quali si chiedeva se a compilarlo fosse il paziente o il *caregiver*, ed è risultato che la maggior parte delle compilazioni fossero condotte dei pazienti stessi (81,1%).

Al quesito relativo all'età, 4 persone non hanno risposto, mentre il range di età con più risposte è rappresentato da coloro che hanno tra i 65 e 75 anni (58,8%); chi ha tra i 75 e gli 85 anni rappresenta il 29,4% e chi ha più di 85 anni solo l'11,8%.

In particolare, risulta che il 50% degli uomini e il 50% delle donne abbia ha tra i 65 e i 75 anni.

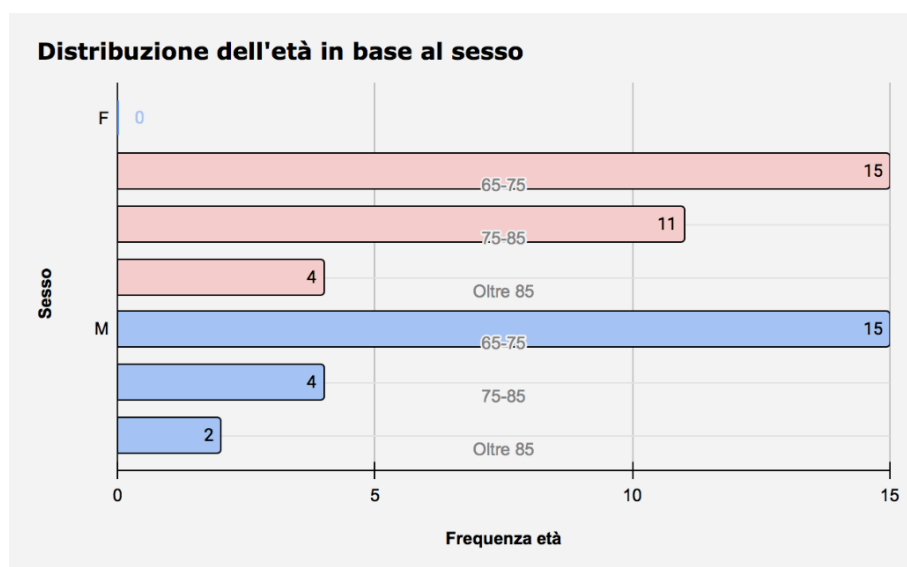


Figura 35:
Distribuzione
dell'età in base al
sesso

Rispetto alla prima versione del questionario, alla domanda legata al titolo di studio, si è deciso di modificare le categorie e utilizzare le seguenti: licenza elementare (16,4%), licenza media (27,3%), diploma di istruzione superiore (36,4%) e laurea (20%). Le donne hanno mediamente un livello di istruzione più alto rispetto agli uomini, eccetto per il titolo di diploma di istruzione superiore leggermente più alto in questi ultimi.

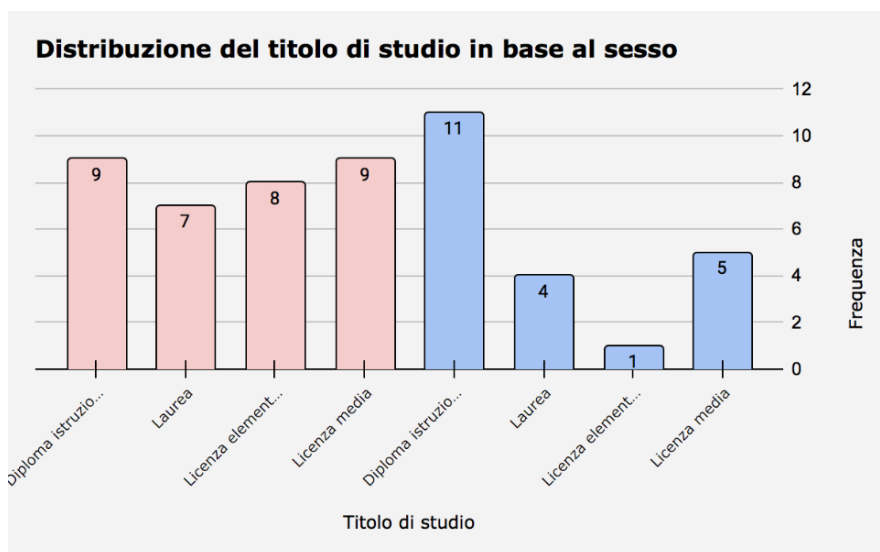


Figura 36:
Distribuzione del titolo di studio in base al sesso (legenda: donne, rosa; uomini, azzurro)

Più della metà dei pazienti è risultata affetta da 2 a 3 patologie (54,5%), mentre delle restanti 25 persone alcune hanno affermato di essere affette da una sola patologia (30,9%) e altre da più di tre (14,5%). Anche il numero di farmaci assunti è piuttosto elevato, contando che 20 persone (36,4%) assumono più di 4 farmaci/integratori al giorno, 21 persone (38,2%) tra 3 e 4 e le restanti 14 (25,5%) meno di 2.

La persona di riferimento invece è rappresentata in gran parte dalla moglie/marito (nel 49,1% dei casi), dai figli (41,5%), dall'assistenza di badanti (1,9%), dal vicino di casa (5,7%) o dal tutore di sostegno (1,9%).

Per quanto riguarda il primo ambito analizzato, dalle risposte agli item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12 e 13 emerge che la maggioranza dei pazienti segue correttamente le raccomandazioni del medico, con il quale ha una buona relazione: nell'87,3% dei casi il paziente afferma che il suo medico di famiglia è al corrente della terapia nella sua completezza (item 1); nel caso di una visita specialistica, la maggioranza dei soggetti (72,7%) informa il medico di famiglia su eventuali cambi di terapia suggeriti dallo specialista (item 2). In una distribuzione di genere, tra le donne il 75,7% risponde all'item 2 con "Sì, sempre", mentre solo il 66,7% degli uomini dà la stessa risposta.

Le risposte agli item 3, 4 e 6 denotano l'importanza che ha la condivisione del piano terapeutico, di ogni prescrizione e di ogni assunzione di farmaco, col medico di famiglia. Nel 60% dei casi infatti il paziente informa il proprio medico di famiglia di assumere farmaci che non necessitano di prescrizione.

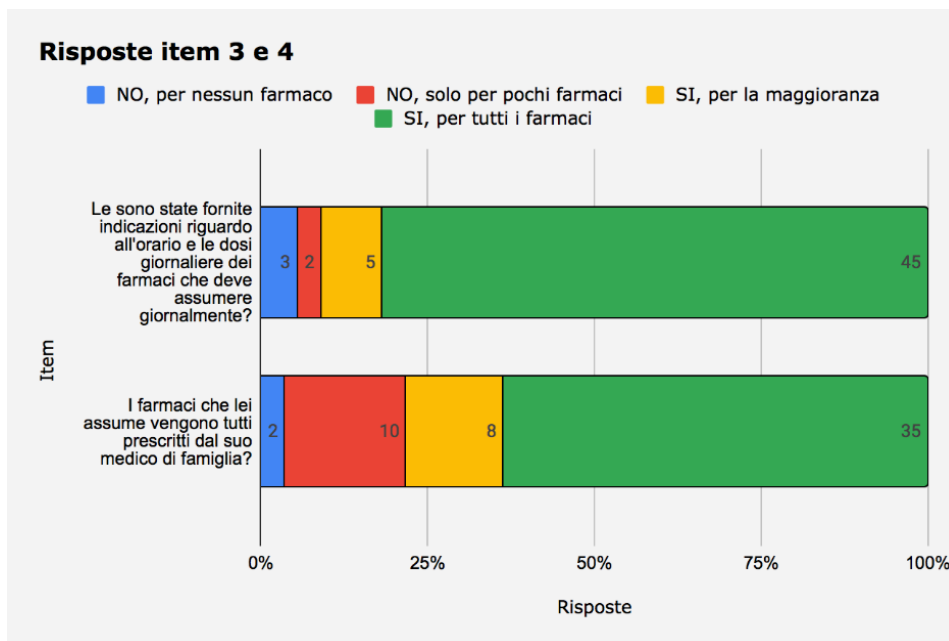


Figura 37: Distribuzione delle risposte relative agli item 3 e 4

Molti pazienti hanno un buon rapporto anche con i farmaci che assumono, in quanto raramente smettono di prenderne nel caso in cui si sentono male, sono infastiditi dal piano terapeutico o hanno difficoltà nel seguirlo: chi smette sempre di assumere farmaci per questi motivi corrisponde rispettivamente al 3,6%, 1,8% e 3,6%.

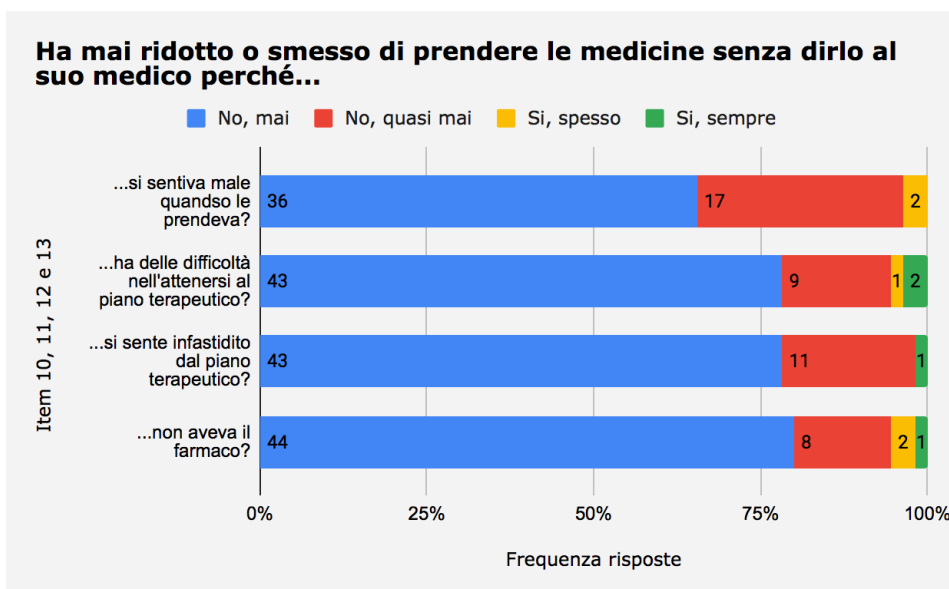


Figura 38: Distribuzione delle risposte relative agli item 10, 11, 12 e 13

In merito alla continuità dell'assunzione dei farmaci, sono stati presi in considerazione gli item 7, 8, 9, 14, 15, 16 e 17 ed è stato riscontrato che più della metà dei pazienti aderisce in modo sistematico alla terapia farmacologica: il 63,6% afferma di non avere mai difficoltà a ricordarsi di assumere tutti i farmaci. Difficilmente i pazienti

dimenticano la propria terapia, infatti alla domanda “a volte le capita di dimenticare di prendere i farmaci?” il 65,5% ha risposto di no, mentre la quasi totalità dei pazienti ha risposto “sì” (98,2%) alla domanda “ha preso ieri le sue medicine?”. Per quanto concerne una divisione in fasce d’età, risulta che sono i più giovani ad avere difficoltà a ricordarsi di assumere la terapia con continuità, infatti su 30 persone tra i 65 e i 75 anni quasi la metà (46,7%) a volte dimentica di assumere i farmaci. In un’ulteriore analisi, il 66,7% delle donne non dimentica mai di assumere la terapia, mentre tra gli uomini è più frequente questo fenomeno (61,9%).

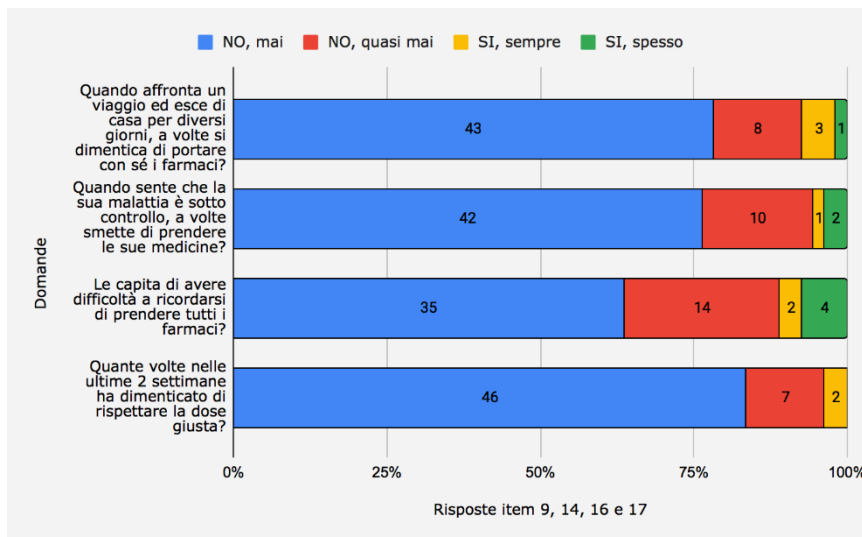


Figura 39: Distribuzione delle risposte relative agli item 9, 14, 16 e 17

I 12 item dedicati alle preferenze educative all’uso corretto della terapia sono: le conoscenze già possedute (item 1), le abitudini quotidiane del paziente (item 2), le sue aspettative (item 3). Dall’analisi degli item 4, 5 e 6 è risultato che per il 90,9% è importante rendersi disponibili a partecipare a incontri individuali con l’esperto presso la struttura sanitaria, mentre per quanto riguarda la possibilità di seguire gli approfondimenti da casa da PC, tablet o telefono in orari concordati con gli esperti, più della metà (54,6%) lo ritiene molto importante. Meno della metà (49,1%), invece, sono coloro per i quali sarebbe piuttosto importante la possibilità di seguire webinar o video lezioni registrate. In particolare, il 66,7% degli uomini risponde “3/4” all’item 5, contro il 48,5% delle donne.

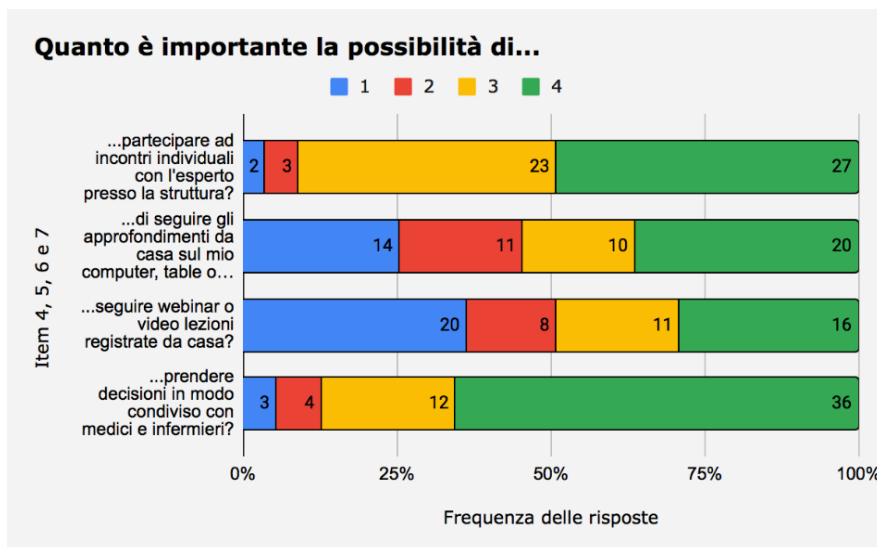


Figura 40: Distribuzione delle risposte relative agli item 4, 5, 6 e 7 (legenda: 1, poco importante; 2, abbastanza importante; 3, molto importante; 4, estremamente importante).

Prima di passare agli ultimi 5 item della sezione è stato chiesto ai pazienti quanto fosse importante per loro prendere decisioni in modo condiviso e solo il 12,8% l'ha ritenuto poco importante.

Anche per questo gli item successivi sono stati concentrati proprio su ciò che i partecipanti ritengono indispensabile nel prendere decisioni condivise: dedicare più tempo alla conversazione (item 1), autovalutazione del proprio apprendimento prima di concludere l'incontro con l'esperto (item 3), confrontarsi con l'esperto sulle modalità di ricerca delle informazioni (item 4) e raccogliere tutte le domande da porre prima di incontrare il medico e/o l'infermiere (item 5). I risultati agli item 1, 3, 4 e 5 riguardo alle risposte "molto/estremamente importanti" sono stati rispettivamente 94,6%, 96,3%, 80% e 90,9%.

Infine, il 60% ritiene molto importante programmare incontri dedicati alla condivisione con l'esperto mediante piattaforma a distanza online.

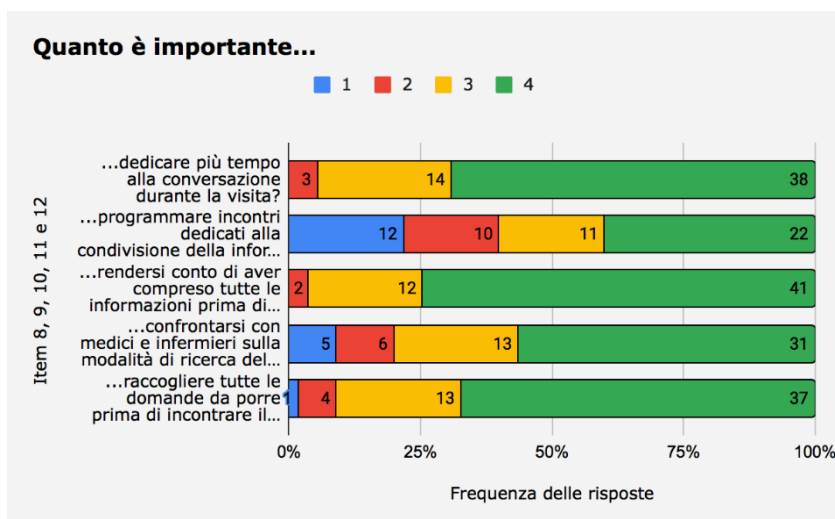


Figura 41: Distribuzione delle risposte agli item 8, 9, 10, 11 e 12 (legenda: 1, poco importante; 2, abbastanza importante; 3, molto importante; 4, estremamente importante)

Nell'ultima sezione del questionario, composta da 10 item che vertono sulle competenze digitali del campione, è stato chiesto se ai pazienti capita di fare ricerche su

Internet riguardo le proprie patologie o ai farmaci assunti ed è risultato che il 56,4% dei pazienti cerca informazioni sui farmaci, mentre il 61,9% cerca informazioni sulla propria patologia. In particolare, se volessimo applicare un'ulteriore divisione in base al genere, risulta che alla domanda "Le capita di fare ricerche su Internet per trovare informazioni sulla sua malattia?" 18 donne su 33 (54,5%) rispondono "sì, sempre/sì, spesso", mentre la stessa risposta la danno 16 uomini su 21 (76,2%). Prendendo in considerazione il valore "età", 30 pazienti con età compresa tra i 65 e i 75 anni, ovvero circa l'80% fa ricerche su Internet, mentre dopo i 75 anni la percentuale si riduce del 30% circa. Ne risulta che gli uomini sono più inclini a usare Internet per reperire informazioni riguardo la propria patologia, nonostante in generale i pazienti non abbiano un cattivo rapporto con Internet, uomini e donne comprese.

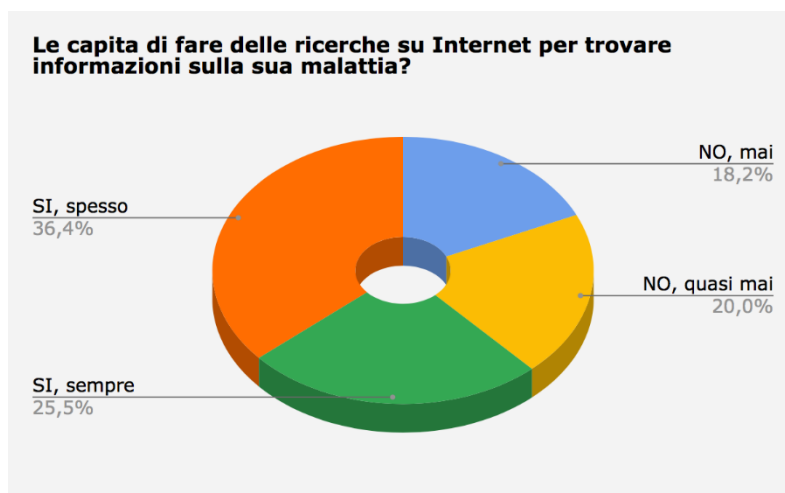


Figura 42: Distribuzione delle risposte relative all'item 1

Quesito importante è l'item 3, in cui viene chiesto ai pazienti se valutano l'affidabilità dei siti sui quali fanno ricerche: ne risultano che il 64,7% è attento a valutarla.

Nell'item 4 è stato inoltre domandato se in casa avessero un computer (60,1% dei casi), un tablet (45,5%) o uno smartphone (72,7%) e come avessero imparato a usare questi strumenti digitali. È emerso che il 51,1% dei pazienti ha imparato con l'aiuto di altre persone, quasi altrettanti hanno imparato da soli (44,4%), altri ancora hanno imparato in altri modi (6,7%) a usare strumenti tecnologici. Tra gli uomini il 23,4% non usa WhatsApp, mentre circa il 30% delle donne non ne fa uso.

Il 29,1% pensa che un'applicazione sul telefono possa aiutare in tutto la propria continuità di terapia, il 25,5% è convinto che possa aiutare solo in alcune cose, il 16,4% risponde "quasi per niente", mentre il 29,1% è convinto che non possa assolutamente essere d'aiuto.

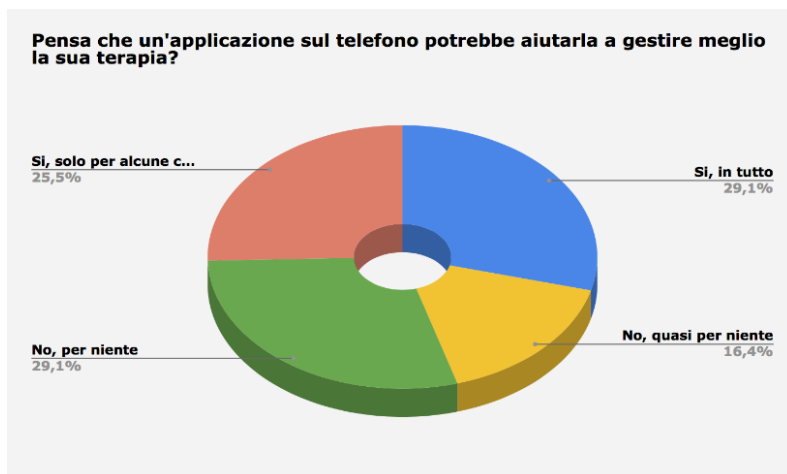


Figura 43: Distribuzione delle risposte relative all'item 10

5.1.3.3 Estensione della validazione qualitativa del questionario attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale

Con la partecipazione di alcuni medici di medicina generale, nel 2022 è stato reclutato un campione casuale di 13 persone della popolazione del territorio di Racconigi.

I criteri di inclusione erano:

- età maggiore/uguale a 65 anni;
- consumo giornaliero di farmaci maggiore/uguale a 5

I potenziali partecipanti allo studio sono stati contattati telefonicamente per valutare la loro disponibilità. Ottenuto il consenso si sono concordati luogo e data di incontro in cui somministrare il questionario e l'intervista di tipo qualitativo. Ogni incontro ha avuto una durata compresa tra 15 e 30 minuti. Tutti i partecipanti hanno assistito ad una breve spiegazione dell'obiettivo della tesi, in modo tale da renderli pienamente partecipi durante tutto l'incontro.

I partecipanti hanno dichiarato di essere autonomi nell'assunzione dei farmaci, ma tutti hanno identificato una persona di riferimento come supporto in caso di necessità. Per il 53,8% è il marito o la moglie, i restanti sono i vicini di casa, i figli e la nuora.

Tutti hanno affermato che il medico di famiglia conosce completamente la terapia e che quando vengono visitati da uno specialista aggiornano sempre il medico sulle nuove possibili prescrizioni. Tutti hanno una grande considerazione del loro medico di base e ritengono importante informarlo affinché sia sempre a conoscenza di quello che assumono e sappia come agire in caso di problemi legati alla terapia.

9 partecipanti assumono farmaci prescritti per la maggioranza dal proprio medico di base. I restanti assumono farmaci prescritti solo dal medico di base.

I farmaci che lei assume vengono tutti prescritti dal suo medico di famiglia?

13 risposte

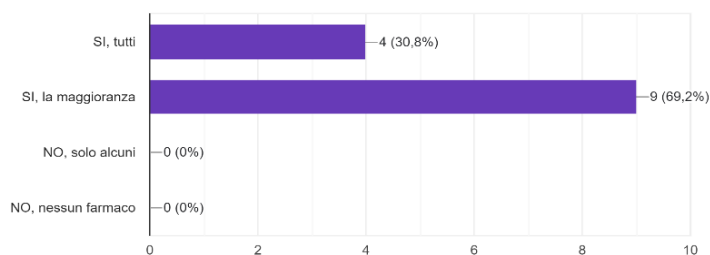


Figura 44

9 partecipanti non assumono farmaci che non sono stati prescritti dal medico; questo perché, se non ce n'è bisogno, cercano di prendere meno medicine possibili. I restanti dichiarano che informano sempre il medico in caso di assunzione di farmaci al di fuori della terapia. In questo caso i più utilizzati sono gli antidolorifici e gli antipiretici assunti per influenze stagionali o occasionali. Tutti informano il proprio medico in caso di assunzione di integratori, come vitamine e minerali, al di fuori della prescrizione. Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni su orario e dose giornaliera riguardo l'assunzione dei farmaci.

Rispetto alle domande relative all'assunzione di farmaci, le risposte sono state abbastanza omogenee.

Quasi la totalità del campione (11 soggetti su 13) ha ammesso di aver dimenticato di prendere i farmaci almeno una volta. Solamente 2 partecipanti hanno dichiarato di essersi dimenticati nelle ultime due settimane. La dimenticanza è stata relativa all'orario di assunzione. Nessuno ha mai sbagliato il dosaggio.

Le è mai capitato di dimenticare di prendere i farmaci?

13 risposte

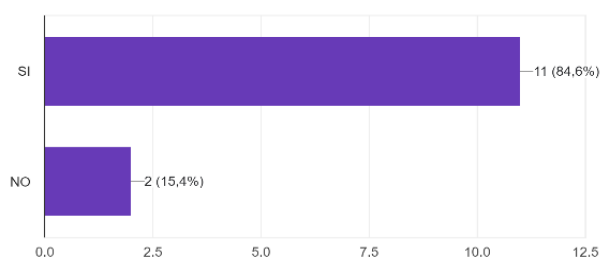


Figura 45

Gli intervistati hanno dichiarato che se non passa troppo tempo dalla dimenticanza (un'ora, un'ora e mezza) assumono ugualmente il farmaco.

12 partecipanti non hanno mai sospeso un farmaco senza informare il medico. Una paziente ha affermato che è stato grazie alle parole del suo medico che non ha mai interrotto nessun farmaco, perché sa che l'effetto sarebbe come scendere da una macchina ai 200 all'ora. Solo uno ha dichiarato di aver sospeso le medicine perché si sentiva male.

Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico perché si sentiva male quando le prendeva (es. mal di testa, vomito ecc.)?

13 risposte

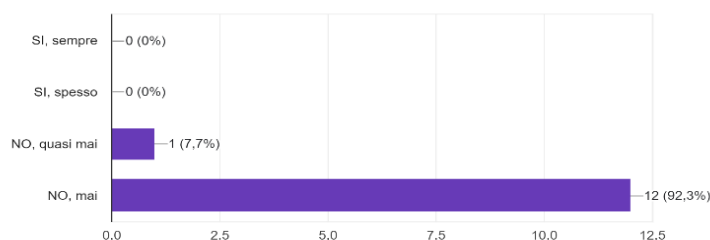


Figura 46

Nessuno ha mai dimenticato di portare le medicine in caso di viaggi fuori casa per diversi giorni.

7 partecipanti hanno affermato di non aver alcuna difficoltà nel ricordarsi di prendere tutti i farmaci; i restanti 6 hanno dichiarato che può succedere, ma raramente.

Il ricorso alle scatole porta farmaci rappresenta la strategia più diffusa per favorire l'assunzione costante dei farmaci. La maggioranza delle persone ha dichiarato che al termine di ogni domenica riempie i dispenser in modo da averli pronti per la settimana successiva. Non consultano le schede perché ormai le terapie sono entrate a far parte della loro routine, le conoscono a memoria; quindi sanno quando e cosa devono assumere. Alcuni scrivono sulle confezioni dei farmaci il giorno in cui prenderli, ma questo principalmente per le medicine che non si assumono tutti i giorni.

Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i farmaci?

13 risposte

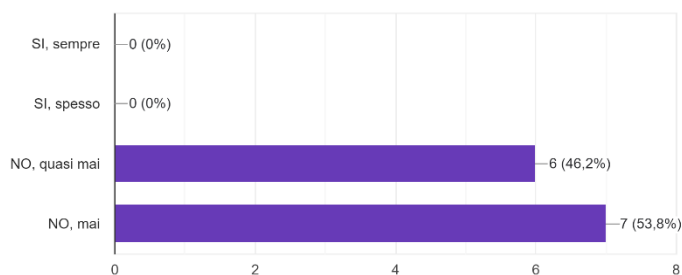


Figura 47

Talvolta accade che la cella del dispenser sia vuota, ma il paziente non ricordi di aver assunto il farmaco. In questo caso, per decidere come comportarsi, alcuni leggono il bugiardino, altri non assumono più il farmaco fino al giorno seguente, altri ancora si informano dal medico prima che l'evento succeda così da sapere come comportarsi.

Quasi tutti gli intervistati hanno stilato una lista dei farmaci che assumono, da utilizzare solo quando si sottopongono a controlli medici.

I seguenti grafici trattano temi riguardo il miglioramento della prescrizione dei farmaci e gli elementi che il medico deve considerare per raggiungere tale miglioramento.

I partecipanti hanno espresso le loro preferenze in una scala da 1 a 4. Il numero 4 significa *estremamente importante* e il numero 1 *poco importante*.

Le conoscenze già possedute su malattie e farmaci

13 risposte

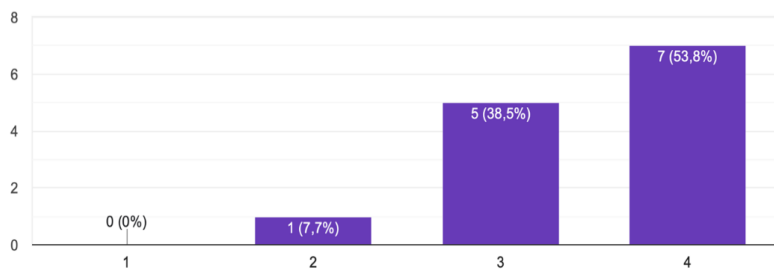


Figura 48

Le mie abitudini quotidiane

13 risposte

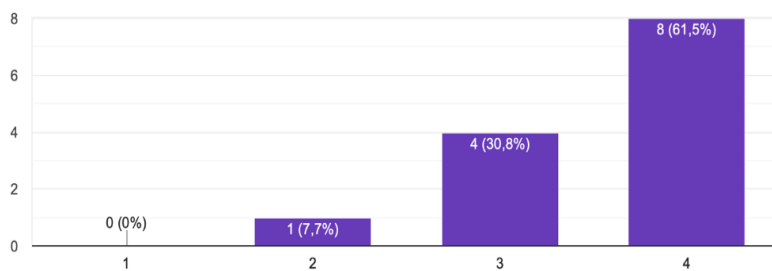


Figura 49

Le mie aspettative

13 risposte

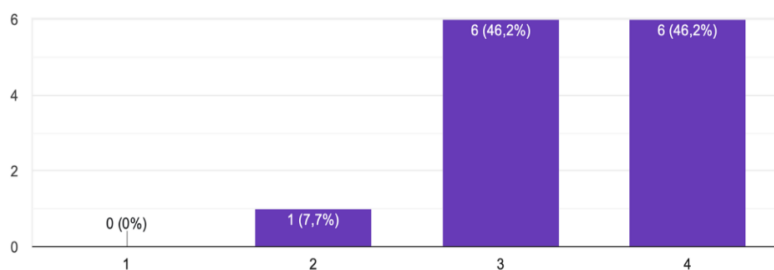


Figura 50

La mia disponibilità a partecipare ad incontri individuali con l'esperto presso la struttura sanitaria

13 risposte

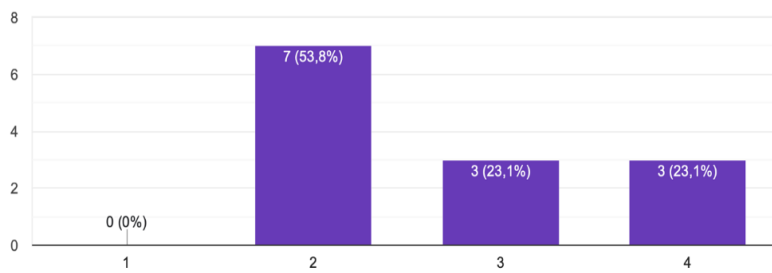


Figura 51

La possibilità di seguire gli approfondimenti da casa sul mio computer, tablet o telefono in orari stabiliti insieme agli esperti

13 risposte

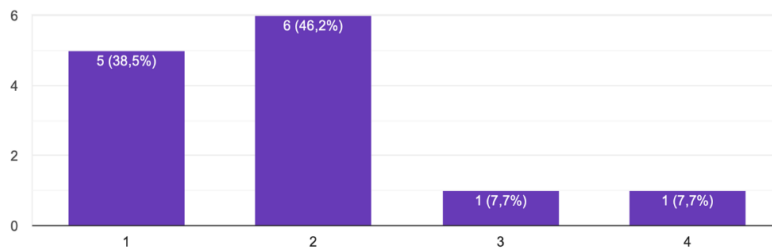


Figura 52

La possibilità di seguire i webinar o le video lezioni registrate da casa quando lo decido io

13 risposte

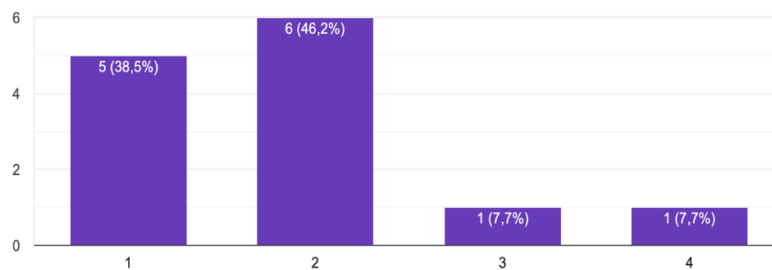


Figura 53

Rendersi conto di aver compreso tutte le informazioni prima di concludere la visita

13 risposte

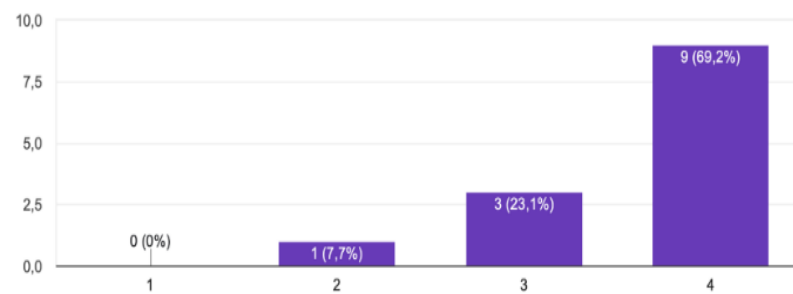


Figura 54

Confrontarsi sulle modalità di ricerca delle informazioni

13 risposte

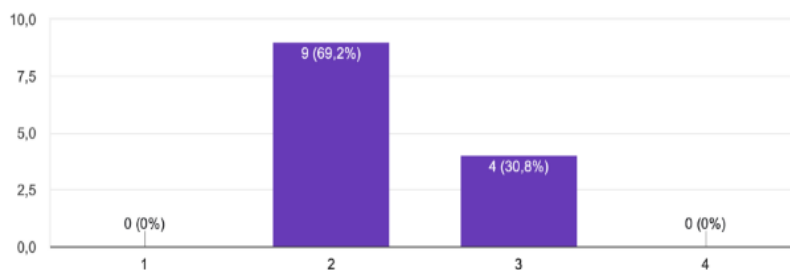


Figura 55

Raccogliere tutte le domande da porre prima della visita

13 risposte

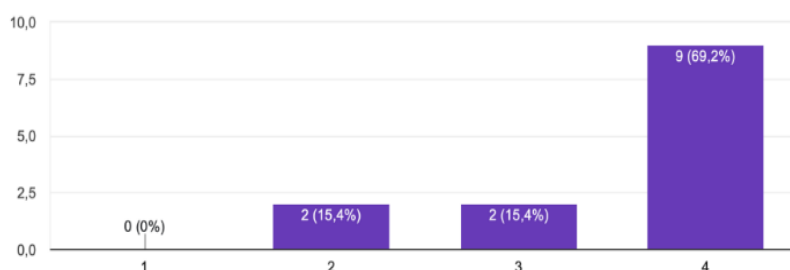


Figura 56

Come si può evincere dai grafici, la maggior parte dei partecipanti ritiene molto importante che il medico vada a considerare le conoscenze già possedute del paziente su malattie e farmaci, sulle abitudini quotidiane e sulle aspettative quando si intraprende un percorso terapeutico. Questo perché i farmaci sono parte integrante delle giornate delle persone con patologie; quindi, avere un medico che ha una conoscenza completa, a tutto tondo del proprio paziente è un grande vantaggio: così facendo la terapia sarà più efficace.

Per quanto riguarda la possibilità di svolgere degli incontri con del personale esperto, in grado di dare informazioni e consigli sui farmaci e su come assumerli correttamente, si può dire che ci sia stata una divisione tra chi lo ritiene importante e chi meno. Infatti, il 53,8% l'ha ritenuto abbastanza importante, mentre il 23,1% l'ha considerato molto importante e il 23,1% estremamente importante. I più hanno dichiarato che i farmaci li assumono da molto tempo, quindi sanno già tutto quello che devono sapere; inoltre alcuni hanno partecipato a degli incontri senza beneficio. Invece la minoranza pensa che degli incontri siano utili perché in questo modo si possono fugare possibili dubbi, si approfondiscono le conoscenze pregresse e si affronta positivamente la terapia.

La possibilità di seguire approfondimenti e lezioni da casa tramite strumenti elettronici ha suscitato poco interesse nei pazienti. La maggioranza l'ha ritenuto abbastanza importante, seguito da chi l'ha ritenuto poco importante. Questo è il risultato non solo del poco interesse a partecipare agli incontri, ma anche della difficoltà a utilizzare strumenti come il computer che per persone anziane, con scarse competenze tecnologiche, risulta difficile. Solo 2 partecipanti hanno mostrato un interesse maggiore nella partecipazione a queste possibili modalità di informazione.

I grafici inseriti nell'area della relazione medico-paziente riguardano le possibili azioni da mettere in atto per poter migliorare la capacità del paziente nel prendere decisioni in merito alla propria condizione di salute in maniera condivisa con medici e infermieri.

Dedicare più tempo alla conversazione durante la visita
13 risposte

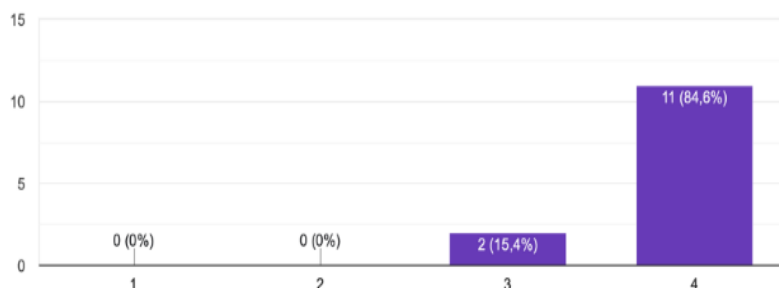


Figura 57

Programmare incontri dedicati alla condivisione della informazioni mediante piattaforma a distanza online
13 risposte

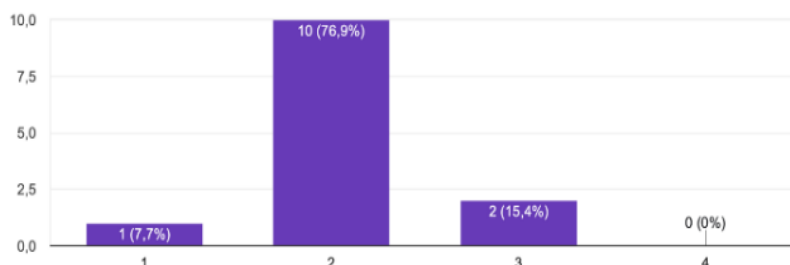


Figura 58

Analizzando il primo grafico, Fig. 57, 13 pazienti su 13 considerano importante dedicare più tempo alla conversazione con il medico e, di questi, ben l'84,6% lo considera estremamente importante. Infatti, molti hanno sottolineato che è un momento di confronto, in cui si hanno sempre molte domande da fare; quindi avere più spazio per potersi esprimere è fondamentale. Per alcuni pazienti, il parere del medico è più importante della medicina, dà soddisfazione confrontarsi con lui e rasserena.

Di minore rilievo, invece, è la possibilità di partecipare a incontri online con il proprio medico, considerato per il 76,9% dei partecipanti solamente abbastanza importante. Questo perché preferiscono incontrare il medico di persona, si sentono più a loro agio.

Il 69,2% dei pazienti ritiene estremamente importante sia comprendere tutte le informazioni prima di concludere una visita, sia segnarsi, precedentemente all'incontro, tutte le domande da porre al medico. Quasi tutti hanno dichiarato di comprendere quello che dice il medico, ma in caso contrario non si fanno problemi a chiedere una spiegazione

in più o a chiamare in caso di necessità. Non tutti hanno bisogno di segnarsi le domande, perché se vanno dal dottore si ricordano quello che devono chiedere.

Infine, sempre il 69,2% dei partecipanti considera abbastanza importante confrontarsi con il medico sulle modalità di ricerca delle informazioni. Per il 30,8%, questo, è molto importante.

Tutti gli intervistati hanno dichiarato che fino a ora sono sempre riusciti a dedicare il giusto tempo all'incontro con il medico, descritto come molto bravo, disponibile e attento.

L'ultima parte del questionario ha indagato le capacità digitali dei partecipanti.

La maggioranza ha dichiarato di non utilizzare internet per cercare informazioni né sulla malattia, né sui farmaci che vengono prescritti, perché non si fidano delle informazioni che trovano. Hanno anche aggiunto che non sono sicuri di capire quello che leggono.

Solamente 2 pazienti cercano informazioni su internet sia sulla malattia che sui farmaci, mentre un paziente fa ricerche solo sui farmaci. Tutti e 3 affermano di utilizzare dei siti "affidabili" per le loro ricerche quali: siti di medici, "Google" e siti come Treccani.

Tutti i partecipanti hanno dichiarato di avere un cellulare con internet, 4 hanno anche il computer. Nessuno ha il tablet. La maggioranza ha imparato a usare i dispositivi elettronici autonomamente; il resto è stato aiutato, principalmente dai figli o nipoti. Quasi tutti hanno WhatsApp, ma la maggioranza afferma di utilizzarlo poco. Solo 2 intervistati non ce l'hanno. Solo 3 persone hanno un profilo Facebook, e 6 hanno un indirizzo di posta elettronica. I restanti ne sono sprovvisti.

Il grafico sottostante presenta l'ultima domanda del questionario.

Pensa che un'applicazione sul telefono potrebbe aiutarla a gestire meglio la sua terapia (es. sveglia all'orario in cui deve prendere le medicine, avviso riguardo la dose da prendere ecc.) ?
13 risposte

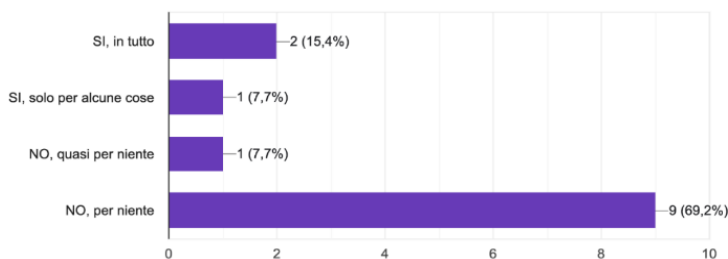


Figura 59

La maggioranza ha risposto di non averne bisogno o perché utilizza già le sveglie sul telefono, oppure perché utilizza Alexa, o anche perché non è pratico con il telefono. Inoltre, quasi tutti hanno affermato che per ora riescono a gestirsi bene con l'organizzazione che hanno. Chi ha dato una risposta positiva considera l'applicazione come qualcosa che può sempre essere utile.

5.2 Analisi delle interviste, il metodo della Grounded Theory e NVivo

L'intervista narrativa è finalizzata a raccogliere il racconto che una persona decide di fare sulla vita che ha vissuto, descrivendo nel modo più onesto e completo possibile ciò che ricorda di essa e ciò che vuol far sapere agli altri riguardo a essa (Atkinson 2002).

La trascrizione dell'intervista potrebbe venire usata come prima bozza dal ricercatore disposto a ripercorrere ripetutamente e a togliere, aggiungere o modificare qualche passaggio. È buona norma condividere la trascrizione dell'intervista con l'intervistato così da verificare la correttezza del testo trascritto. La durata dell'intervista può variare considerevolmente da una persona ad un'altra.

Le fasi proposte per l'intervista sono:

- Presentazione e introduzione della ricerca
 - Presentazione dell'intervistatore, motivazione della ricerca, focus sulla ricerca in corso, necessità delle
 - Proposta delle domande
 - o Da dove vorrebbe iniziare a raccontare la sua esperienza in merito all'assunzione della terapia?
 - o Quali strategie/attività ha messo in atto per seguire correttamente lo schema terapeutico?
 - o Come ha fatto a superare quella situazione critica/difficile?
 - o Alla luce delle terapie che assume, come descriverebbe la sua patologia/e?
 - o Mi può elencare alcune attività che fa prima o dopo aver preso la terapia?
- Domande "scorta"
- o Come ha vissuto quest'esperienza?
 - o Come ha affrontato le difficoltà?

All'analisi delle interviste, si applica la metodologia della Grounded Theory che consiste in una investigazione rigorosa, critica e sistematica dei fenomeni descritti con diari o interviste (Streubert Speziale, 2005).

Le fasi per l'analisi dei dati sono:

- leggere l'intera descrizione dell'esperienza vissuta con l'obiettivo di ottenere un senso del tutto e un'idea del fenomeno che sta studiando;
- rileggere le descrizioni per scoprire le essenze delle esperienze, ossia individuare le unità di significato;
- esaminare le unità di significato per la ridondanza, chiarimenti o elaborazioni al fine di mettere in relazione l'una con l'altra e con il senso del tutto;
- riflettere sulle unità di significato ed estrapolare l'essenza dell'esperienza per ogni partecipante. Nell'estrarre le unità di significato dal testo è necessario arrivare alla saturazione dei dati, quindi il ricercatore può terminare di reclutare altri soggetti quando le unità di significato astratte cominceranno a ripetersi e non emergerà niente di nuovo;
- l'ultima fase è la sintesi delle unità di significato, consiste nel formulare una descrizione delle strutture dei significati dell'esperienza vissuta per tutti i partecipanti.

Dal punto di vista metodologico, sono stati individuati tre livelli di codifica al fine di concettualizzare i dati:

1) codifica iniziale o codifica aperta. Si selezionano parti delle interviste significative nominandole utilizzando le parole stesse dei partecipanti;

2) codifica focalizzata, il cui scopo è quello di raccogliere i concetti in categorie e individuare i concetti a un più elevato livello di astrazione. Si collegano fra loro le categorie e le proprietà. Avvengono due processi: l'individuazione delle macrocategorie e quella delle sottocategorie, definendone le proprietà;

3) codifica teorica la cui finalità è cercare la *core category*, il concetto chiave che organizza e unifica l'insieme delle categorie.

Le codifiche sono realizzate grazie all'utilizzo di NVivo, un software di *content analysis*.

Abbiamo introdotto due strumenti di raccolta dei dati dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni che sono utilizzati nella presente ricerca.

Esplorare l'area delle abitudini all'uso dei farmaci, delle preferenze educative e delle competenze digitali rappresenta, come abbiamo già affermato, un primo passo verso la descrizione di un fenomeno complesso come quello della politerapia nella comorbidità. Alla somministrazione di uno strumento strutturato come il questionario, abbiamo associato uno strumento narrativo di raccolta dati come l'intervista, in grado di favorire l'espressione della persona intervistata senza definire perimetri e/o confini preordinati.

Al fine di completare l'osservazione dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni, occorre raccogliere anche specifiche informazioni sui farmaci prescritti e sulle modalità con cui le persone gestiscono autonomamente la propria salute.

5.3. Ricognizione e riconciliazione farmacologica

Nelle condizioni di multimorbidità vengono prescritti medicinali secondo le regole dell'appropriatezza e dell'efficacia, a seconda delle patologie e dei sintomi da trattare, giungendo inevitabilmente in una condizione di polifarmacoterapia (Mukhtar *et al.*, 2014). Vi sono particolari condizioni a cui bisogna prestare maggiore attenzione nella prescrizione di medicinali, soprattutto per la fascia di popolazione over 65, tra cui:

- le variazioni fisiologiche legate all'età espongono di più i pazienti al rischio di tossicità da questi farmaci;

- con l'avanzare dell'età si è più suscettibili agli effetti collaterali da farmaci. Queste condizioni possono essere interpretate erroneamente come sintomi di nuove patologie, che potrebbero indurre una cascata prescrittiva;

- le persone più anziane che hanno un'aspettativa di vita più breve potrebbero non beneficiare dei farmaci prescritti che richiedono tempo prima che si osservino i benefici della terapia (per esempio il trattamento dell'iperlipidemia e dell'osteoporosi).

Si possono manifestare reazioni avverse conseguenti a una terapia farmacologica, che possono richiedere nuove prescrizioni. Questa è la condizione chiamata "cascata prescrittiva". Esistono strategie per evitare di prescrivere farmaci a cascata e ci sono tecnologie di supporto che possono essere usate dai medici prescrittori per indicare le prescrizioni a cascata in atto (Rand, 1993).

La prescrizione a cascata viene riassunta nella figura sottostante (Fig. 60).

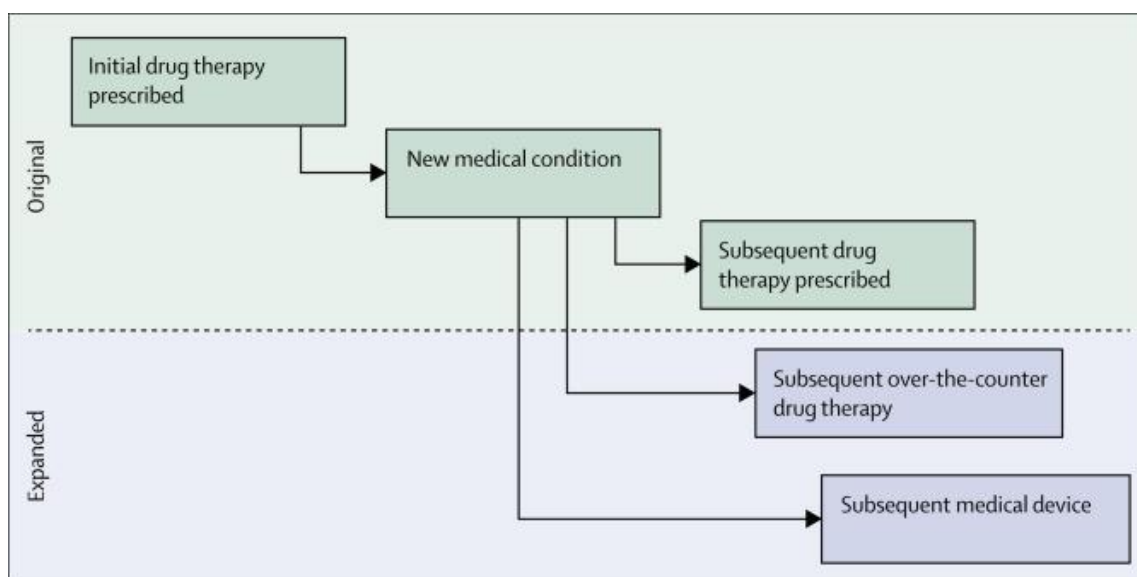


Figura 60: Cascata prescrittiva [Rochon PA, Gurwitz JH. *The prescribing cascade revisited*. *Lancet*. 2017 May 6;389(10081):1778-1780. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31188-1. Epub 2017 May 4. Erratum in: *Lancet*. 2017 Jun 3;389(10085):2192. PMID: 28495154.]

Nel corso della valutazione della terapia farmacologica assunta dal paziente, è possibile individuare farmaci potenzialmente inappropriati. L'inappropriatezza può essere conseguente all'uso contemporaneo di più farmaci che interagiscono tra di loro (interazione farmaco-farmaco) e/o con le patologie (interazione farmaco-patologia). L'inappropriatezza prescrittiva può essere valutata mediante misure esplicite, basate su criteri predefiniti, orientati al farmaco o alla malattia, applicabili su grande scala anche in assenza del giudizio clinico, e misure implicite, che si basano sulla valutazione del caso clinico specifico attraverso il giudizio clinico e un'analisi personalizzata.

I criteri espliciti più utilizzati in letteratura sono:

1. I **criteri di Beers** rappresentano i criteri principali a cui si fa riferimento nella letteratura scientifica (Beers, 1997; Beers MH *et al.*, 1991). Sono messe in evidenza le classi farmacologiche potenzialmente lesive per la maggior parte della popolazione anziana, i farmaci dannosi solo in determinate condizioni cliniche, tenendo conto delle varie interazioni farmaco-patologie e i farmaci da usare con cautela nell'età geriatrica. Vengono periodicamente aggiornati e l'ultima versione è del 2023.

2. I **criteri basati sul metodo *Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP)* e *Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START)***. I criteri di STOPP sono formati da liste contenenti 65 indicatori di farmaci potenzialmente inappropriati per i soggetti anziani. Vengono segnalati i medicinali per cui si consiglia di valutare un'alternativa terapeutica o di sospendere la terapia in atto in quanto i farmaci segnalati possono recare danno, causare cadute o perché nei casi segnalati rappresentano prescrizioni duplicate (come ad esempio nel caso dell'associazione di farmaci

appartenenti alla stessa classe). Invece i criteri di START sono una lista di 22 raccomandazioni che permettono di identificare i medicinali che sono considerati appropriati per un determinato paziente in specifiche condizioni patologiche (Sabate, 2001).

Uno dei possibili approcci per migliorare l'appropriatezza prescrittiva è rappresentato dalla messa in atto del processo di ricognizione e riconciliazione terapeutica. Esso è costituito da una prima fase di ricognizione che consente la raccolta dei dati relativi ai medicinali che il paziente assume, compresi i medicinali da banco che non richiedono prescrizione medica, omeopatici, integratori e fitoterapici. Durante questa fase si procede anche alla raccolta di informazioni sulle abitudini di vita del paziente e dei dati riguardanti lo stile di vita (come per esempio il consumo di alcool e tabacco e le abitudini alimentari).

La fase successiva di riconciliazione viene definita dal Ministero della Salute nella Raccomandazione N. 17 del dicembre 2014 come il "processo formale che permette, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative al paziente (ricognizione) e consente al medico prescrittore di valutare con attenzione (riconciliazione) se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte" In questa fase vengono identificate eventuali interazioni farmacologiche, inappropriatezze prescrittive, carico colinergico elevato o sovradosaggi e, in seguito a un'attenta analisi, viene fatta una proposta di riconciliazione della terapia che dovrà essere discussa e approvata dal medico curante. Le proposte per la riconciliazione possono riguardare, per esempio, la deprescrizione e/o la sostituzione di farmaci o la modifica della posologia.

Per garantire l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza delle terapie è possibile ricorrere ai cosiddetti sistemi di supporto alla decisione clinica (*clinical decision support system, CDSS*), che, sia in ambito ospedaliero che territoriale, se opportunamente implementati, possono identificare i fattori di rischio associati alle PIP. Durante la fase di analisi dei dati raccolti si ha l'identificazione delle incongruenze, come ad esempio le sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni o fattori di confondimento dovuto a farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA).

Il metodo più comune per raccogliere le informazioni sulle terapie seguite dal paziente è rappresentato dalla scheda di ricognizione cartacea. Non esiste una versione ufficiale di questa scheda, ma i dati raccolti possono derivare dalle informazioni fornite dal paziente o dal *caregiver*, oppure attestate dal medico curante. La fonte primaria a cui si fa riferimento è rappresentata dal paziente, in modo da verificare l'effettivo utilizzo dei medicinali e di ulteriori prodotti assunti di propria iniziativa.

Queste schede possono contenere informazioni riguardo i medicinali come: il nome commerciale e il nome del principio attivo; la forma farmaceutica; il dosaggio; la via di somministrazione; la posologia giornaliera; la data di inizio e la durata della terapia; la data e l'ora dell'ultima dose assunta; gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale dei farmaci off-label; l'assunzione di parafarmaci o farmaci da banco al bisogno. Vi possono essere riportate anche informazioni riguardanti la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute; le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati; l'assunzione di alimenti che possono interferire con la terapia; i dati fisiologici del paziente; gli stili di vita; utilizzo di dispositivi medici e altri dati ritenuti importanti per completare la procedura interna.

Di seguito proponiamo la scheda applicata in questa ricerca.

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: _____

Diagnosi: _____

PERIODO: Consegna _____
Ritiro _____

INFORMAZIONI PAZIENTE:

Nome _____

Codice fiscal _____

Cognome _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		

NOTE DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

6. Risultati

6.1 Il campione della popolazione

Lo studio ha ricevuto il parere positivo del Comitato Etico Interaziendale ASLTO3, ASLTO4, ASLTO5 e San Luigi (si veda l'Allegato 4) nell'ambito di un progetto più ampio intitolato "Sistema Integrato di *Lifelong Learning* per la Valorizzazione del capitale umano, l'Educazione alla cittadinanza attiva e il Recupero delle capacità cognitive (SILVER)".

Le cure domiciliari includono prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di cura a domicilio fornite ai pazienti a casa delle persone con diversi gradi di difficoltà sociosanitari che richiedono una presa in carico da parte dei professionisti sanitari.

Sono stati individuati 130 pazienti eligibili di cui 93 selezionati inizialmente nella coorte di pazienti e di caregiver seguiti dalla SS cure domiciliari del solo distretto di Chivasso dell'ASLTO4. Il reclutamento è avvenuto dal mese di settembre 2022 al mese di dicembre 2022 con campionamento casuale. Sono stati reclutati 30 soggetti di cui 8 caregiver e 22 pazienti. 7 soggetti hanno rifiutato di partecipare allo studio, per cui il campione arruolato è costituito da 23 soggetti confermati, di cui 4 caregiver e 19 pazienti. In occasione dell'intervista, solo 3 caregiver erano effettivamente tali poiché 1 caregiver era eligibile come paziente.

Dopo aver raccolto i consensi informati e la disponibilità a partecipare allo studio, sono stati pianificati gli incontri presso il domicilio delle persone reclutate. Gli appuntamenti sono stati presi grazie alla partecipazione del medico responsabile della SS cure domiciliari e del medico di medicina generale di competenza del territorio di Chivasso (TO).

Agli incontri hanno partecipato il medico responsabile e un volontario sociale presente nel quartiere, indicato dagli intervistati come persona di fiducia. 16 persone su 23 risiedono nel quartiere di Via Togliatti a Chivasso (TO), prevalentemente a residenza popolare, caratterizzato da molte famiglie in carico ai servizi sociali, di diversa provenienza culturale.

I caregiver hanno più di 65 anni e sono affetti essi stessi da comorbidità. Per effetto della presenza di più di 3 patologie e in politerapia, anche i caregiver possono essere considerati "pazienti" ai fini di questa ricerca per la compresenza di tutti i criteri di inclusione.

Per definire il profilo del caregiver, è stato chiesto espressamente a ciascun paziente quale grado di parentela avesse con la propria figura di cura. 5 pazienti hanno dichiarato che il caregiver era il marito o la moglie. 14 pazienti su 23 hanno dichiarato che il figlio/la figlia era il proprio caregiver. Tra le altre figure ci sono il vicino di casa, il tutor o amministratore di sostegno, il fratello e il nipote.

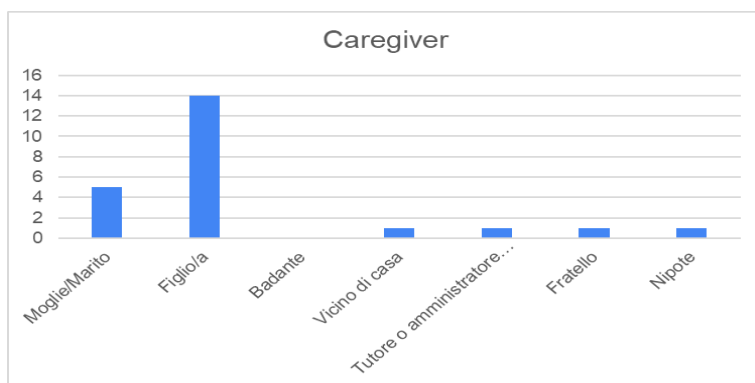


Figura 61: Caregiver

13 pazienti/caregiver su 23 possiedono la licenza di scuola primaria, 8 la licenza di scuola secondaria di I grado, 1 il diploma di scuola secondaria di II grado e 1 paziente/caregiver dichiara di non aver alcun titolo.

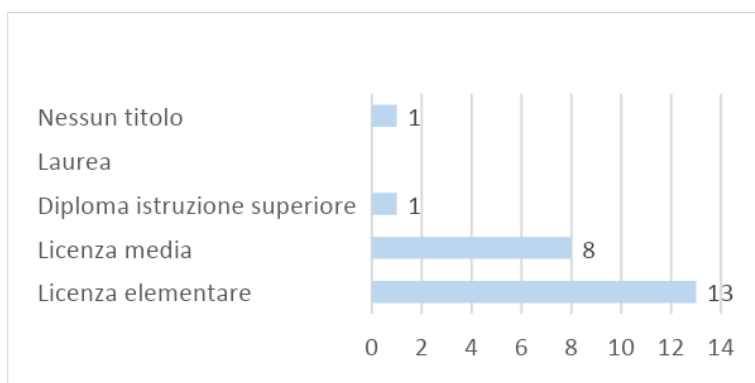


Figura 62: Livello di istruzione

12 soggetti su 23 dichiarano di essere affetti da più di 3 patologie concomitanti, mentre 11 soggetti dichiarano di essere affetti da 2/3 patologie concomitanti. 22 pazienti su 23 dichiarano che assumono più di 5 farmaci al giorno.

6.2 Analisi del contesto urbano: la città di Chivasso

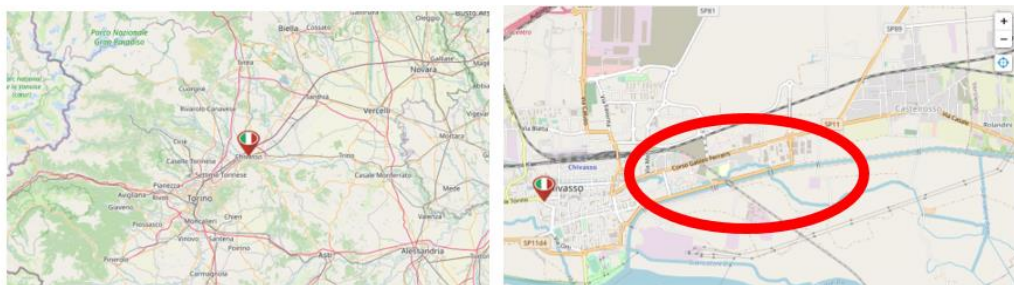
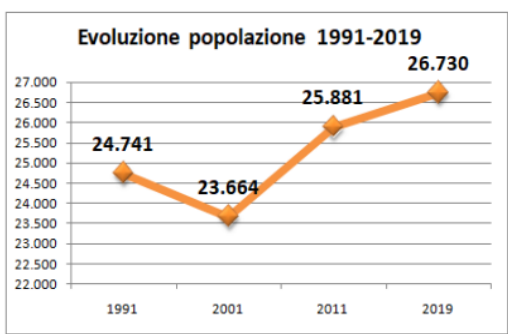


Figure 63-64: la città di Chivasso

Chivasso è una città situata a circa 30 km da Torino sulla direttrice nord che va verso Milano. Oggi conta una popolazione residente di 26.215 unità al 31-5-2023 (fonte: anagrafe di Chivasso).

L'andamento demografico che il Comune di Chivasso ha registrato negli ultimi decenni è evidenziato nel grafico sottostante: come si può rilevare, il Comune è stato interessato, a partire dagli anni '80 e fino al 2001, da rilevanti fenomeni di contrazione della popolazione a seguito della pesante crisi che ha portato alla chiusura di alcuni degli stabilimenti industriali che avevano un ruolo fondamentale nella tenuta economica e occupazionale sia della città che dell'area circostante.



Fonte dati: BDDE Regione Piemonte

Figura 65: evoluzione della popolazione di Chivasso, 1991-2019

La tendenza si è tuttavia invertita a partire proprio dal 2001, con una veloce ripresa che perdura tuttora, in conseguenza anche dei positivi effetti delle riconversioni economiche in atto dopo la crisi industriale e delle opportunità insediative offerte dai nuovi strumenti urbanistici locali.

A rafforzare le dinamiche in corso l'attuale congiuntura, per cui vivere a Chivasso e lavorare a Torino (in centro) è possibile grazie alla rete infrastrutturale dello smart working.

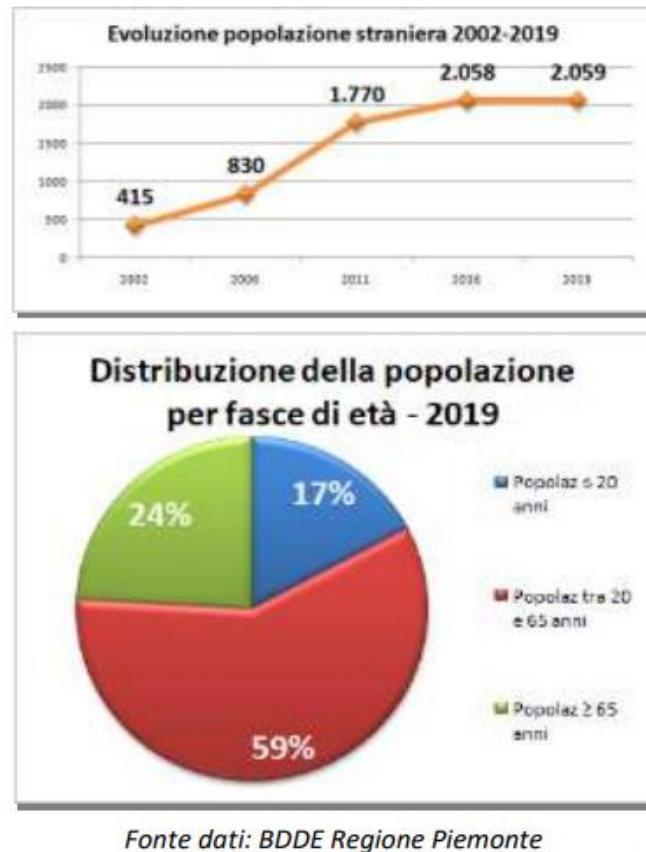


Figure 66-67: Banca Dati Demografica Regione Piemonte

In linea con le dinamiche in atto, è anche l'evoluzione della popolazione straniera, in costante crescita nel periodo 2002 -2019, la quale ha quasi quintuplicato la sua presenza a scala comunale, contribuendo di conseguenza alla tendenza positiva di crescita complessiva. Dal 2016 a oggi si registra tuttavia un appiattimento della curva di nuovi residenti all'estero.

L'analisi della composizione della popolazione rispetto all'età denota una struttura simile a quella espressa dall'intera Provincia, con una percentuale più alta di due punti per quanto concerne la fascia 20-65 e una percentuale inferiore di popolazione over 65. Analizzando ulteriormente la struttura della popolazione si è fatto riferimento ai quattro indici sotto proposti, estendendo il raffronto ai comuni contermini dell'area chivassese e confrontandoli con i dati provinciali e regionali. Chivasso presenta età media, indici di struttura della popolazione attiva e di vecchiaia migliori rispetto a quelli provinciali e regionali.

6.3 Risultati dei “Questionari sulle abitudini all'uso dei farmaci, sulle preferenze educative e sulle competenze digitali”

Area della terapia

Alla domanda “La terapia è completamente conosciuta dal suo medico di famiglia?”, 23 soggetti hanno risposto in modo affermativo. 23 soggetti su 23 affermano che quando vengono visitati da uno specialista aggiornano sempre il medico di famiglia sulle nuove prescrizioni e/o sulle modifiche alle stesse. 22 soggetti su 23 indicano che i medicinali vengono tutti prescritti dal medico. 1 soggetto afferma che non tutti i medicinali vengono prescritti dal medico di famiglia. Abbiamo posto anche la domanda sui prodotti che non necessitano di prescrizione chiedendo agli intervistati se avessero precedentemente condiviso la scelta con il medico di famiglia. 18 soggetti rispondono che “lo fanno sempre”, 2 affermano che lo fanno spesso, 1 a volte e 2 affermano che non prendono farmaci che non richiedono prescrizione.

Alla domanda “Le sono state date indicazioni su orario e dosi giornaliere dei farmaci da assumere?”, 20 soggetti su 23 rispondono “Sì, per tutti i farmaci”, 2 “Sì, per la maggioranza”, 1 “No, solo per pochi farmaci”.

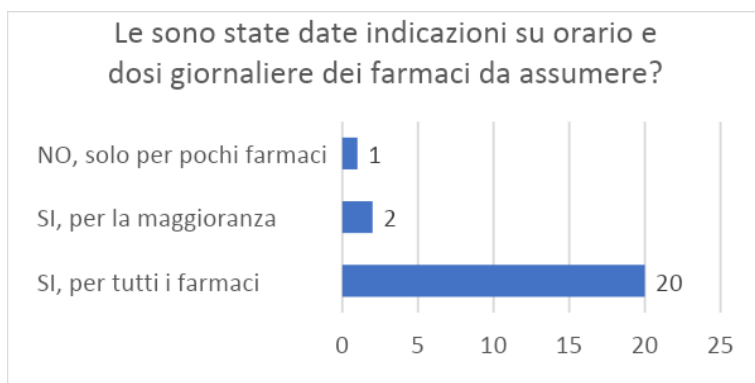


Figura 68: Domanda “Le sono state date indicazioni su orario e dosi giornaliere dei farmaci da assumere?”

13 soggetti su 23 hanno affermato che è capitato di dimenticare di prendere i farmaci, mentre 10 su 23 affermano che non è mai capitato.

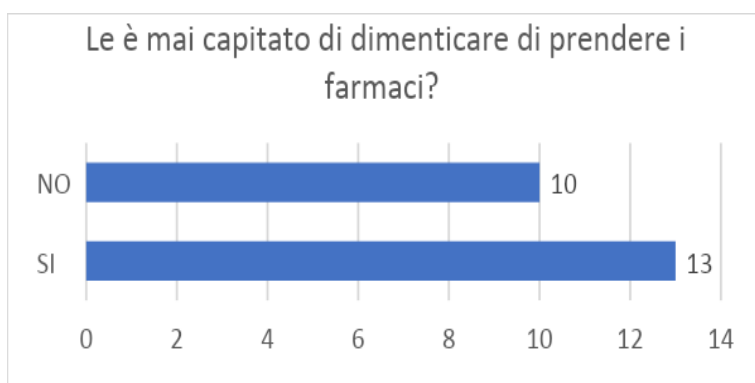


Figura 69: Domanda “Le è mai capitato di dimenticare di prendere i farmaci?”

Alla domanda “Pensando alle ultime due settimane, ha dimenticato di prendere il farmaco... nell’orario giusto?”, 1 ha affermato “sempre”, 12 invece “Sì, a volte” e 8 “mai”. Invece nel caso di dimenticanza della dose giusta, 5 soggetti rispondono “Sì, a volte” mentre 18 “No, mai”.

Al quesito “Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico perché si sentiva male quando le prendeva (es. mal di testa, vomito ecc.)?” 5 soggetti hanno risposto “Sì, spesso”, 2 “No, quasi mai” e 17 “No, mai”. 1 solo soggetto ha affermato di aver ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico perché ha delle difficoltà o infastidito nell’attenersi al piano terapeutico.

Alla domanda “Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico perché non aveva il farmaco?” 18 soggetti hanno risposto “No, mai”, 2 “No, quasi mai” e 2 “Sì, spesso”.

Interrogati su “Quando affronta un viaggio ed esce di casa per diversi giorni, a volte dimentica di portare con sé i farmaci?” 6 soggetti affermano “Sì, sempre”, 2 “Sì, spesso”, 1 “No, quasi mai” e 14 “No, mai”.

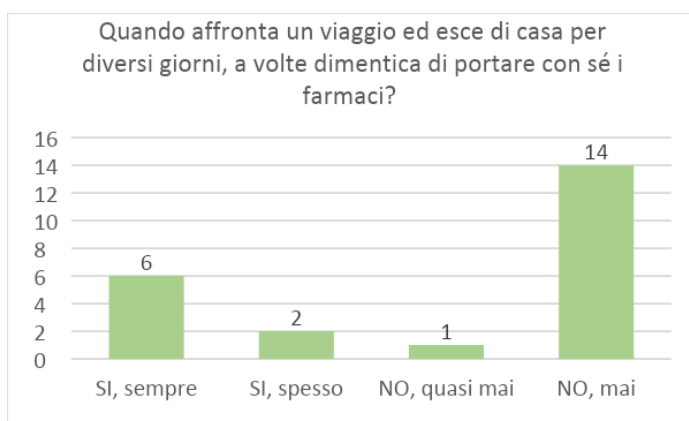


Figura 70: Domanda “Quando affronta un viaggio ed esce di casa per diversi giorni, a volte dimentica di portare con sé i farmaci?”

Invece in merito alla domanda “Ha preso ieri le sue medicine?” 22 hanno affermato “Sì”, 1 “No”.

Alla domanda “Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, smette di prendere le sue medicine?” 1 soggetto afferma “Sì, sempre”, 2 “Sì, spesso”, 3 “No, quasi mai” e 17 “No, mai”.

Alla domanda “Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i farmaci?” 17 soggetti hanno affermato “No, mai”, 3 “No, quasi mai” e 3 “Sì, spesso”.

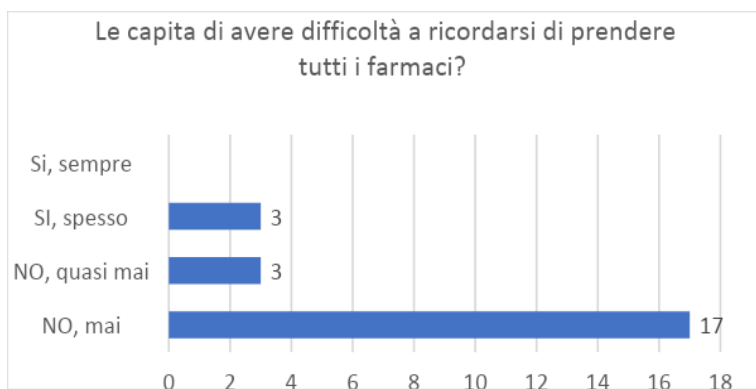


Figura 71: Domanda “Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i farmaci?”

Area dello “shared decision making”

All’interno di questo ambito la prima domanda è stata: “Per una migliore prescrizione dei farmaci, quanto è importante che il medico consideri (in una scala da 1 a 4, quanto sarebbero importanti i seguenti aspetti? 1 = poco importante, 2 = abbastanza importante, 3 = molto importante, 4 = estremamente importante)”:

“Le conoscenze già possedute su malattie e farmaci”: 21 soggetti hanno risposto 4, 1 ha risposto 3 e 1 ha risposto 1

“Le mie abitudini quotidiane”: 21 soggetti hanno risposto 4, 1 ha risposto 3, 1 ha risposto 1

“Le mie aspettative”: 22 soggetti hanno risposto 4, 1 soggetto ha risposto 1

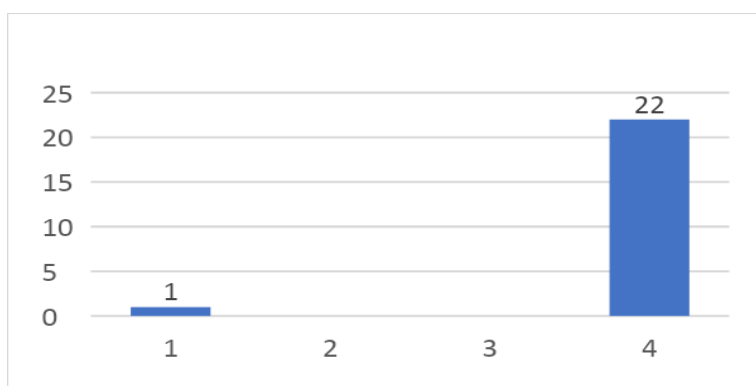


Figura 72: Domanda “Per un migliore prescrizione dei farmaci, quanto è importante che il medico consideri: Le mie aspettative”

“La mia disponibilità a partecipare a incontri individuali con l’esperto presso la struttura sanitaria”: 12 soggetti ha risposto 1 e 11 soggetti hanno risposto 4

“La possibilità di seguire gli approfondimenti da casa sul mio computer, tablet o telefono in orari stabiliti insieme agli esperti”: 12 soggetti hanno risposto 1, 4 soggetti hanno risposto 2, 1 ha risposto 3 e 6 hanno risposto 4

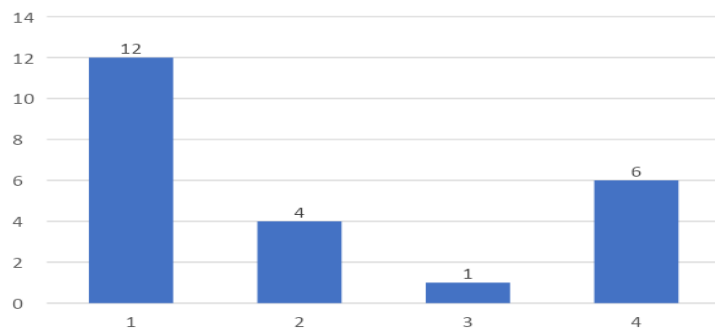


Figura 73: Domanda “Per un migliore prescrizione dei farmaci, quanto è importante che il medico consideri: La possibilità di seguire gli approfondimenti da casa sul mio computer, tablet o telefono in orari stabiliti insieme agli esperti”

La possibilità di seguire i webinar o le videolezioni registrate da casa quando lo decido io”: 13 soggetti hanno risposto 1, 2 hanno risposto 2 e 8 hanno risposto 4

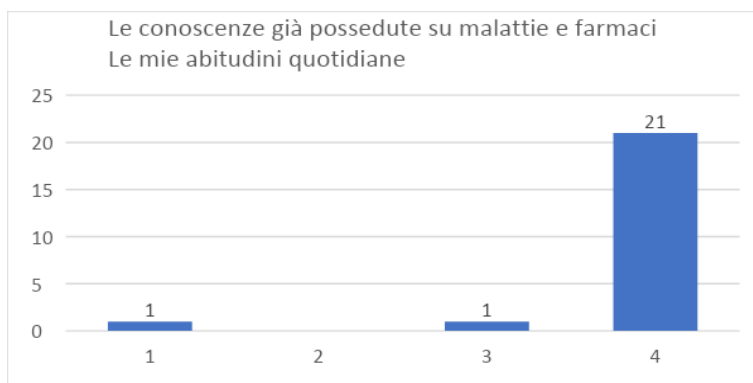


Figura 74: Domanda “Per un migliore prescrizione dei farmaci, quanto è importante che il medico consideri: le conoscenze già possedute su malattie e farmaci” e “Le mie abitudini quotidiane”

La seconda domanda, invece, è stata: “Per migliorare la mia capacità di prendere decisioni in modo condiviso con i medici e gli infermieri, è utile (in una scala da 1 a 4, quanto sarebbero importanti i seguenti aspetti? 1 = poco importante, 2 = abbastanza importante, 3 = molto importante, 4 = estremamente importante)”:

“Dedicare più tempo alla conversazione durante la visita”: 20 soggetti hanno risposto 4, 1 soggetto ha risposto 3, 1 soggetto ha risposto 2 e 1 soggetto ha risposto 1

“Programmare incontri dedicati alla condivisione delle informazioni mediante piattaforma a distanza online”: 14 soggetti hanno risposto 1, 2 hanno risposto 2 e 7 hanno risposto 4

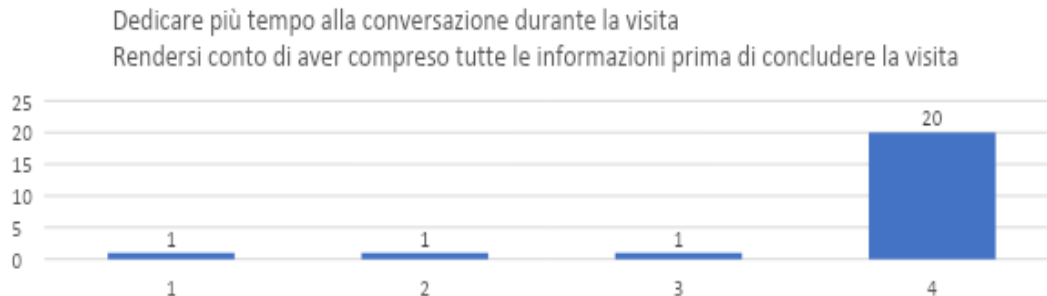


Figura 75: Domanda “Per migliorare la mia capacità di prendere decisioni in modo condiviso con i medici e gli infermieri, è utile 1) Dedicare più tempo alla conversazione durante la visita e 2) Rendersi conto di aver compreso tutte le informazioni prima di concludere la visita”

“Rendersi conto di aver compreso tutte le informazioni prima di concludere la visita”: 20 soggetti hanno risposto 4, 1 ha risposto 3, 1 ha risposto 2 e 1 ha risposto 1

“Confrontarsi sulle modalità di ricerca delle informazioni”: 12 soggetti hanno risposto 4, 2 soggetti hanno risposto 2 e 9 hanno risposto 1

“Raccogliere tutte le domande da porre prima della visita”: 22 soggetti hanno risposto 4 e solo 1 ha risposto 1



Figura 76: Domanda: Per migliorare la mia capacità di prendere decisioni in modo condiviso con i medici e gli infermieri, è utile “raccogliere tutte le domande da porre prima della visita”

Area delle capacità digitali

In questo ambito sono state poste ai partecipanti 10 domande, così articolate:

“Le capita di fare delle ricerche su Internet (es. attraverso Google) per trovare informazioni sulla malattia?”: 11 soggetti hanno risposto No, mentre 12 hanno risposto Sì

“Le capita di fare ricerche su Internet (es. attraverso Google) per trovare informazioni sui farmaci che le vengono prescritti?”: 10 soggetti hanno risposto Sì, 13 hanno risposto No

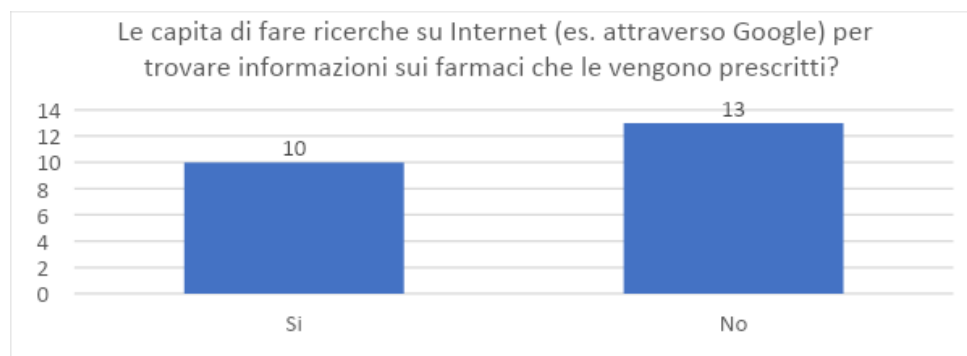


Figura 77: Domanda “Le capita di fare ricerche su Internet per trovare informazioni sui farmaci che le vengono prescritti?”

“Quando fa le ricerche in Internet valuta l’affidabilità dei siti?”: 11 soggetti hanno risposto Sì, 11 hanno invece risposto No

Se sì, come?

con il mio medico

è il figlio che svolge le ricerche

è la figlia che si occupa di fare ricerche su internet e di valutare l’affidabilità dei siti

la figlia

sono i figli che ricercano su internet le informazioni. Io chiedo e verifico sempre con i medici

solo con i bugiardini

figlia cerca di capire se le informazioni hanno senso

figli, moglie

“A casa ha uno di questi dispositivi?”: 10 hanno affermato di Sì allo Smartphone, 6 possiedono il computer, 5 il tablet. 13 hanno affermato che NON possiedono lo Smartphone, 17 che non possiedono il computer e 19 il tablet

“Se ha risposto Sì alla domanda precedente, come ha imparato a usarli?”: 9 soggetti hanno risposto da solo, 1 con l’aiuto di altre persone

“Consulta WhatsApp o sistemi di messaggistica online?”: 10 soggetti hanno risposto Sì, 13 hanno risposto No

“Ha un profilo Facebook?”: 7 soggetti hanno risposto Sì, 16 hanno risposto No

“Ha un indirizzo di posta elettronica?”: 12 soggetti hanno risposto Sì, 10 soggetti hanno risposto No

“Pensa che un’applicazione sul telefono potrebbe aiutarla a gestire meglio la sua terapia (es. sveglia all’orario in cui deve prendere le medicine, avviso riguardo la dose da prendere ecc.)?” 13 hanno risposto “No, per niente”; 1 “No, quasi per niente”; 2 “Sì, solo per alcune cose”; 7 “Sì, in tutto”.

6.4 Le interviste narrative e la codifica con NVivo

Al fine di raggiungere l'obiettivo della ricerca, è stata posta ai pazienti e ai *caregiver* coinvolti la seguente domanda per "rompere il ghiaccio":

"Da dove vorrebbe iniziare a raccontare la sua esperienza in merito all'assunzione della terapia?"

In seguito, l'intervista si è arricchita con le seguenti domande utilizzate quando necessario:

Quali strategie/attività ha messo in atto per seguire correttamente lo schema terapeutico?

Come ha fatto a superare quella situazione critica/difficile?

Alla luce delle terapie che assume, come descriverebbe la sua patologia/e?

Mi può elencare alcune attività che fa prima o dopo aver preso la terapia?

Domande "scorta":

Come ha vissuto quest'esperienza?

Come ha affrontato le difficoltà?

Sono state registrate tutte le interviste e trascritte in formato digitale senza l'uso di strumenti di trascrizione digitale automatica.

L'analisi dei testi delle interviste è stata organizzata secondo una specifica sequenza di fasi¹³:

- Lettura dell'intera descrizione dell'esperienza vissuta con l'obiettivo di avere un'idea complessiva del fenomeno;
- Rilettura delle descrizioni per scoprire i punti salienti delle esperienze, individuando le unità di significato (codifica di 1° livello);
- Analisi delle unità di significato per ridondanza, chiarimenti e per le elaborazioni al fine di mettere in relazione l'una con l'altra e con il senso del tutto;
- Riflessione sulle unità di significato ed estrapolazione dell'essenza dell'esperienza per ogni partecipante;
- Sintesi delle unità di significato e formulazione della descrizione delle strutture dei significati dell'esperienza vissuta per tutti i partecipanti.

Dal punto di vista metodologico, sono stati applicati tre livelli di codifica descritti di seguito:

codifica 1° livello a partire dai testi delle interviste, ad esempio:

No no... Come mi siedo mi preparo le cose... sto seduto lì, poi, finito di mangiare, faccio delle cose... ma poi dopo mezz'ora mi siedo sul divano perché non faccio niente... con l'affanno non riesco anche se avrei tante cose da fare... mi vado a riposare perché non riesco più... cerco...

¹³ L'analisi delle interviste è stata condotta sotto la supervisione metodologica del Prof. Diego Di Masi, professore associato presso il Dipartimento di Filosofia e di Scienze dell'Educazione dell'Università degli studi di Torino.

Codifica a 3 livelli

<input type="radio"/>	Malattie	21	66
<input type="radio"/>	Aggravamento malattia	5	12
<input type="radio"/>	Affaticamento veloce	1	1
<input type="radio"/>	Malattia pericolosa per l	1	1
<input type="radio"/>	Hanno scoperto che av	1	1
<input type="radio"/>	perchè ho l'ernia al disc	1	6
<input type="radio"/>	limite soglia per interve	1	1
<input type="checkbox"/>	Altre malattie	7	11
<input type="checkbox"/>	Complicanze	7	14
<input type="checkbox"/>	COVID (2)	4	8
<input type="checkbox"/>	Effetti malattie	10	15

Figura 78: Codifica a tre livelli

A titolo esemplificativo, si riporta la seguente tabella al fine di rappresentare più chiaramente il ragionamento che sottende la scelta delle codifiche.

Il primo livello di codifica, infatti, nasce dalla lettura del materiale raccolto durante le interviste. Per ciascuna informazione, è stata associata una codifica aperta (livello 1) che ha determinato, successivamente, l'individuazione di un codice (livello 2) in grado di raccogliere più informazioni derivanti dalle interviste sino alla definizione della macrocategoria (livello 3).

Testo narrativo	Codifica aperta 1° livello	Codice 2° livello	Codice 3° livello	Motivazione
«No no... Come mi siedo mi preparo le cose... sto seduto lì, poi, finito di mangiare, faccio delle cose... ma poi dopo mezz'ora mi siedo sul divano perché non faccio niente... con l'affanno non riesco anche se avrei tante cose da fare... mi vado a riposare perché non riesco più... cerco...».	...con l'affanno non riesco anche se avrei tante cose da fare...	Affaticamento veloce	Malattie	Emerge come l'affaticamento sia un elemento che condiziona il comportamento del paziente rispetto alle strategie di aderenza alla terapia (motivazione all'assunzione della terapia quando persistono sintomi di affaticamento: perché devo prendere i farmaci se continuo a stare male?)

Tabella 6: Descrizione del ragionamento che sottende il passaggio dal testo narrativo alle codifiche di primo, secondo e terzo livello

La codifica di 3° livello (macro categorie) è rappresentata dalla figura seguente da dove possiamo individuare la tipologia, il numero di file correlato alle codifiche di 2° e di 1° livello e il numero di referenze a esse collegate.

⊕	Name	↔	Files	References
⊕	○ Informazioni		5	6
⊕	○ Professionisti		16	77
⊕	○ Farmaci e trattamenti		22	253
⊕	○ Percorso		17	90
⊕	○ Paziente		18	183
⊕	○ Malattie		21	66
⊕	○ Famiglia e caregiver		13	73

Figura 79: Le macrocategorie di terzo livello

La codifica di terzo livello con più referenze è “farmaci e trattamenti” con 22/23 pazienti e 253 codifiche di primo livello.

○	Farmaci e trattamenti	22	253
⊕	○ Terapia	13	40
⊕	○ Assunzione della terapia	13	49
⊕	○ Allergie ai farmaci	3	15
⊕	○ Approvvigionamento dei fa	4	16
⊕	○ Costi dei farmaci e dei tratt	5	9
⊕	○ Gestione della terapia	22	82
⊕	○ Reazioni ai farmaci	5	7
⊕	○ Differenza tra generico e or	1	7
⊕	○ Adattamento della terapia	8	11
⊕	○ Gestione del catetere centr	3	10
⊕	○ Scatola dei farmaci	3	4
⊕	○ vaccinazione	2	3

Figura 80: Codifica di secondo livello della macrocategoria “Farmaci e trattamenti”

Dalla codifica di secondo livello (Tab. 1) emergono le sottocategorie che definiscono meglio la rilevanza di “farmaci e trattamenti” nell’aderenza alla terapia e ai trattamenti: la “gestione della terapia”, l’“assunzione delle terapie” e la “terapia” sono gli elementi più frequenti. Queste codifiche richiamano il sapere gestire la terapia, intesa come approvvigionamento, conservazione, preparazione e smaltimento dei farmaci, l’“assunzione della terapia” intesa come l’azione del consumo del farmaco. Nel campo “terapia” confluiscono i codici legati alla tipologia dei diversi farmaci per area terapeutica

e per via di somministrazione (per os, per via parenterale, per uso topico, per endovena, ecc).

La maggior parte dei pazienti riferisce di assumere parecchi farmaci, preparandoli direttamente e distribuendoli nell'arco della giornata.

...inizio il mattino alle ore 8:00 fino alla sera... dopo cena. Quindi praticamente dalle 8:00 del mattino sì tutte ogni, diciamo, due o tre ore ho dei farmaci da prendere fino a dopo cena prima di andare a dormire. Quindi sì dalle 8 del mattino, poi a pranzo e poi fino a cena e poi prima di mezzanotte...

...Iniziamo dalle 8 fino alla sera alle 7...

Intanto c'è il Voltaren che me lo metto tutte le sere sulle mani perché di notte mi vengono dei dolori da impazzire. Poi ho la tachipirina, ma non ne posso prendere nemmeno tanta perché ho i problemi ai reni. Ho i reni che non funzionano più bene. Adesso è da un po' di giorni che ho un prurito nella schiena. [Porta verso il tavolo dell'intervista i vari medicinali che prende e ne indica alcuni.] Questo me lo hanno dato quando mi hanno operato il piede. Ne prendo due al giorno. Ma ho paura che adesso mi fa male. Perché è da una settimana che ho un prurito nella schiena, solo nella schiena. Ecco poi ci sono altri infiammatori che prendo tutti i giorni.

Per respirare bene. Quando sono andata a fare la visita per i reni. Mi hanno guardato i documenti e la dottoressa mi ha detto "ma lei ha la bronchite cronica" e mi ha dato il cerotto da mettere. Adesso sto pensando che è da tre anni che metto questo, può essere questo che mi porta questo problema?

Le modifiche alle terapie possono derivare da richieste di adattamenti degli stessi pazienti:

Però faccio, come si dice, mettiamo domani, ieri ho preso quello da 50. Che prendendola tutte le mattine, stavo male. Allora la dottoressa mi ha aggiustato la terapia. Per due giorni in una settimana prendo mettiamo quella da 50. Stamattina [venerdì 14 ottobre 2022] ho preso quella da 50. Domenica prendo l'altra. Domani mattina di nuovo quella da 50. Questa invece il venerdì da 25. Che sono andata dallo specialista poi di Torino.

oppure a conclusione di una visita di un medico specialistico:

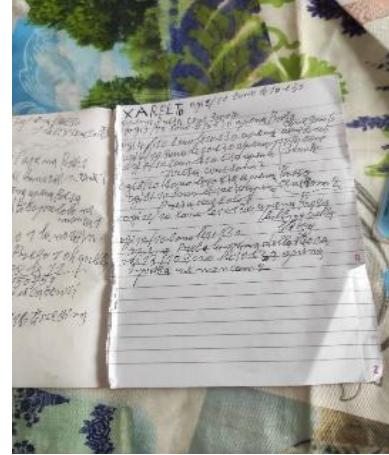
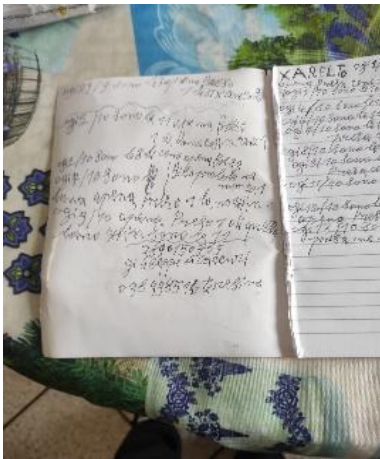
Diciamo che quando lo specialista mi cambia qualcosa in automatico faccio vedere il nuovo piano terapeutico alla dottoressa.

oppure perché si teme che i farmaci possano interferire

Sì anche perché possono interferire con i farmaci che prendo e quindi meglio dirlo.

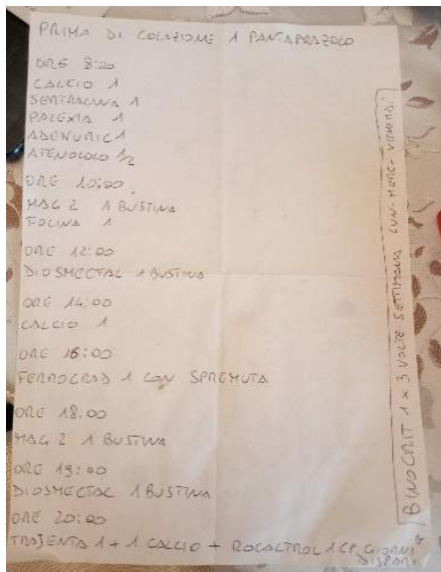
Le strategie per ricordare la terapia sono molto diverse. Ad esempio, una paziente scrive tutti i giorni la terapia:

Ho pensato io, dalla stupida che sono, perché sto tutti i giorni a scrivere.



L'atto dello "scrivere e riscrivere" la terapia ogni giorno sembra essere una delle strategie più frequenti adottate dai pazienti:

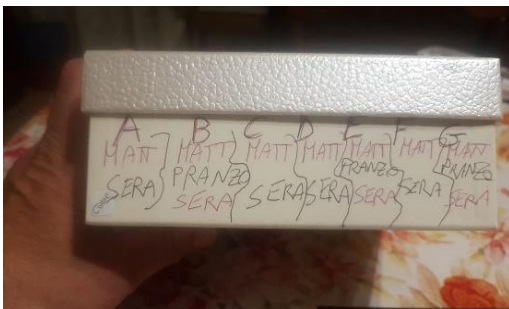
Oggi c'è il foglietto per farmi ricordare che domani devo andare a fare la spesa e scrivo tutto. Se devo fare poi tutto il giorno delle cose, me le scrivo, così non mi dimentico. Fa il compleanno mia nipote, tale giorno, me lo scrivo.



Altri pazienti, invece, dispongono i farmaci in diversi luoghi della casa oppure conservati in sacchetti o contenitori a seconda degli orari:

Guardi, per non sbagliarmi [indica diversi sacchetti contenenti farmaci]. Per non sbagliarmi faccio: questi sono della mattina, questi sono del mezzogiorno.

No. Io quelli che prendo al mattino ce li ho di là. Quelli che prendo la sera ce li ho di qua. Quelli per la tiroide: Eutirox da 100 alternato a 75.



La gestione della terapia presuppone la capacità del paziente di autogestire i farmaci, non solo nella fase della preparazione e della assunzione, ma anche nel riconoscimento precoce di eventuali complicanze. Alcuni pazienti intervistati riferiscono di aver individuato precocemente i problemi correlati ai farmaci e di aver preso delle decisioni:

Ma adesso non prendo molte cose proprio perché ho dei problemi. Adesso sto facendo una prova, il terzo giorno che prendo l'Aliflus, dopodiché se anche mi darà problemi, un po' già la voce la sente che tende a essere rauca. Sono andata ieri sera dall'otorino per altri motivi e mi ha detto che è sempre una controindicazione del cortisone che fa questa cosa. Io adesso prendo pochi farmaci perché ho sempre dei problemi con tutti quelli che ho preso prima. Ma io ho sempre avuto un po' di allergie. Non solo ai farmaci, ma anche a in generale. Guardi questo l'ho messo da una vita, ma adesso non la posso più mettere. Mi viene da grattarmi da lasciare il segno. C'è una predisposizione probabilmente familiare, perché anche mia mamma aveva questi problemi. E anche un po' i miei figli.

Me li sono bruciati tutti perché dopo che li prendevo mi veniva una sorta di doppio batticuore. Ho ridotto le dosi. Per esempio del Diclorem, da 150 sono passata a 100 e poi a 50 e anche quello da 50 mi dava problemi. Poi ultimamente per esempio tutti i Revinti, la polvere per l'asma, quello addirittura ero arrivata che sono uscita dall'ospedale, sono andata dal pneumologo. Io vi giuro che facevo due passi e al terzo mi dovevo fermare perché mi veniva da svenire. E poi me ne sono accorta io perché avevo avuto il Covid, poi dopo qualche giorno che ero negativa mi sono ammalata di bronchite acuta. Sono andata in ospedale e mi hanno fatto una puntura per respirare. Ma quando ho tolto tutte queste medicine, cioè antibiotico, ecc., sono arrivata ad avere solo il Revinti e la pillola per la pressione. E non capivo perché stavo così male.

No per capire, poi l'ho ripresa l'indomani e sono stata di nuovo male. quindi ho fatto in fretta a capire che era quello. Dopodiché il pneumologo mi ha dato questo, ma dovrei buttare anche questo perché è la stessa cosa. Aliflus dose di polvere dopo tre giorni sono stata male. Anche con questo ho avuto lo stesso problema. Adesso gli ho detto che sto provando da tre giorni con Aliflus spray.

Poi ho problemi anche allo stomaco, infatti domani faccio la gastroscopia. Vede anche con quello ho avuto un episodio bruttissimo. Io da anni che faccio la gastro e la colon senza farmaci perché ho avuto dei problemi. Anche quando mi hanno operata mi hanno intubata e tutto. Mi danno gli antistaminici, il cortisone e forse a furia di prendere tanto cortisone forse adesso quella lì mi dà fastidio. Forse è questo benedetto fluticasone. Tutti i farmaci mi danno le controindicazioni che le ho detto. Anche per esempio dopo il vaccino, che la dottoressa mi ha fatto. Mi ha fatto venire il braccio marrone che è ancora adesso. Per fare il vaccino io dovrei prendere gli antistaminici 5 giorni prima e 5 giorni dopo perché mi gonfia. Adesso ho fatto l'antinfluenzale e mi si è gonfiato lo stesso, mi è rimasto marrone e mi è venuta la crosta per non so per quanto tempo. Quando ho fatto il Covid avevo gli occhi rossi e una faccia...

Adesso stamattina la dottoressa, perché domani faccio la gastro, mi ha dato un farmaco e la dottoressa non ce l'aveva in farmacia e mi ha dato l'equivalente. Io comunque le ho detto che non vado così serena e mi ha dato un farmaco fitoterapico per stare serena. Nel 2016 ho fatto la gastroscopia e sono uscita di lì, male ce lo avevo perché comunque un polipetto lo toglievano, e sono uscita di lì con tutta la faccia a pois rossa. A me il medico che mi conosce non mi fa mai niente. Quando sono entrata un'infermiera mi fa "signora devo farle la puntura". Io l'ho avvisata

che non mi fanno mai punture ma ha insistito a farla. Ho sperato. Quando ho finito tutto, sono uscita dall'ospedale, appena uscita dalla soglia dell'ospedale, ero incosciente di dove ero, chi ero, perché ero lì. Allora mio marito mi ha riportato dentro, pensava avessi avuto un TIAe mi hanno portata alle Molinette. Poi dopo tante ore mi è tornata la memoria. Io non so se è stato il Valium, perché io non le posso prendere ste cose. Non le prendo perché a me già una goccia dormo per un mese.

Ma pensi che io una volta ho preso mezza pastiglia dello Zirtec, ma per una settimana io avevo il cervello come se fosse addormentato. Non riuscivo, facevo fatica. Poi ho anche problemi di fegato, quindi può darsi che il fegato non riesce a metabolizzare tutti i farmaci. Ho avuto un'epatite tanti anni fa. Forse quello. Non lo so.

Questo qua [indica una scatola] lo abbiamo sospeso perché è un rischio, non lo prende più perché le dava una forte dissenteria con sangue.

Una paziente afferma che ha paura nel modificare la terapia dopo tanti anni dalla prima assunzione. In questo caso, la persistenza terapeutica è di trent'anni e, dunque, è opportuno prestare attenzione poiché in alcuni casi la sospensione improvvisa del farmaco può avere conseguenze anche gravi, ad esempio nel caso di farmaci che possano dare dipendenza fisica e psichica:

Dottoressa devo essere onesta. Io avevo tanta paura a togliere questa terapia. Lo prendo da trent'anni. Lei lo voleva togliere e darmi un farmaco che c'è tutt'oggi, che sicuramente sarà meglio di questi che io sto prendendo. Assolutamente... ma non voglio cambiare.

Alcuni pazienti indicano come critico il tempo di attesa per eseguire una determinata prestazione con conseguente perdita di motivazione.

Abbiamo aspettato due anni. Lei aveva gettato la spugna. Io le ho detto o vuoi o non vuoi, non puoi rinunciare di nuovo. Io sono una persona molto attiva, non bisogna perdere tempo nella vita

Sì ma se lei rinunciava poteva rimanere cieca. Anche il tunnel carpale era al limite. Le ha detto il dottore, "perderà la mano", e abbiamo dovuto pagare 800€ privatamente.

Alcuni pazienti raccontano la loro storia di malattia cronica e di rapporto con i farmaci:

Nel 2000 mi sono ammalata. Ho fatto una visita a Chivasso con la Dott.ssa XXX e mi ha dato il Ventolin. Dopo sono tornata per la seconda visita e le ho detto che non ho visto nessun miglioramento nel tempo. Allora mi ha mandato in un'altra struttura a mia scelta. Allora sono andata al San Luigi, dove sono stata seguita dalla Dott.ssa XXX e Professore XXX. Ho detto che non sento l'odore e mi manca il respiro, ma non so che cosa sia. Mi hanno tenuta sotto osservazione, mi hanno fatto un ricovero e mi hanno fatto le lastre e tante visite. Da allora mi hanno dato il Deltacortene 50 mg, al bisogno. Quando sto male devo prenderlo da 25 mg, per tre giorni una intera,

dopo tre giorni devo scalare e prenderne metà, dal quinto giorno prendo un quarto e poi sospendere. Al bisogno perché io quando sto male, soprattutto la notte che non ce la faccio più perché si riempiono i polmoni di mucose. Io ho avuto una sinusite cronica mascellare, che era arrivata fino alla testa, con i polipi. Forse è stata questa a causare l'asma bronchiale. E allora in questo caso quando la Dottoressa non vedeva miglioramento, ha chiamato il Professore XXX. Il Professore mi ha raccomandato di seguire le indicazioni della Dottoressa, ma io continuavo a stare male. Ho passato la mia vita all'inferno. Sono venticinque anni che sono malata.

Sono stata ricoverata tre volte. Poi il Professore XXX ha chiesto il trasferimento a Pavia perché qua non c'erano i macchinari. E lui stesso mi ha fatto il ricovero a Pavia. Lì sono stata un bel po' per indagare questa patologia da dove deriva. Alla fine si è scoperto che l'asma proviene perché io sono allergica all'acido acetilsalicilico, e non posso mangiare pomodoro.

Altri pazienti riferiscono che adattano lo schema terapeutico alla loro percezione di benessere:

Poi prendevo il Tenoretic però da qualche giorno che la pressione è bassissima allora me lo sono dimezzato con questo caldo e cavoli... allora e poi la sera qualche volta quella del colesterolo ma adesso ce l'ho abbastanza a posto perché era andato un po' fuori ma ora è bassissimo non ho portato gli esami ma lo prendo ogni tanto non tutte le sere... vediamo i prossimi esami...

Però sono un po'lo faccio io di testa mia...

Un po' lo schema terapeutico lo faccio io...

Tre pazienti mettono in evidenza il costo delle prestazioni e/o delle terapie:

Mi ha anche detto di andare dalla psicologa ma a parte il fatto che io non ho tutti questi soldi perché ho 627 euro di pensione al mese non è che possa permettermi di dare 80 euro alla psicologa

Abbiamo dovuto pagare 800€ privatamente.

Sai che io prendo tutti gli originali. Sì ma è per non farti pagare ogni volta 60/70 euro [costo mensile dei farmaci originali].

Due pazienti mettono in evidenza l'effetto benefico ricercato dopo l'assunzione. Nel primo caso, l'effetto benefico è legato al vaccino:

Benvenuto il vaccino... in qualche modo ha risolto il problema. Io da allora vedevo proprio la differenza. Con il vaccino, ammesso che mi veniva un po' di febbre alla sera, l'indomani stavo già bene. Mentre prima no. Da allora ho visto l'utilità.

Nel secondo caso, invece, l'effetto benefico è legato alla terapia:

Io non vedo grosse differenze, mentre la Tamsulosina, se non la prendo sono guai ecco. Per problemi di prostata e via dicendo. Però è da anni che la sto prendendo. Mi ha risolto il problema ecco.

L'approvvigionamento dei farmaci e la conservazione corretta rappresentano due aspetti della gestione della terapia importanti. Infatti diversi pazienti affermano che scrivono sulle confezioni le principali informazioni sull'utilizzo e hanno acquistato degli armadi dedicati:

Per fare meno volume io la sfilo e faccio la stessa scatola e scrivo "Mimmo novembre 2022", cioè "nome e cognome" scrivo e nov 2022 la scadenza.

Su ogni scatola scrivo nome e cognome ...così riduco le scatole e lo spazio... E la scatola la butto.

Ho comprato un armadio apposta solo per le medicine.

In ogni scatola è scritto nome e cognome, la data di scadenza.

Ogni scatola di medicine che prendo, io cosa faccio: se per esempio questa scatola qui scade nel 2024, nel novembre 2024, ed è la stessa di quella, per fare meno volume, io la sfilo e faccio la stessa scatola e faccio "novembre 2024" nome e cognome scrivo e nov 2024, la scadenza.

Ogni scatola scrivo nome e cognome ...così riduco le scatole e lo spazio... Per avere più spazio nel bagno, no?

Le scatolette sono già preparate. Una volta la settimana mi metto al mattino con la busta di tutte le medicine, le preparo e faccio i miei servizi che devo fare. Una volta la settimana/10 gg sono a posto perché ci stanno i contenitori.

Diverse evidenze scientifiche confermano la correlazione tra farmaco e alimento determinando in alcuni casi l'aumento dell'effetto, in altri, invece, la riduzione o l'annullamento dell'azione del farmaco (Bushra *et al.*, 2011; Vranckx *et al.*, 2018; Deng *et al.*, 2017; Welling, 1996; Yamamiya *et al.*, 2023; Wu-Wu *et al.*, 2023).

Nonostante queste influenze già dimostrate, un paziente afferma che *nessuno me lo ha detto ...anche alla Dottoressa ho portato tutti i fogli... li ha tenuti una settimana ma non mi ha detto che cosa dovevo mangiare.*

Tra i pazienti intervistati, alcuni sono seguiti a domicilio per la nutrizione parenterale totale, o per la fornitura diretta di presidio e/o di dispositivi. Dal punto di vista della preparazione e/o della somministrazione, le procedure cambiano richiedendo un intervento più strutturato del *caregiver* e del personale infermieristico a domicilio.

INT: quando cambia il sacchetto?

PZ: un giorno sì e un giorno no, Dottoressa. Fa la doccia.

INT: ed il sacchetto è attaccato alla placca o no?

PZ: no no no. È un sacchetto unico. È una cosa unica e questo è una meraviglia. L'assistente. madonna. ma quanto è brava...

INT: è bravissima. Questa è una enterostomista. viene anche a fare proprio il cambio del sacchetto?

PZ: Sì! È venuta a casa quella volta che si è staccato tutto.

CG: è specialista proprio sulle stomie. Allora se tu hai problemi con le stomie, perché gli ospedali prescrivono quello che capita... invece lei è molto attenta alla qualità di vita del paziente. Uno come lui che cammina, che fa un certo tipo di cose, gli serve un certo tipo di sacca. Uno che è allettato, dipendente, serve un'altra sacca. Invece gli ospedali ti danno tutti la stessa sacca.

PZ: infatti noi abbiamo avuto dei problemi non indifferenti con la penultima sacca perché non c'era una che bastava perché si apriva in continuazione.

CG: io telefono, li ordino, poi quando sono pronti, mi telefonano e me li vado a prendere, idem alla farmacia per le sacche, la pasta e tutto quello che serve. E che da quando c'è stato il Covid, il procedimento è cambiato. Prima si andava all'ASL e ti davano le ricette trimestrali. Invece dal Covid io devo solo chiamare la farmacia, ricordarle dal 20 di ogni mese loro mandano via e-mail e poi gli mandano la fornitura. ...sì guardi sinceramente perché andare all'ASL... mezza giornata buttata lì... eh l'altro mese che non ero riuscita a telefonare ed ero andata direttamente se per favore mi poteva segnare e poi andare a prendere. E poi quando è arrivata mia nipote, mi ha detto "i medicinali si ordinano o per telefono o per via e-mail. Direttamente lì non te li prenotano". Altre volte invece se capitava che magari eri rimasta, non ti dico senza. Io non rimango mai... c'è anche quello. Però le vie più brevi sono o via e-mail o se riesci a prendere la telefonata. Però in qualche modo riesco ancora sempre a fare. Perché, le spiego, non arrivo mai che mi mancano o sono quasi alla fine. Perché sono sempre da una settimana a 10 giorni. Sono dei farmaci che sono importanti per lui.

INT: quindi lei fa diciamo a tempo pieno ...l'infermiera ...a tempo pieno

Tra i pazienti seguiti a domicilio, il continuo adattamento dello schema terapeutico e/o delle richieste di modifica sembra sia molto frequente. Oltre al paziente sopramenzionato, richiedente una particolare sacca per la stomia, due pazienti hanno esigete specifiche richiedendo l'intervento del medico prescrittore:

All'inizio magari prendeva tre volte al giorno, prima dei pasti il Levopraid, poi vabbé il Pantoprazolo sempre e poi un'altra pastiglia che non mi ricordo, che era per il dolore. E basta. Ha provato delle gocce, dei granulati ma non riesce a tenerli. Li butta subito. Quindi ho fatto presente questa cosa e quindi alcune cose le facciamo tramite endovena oppure le pastiglie se c'è la soluzione. Poi adesso usa anche il cerotto, ma anche quello adesso non gli fa più effetto.

Gonfiava il braccio sì sì, portava infezione anche quello in poche parole. E poi cosa mi è capitato? Sono stato ricoverato. Anche lì, io ho chiesto il ricovero. Mi hanno fatto l'ecodoppler. Mancava il dottore a Chivasso per fare l'ecodoppler, mi hanno ricoverato in pronto soccorso e intanto mi sono beccato il Covid. [Risata] E così che da un giorno o due che dovevo stare lì, sono stato un mese. Perché poi sono stato ricoverato a Settimo ed essendo a casa da solo non potevo neanche stare da solo per il fatto che dovevano venire l'infermiera come lì, col Covid non potevano farlo. Allora mi hanno messo a Settimo. E mi sono fatto un mese lì. Dopo di che abbiamo fatto di nuovo l'ecodoppler, non era ancora apposta... abbiamo rimandato 15 giorni...dopo di che ha deciso di uscirsene da solo l'ago. In poche parole non ho fatto due ricoveri. [Risata] Il giorno dopo è scappato via questo. Così. [Risata] Ma

attenzione. La cosa è capitata anche perché doveva capitare. Perché saperlo, me ne sarei accorto che si era staccato sta fascietta qua, però non pensavo che si sfilasse così. Perché se sapevo, lo bloccavo. Bene o male, no? Mettevo un'altra fascetta. Con il sudore molto probabilmente si è staccato, e mi sono ritrovato l'ago sfilato in poche parole. Adesso che lo so, piuttosto ci metto la colla.

La seconda area della codifica di secondo livello più frequente è relativa alle “malattie” (21 file, 66 reference) intese come “ragione per la quale si assume la terapia e per raccontare l’inizio della propria storia”. Infatti, la maggior parte dei pazienti fa risalire alla diagnosi della/e patologia/e l’inizio dell’assunzione della terapia.

<input type="radio"/>	Malattie	21	66
<input type="radio"/>	Aggravamento malattia	5	12
<input type="radio"/>	Altre malattie	7	11
<input type="radio"/>	Complicanze	7	14
<input type="radio"/>	COVID (2)	4	8
<input type="radio"/>	Effetti malattie	10	15

Figura 81: Codifica di secondo livello della macrocategoria “Malattie”

Le principali aree correlate alle malattie sono l’aggravamento delle stesse patologie, la comorbidità, le complicanze, gli effetti delle malattie e l’esito da Covid.

Le “altre malattie” intese come comorbidità rappresentano un’area riportata dalla totalità dei pazienti intervistati essendo un criterio di inclusione definito dal protocollo di ricerca.

Dal 2006 anni è stato riscontrato il diabete. Nel 2000 ho fatto un infarto e dopo sei anni mi è stato riscontrato il diabete. Ho fatto ben sei bypass nel 2000 e 2006 – a parte gli altri piccoli incidenti che avevo fatto però quello non c’entrano niente con diciamo con la cura che sto facendo adesso.

Perché ha avuto un’ischemia...

Ho il diabete, sono stata operata al cuore. E la safena operata... la colecisti, sono stata operata pure...

...e poi non mi ricordo bene bene bene. Poi sono stata operata al fegato, ho avuto tutte queste cose qua... e adesso ho cominciato a prendere delle pastiglie.

Poi sono stata operata alla safena. C’è stato un altro problema. Poi mi hanno operato per cataratta a tutti e due gli occhi. E alla fine il cuore.

Allora iniziamo dalle patologie. Ho un ipertiroidismo. Sì, poi diabete di tipo 2.

Un po' di anni. La tiroide circa vent'anni. E il diabete un po' più avanti.

Poi ho anche la bronchite. Quella ogni tanto mi prende. E dolori di tutti i tipi. Artrosi diffuse.

Prima di tutto la malaria, perché era dopo la guerra e me la sono presa. Allora abitavo a Castagneto. La malaria l'ho avuta per sei mesi. Poi ho avuto problemi alla tiroide. Poi ho fatto poi un'operazione nell'occhio nel 2000. Sono andata al Mauriziano e me lo hanno tolto. Poi ho fatto delle visite e sono andata fino a Verona per fare le visite per capire se fare l'operazione o meno. Nel 2000 avevo 74 anni.

L'area delle “complicanze”, invece, fa emergere un duplice aspetto legato alla percezione della qualità delle cure da parte dei pazienti. Infatti, nel primo caso emerge quanto la percezione delle cure sia negativa giungendo ad affermare che...

Parto da quando mi hanno operato il piede. Per l'alluce valgo. Tre volte. E da allora non ho più camminato. Guardi come ho ora i piedi, tutti tagliati. Con l'alluce valgo mi hanno rovinato. Perché cammino male, non mi gira la testa. Cammino male e appoggio male il piede. Sia l'uno che l'altro. Perché quest'altro me lo dovevano operare di nuovo. Voglio farle vedere come mi hanno rovinato. È da denuncia. Io non riesco a camminare, non riesco ad appoggiarlo.

Allora le spiego. È da trentatré anni che ha questa patologia asmatica grave, insufficienza respiratoria. Da lì prendendo 50 mg al giorno di cortisone al San Luigi che l'hanno massacrata. In quegli anni c'era solo quel salva vita. Gli è venuta l'osteoporosi.

Nel seguente caso, invece, la percezione delle cure è positiva in quanto “ha salvato la vita”:

Tumore al colon. 15 cm. Ce lo avevo molto vicino all'ano. E allora sono stati costretti a mettere la colostomia. Poi dopo una quindicina di mesi siamo ritornati per le vie normali. Il problema è che mi ha creato stenosi nel punto in cui sono stato ricongiunto. In poche parole avevo una faccia così. Sono arrivato alle Molinette e avevo un'ora di tempo. Un'ora. Se entro un'ora non venivo operato ci lasciavo le penne. Mi hanno aperto, tirato via 8 kg di intestino, dopo di che mi hanno lasciato tre giorni aperto, attaccato a una lavatrice. Poi hanno messo a posto e mi è passato tutto. Poi la mi hanno messo l'illeostomia e da allora ce l'ho. Sinceramente non mi crea problemi. Fortunatamente non mi crea problemi.

Anche l'aggravamento e gli effetti delle patologie rappresenta un elemento di analisi emerso dalle interviste:

Ho il canale della schiena che si sta chiudendo sempre. L'artrosi, guardi non ne parliamo. Tutta rovinata così. Poi da quando faccio la chemio da dodici mesi, non so come mai, ma guardi che mani. Sto facendo la chemio per un tumore alla mammella. A dicembre devo andare ai controlli di nuovo.

Eh al cuore c'è una valvola che un po' si chiude e un po' si apre. Ogni due-tre anni faccio la coronarografia.

Non ho avuto niente. Sono stata bene. Un po' di dolori, mal di stomaco, ma pazienza. Ora ultimamente ho problemi alle emorroidi e mi sentivo troppo male.

Un paziente intervistato afferma, invece, che assume la terapia da quando ha avuto il Covid:

Ho iniziato a prendere i farmaci, quelli che sto prendendo, da quando ho fatto il Covid. Da ottobre del 2020. Da quando sono andato in pensione. Sono stato ricoverato e lì mi hanno massacrato di medicine e continuo tutt'ora a prendere le medicine. Mi ha preso i polmoni, mi ha preso il cuore ed è da ottobre 2020 che sto prendendo medicine ...dal 2020 ... sì prima prendevo qualche pastiglia se avevo mal di testa, mal di denti ma non più di tanto

La terza area è rappresentata dal codice nominato “**paziente**” (**file 18, 183 referenze**), inteso nelle dimensioni delle abitudini, delle strategie messe in atto dal paziente per la terapia, delle reazioni del paziente alla terapia e alle malattie, della conciliazione della terapia con i ritmi quotidiani e degli effetti della terapia sulla quotidianità.

<input type="radio"/>	Paziente	18	183
<input type="radio"/>	Abitudini	3	5
<input type="radio"/>	Strategie	10	29
<input type="radio"/>	Reazioni del paziente	16	129
<input type="radio"/>	Conciliare la terapia e la vit	4	7
<input type="radio"/>	Effetti della terapia e delle r	6	13

Figura 82

Per quanto riguarda le “abitudini”, queste sono correlate alle azioni che i pazienti fanno nel momento in cui preparano e assumono le terapie:

Sono da sola ma non ho paura. Mi hanno detto di stare ferma per mezz'ora, di sedermi lì dopo la puntura così da aspettare che faccia effetto la puntura. Però prima sì... beh ho sempre un po' di paura...

C'è scritto, lo leggo, c'è il bugiardino... poi non bisogna leggere e c'è scritto che ci dà problemi di nausea e dolori addominali...

Certo... sì... guardi l'ultima volta cosa mi hanno fatto. E io l'avevo detto... non mi buchi qua perché si rompe e viene il livido. E poi tante volte... mi bucano anche diverse volte... ora per il Coumadin devono venire giovedì a farmelo il prelievo.

Quest'ultima testimonianza mette in evidenza la partecipazione alle cure da parte dei pazienti: sempre più pazienti, infatti, vogliono contribuire attivamente all'assistenza concordando l'azione più efficace e più corretta per sé stessi. Il sapere esperienziale, tipico di chi vive la malattia in prima persona, entra in gioco nella misura in cui il

professionista della salute considera valido il contributo rispetto al sapere scientifico di chi ha una preparazione accademica.

In questa logica, si inseriscono le strategie messe in atto dal paziente. In alcuni casi, i *caregiver* e/o familiari applicano strategie che derivano da esperienze personali non confermate dalla letteratura scientifica. In questo caso, la moglie applica una procedura non confermata dall'*evidence based medicine* in base alla quale sostituisce i medicinali indicati dal personale sanitario con altri prodotti:

Lui ha la gamba grazie a me. Perché volevano amputare... perché ormai la gamba non andava più. Invece io ho cambiato stratagemma. Loro hanno fatto un affare per mettere l'argento sopra e la betadina quelle cose lì. Io ho tolto tutto... ho preso la betadina liquida... non è una cosa difficile ...lo inzuppavo mettevo dentro poi aggiungevo acqua di mimosa... sapone di mimosa poi l'acqua ossigenata un po' di penicillina facevo un intruglio ... mischiavo facevo un'inzuppazione e lo mettevo sul piede. Lo lasciavo un quarto d'ora. Dopo toglievo tutto questo, lo buttavo, lo sciacquavo e mettevo il disinfettante che ci avevo la bottiglia... Lo mettevo di nuovo nel piede. Lo mettevo con la fascetta e una bacinella apposta... me la sono comprata per lui. Io l'ho usato il sapone di mimosa perché il sapone normale gli faceva prurito male. Mentre il sapone di mimosa lenisce e tutto. Quando fai quel trattamento devi stare attenta a non toccare la ferita. Perciò devo stare sul sano che non gli vada sulla ferita. Se cade qualcosa, guai, devo subito pulire

Le reazioni dei pazienti alla terapia e alle malattie sono diverse e dipendono dalle singole situazioni: in alcuni casi prevale l'attivazione del paziente dimostrando la capacità di gestire da solo/a la terapia e le raccomandazioni ricevute, alla negazione e/o al black-out:

Faccio i controlli che mi dice. Per il momento non ho mai avuto problemi. Avevo riscontrato dei momenti di valore bassi ma anche bassissimi tenendomi sotto stretta osservazione e senza danni, sono poi passati.

Poi non so chi è stato, non voglio dire cose che non mi ricordo. Mi avevano indirizzata verso questo medico che era un neurologo. Questa persona io me la ricorderò per tutta la vita, mi aveva distrutto la vita. Io non mangiavo più, ero dimagrita tantissimo, ero in uno stato pietoso.

Dopo un po' di tempo, quando avevo portato mio marito a una visita, il dottore mi ha prescritto d'urgenza le analisi del sangue, specialmente per i dosaggi dei farmaci. Ho portato immediatamente i risultati e quando ha visto i farmaci, era per togliermeli questi farmaci. Non tutti in una volta, ma cercava di togliere. Mi aveva dato un farmaco che neanche lui era propenso poi a darmi. Non era convinto di questa scelta. Infatti mi fa "ma questi togliamoli, vedrà che..." e io gli ho detto "ma no Professore, non mi lasci da sola adesso. Adesso lei va in ferie, poi io cosa faccio senza di lei? Quando lei ritorna, poi vengo da lei e incominciamo la scalata di tutto ciò che lei vuol scalare" ma lui sapeva che non sarebbe più tornato perché stava male. E così bom basta, la storia è finita lì. Lui è mancato e sono andata da un altro.

Io incominciavo il mese di ottobre. E per me era il mese dei santi, dove per noi è un mese pesante. Per noi c'è lavoro, c'è il mese dei morti. Allora io sono venuta a casa e ho telefonato e gliel'ho detto. Io dovevo chiamarla ogni tre giorni e dirle come

stava andando quando toglievo questo farmaco. E poi ci saremmo viste per poter seguire questo percorso. Al telefono la Dottoressa mi ha detto “Per fare questo percorso lei deve essere molto tranquilla e deve seguire tutto con calma. Quando sarà pronta, lei mi chiamerà e a questo punto incominceremo poi la terapia”. Dottoressa devo essere onesta. Io avevo tanta paura a togliere questa terapia.

Sono un po' sempre agitata che non so perché se le punture che faccio quelle lì del diabete se è un fattore nervoso che perché io soffro anche un po' di depressione ma le pastiglie della depressione non le prendo

No no è stato questo mi ha “scossato” [Rif. Provocato una scossa, una reazione, uno spavento]... mi ha scossato proprio tanto... mi ha fatto proprio male questo... mi ha proprio fatto male e la Dottoressa lo sa e porto ancora le conseguenze adesso perché dico che c'ho questo problema che è l'agitazione non prendo niente allora mi aveva dato lo Xanas così... qualcosa per reagire soprattutto per dormire perché ero sola e oltretutto mi prendevano anche gli attacchi di panico e poi io ho cercato comunque come ho detto prima da sola cercato di ridurre un po' di gocce invece di mettere 10 ne mettevo 8 poi ne mettevo 6 poi 4 e poi 2 e poi non ne ho più prese adesso riesco abbastanza nonostante il caldo riesco ancora a dormire.

Ma lo sbaglio l'ho fatto io. Diversi anni fa facevo la pipì un po' rossa. Due, tre giorni e poi era bianca. Ma sì... se va avanti così... Invece avrei dovuto subito fare qualcosa e farmi vedere.

La conciliazione della terapia e gli effetti della terapia sulla quotidianità rappresentano due aree diverse ma strettamente correlate. Infatti, assumere la terapia non implica solo la capacità del paziente di individuare precocemente eventuali effetti da gestire (es. assunzione del diuretico al mattino prima di affrontare un viaggio), ma anche la capacità di gestire l'assunzione delle diverse forme farmaceutiche e vie di somministrazione.

Puoi sgarrare di mezz'ora e questo può capitare la domenica che mangiamo più tardi senno'... No, cerco di essere puntuale e preciso.

Non vengono mischiate. Ricordo se sono rotonde, lunghe o come queste triangolari. Forse sono quelli lunghi, corti, rotondi...

Quando siamo andati in vacanza mi sono portato tutte le medicine nelle scatolette e mia sorella le ha viste e mi ha chiesto... che sono queste? Tutte le medicine che devo prendere ora.

Per ogni cosa che mi faccio scrivere, a casa quando arrivo a casa ci ho l'elenco dell'ospedale che mi hanno rilasciato con tutti i nomi delle medicine e gli orari delle medicine che devo prendere. Da allora sul cartoncino scrivo ore 12 ore 20 e ore 8.

La conciliazione della terapia con la quotidianità ha anche un aspetto economico: sostenere tutte le spese correnti aggiungendo anche quelle derivanti dall'acquisto dei farmaci è visto come un peso che non tutti riescono a sostenere:

Ci sono tante persone giovani che non si curano perché non se lo possono permettere. Poi ci sono quelle spese fisse per cui se io ho già un affitto, un mutuo e le utenze da pagare... Devo pure pagare i farmaci...

La quarta area analizzata è quella relativa al “percorso”, inteso come l’insieme degli esami e dei controlli che il paziente sostiene per monitorare l’andamento della/e patologia/e.

Le dimensioni rappresentate sono: controlli che il paziente segue, accompagnare il paziente soprattutto da parte del *caregiver*, evento traumatico che può coincidere con l’inizio e/o con l’aggravarsi della patologia, inizio della storia della malattia, e ricovero.

<input type="radio"/>	Percorso	17	90
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Controlli	12	27
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Anni fa	12	21
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> a me è toccato non lo so....	4	14
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Modifica del percorso di cu	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Accompagnare il paziente	2	2
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Dettagli nell'esordio della	3	3
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> evento traumatico	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Inizio	2	5
<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ricovero	4	8

Figura 83: Codifica di secondo livello della macrocategoria “Percorso”

L’evento traumatico può rappresentare il motivo del ricovero, dell’aggravamento della patologia e/o dell’insorgenza della stessa patologia.

6 anni fa, 7 anni fa sono caduta. In casa. E mi hanno operato a Chivasso. Ho fatto un mese all’ospedale a Chivasso, due mesi a casa Borgone e tre mesi a Settimo per fare la riabilitazione.

Una cosa eclatante che posso dirle. Tanti anni fa avevo preso il Contramal e la mia amica che era una caposala del San Giovanni vecchio, mi ha fatto la puntura di Bentelan da 4 mg. Se non avessi fatto quella, non so come sarebbe andato a finire perché ha cominciato a stringere la gola talmente tanto. Poi per fortuna mi sono addormentata e fino all’indomani mattina non mi sono svegliata. Poi quando ero giovane ho avuto anche uno shock anafilattico, ma non glielo so dire per che cosa.

Poi ho problemi anche allo stomaco, infatti domani faccio la gastroscopia. Vede anche con quello ho avuto un episodio bruttissimo. Io da anni che faccio la gastro e la colon senza farmaci perché ho avuto dei problemi. Anche quando mi hanno operata mi hanno intubata e tutto. Mi danno gli antistaminici, il cortisone e forse a furia di prendere tanto cortisone forse adesso quella lì mi dà fastidio. Forse è questo benedetto fluticasone. Tutti i farmaci mi danno le controindicazioni che le ho

detto. Anche per esempio dopo il vaccino, che la dottoressa mi ha fatto. Mi ha fatto venire il braccio marrone che è ancora adesso. Per fare il vaccino io dovrei prendere gli antistaminici cinque giorni prima e cinque giorni dopo perché mi gonfio. Adesso ho fatto l'antinfluenzale e mi si è gonfiato lo stesso, mi è rimasto marrone e mi è venuta la crosta per non so per quanto tempo. Quando ho fatto il Covid avevo gli occhi rossi e una faccia.

Perché hanno fatto due angioplastiche e dovrei andare a farmi operare perché ci ho la vena aorta al 50%. È otturata. Adesso a settembre vediamo cosa decidono. E ti dico sto prendendo... questo è l'effetto per il Covid. Io non posso fare più niente. Mentre cammino e mentre parlo un pochettino mi viene il fiatone... mi ha preso i polmoni e il cuore il Covid... Diciamo che ho avuto una brutta batosta

Il percorso è influenzato a volte dalla sfera sociale. In questo caso, “un’amica” ha suggerito alla paziente il nominativo di un medico. Il passaparola è una delle strategie di comunicazione che anche in sanità è frequente. Il rischio più grande del passaparola è legato alla difficoltà di individuare il miglior medico possibile per la propria situazione clinica. Spesso ci si affida a specialisti in seconda opinione solo per “sentirsi dire ciò che ci si aspetta”:

Tramite una mia amica ho saputo di un dottore neurologo e ho preso un appuntamento e sono andata e quando mi ha vista ero molto agitata. Gli ho raccontato tutto e lui aveva già intuito. Mi ha visitata, ha controllato tutte le cartelle e alla fine della visita mi fa “i farmaci che lei prende attualmente sono tanti. Però dopo un periodo di tanto tempo così, c’è un’età. Dopo tutto questo tempo, andare a togliere questi farmaci, io non so cosa le può scatenare. Può andare nel bene e può andare nel male. Io lascerei così, non andrei a toccare niente. La cosa più importante è quello di andare a controllare un encefalogramma una volta all’anno, gli esami del sangue, la carbamazepina, gli esami del fegato e gli esami dei reni. Questa è la cosa più importante.

La quinta area è legata ai “professionisti” in termini di operatori sanitari coinvolti nella cura, di rete degli ospedali, medici e farmacisti.

<input type="radio"/>	Professionisti	16	77
<input type="radio"/>	Professionisti sanitari	4	12
<input type="radio"/>	Rete degli ospedali	6	12
<input type="radio"/>	Il medico	16	43
<input type="radio"/>	Farmacista	3	10

Figura 84: Codifica di secondo livello della macrocategoria “Professionisti”

Il Sistema Sanitario italiano è stato istituito nel 1978 in base all’art. 32 della Costituzione italiana, subendo diverse riforme in termini di finanziamenti e di

organizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali. I principi che ispirano i sSistemi sSanitari regionali sono universalità, uguaglianza ed equità:

Universalità: si intende l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, in osservanza del nuovo concetto di salute introdotto dalla legge di istituzione del SSN. La salute, a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità. Il SSN nella pratica applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Aziende sanitarie locali, dalle Aziende ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN. Tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione.

Uguaglianza: i cittadini devono accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai cittadini che non appartengono a categorie esenti è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA.

Equità: a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Per la sua applicazione è necessario:

- garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni;
- fornire, da parte del medico, infermiere e operatore sanitario, una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico).

Dalle interviste emergono alcune caratteristiche che distinguono il rapporto con le farmacie territoriali, basato spesso sulla conoscenza reciproca e sulla fiducia: i pazienti si sentono supportati nell'approvvigionamento dei farmaci soprattutto quando non hanno, nel momento dell'acquisto, la prescrizione medica:

Ho una farmacia dove vado sempre.

Me li danno anche senza ricetta.

C'è un rapporto di fiducia che sanno già che io dato che prendo certe medicine, allora vieni. Sono rimasto senza, però mi danno il farmaco. Io torno il giorno dopo consegno la ricetta ovvio che loro ti fanno pagare la cauzione ma me la restituiscono dopo aver consegnato la ricetta automatica.

Vado nella nostra farmacia qua e il medico che c'era mi fa "ma signora, questo farmaco non è mai stato sperimentato, non è neanche un farmaco da epilessia. Non centra niente. È un farmaco che può essere per l'ictus, ma non centra. Non glielo do.

Ho cambiato farmacia. Ora siamo entrati in amicizia con il farmacista. Ogni tanto mi fa "ma quale vuoi l'originale?". "Ma che differenza c'è tra l'uno e l'altro. Se dicono originale e non originale vuol dire che c'è una differenza. Sai che io prendo tutti gli originali." "Sì ma è per non farti pagare ogni volta 60/70 euro".

La rete delle strutture sanitarie e dei professionisti è costituita, in questo caso, dai medici e dagli infermieri coinvolti nei percorsi di cura e dalle strutture sanitarie di riferimento. Le esperienze dei pazienti non sono sempre positive. Spesso si tende a raccontare più frequentemente le esperienze negative e critiche rispetto a quelle realmente efficaci i cui esiti sono stati positivi per i pazienti:

Poi non so chi è stato, non voglio dire cose che non mi ricordo. Mi avevano indirizzata verso questo medico che era un neurologo. Questa persona io me la ricorderò per tutta la vita, mi aveva distrutto la vita. Io non mangiavo più, ero dimagrita tantissimo, ero in uno stato pietoso.

Nel 2000 mi sono ammalata. Ho fatto una visita a Chivasso con la Dott.ssa e mi ha dato il Ventolin. Dopo sono tornata per la seconda visita e le ho detto che non ho visto nessun miglioramento nel tempo. Allora mi ha mandato in un'altra struttura a mia scelta. Allora sono andata al San Luigi, dove sono stata seguita dalla Dott.ssa XXX e Professore XXX. Ho detto che non sento l'odore e mi manca il respiro, ma non so che cosa sia. Mi hanno tenuta sotto osservazione, mi hanno fatto un ricovero e mi hanno fatto le lastre e tante visite.

Ada oltre che professionalmente è umanamente molto brava. Con una crema che mi ha portato Ada per esempio che mantiene il piede bello morbido. Ada cosa ha fatto ha preso la crema di mandorle l'olio di mandorle la vaselina un po' di antibiotico cortisone perché non riuscivamo ad ammorbidire questo piede. Il piede era una ruggine. L'impacco lo faccio sempre.

Ad esempio quella sera che eravamo in Calabria e c'era il falò erano le 9 e mezza e lui si è sentito male e siamo tornati a casa verso le 10 squilla il telefono ed era la Dottoressa. Mizzega ma chi è che l'ha avvisata la dottoressa perché pensavo che avesse saputo già.

È specialista proprio per le stomie. Allora se tu hai problemi con le stomie, perché gli ospedali prescrivono... quello che capita... invece lei è molto attenta alla qualità di vita del paziente.

La prescrizione del farmaco... passando da goccia a pastiglia...: È stato fatto portando ovviamente il problema al medico, dicendo non prende le gocce e quindi il medico ha prescritto le compresse

La sesta area è legata alla “**famiglia e caregiver**” intendendo per questi il sostegno alla quotidianità, la prossimità e l'aiuto. In alcuni casi, purtroppo, la famiglia non rappresenta una risorsa causando isolamento sociale al paziente. In altri casi, il caregiver ha limitazioni agli spostamenti e, dunque, impossibilità a raggiungere la farmacia e/o l'ambulatorio del medico di medicina generale.

<input type="radio"/>	Famiglia e caregiver	13	73
<input type="radio"/>	Lavoro	2	4
<input type="radio"/>	Famiglia allargata	4	6
<input type="radio"/>	Ruolo del caregiver	12	63

Figura 85: Codifica di secondo livello della macrocategoria “famiglia e caregiver”

Che siccome l'ho preparato perché la dottoressa mi ha mandato la ricetta e mi ha portato ieri. Allora non avevo nessuno che andava a ritirare e stamattina è venuto mio figlio che è andato a fare le analisi di sangue alla XXX. E mo mi va a prendere le medicine.

Ero portata giù per una visita a me, l'hanno ricoverato e io pensavo di andare a prendere dopo poche ore. Mi hanno detto: andate a casa perché c'era l'inizio del Covid che chiamiamo quando abbiamo fatto tutti gli esami gli accertamenti. Sono tornata a casa. La sera l'ho chiamata ma mi hanno detto che stavano facendo degli esami la tenevano lì ancora per un controllo. L'indomani mi hanno telefonato che era mancata e non l'ho più vista.

Da quando è mancato il papà si sono allontanati tutti.

Mi hanno lasciata a me stessa.

Guarda che è tutto registrato ...ò non mi va che tu parli di cose personali mie. Mi dà fastidio. Fatti i fatti tuoi. Non mi piace. Che parli male dei miei figli. Rimangono i miei figli.

Se lui potesse da solo andare allo studio del medico o prendere i farmaci.

Ora basta... Ha fatto tutto lui. Sono in mano a mio figlio. Ci pensa tutto lui. Ha la stampante. Ha tutto.

Dietro a mio marito ci vengo sempre io perché lui non sa rispondere a tutte le domande che gli fanno.

Eh ho dovuto stare a casa per lui. Come lo lasciavi a casa che non stava neanche in piedi con i problemi. Poi operazioni su operazioni PS: sempre nelle edilizie. Io per due anni, lì per un anno ero sempre buttato lì nel letto.

Ma io una pensione la prendo, quella sociale. 280 euro mi danno. Perché avendo lui 650 euro dell'invalidità. Ho più di 11000 all'anno ma marito e moglie non lo possono prendere e quindi allora lei prende 280 euro al mese.

La settima e ultima area emersa dalle codifiche di Nvivo è rappresentata dalle “informazioni sui farmaci”.

Informazioni	5	6
Bugiardino	1	1
Bugiardino è scritto troppo pi	1	1
leggere il bugiardino	2	2
Nessuno ha detto delle interf	1	1
Notizie negative	1	1

Figura 86

È un'area che, seppur importante, non è ben rappresentata. Possono essere diversi i motivi per cui apparentemente sembrerebbe un sottodimensionamento dell'informazione sui farmaci, tra i quali la conoscenza pregressa che porta il bisogno di informazione a essere già soddisfatto. Sono pazienti affetti da patologie croniche e in politerapia da anni e, come afferma Tuckett (Tuckett D *et al.*, *Meetings between experts*. London: Tavistock Publications, 1985), rappresentano pazienti consapevoli ed esperti del proprio stato di salute, in grado di individuare le informazioni necessarie e gestire da soli la propria salute. Altre ragioni si possono evidenziare in fattori personali dei singoli pazienti (motivazione, prospettive, aspettative, livello di attivazione ecc):

C'è scritto, lo leggo, c'è il bugiardino poi non bisogna leggere e c'è scritto che ci dà problemi di nausea e dolori addominali.

Perché c'è scritto sul bugiardino. Ogni tanto leggo i bugiardini.

Scrivono troppo e troppo piccolo. Diciamo che andiamo abbastanza bene...

Nessuno me lo ha detto ...anche alla Dottoressa ho portato tutti i fogli ... l'ha tenuti una settimana ma non mi ha detto che cosa dovevo mangiare.

Abbiamo letto che sono quasi tutti integratori.

In alcuni casi, emerge l'impatto della comunicazione delle cattive notizie trovando riscontri in letteratura (Jalali *et al.*, 2023; Paul, 2018; Siraco *et al.*, 2022):

Ho avuto uno shock veramente... non so come ho reagito quando me lo hanno detto che dobbiamo tagliare.

6.5 Riconciliazione farmacologica

Nella Tabella 7 vengono riportate le caratteristiche generali della popolazione analizzata:

- l'età media è di 74,7 anni; la media femminile è di 75,8 anni e quella maschile di 72,6 anni.
- l'85,0% dei pazienti analizzati è in trattamento con più di 5 farmaci al giorno (condizione di politerapia);

- mediamente il numero di patologie da trattare è di 4,6 nella popolazione analizzata, con una media femminile di 4,8 e una media maschile di 4,0;
- in media vengono somministrati 7,4 principi attivi giornalieri a persona (con una media femminile di 6,7 e una media maschile di 8,6), con una media di somministrazioni giornaliere del 9,5 (con una media femminile di 8,0 e una media maschile di 12,2);
- per quanto riguarda le terapie settimanali, la media è di 1,0 somministrazione per paziente (media femminile di 0,9 e media maschile di 1,0); le terapie mensili invece sono più rare, con una media di 0,4 somministrazioni per paziente (media di somministrazione mensile nella popolazione femminile di 0,3 e nella popolazione maschile di 0,6);
- i principi attivi utilizzati al bisogno sono stati mediamente 1,2 per paziente, con un maggior utilizzo nella popolazione femminile (1,6) rispetto a quella maschile (0,3).

PAZIENTE	ETA' ALLA DATA DELL'INTERVISTA	DATA INTERVISTA	SESSO	NUMERO DI PATOLOGIE CRONICHE	NUMERO DI PRINCIPI ATTIVI GIORNALIERI	NUMERO DI PRINCIPI ATTIVI SETTIMANALI	NUMERO DI PRINCIPI ATTIVI MENSILI O CLINICI	NUMERO DI PRINCIPI ATTIVI AL BISOGNO	NUMERO DI SOMMINISTRAZIONI GIORNALIERE
1	61	26/07/2022	M	5	15	1	0	0	22,14
2	67	26/07/2022	F	5	5	1	0	1	5,14
3	69	27/07/2022	F	5	5	0	0	0	6
4	69	27/07/2022	M	2	8	0	0	0	10
5	84	09/08/2022	M	3	4	1	0	1	6,14
6	75	09/08/2022	M	3	12	0	0	0	13
7	70	25/08/2022	M	2	5	1	4	0	12,33
9	74	02/09/2022	M	5	10	4	0	0	16
10	80	14/10/2022	F	4	5	2	0	2	7
11	74	14/10/2022	F	6	9	1	0	2	9,14
12	78	14/10/2022	F	6	8	0	1	2	13,31
13	81	31/10/2022	F	6	5	1	0	0	6
14	87	31/10/2022	F	5	12	3	0	5	13
16	67	25/11/2022	F	3	7	0	1	0	9,03
17	96	01/12/2022	F	3	3	0	0	3	4
18	68	01/12/2022	F	4	4	0	0	1	4
19	74	01/12/2022	F	4	7	0	1	4	7,03
20	64	01/12/2022	F	7	9	2	0	0	12
22	75	09/12/2022	M	8	6	0	0	1	6
23	81	09/12/2022	F	5	8	2	1	1	8,06
Totale, media Maschi, media (n=7)	74,7	/	/	4,6	7,4	1,0	0,4	1,2	9,5
Femmine, media (n=13)	72,6	/	/	4,0	8,6	1,0	0,6	0,3	12,2
	75,8	/	/	4,8	6,7	0,9	0,3	1,6	8,0

Tabella 7: Caratteristiche generali della popolazione analizzata

I dati specifici di ogni terapia seguita dai pazienti analizzati sono riportate nelle Schede Terapeutiche Illustrate di seguito esposte (Tabelle 8-27):

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 12/06/1961
 INFORMAZIONI PAZIENTE: _____
 Nome: S
 Cognome: M
 Età / Genere: 61 / M

Diagnosi: Diabete
Cardiopatia
Infarto del miocardio
Iperensione
Malattia renale cronica

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PANTORC 20 mg 14 compresse Pantoprazolo	Stomaco	Compresse	1 compressa al giorno	No, prima dei pasti	1 CPR					
FORXIGA 10 mg 28 compresse Dapaglifozin	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
VENITRIN T 10 mg/24 h 15 cerotti transdermici Nitroglicerina	Cuore	Cerotto	1 cerotto al giorno	Indifferente	Applicare il cerotto al mattino per 8-12 h			Togliere il cerotto		Applicare su un'area pulita, asciutta e sana della pelle del torace o delle braccia, senza peli o residui di pomate
HUMALOG 200 UI/ml 5 penne preriempite Insulina lispro	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	42 UI al giorno. Il numero di unità varia a seconda del momento della giornata	No, subito prima dei pasti	8 UI	20 UI	14 UI			Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia
LASIX 25 mg 30 compresse Furosemide	Cuore	Compresse	3 compresse al giorno	Si, a digiuno un'ora prima o due ore dopo i pasti	1 CPR	1 CPR		1 CPR		
RANEXA 375 mg 60 compresse Ranolazina	Cuore	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
GLUCOPHAGE UNIDIE 1000 mg 60 compresse Metformina cloridrato	Diabete	Compresse	2 compresse al giorno	No, durante i pasti	1 CPR			1 CPR		
TRIA TEC 5 mg 14 compresse Rampril	Pressione	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		Rispettare l'orario di assunzione
SELOKEN 100 mg 30 compresse Metoprololo tartrato	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	Si, a digiuno un'ora prima o due ore dopo i pasti	1/2 CPR			1/2 CPR		
CARDIOASPIRIN 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicilico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	No, 30 minuti prima dei pasti		1 CPR				
ESKIM 1000 mg 20 capsule molli Omega polienoici	Colesterolo	Capsule molli	1 compressa al giorno	Indifferente			1 CPR			
CARDURA 4 mg 30 compresse Doxazosina	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		
TOUJEO 300 UI/ml 3 penne riempite Insulina glargine	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	32 UI al giorno	Indifferente				32 UI	Somministrare fino a 3 ore dopo (o 3 ore prima) la somministrazione abituale	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia
MAORIS 20 mg/10 mg 20 compresse Rosuvastatina + Ezetimibe	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		Rispettare l'orario di assunzione

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TRULICITY 1,5 mg 4 penne preimpilate Dulaglutide	Diabete	Penna preimpilata uso sottocutaneo	50 UI il mercoledì . L'orario di assunzione è indifferente	Indifferente	50 UI orario indifferente				Assumerla appena se ne ricorda. Nel caso rimangano 3 giorni o meno dalla successiva dose programmata, la dose dimenticata non va presa	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 8: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 1

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 21/04/1955
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: Z
 Cognome: G
 Età / Genere: 67 anni/ F

Diagnosi: Diabete,
 Iperensione,
 Depressione
 Sindrome ansiosa
 Dislipidemia

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TRIA TEC 2,5 mg 28 compresse Ramipril	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Saltare la dose dimenticata e assumere la sua dose normale quando è il momento. Non prendere mai doppia dose	Rispettare l'orario di assunzione
TENORETIC 100 mg/25 mg 28 compresse Atenololo + Clortalidone	Pressione	Compresse	Mezza compressa al giorno	Indifferente	1/2 CPR					
TRAJENTA 5 mg 28 compresse Linagliptin	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Assumere la compressa dimenticata appena se ne ricorda, ma non assumere mai doppia dose nella stessa giornata	Rispettare l'orario di assunzione
TOUJEO 300 unità/ml 3 penne riempite Insulina glargine	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	12 UI una volta al giorno. Prendere ogni giorno alla stessa ora	Indifferente				12 UI	Somministrare fino a 3 ore dopo (o 3 ore prima) la somministrazione abituale	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

ATORVASTATINA MYLAN 10 mg 30 compresse Atorvastatina	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR	Assumere la compressa dimenticata appena se ne ricorda, ma non assumere mai doppia dose nella stessa giornata	
--	-------------	-----------	-----------------------	--------------	--	--	--	-------	---	--

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
Ozempic Pen 0,5 mg/ml 1 penna preriempita + 4 aghi Semaglutide	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	5 UI a settimana il Martedì	Indifferente	5 UI				Assumerla appena se ne ricorda entro i 5 giorni, altrimenti saltare la dose dimenticata	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
XANAX 0,75 mg/ml gocce orali Alprazolam	Ansia	Gocce	Fino a 10 gocce al bisogno	Indifferente				10 GTT		

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 9: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 2

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 11/3/1953
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome O
 Cognome G
 Età / Genere 69 / F

Diagnosi: Epilessia
 Osteoporosi grave
 Poliartrosi grave
 Ipertensione arteriosa
 Dismetabolismo e obesità
 PERIODO: Consegna _____
 Ritiro _____
 Codice fiscale _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ENALAPRIL 5 mg 28 compresse Enalapril maleato	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
GARDENALE 100 mg 20 compresse Fenobarbital	Epilessia	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		
CLOPIDOGREL 75 mg 28 compresse Clopidogrel besilato	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR			Se si ricorda entro le 12 ore assumerla subito, altrimenti saltare la dose	Rispettare l'orario di assunzione del farmaco
MODURETIC 5 mg/ 50 mg 20 compresse Idroclorotiazide + Amiloride	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR				
KEPPRA 500 mg 60 compresse Levetiracetam	Epilessia	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 10: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 3

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 1/7/1953
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome T
 Cognome G
 Età / Genere 69 anni / M

Diagnosi: Diabete tipo 1 scompensato (insulino dipendente) con estese ulcere agli arti inferiori
 Esiti di amputazione piede sinistro
 Cardiopatia ipertensiva
 Non deambula
 PERIODO: Consegna _____
 Ritiro _____
 Codice fiscale _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
OMEPRAZOLO EG 20 mg 14 capsule GR Omeprazolo	Stomaco	Capsule	1 capsula al giorno	Si, a digiuno	1 CPS					
FIASP 100 U/ml soluzione uso EV e SC 5 cartucce Insulina aspart	Diabete	Penna preriempita per uso sottocutaneo	50 UI al giorno	No, 2 minuti prima dell'inizio del pasto	10 UI	20 UI		20 UI	Monitorare il livello glicemico per decidere se è necessaria una dose di insulina	Conservare in frigorifero
COMPUNA 20 mg/10 mg 28 compresse Rosuvastatina + ezetimibe	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR				Rispettare l'orario di assunzione
GLUCOPHAGE 750 mg 60 compresse Metformina cloridrato	Diabete	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente		1 CPR		1 CPR		
TOUJEO 300 U/ml soluzione iniettabile uso SC 3 penne preriempite 1,5 ml Insulina glargine	Diabete	Penna preriempita per uso sottocutaneo	25 UI al giorno	Indifferente			25 UI		Somministrare fino a 3 ore dopo (o 3 ore prima) la somministrazione abituale	Conservare in frigorifero I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia
CARDIOASPIRIN 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicylico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	No, 30 minuti prima dei pasti				1 CPR		
TIMOGEL 1 mg/g gel oftalmico 30 contenitori monodose Timotolo meleato	Occhi - esiti di diabete	Collirio	3 gocce oculari al giorno in ciascun occhio (6 gocce totali al giorno)	Indifferente				3 GTT in ciascun occhio		Se usa altri colliri deve distanziare le applicazioni di almeno 15 minuti

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 11: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 4

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 02/07/1938
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome P
 Cognome N
 Età / Genere 84 / M (vive da solo)

Diagnosi: Tumore della vescica
 Policitemia vera, con necessità di salassi
 Iperensione arteriosa
 PERIODO: _____
 Consegna _____
 Ritiro _____
 Codice fiscale _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
AVODART 0,5 mg 30 capsule molli Dutastaride	Prostata	Capsule molli	1 capsula al giorno	Indifferente	1 CPS					Deglutire la capsula intera, evitando di masticarla o frantumarla
SOTALLEX 80 mg 40 compresse Sotalolo cloridrato	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	SI, a stomaco vuoto	1/2 (mezza) CPR			1/2 (mezza) CPR		Distanziare le somministrazioni di 12 ore
TAREG 160 mg 28 compresse Valsartan	Pressione	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		
COUMADIN 5 mg 30 compresse Warfarin sodico	Anticoagulante	Compresse	In base al valore di INR: 1 compressa al giorno per 3 giorni e poi 1/2 (mezza) compressa al giorno per i giorni successivi. Assumere ogni giorno alla stessa ora	SI, a stomaco vuoto			1 CPR oppure 1/2 (mezza) CPR			Controllare l'INR ogni 15 giorni tramite il servizio delle cure domiciliare. Contatto di Ematologia di Chivasso: 0119176016

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ONCO CARBIDE 500 mg 20 capsule Idrossicarbamide	Sangue	Compresse	1 compressa a settimana il lunedì	Indifferente		1 CPR				Non prenda una dose doppia per compensare la dimenticanza

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
EFFERALGAN oppure TACHIPIRINA 1000 mg 16 compresse Paracetamolo	Dolore	Compresse effervescenti	Al bisogno	No, a stomaco pieno						Non prendere più di 4 compresse al giorno

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 12: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 5

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di nascita: 15/02/1957
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: F
 Cognome: B
 Età / Genere: 75 anni / M

Diagnosi: Cardiopatia ipertensiva
 Diabete
 Artrosi polidistrettuale

PERIODO: Consegna _____
 Ritiro _____
 Codice fiscale _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
LASIX 25 mg 30 compresse Furosemide	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	Sì, a stomaco vuoto (un'ora prima o due ore dopo i pasti)	1 CPR					
REAPTAN 10 mg/5 mg 30 compresse Perindopril + Amlodipina	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	No, prima del pasto	1 CPR					
METOPROLOLO EC 100 mg 30 compresse Metoprololo tartrato	Pressione	Compresse	2 compresse al giorno	Sì, a stomaco vuoto (un'ora prima o due ore dopo i pasti)	1 CPR			1 CPR		
RANEXA 375 mg 60 compresse Ranolazina	Cuore	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		
VENITRIN T 10 mg/24h 15 cerotti transdermici Nitroglicerina	Cuore	Cerotti	1 cerotto al giorno	Indifferente	Applicare il cerotto al mattino			Togliere il cerotto		Applicare su un'area pulita, asciutta e sana della pelle del torace o delle braccia, senza peli o residui di pomate

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
SLOWMET 500 mg 60 compresse Metformina cloridrato	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Assumere il medicinale appena se ne ricorda ma evitare di prendere doppia dose nella stessa giornata	Rispettare l'orario di somministrazione
LUVION 50 mg 40 compresse Canrenone	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
ATORVASTATINA TEVA 40 mg 30 compresse Atorvastatina	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
CLOPIDOGREL 75 mg 28 compresse Clopidogrel besilato	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR	Assumerla entro le 12 ore, altrimenti saltare la dose dimenticata	Rispettare l'orario di somministrazione
CARDOASPIRIN 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicilico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	No, 30 minuti prima del pasto				1 CPR		
ARCOXIA 60 mg 20 compresse Etoricoxib	Artrosi	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		

NOTE DEL MEDICO: _____
 NOTE DEL FARMACISTA: _____
 NOTE DEL PAZIENTE: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

Tabella 13: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 6

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 4/8/1952
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: B
 Cognome: D
 Età / Genere: 70 anni / M

Diagnosi: Gravi disturbi metabolici legati alla perdita di liquidi organici dalla ileostomia
 Necessità di terapia infusionale di supporto
 Tumore del retto

PERIODO: Consegna _____
 Ritiro _____
 Codice fiscale _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ECAMANNAN 595 mg 30 capsule Glucomannano s/glutine	Integratore per la perdita di peso	Compresse	3 compresse al giorno	No, prima dei pasti o durante	1 CPR	1 CPR		1 CPR		
ACTIBUTIR PLUS 760 mg 30 capsule Sodio butirato e fermenti lattici	Nutrizione	Capsule	2 capsule al giorno	Si, a stomaco vuoto	1 CPR			1 CPR		
PANTORC 40 mg 1 flaconcino polvere per soluzione iniettabile per via EV Pantoprazolo	Antiacido	Polvere per soluzione iniettabile	Ogni giorno 1 flaconcino sciolto in 500 ml di soluzione fisiologica (cloruro di sodio 0,9%)	Indifferente			Infusione prima della sacca parenterale			
SACCA PARENTERALE 1000 ML Glicidi + Proteine	Nutrizione	Sacca per nutrizione parenterale	Ogni giorno infusione per 14 ore	Indifferente				Inizio infusione		

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
FISIOLOGICA 0,9% ev soluzione perfusionale 1000 ml Cloruro di sodio 0,9%	Idratazione	Soluzione perfusionale	1000 ML a giorni alterni (in aggiunta alla soluzione fisiologica giornaliera)	Indifferente			Infusione prima della sacca parenterale			

Terapia Ciclica	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TIORFIX 100 mg 20 capsule Racecadotril	Diarrea	Capsule	3 compresse al giorno per 2 settimane al mese (settimane 1 e 2)	No, prima dei pasti	1 CPR	1 CPR		1 CPR		Non prendere insieme a LOPERAMIDE
LOPERAMIDE 2 mg 30 compresse Loperamide	Diarrea	Compresse	3 compresse al giorno per 2 settimane al mese (settimane 3 e 4)	No, prima dei pasti	1 CPR	1 CPR		1 CPR		Non prendere insieme a TIORFIX (Racecadotril)
NORMIX 200 mg 12 compresse Rifaximina	Intestino	Compresse	3 compresse al giorno per due settimane al mese (settimane 1 e 2)	Indifferente	1 CPR	1 CPR		1 CPR		
ZIR FOS 3 g 12 bustine	Integratore di minerali	Bustine	1 bustina al giorno per 10 giorni al mese	Preferibilmente e lontano dai pasti		1 BST				

NOTE DEL MEDICO: _____
 NOTE DEL FARMACISTA: _____
 NOTE DEL PAZIENTE: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

Tabella 14: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 7

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di nascita: 14/02/1948
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: P
 Cognome: F
 Età / Genere: 74 anni / M

Diagnosi: Demenza cronica
 Ileostomia per occlusione intestinale dovuta a
 diverticolosi con peritonite
 Iperuricemia
 Anemia carenziale
 Iperensione

PERIODO: _____
 Consegnato: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
FOLINA 5 mg 28 capsule molli Acido folico	Anemia	Capsule molli	1 capsula al giorno	Indifferente	1 CPS					
ADENURIC 80 mg 28 compresse Febuxostat	Uricemia	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
MAG-2 2,25 g 40 bustine Magnesio pidolato	Integrazione di minerali	Bustine	2 bustine al giorno	Indifferente	1 BUSTINA ore 10		1 BUSTINA ore 16			
CALCIUM SANDOZ 600 mg 20 compresse effervescenti Calcio lattogluconato + Calcio carbonato	Integrazione di minerali	Compresse effervescenti	3 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR		1 CPR	1 CPR		
PALEXIA 50 mg 30 compresse Tapentadolo	Dolore	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		
DIOSMECTAL 3 g 30 bustine Diosmectite	Diarrea	Bustine	2 bustine al giorno	No, dopo i pasti		1 BUSTINA ore 12		1 BUSTINA ore 19		E' preferibile assumere lontano da altri medicinali
FERROGRAD 105 mg 40 compresse Ferroso solfato	Anemia	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente			1 CPR ore 16			Assumere con la spremuta d'arancia

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
FISIOLOGICA 0,9% ev soluzione per infusione 1000 ml Cloruro di sodio 0,9%	Idratazione	Soluzione per infusione endovenosa	1000 ml al giorno tramite <u>midline</u>	Indifferente			Inizio infusione			
SERTRALINA TEVA PHARMA B.V. 50 mg 30 compresse Sertralina cloridrato	Umore	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ATENOLOLO EG 100 mg 50 compresse Atenololo	Iperensione	Compresse	Mezza compressa al giorno per 4 giorni a settimana (giorno 1, giorno 2, giorno 3 e giorno 4)	No, prima dei pasti	1/2 CPR					
ATENOLOLO EG 100 mg 50 compresse Atenololo	Iperensione	Compresse	1 compressa al giorno per 3 giorni a settimana (giorno 5, giorno 6, giorno 7)	No, prima dei pasti	1 CPR					
ROCALTRON 0,5 mcg 30 capsule molli Vitamina D	Integrazione di vitamine	Capsule molli	1 compressa a giorni alterni (lunedì, mercoledì, venerdì, domenica)					1 CPR alle ore 20		Ricominciare il ciclo di assunzione il lunedì
BINOCRIT 10000 UI/1 ml 6 siringhe preriempite Epoetina alfa	Anemia	Siringa preriempita per uso sottocutaneo	3 siringhe a settimana: lunedì, mercoledì e venerdì							

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: Il paziente riferisce scarsa tollerabilità a midline (2 ricoveri e sanguinamenti)

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 15: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 9

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 02/06/1942
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: S
 Cognome: F
 Età / Genere: 80 / F

Diagnosi: Trombosi arti inferiori
 Cardiopatia ipertensiva
 Ipotiroidismo
 ernia iatale
 Artrosi con esiti di frattura al femore

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PANTORC 20 mg 14 compresse Pantoprazolo	Stomaco	Compresse	1 compressa al giorno	No, 1 ora prima dei pasti	1 CPR					
LASIX 25 mg 30 compresse Furosemide	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	Si, a digiuno. Un'ora prima o due ore dopo i pasti	1 CPR					
LANOXIN 0,125 mg 30 compresse Digossina	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
BISOPROLOLO SANDOZ 1,25 mg 28 compresse Bisoprololo fumarato	Pressione	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		
XARELTO 20 mg 28 compresse Rivaroxaban	Anticoagulante	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR	Prendere Xarelto immediatamente e proseguire il giorno seguente con l'assunzione monogiornaliera abituale	

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
EUTIROX 25 mcg 50 compresse Levotiroxina sodica	Tiroide	Compresse	2 compresse a settimana: lunedì e venerdì	Si, a digiuno. Un'ora prima o due ore dopo i pasti	1 CPR				Non prendere la dose dimenticata, ma prenda la dose normale il giorno seguente. Non assumere mai doppia dose	
EUTIROX 50 mcg 50 compresse Levotiroxina sodica	Tiroide	Compresse	5 compresse a settimana: martedì, mercoledì, giovedì, sabato e domenica	Si, a digiuno. Un'ora prima della colazione.	1 CPR				Non prendere la dose dimenticata, ma prenda la dose normale il giorno seguente. Non assumere mai doppia dose	

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
OKI 80 mg 30 bustine bipartite Ketoprofene sale di lisina	Dolori	Bustine	Al bisogno: 1 bustina dopo i pasti principali	No, dopo i pasti						Non superare la dose massima di 3 bustine al giorno. Non prendere con BRUFEN (ibuprofene)
BRUFEN 600 mg 30 compresse Ibuprofene	Dolori	Compresse	Al bisogno: 1 compressa dopo i pasti principali	No, dopo i pasti						Non superare la dose massima di 3 compresse al giorno. Non prendere con OKI (Ketoprofene)

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 16: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 10

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 24/10/1947
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: A
 Cognome: C
 Età / Genere: 74 / F

Diagnosi: Intervento valvola aortica,
 Cardiopatia valvolare,
 Diabete tipo 1 (insulino-
 dipendente),
 Vasculopatia periferica,
 Intervento per varici,
 Asma,
 Artrosi,
 Dismetabolismo

PERIODO:

Consegna
 Ritiro

Codice fiscale

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PANTORC 20 mg 14 compresse Pantoprazolo	Stomaco	Compresa	1 compressa al giorno	No, 1 ora prima dei pasti	1 CPR					
LASITONE 25 mg + 37 mg 20 capsule rigide Furosemide/ Spironolattone	Cuore	Capsula	1 compressa al giorno	No, prima dei pasti	1 CPR				Prendere la capsula prima di pranzo. Non si consiglia l'assunzione alla sera	
BISOPROLOLO SANDOZ 1,25 mg 28 compresse Bisoprololo	Pressione	Compresa	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
IRBESARTAN TEVA 300 mg 28 compresse Irbesartan	Pressione	Compresa	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR ore 10					
TORVAST 20 mg 30 compresse Atorvastatina sale di calcio	Colesterolo	Compresa	2 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		
XARELTO 15 mg 42 compresse Rivaroxaban	Anticoagulante	Compresa	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR			Prendere immediatamente appena si ricorda e proseguire il giorno seguente con l'assunzione abituale	Rispettare l'orario di somministrazione

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
LASIX 25 mg 30 compresse Furosemide	Cuore	Compresa	1 compressa al giorno	Sì, a digiuno. Un'ora prima o due ore dopo i pasti			1 CPR ore 18			
TOUJEO 300 unità/ml 3 penne preriempite Insulina glargine	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	30 UI al giorno	Indifferente				30 UI	Somministrare fino a 3 ore dopo (o 3 ore prima) la somministrazione abituale	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TRULICITY 0,75 mg 4 penne preriempite Dulaglutide	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	5 UI il mercoledì. L'orario di assunzione è indifferente	Indifferente				5 UI	Assumerla appena se ne ricorda. Nel caso rimangano 3 giorni o meno dalla successiva dose programmata, la dose dimenticata non va presa	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
AULIN 100 mg 30 bustine Nimesulide	Dolori	Bustina	Al bisogno assumere fino a 2 bustine in corrispondenza dei pasti principali	No, dopo i pasti						Non superare la dose massima di 2 bustine al giorno per un massimo di 15 giorni
VENTOLIN SPRAY 100 mcg 1 contenitore sotto pressione 200 erogazioni Salbutamolo	Asma	Spray	Al bisogno, fino a 2 inalazioni 4 volte al giorno. Orario di assunzione indifferente	Indifferente						Agitare bene prima dell'utilizzo. Spruzzare i primi 2 puff in aria per caricare il dispositivo

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 17: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 11

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di nascita: 12/7/1944
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: V
 Cognome: P
 Età / Genere: 78 / F

Diagnosi: Diabete scompensato dovuto all'alimentazione e sedentarietà
 Cardiopatia ischemica ipertensiva
 Insufficienza renale cronica
 Artrosi diffusa
 Anemia
 Gotta

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PANTORC 40 mg 14 compresse Pantoprazolo	Stomaco	Compresse	1 compressa al giorno	No, 1 ora prima dei pasti	1 CPR					
LASIX 25 mg 30 compresse Furosemide	Cuore	Compresse	3 compresse al giorno	Si, a digiuno 1 ora prima o 2 ore dopo i pasti	1 CPR ore 7	1 CPR ore 13		1 CPR		Distanziare le prime due compresse di almeno 4 ore
FIASP 100 U/ml 5 penne preriempite Insulina aspart	Diabete	Penna preriempita per uso sottocutaneo	38 UI al giorno divise in 3 somministrazioni al giorno	No, 2 minuti prima dell'inizio del pasto	10 UI	20 UI		8 UI	Assumere entro 20 minuti dopo l'inizio del pasto	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia
BISOPROLOLO TEVA 1,25 mg 28 compresse Bisoprololo fumarato	Pressione	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
XARELTO 15 mg 42 compresse Rivaroxaban	Anticoagulante	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR			Assumere il medicinale appena se ne ricorda ma evitare di prendere doppia dose nella stessa giornata	Rispettare l'orario di somministrazione del medicinale
NORVASC 10 mg 14 compresse Amlodipina besilato	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		
ADENURIC 20 mg 28 compresse Febuxostat	Gotta	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		
TOUJEO 300 U/ml 3 penne preriempite Insulina glargine	Diabete	Penna preriempita per uso sottocutaneo	40 UI al giorno. Prendere ogni giorno alla stessa ora	Indifferente				40 UI	Somministrare fino a 3 ore dopo (o 3 ore prima) la somministrazione abituale	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
INSULINA NovoRapid PumpCart 100 U/ml 5 cartucce preriempite da 1,6 ml	Diabete	Fiala per uso sottocutaneo	1 cartuccia ogni 6 giorni da inserire nella pompa per l'insulina	Indifferente						Ogni 6 giorni bisogna cambiare il catetere e il bottone adesivo, cambiando anche la cartuccia indipendentemente e se contiene ancora dell'insulina all'interno
Adattatore adesivo e catetere per collegare la pompa per l'insulina	Diabete	Catetere e cerotto	1 bottone da cambiare ogni 6 giorni da collegare alla pompa per l'insulina	Indifferente						

Terapia Mensile	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
FOLINA 5 mg 20 capsule molli Acido folico	Anemia	Capsule molli	5 capsule al mese, assumendo 1 capsula al giorno i primi 5 giorni del mese	Indifferente						

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TACHIDOL 500 mg + 30 mg 10 bustine Paracetamolo/ Codeina	Dolori	Bustine di granulato effervescente	Al bisogno, da 1 a 2 bustine al giorno	No, dopo i past						Non superare la dose massima giornaliera di 2 bustine al giorno

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 18: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 12

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 6/2/1941
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: C
 Cognome: M
 Etá / Genere: 81 anni / F

Diagnosi: Ipotiroidismo
 Diabete tipo 2
 BPCO
 Artrosi
 Dolori diffusi causati da una caduta (circa 20 anni fa)
 Gotta

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
METFORMINA 500 mg 30 compresse Metformina cloridrato	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	No, durante o dopo i pasti	1 CPR					
TRIAMLO 5 mg/5 mg 28 capsule Ramipril + Amlodipina	Pressione	Capsule rigide	2 capsule al giorno	Indifferente	1 CPR	1 CPR				
ALLOPURINOLO SANDOZ 100 mg 50 compresse Allopurinolo	Gotta	Compresse	1 compressa al giorno	No, dopo il pasto				1 CPR		
ATORVASTATINA MYLAN GENERICS 20 mg 30 compresse Atorvastatina	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
EUTIROX 100 mcg 50 compresse Levotiroxina sodica	Tiroide	Compresse	1 compressa al giorno a giorni alterni (lunedì, mercoledì, venerdì, domenica)	Si, 1 ora prima dei pasti	1 CPR alle ore 7				Non prendere la dose dimenticata, ma prendere la dose normale il giorno seguente. Non assumere doppia dose per compensare la dimenticanza	Ricominciare il ciclo ogni lunedì
EUTIROX 75 mcg 50 compresse Levotiroxina sodica	Tiroide	Compresse	1 compressa al giorno a giorni alterni (martedì, giovedì, sabato)	Si, 1 ora prima dei pasti	1 CPR alle ore 7				Non prendere la dose dimenticata, ma prendere la dose normale il giorno seguente. Non assumere doppia dose per compensare la dimenticanza	

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 19: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 13

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 14/10/1935
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: MG
 Cognome: I
 Età / Genere: 87 anni/F

Diagnosi: Alluce valgo grave
 Frattura di femore bilaterale
 BPCO
 Cedimenti alla colonna vertebrale
 Artrosi
 Disfunzione della valvola mitrale
 Diabete
 Cancro alla mammella trattato con chemioterapia

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PANTOPRAZOLO PENZA 20 mg 14 compresse Pantoprazolo	Stomaco	Compresse	1 compressa al giorno	No, 1 ora prima dei pasti	1 CPR					
VALSARTAN 80 mg 28 compresse Valsartan	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
BISOPROLOLO SANDOZ 2,5 mg 28 compresse Bisoprololo	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					
CLENIL 800 µg/2ml 20 fiale monodose Beclometasone diorinuinato	BPCO	Fiale per aerosol	1 fiala al giorno	Indifferente	1 FIALA					Fare l'aerosol insieme al Flumucil. Dopo l'utilizzo sciacquare la bocca.
FLUIMUCIL 300 mg/ 3ml 10 fiale N-acetilcisteina	BPCO	Fiale per aerosol	1 fiala al giorno	Indifferente	1 FIALA					Fare l'aerosol insieme al Clenil. Dopo l'utilizzo sciacquare la bocca.
TARGIN 5 mg/ 2,5 mg 28 compresse Oxicodone + naloxone	Dolore	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente	1 CPR			1 CPR		

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
VENITRIN T 5mg/24h 15 cerotti Nitroglicerina	Cuore	Cerotti	1 cerotto al giorno	Indifferente	Applicare il cerotto			Togliere il cerotto		Applicare su un'area pulita, asciutta e sana della pelle del torace o delle braccia, senza peli o residui di pomate
CARDIOASPIRIN 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicilico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	No, 30 minuti prima dei pasti		1 CPR		Assumere appena se ne ricorda		
TRAJENTA 5 mg 28 compresse Linagliptin	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	No, prima di pranzo		1 CPR ore 12		Assumere appena se ne ricorda. Non assumere una dose doppia nello stesso giorno		Assumere il farmaco ogni giorno alla stessa ora
LETROZOLO MYLAN GENERICS 2,5 mg 30 compresse Letrozolo	Mammella	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR		Prendere non appena si ricorda. Se mancano 3 ore o meno alla dose successiva, la dose dimenticata non va presa		Assumere il farmaco ogni giorno alla stessa ora
VOLTAREN EMULGEL 2% gel 100 g Diclofenac	Dolore	Gel	Ogni giorno applicarlo sulle mani la sera prima di andare a dormire	Indifferente				Applicare il gel sulle zone interessate		

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
LASIX 25 mg 30 compresse Furosemide	Cuore	Compresse	2 compresse al giorno a giorni alterni (lunedì, mercoledì, venerdì, domenica)	Si, a digiuno 1 ora prima o 2 ore dopo i pasti	1 CPR		1 CPR ore 16			Ricominciare il ciclo ogni lunedì
LASITONE 25 mg/37 mg 20 capsule Furosemide + spironolattone	Cuore	Capsule	2 capsule al giorno a giorni alterni (martedì, giovedì, sabato)	No, durante i pasti	1 CPR	1 CPR				Assumere con una grande quantità di acqua

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
VENTOLIN SPRAY 100 mcg 1 contenitore sotto pressione 200 erogazioni Salbutamolo	Asma	Spray	Al bisogno , fino a 2 inalazioni 4 volte al giorno. Orario di assunzione indifferente	Indifferente						Agirare bene prima dell'utilizzo. Spruzzare i primi 2 puffi in aria per caricare il dispositivo
ZIRTEC 10 mg 20 compresse Cetirizina dicloridrato	Prurito	Compresse	Al bisogno	Indifferente	1 CPR					Non superare la dose massima di 1 compressa al giorno
TACHIPIRINA 1000 mg 12 compresse effervescenti Paracetamolo	Dolore e febbre	Compresse effervescenti	Al bisogno , fino a 1 compressa ogni 6 ore	Indifferente						Non superare la dose massima di 4 compresse al giorno. Non prendere insieme a BRUFEN o CODAMOL

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
BRUFEN 600 mg 30 compresse Ibuprofene	Dolore	Compresse	Al bisogno , fino a 1 compressa ogni 8 ore	Dopo i pasti						Non superare la dose massima di 3 compresse al giorno. Non prendere insieme a TACHIPIRINA
CODAMOL oppure TACHIDOL 500 mg/30 mg 16 compresse Paracetamolo + codeina	Dolore	Compresse	Al bisogno , fino a 3 compresse al giorno in base all'entità di dolore a intervalli di 6 ore	Indifferente						Non prendere insieme a TACHIPIRINA (Paracetamolo)

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 20: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 14

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 07/12/1955
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: MM
 Cognome: A
 Età / Genere: 67/F

Diagnosi: Ipertensione arteriosa
 Epilessia
 Poliartrrosi con osteoporosi

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
SEROXAT 20 mg 28 compresse Paroxetina cloridrato emidrato	Epilessia	Compresse	Mezza compressa al giorno	No, durante i pasti	1/2 (mezza) CPR ORE 7					
FRONTAL 0,5 mg 30 compresse Alprazolam	Ansia	Compresse	1 compressa al giorno divisa in 2 metà	Indifferente	1/2 (mezza) CPR			1/2 (mezza) CPR ORE 21		
TEGRETOL 400 mg 30 compresse Carbamazepina	Epilessia	Compresse	1 compressa e mezza al giorno	Indifferente	1 CPR			1/2 (mezza) CPR		Distanziare l'assunzione dagli altri farmaci
DEPAKIN CHRONO 500 mg 30 compresse Acido valproico + Sodio valproato	Epilessia	Compresse	2 compresse al giorno	Indifferente		1 CPR ORE 13		1 CPR ORE 21		

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TOPAMAX 100 mg 60 compresse Topiramato	Epilessia	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR ORE 22		Non spezzare le compresse
RIVOTRIL 2,5 mg/ml gocce orali Clonazepam	Epilessia	Gocce	10 gocce al giorno	Indifferente				10 GTT		Non assumere Rivotril gocce versandolo in bocca direttamente dal flacone

Terapia Mensile	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
DIBASE 25.000 UI/2,5 ml 1 contenitori monodose Colecalciferolo	Integrazione di vitamina D	Flaconcino	1 flaconcino al mese	No, durante i pasti						

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 21: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 16

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 29/01/1926
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: C
 Cognome: B
 Eta / Genere: 96 / F

Diagnosi: Parziale cecità (asportazione d'occhio)
 ipertensione
 Ipertroidismo
 Artrosi
 PERIODO:
 Codice fiscale

Consegna
 Ritiro

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
LEVOTIROXINA 75 mcg 50 compresse Levotiroxina sodica	Tiroide	Compresse	1 compressa al giorno	Si, 1 ora prima dei pasti	1 CPR				Non prendere la dose dimenticata, ma prendere la dose normale il giorno seguente	
PANTOPRAZOLO 20 mg 28 compresse Pantoprazolo	Stomaco	Compresse	1 compressa al giorno	Si, 1 ora prima dei pasti	1 CPR					
MOVICOL 13,7 polvere per soluzione orale 20 bustine	Stipsi	Bustine	2 bustine al giorno	Indifferente	1 BUST			1 BUST		Distanziare l'assunzione dagli altri farmaci

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PARACETAMOLO 1000 mg 16 compresse Paracetamolo	Dolore	Compresse	Al bisogno , fino a 1 compressa ogni 6 ore	No, dopo i pasti	1 CPR					Non prendere più di 4 compresse al giorno
VITALMIX COMPLEX 12 flaconcini	Energizzante	Flaconcini	Al bisogno	Indifferente	1 FLAC					
BIOCHETASI 18 bustine	Stomaco	Bustine	Al bisogno , fino a 2 bustine 3 volte al giorno	Indifferente						Prendere in caso di bruciore di stomaco. Distanziare le somministrazioni di 8 ore

NOTE DEL MEDICO:

NOTE DEL FARMACISTA:

NOTE DEL PAZIENTE:

FIRMA DEL MEDICO:

Tabella 22: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 17

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 05/05/1954
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: _____
 Cognome: _____
 Et  / Genere: 68/ F

Diagnosi: Iperensione arteriosa
 Ischemia
 Asma
 Glaucoma

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ENALAPRIL 20 mg 28 compresse Enalapril maleato	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Non prendere la compressa dimenticata e saltare la dose	Rispettare l'orario di assunzione
ALIFLUS SPRAY 25 mcg/125 mcg* 1 inalatore 120 dosi Salmeterolo + Fluticasone <i>*il dosaggio indicato � quello pi� basso presente in commercio</i>	Asma	Spray	4 inalazioni al giorno divise in 2 somministrazioni	Indifferente	2 PUFF			2 PUFF		Distanziare di circa 30 secondi le 2 inalazioni. Dopo l'utilizzo sciacquare la bocca con acqua
SAFLUTAN 15 mcg/ml 30 flaconcini monodose Tafuprost	Occhi	Collirio	2 gocce al giorno, 1 goccia in ciascun occhio	Indifferente				1 GTT in entrambi gli occhi		
Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00	Se si dimentica	Precauzioni
MG K VIS Sali minerali 14 bustine Magnesio, Potassio e Creatina	Energia	Bustine	2 bustine al giorno ogni 2-3 giorni a seconda dell'intensit� dei dolori muscolari	Si, almeno 1 ora prima o 2 ore dopo i pasti	Orario indifferente					Dopo aver solubilizzato il prodotto in un bicchiere d'acqua, bere immediatamente

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 23: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 18

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 03/08/1948
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: V
 Cognome: A
 Età / Genere: 74/ F

Diagnosi: Polmonite
 BPCO
 Asma
 Poliposi nasale
 Diabete istrogeno

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
PLAUNAZIDE 20 mg/12,5 mg 28 compresse Olmesartan medoxomil + Idroclortiazide	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					Assumere ogni giorno alla stessa ora
NASONEX SPRAY 50 mcg/erogazione spray nasale 1 flacone da 140 erogazioni Mometasone Furoato	Congestione nasale	Spray nasale	8 erogazioni al giorno: 2 erogazioni in ciascuna narice 2 volte al giorno	Indifferente	2 erogazioni in ciascuna narice			2 erogazioni in ciascuna narice		Agitare bene il contenitore prima dell'utilizzo. Per ottenere un getto uniforme spruzzare in aria i primi 10 spruzzi
MONTEGEN 10 mg 28 compresse Montelukast sodico	Asma	Compresse	1 volta al giorno	Indifferente		1 CPR				
CALCIOBASE 30 stick 10 ml Calcio citrato	Ossa	Bustine stick	1 bustina al giorno	Indifferente		1 BUST				
BRONCOSITOL 10 fiale 3 ml Inositolo	Polmoni	Fiale per aerosol	1 fiala al giorno	Indifferente				1 fiala per aerosol		Una volta aperta la fiala, utilizzarla immediatamente
OSSIGENO CON NIV Aria medicinale sintetica	Polmoni	Bombola	Iniziare la ventilazione non invasiva nella fase notturna	Indifferente				Prima di coricarsi iniziare la NIV		

Terapia Mensile	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
DIBASE 25000 UI/2,5 ml in contenitore monodose Colecalciferolo	Ossa	Flacone monodose	1 contenitore monodose al mese	No, durante i pasti						

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
DIAMICRON 30 mg 60 compresse Gliclazide	Diabete	Compresse	Misurare la glicemia e se necessario assumere 1 compressa al giorno	Indifferente, ma nel caso di disturbi intestinali, assumere dopo i pasti		1 CPR			Non prendere la compressa dimenticata. Continuare la terapia il giorno seguente con la dose normale	Nel caso caso di livelli glicemici elevati per più giorni consecutivi, continuare la terapia e contattare il medico
VENTOLIN SPRAY 100 mcg 1 contenitore sotto pressione 200 erogazioni Salbutamolo	Asma	Spray	Al bisogno , fino a 2 inalazioni 4 volte al giorno. Orario di assunzione indifferente	Indifferente						Agitare bene prima dell'utilizzo. Spruzzare i primi 2 puff in aria per caricare il dispositivo
DELTACORTENE 25 mg 10 compresse Prednisone	Asma	Compresse	In caso di peggioramento dei sintomi , prendere 1 compressa al giorno per 3 giorni e mezza compressa al giorno i giorni 4 e 5. Sospendere il giorno 6	Indifferente						

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
AULIN 100 mg 30 compresse Nimesulide	Dolore	Compresse	Al bisogno , fino a 2 compresse al giorno	No, dopo i pasti						Assumere per il minor tempo possibile e non superare mai i 15 giorni di trattamento

NOTE DEL MEDICO: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

NOTE DEL FARMACISTA: _____

NOTE DEL PAZIENTE: _____

Tabella 24: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 18

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di Nascita: 13/09/1958
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: E
 Cognome: G
 Età / Sesso: 64 / F

Diagnosi: Diabete
 Ulcere arti inferiori
 Nefropatia
 Osteopenia
 Gotta
 Ipercolesterolemia
 Artrosi
 Fibrillazione atriale/ angina

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ANTRA 20 mg 14 capsule Omeprazolo	Stomaco	Capsule	1 compressa al giorno	Si, 1 ora prima dei pasti	1 CPR					
DIAMICRON 60 mg 30 compresse Gliclazide	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Non prendere la compressa dimenticata. Continuare la terapia il giorno seguente con la dose normale	Deglutire la compressa senza frantumarla o masticarla. In caso di disturbi intestinali assumere il medicinale dopo i pasti
MEDROL 16 mg 20 compresse Metilprednisolone	Artrosi	Compresse	1/4 (un quarto) di compressa al giorno	No, dopo i pasti	1/4 (un quarto) CPR alle ore 10					
PROCORALAN 5 mg 56 compresse Ivabradina cloridrato	Cuore	Compresse	2 compresse al giorno	No, durante i pasti	1 CPR			1 CPR		
AMLODIPINA 5 mg 28 compresse Amlodipina besilato	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1/2 (mezza) CPR			1/2 (mezza) CPR		
TRAJENTA 5 mg 28 compresse Linagliptin	Diabete	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR			Assumere appena se ne ricorda e continuare il giorno seguente con la dose normale	
ACIDO ACETILSALICILICO MYLAN 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicilico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	Si, dopo i pasti		1 CPR			Assumere appena se ne ricorda e continuare il giorno seguente con la dose normale	

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
ARCOXIA 60 mg 20 compresse Etoricoxib	Dolore	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		Per un sollievo immediato dei sintomi può assumere il farmaco a stomaco vuoto
ATORVASTATINA 10 mg 30 compresse Atorvastatina sale di calcio	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente				1 CPR		

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
OMEGA 3 EG 1000 mg 30 capsule molli Acidi omega-3 esteri etilici 90	Colesterolo	Capsule molli	1 capsula al giorno a giorni alterni, alternando con Allopurinolo (giorni 1, 3, 5, 7)	Indifferente			1 CPS alle ore 16			Deglutire la capsula intera con acqua
ALLOPURINOLO 100 mg 30 compresse Allopurinolo	Gotta	Compresse	1 compressa al giorno a giorni alterni, alternando con Omega-3 (giorni 2, 4, 6)	No, dopo i pasti		1 CPR				Rispettare l'orario di assunzione

NOTE DEL MEDICO: _____
 NOTE DEL FARMACISTA: _____
 NOTE DEL PAZIENTE: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

Tabella 25: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 20

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di nascita: 08/07/1941
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome: C
 Cognome: F
 Età / Genere: 75/ M

Diagnosi: Diabete di tipo 2
 Ipertrofia prostatica benigna
 Agitazione psicomotoria
 Parkinsonismo
 Depressione
 Cardiopatia ischemica
 Ipertensione arteriosa

PERIODO: _____
 Consegna: _____
 Ritiro: _____
 Codice fiscale: _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TAMSULOSINA 0,4 mg 20 capsule Tamsulosina	Prostata	Capsula	1 capsula al giorno	No, dopo il primo pasto della giornata	1 CPR				Saltare la dose dimenticata e continuare il giorno seguente con la dose giornaliera prescritta	Deglutire la capsula senza frantumarla o masticarla
VELMETIA 50 mg + 850 mg* 56 compresse Sitagliptin + metformina <i>*il dosaggio indicato è quello più basso presente in commercio</i>	Diabete	Compresse	2 compresse al giorno	No, con i pasti	1 CPR			1 CPR		
ATORVASTATINA 10 mg* 30 compresse Atorvastatina <i>*il dosaggio indicato è quello più basso presente in commercio</i>	Colesterolo	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente		1 CPR				
ASPIRINETTA 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicilico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	No, dopo i pasti				1 CPR		

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
TOUJEO 300 UI/ml 3 penne riempite Insulina glargine	Diabete	Penna preriempita uso sottocutaneo	32 UI al giorno	Indifferente				7 UI	Somministrare fino a 3 ore dopo (o 3 ore prima) la somministrazione abituale	Conservare in frigorifero. I siti di iniezione da sottoporre a rotazione sono: zona addominale, deltoide o coscia

Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
MULTICENTRUM UOMO 50+ 30 compresse	Integratore alimentare	Compresse	Al bisogno, 1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR					Può essere assunto anche per periodi prolungati

NOTE DEL MEDICO: _____
 NOTE DEL FARMACISTA: _____
 NOTE DEL PAZIENTE: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

Tabella 26: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 22

Scheda Terapeutica Illustrata

Data di nascita: 28/02/1947
 INFORMAZIONI PAZIENTE:
 Nome M
 Cognome C
 Età / Genere 81 / F

Diagnosi: Diabete
 Cardiopatia ischemica
 Disturbi metabolici
 Ipercolesterolemia
 Ipertiroidismo

PERIODO: _____
 Consegna _____
 Ritiro _____
 Codice fiscale _____

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
CARDICOR 1,25 mg 28 compresse Bisoprololo fumarato	Cuore	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Non prendere doppia dose per compensare la dimenticanza. Prenda la dose abituale il mattino successivo	
ZANIPRIL 20 mg/ 10 mg 28 compresse Enalapril + Lercanidipina	Pressione	Compresse	1 compressa al giorno	No, 15 minuti prima dei pasti	1 CPR				Non prendere doppia dose per compensare la dimenticanza. Prenda la dose abituale il mattino successivo	Non assumere con succo di pompelmo
TAPAZOLE 5 mg 100 compresse Tiamazolo	Tiroide	Compresse	1 compressa al giorno	Indifferente	1 CPR				Non prendere doppia dose per compensare la dimenticanza	
SERTRALINA ALTER 50 mg 30 compresse Sertralina cloridrato	Umore	Compresse	Mezza compressa al giorno	Indifferente	1/2 (mezza) CPR				Non prenda la compressa dimenticata. Prenda la dose successiva all'ora giusta	Evitare l'interruzione brusca del trattamento
CARDIOASPIRIN 100 mg 30 compresse Acido acetilsalicilico	Antiaggregante	Compresse	1 compressa al giorno	No, 30 minuti prima dei pasti		1 CPR				

Terapia Giornaliera	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
METFORMINA 500 mg* 60 compresse <i>"il dosaggio indicato è quello più basso presente in commercio"</i>	Diabete	Compresse	1/2 (Mezza) compressa al giorno	Indifferente		1/2 (mezza) CPR				
TRITTICO 60 mg/ml flacone 30 ml Trazodone cloridrato	Umore	Gocce orali	10 gocce al giorno	No, preferibilmente e a stomaco pieno				10 GTT		Diluire le gocce in poca acqua o altri liquidi

Terapia Settimanale	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
DEURSIL 150 mg* 20 capsule Acido ursodesossilico <i>"il dosaggio indicato è quello più basso presente in commercio"</i>	Calcoli	Capsula	1 capsula a giorni alterni	Indifferente		1 CPR				La dose raccomandata è di 300 mg al giorno, suddivisa in 2-3 somministrazioni
ALLOPURINOLO 100 mg* 50 compresse <i>"il dosaggio indicato è quello più basso presente in commercio"</i>	Gotta	Compresse	1 compressa a giorni alterni	Dopo i pasti		1 CPR				Assumere sempre alla stessa ora del giorno

Terapia Mensile	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
					7.00 - 10.00	11.00 - 13.00	15.00 - 18.00	19.00 - 23.00		
DIFOSFONAL 200 mg/ 40 mg 3 fiale Acido clodronico sale disodico tetraidrato	Ossa	Fiale di soluzione iniettabile con lidocaina per uso intramuscolare	Una fiala ogni 16 giorni						Disinfettare la pelle prima dell'iniezione. Dopo aver inserito l'ago, aspirare prima di iniettare il medicinale. Evitare di massaggiare la sede di iniezione.	
Terapia al Bisogno	A cosa serve	Forma	Posologia	Lontano dai pasti	ORARI				Se si dimentica	Precauzioni
TACHIPIRINA 100mg 16 compresse Paracetamolo	Dolori	Compresse	Al bisogno, 1 compressa ogni 6 ore	No, dopo i pasti						Non superare la dose massima di 4 compresse al giorno
NOTE DEL MEDICO: _____					FIRMA DEL MEDICO: _____					
NOTE DEL FARMACISTA: _____										
NOTE DEL PAZIENTE: _____										

Tabella 27: Scheda Terapeutica Illustrata paziente 23

Successivamente alla Ricognizione terapeutica, segue la fase di Riconciliazione. Si esegue un'analisi della terapia del singolo paziente, in modo da esplorare l'appropriatezza prescrittiva in termini di compatibilità dei medicinali con le condizioni del paziente in termini di età, patologie, funzionalità di organi e da indagare eventuali interazioni tra molecole.

Per ogni paziente sono state elaborate le schede di Riconciliazione, le quali contengono le potenziali inapproprietezze prescrittive (PIP) rilevate secondo i principali criteri di inapproprietezza (criteri di Beers, criteri di STOPP, interazioni farmacologiche controindicate e maggiori secondo Micromedex, ACB score) e le proposte per modificare la terapia. Tali schede sono state consegnate al medico curante in modo che possa valutarle e prendere in considerazione l'eventuale modifica della terapia per migliorare la terapia farmacologica dell'assistito.

Di seguito l'esposizione delle varie schede di Riconciliazione della terapia.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 1 SM

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Il paziente ha 62 anni e quindi i criteri di appropriatezza prescrittiva secondo Beers e STOPP non sono applicabili per età under 65; tuttavia, abbiamo elaborato una proposta di Riconciliazione della terapia sulla base delle inappropriatezze prescrittive rilevate, dal momento che il paziente è stato incluso nello studio in quanto considerato complesso. In assenza di indicazioni specifiche (come ulcere peptiche complicate) valutare la deprescrizione del Pantoprazolo.

Si raccomanda di monitorare i livelli degli elettroliti perché l'assunzione di Furosemide e di Ramipril può causare alterazione di elettroliti, ovvero il primo farmaco una riduzione dei livelli di sodio e potassio, e il secondo un aumento dei livelli di potassio. Inoltre, si consiglia di monitorare la funzionalità renale e, in caso di peggioramento, di valutare la modifica della terapia antidiabetica (Metformina).

Infine, si raccomanda di rivalutare la terapia antiipertensiva (6 principi attivi diversi) in quanto risulta molto complessa e potrebbe essere difficile da seguire per il paziente (mancanza di aderenza terapeutica).

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 1

FARMACO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	BEERS APPLICABILE
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	Sì
FUROSEMIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	Sì

FARMACO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
PANTOPRAZOLO	Gli inibitori di pompa protonica (IPP) a piene dosi per più di 8 settimane sono sconsigliati nel trattamento di ulcere peptiche non complicate o esofagiti peptiche erosive.	ulcere peptiche non complicate o esofagiti peptiche erosive	Condizionato (impossibilità di escludere precedenti esofagiti)
RAMIPRIL	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato
METFORMINA	Se la GFR < 30 ml/min/1,73 m ² vi è il rischio di acidosi lattica.	GFR < 30 ml/min/1,73 m ²	Condizionato

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 1:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Acido acetilsalicilico - Furosemide	Maggiore	Tossicità da salicilati Ridotto effetto diuretico Nefrotossicità
Acido acetilsalicilico - Metformina	Maggiore	Ipoglicemia
Furosemide - Ramipril	Maggiore	Ipotensione Insufficienza renale

Scheda di Riconciliazione del Paziente 2 ZG

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di prestare attenzione ad un aumentato rischio di cadute quando viene assunto Alprazolam (al bisogno). Si consiglia di monitorare i livelli di potassio poiché Ramipril può causare iperkaliemia.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 2:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	BEERS APPLICABILE
ALPRAZOLAM	Maggiore sensibilità e ridotto metabolismo delle benzodiazepine a lunga durata d'azione negli anziani. Aumentato rischio di deterioramento cognitivo, delirium, cadute, fratture e incidenti automobilistici. Può essere indicato per disturbi convulsivi,	Sempre applicabile	Sì
ALPRAZOLAM	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute; le benzodiazepine a breve durata d'azione non sono più sicure. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi)	precedenti cadute o fratture	Condizionato

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
ALPRAZOLAM	Le benzodiazepine sono sedative e possono causare sensi ridotti e disturbi dell'equilibrio.	Sempre applicabile	Sì
RAMIPRIL	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato
ALPRAZOLAM	Per le benzodiazepine: rischio di sedazione prolungata, confusione, disequilibrio, cadute e incidenti per trattamenti di durata > 4 settimane non altrimenti giustificati. In caso di sospensione improvvisa possibile sindrome da astinenza.	Sempre applicabile	Sì

Per la paziente numero 2 non sono state rilevate interazioni farmacologiche controindicate o maggiori secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 3 OG

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di monitorare i livelli di sodio e potassio e di valutare una modifica della terapia antiipertensiva (in particolare di Enalapril) in caso di iperkaliemia.

Si ricorda che l'assunzione di antiepilettici (Fenobarbital e Levetiracetam) può aumentare il rischio di cadute e alterare le funzioni psicomotorie negli anziani secondo i criteri di Beers e STOPP.

Infine, si raccomanda di rivalutare la terapia antiaggregante (Clopidogrel) per cui manca l'indicazione terapeutica.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 3:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	BEERS APPLICABILE
FENOBARBITAL	Alto tasso di dipendenza fisica e tolleranza; rischio di overdose a dosaggi bassi.	Sempre applicabile	Sì
FENOBARBITAL	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine)	precedenti cadute o fratture	Condizionato
LEVETIRACETAM	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine)	precedenti cadute o fratture	Condizionato
IDROCLORTIAZIDE + AMILORIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	Sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
ENALAPRIL	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (al livello di potassio)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 3:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Enalapril- Amiloride	Maggiore	Iperkaliemia

Scheda di Riconciliazione del Paziente 4 TG

Proposta di Riconciliazione della terapia:

In assenza di indicazioni specifiche (per esempio ulcere peptiche complicate) valutare la deprescrizione dell'omeprazolo.

Si consiglia di tappare il naso e di chiudere gli occhi dopo aver inserito il collirio a base di timololo. Può dare assorbimento sistemico e determinare rischio di mascheramento dei sintomi da ipoglicemia (criterio di STOPP). Anche l'interazione farmacologica tra acido acetilsalicilico e metformina (interazione di gravità maggiore) può causare eventi ipoglicemici alterando i valori di glicemia; pertanto, si consiglia di monitorare regolarmente la glicemia.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 4

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	BEERS APPLICABILE
OMEPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	Sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
TIMOLOLO	Per i beta-bloccanti: rischio di mascheramento dei sintomi dell'ipoglicemia in soggetti con diabete mellito e frequenti episodi ipoglicemici.	diabete mellito	Sì
OMEPRAZOLO	Gli inibitori di pompa protonica (IPP) a piene dosi per più di 8 settimane sono sconsigliati nel trattamento di ulcere peptiche non complicate o esofagiti peptiche erosive.	ulcere peptiche non complicate o esofagiti peptiche erosive	Condizionato (impossibilità di escludere precedenti esofagiti)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 4:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Acido acetilsalicilico - metformina	Maggiore	Ipoglicemia

Scheda di Riconciliazione del Paziente 5 NP

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Il paziente non presenta inapproprietezze prescrittive secondo i criteri di Beers e di STOPP a eccezione del rischio di iperkaliemia in caso di trattamento con sartani. Pertanto, si consiglia di monitorare i livelli di potassio e di modificare la terapia antiipertensiva in caso di iperkaliemia.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 5:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
VALSARTAN	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato

Non sono state rilevate interazioni farmacologiche di gravità controindicata e maggiore secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 6 FB

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Sarebbe preferibile utilizzare il paracetamolo per il trattamento del dolore causato dall'artrosi al posto di Etoricoxib; Etoricoxib, infatti, potrebbe aumentare il rischio di eventi avversi cardiovascolari ed è coinvolto in interazioni con altri farmaci presenti nella terapia che possono aumentare il rischio di nefrotossicità e di sanguinamento. In generale si sconsiglia l'associazione tra un ACE inibitore (Perindopril), un diuretico (Canrenone) e un FANS (Etoricoxib) a causa del rischio di riduzione della velocità di filtrazione glomerulare e di insufficienza renale. Pertanto, valutare attentamente la prescrizione di questi farmaci insieme.

Si consiglia di monitorare i livelli di elettroliti dal momento che Canrenone e Furosemide possono ridurre eccessivamente i livelli di sodio, mentre l'associazione Perindopril + Amlodipina può aumentare eccessivamente i livelli di potassio e non andrebbe assunto in caso di iperkaliemia.

Si consiglia, infine, di monitorare frequentemente la glicemia poiché il metoprololo potrebbe mascherare i sintomi da ipoglicemia.

Criteria di Beers e criteri di STOPP paziente 6:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	BEERS APPLICABILE
ETORICOXIB	Prestare attenzione nei pazienti con insufficienza cardiaca asintomatici; evitare nei pazienti con insufficienza cardiaca sintomatici. Può aumentare la ritenzione idrica e/o peggiorare l'insufficienza cardiaca.	insufficienza cardiaca	Condizionato (la cardiopatia ipertensiva potrebbe causare insufficienza cardiaca)
FUROSEMIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	Sì
CANRENONE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	Sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
METOPROLOLO	Per i beta-bloccanti: rischio di mascheramento dei sintomi dell'ipoglicemia in soggetti con diabete mellito e frequenti episodi ipoglicemici.	diabete mellito	Sì
ETORICOXIB	Il paracetamolo è da preferire rispetto ai FANS in caso di uso a lungo termine (> 3 mesi) per il sollievo dai sintomi dell'osteoartrite.	osteoartrite	Si
ETORICOXIB	Per i COXIB: l'uso concomitante in soggetti con malattie cardiovascolari può aumentare il rischio di infarto del miocardio e ictus.	malattie cardiovascolari	Sì
PERINDOPRIL + AMLODIPINA	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (valutare il livello di K)
ACIDO ACETILSALICILICO	In soggetti con storia pregressa di ulcera peptica senza uso concomitante di IPP dà il rischio di ulcera peptica ricorrente.	ulcera peptica	Condizionato (non sappiamo se ha avuto ulcere peptiche)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 6:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Amlodipina - Clopidogrel	Maggiore	diminuzione dell'effetto antiaggregante aumento rischio di eventi trombotici
Acido acetilsalicilico - Clopidogrel	Maggiore	sanguinamento
Acido acetilsalicilico - Etoricoxib	Maggiore	sanguinamento eventi avversi gastrointestinali
Acido acetilsalicilico - Furosemide	Maggiore	tossicità da Acido acetilsalicilico ridotto effetto diuretico nefrotossicità
Acido acetilsalicilico - Canrenone	Maggiore	ridotto effetto diuretico iperkaliemia nefrotossicità
Acido acetilsalicilico - Metformina	Maggiore	ipoglicemia
Clopidogrel - Etoricoxib	Maggiore	sanguinamento
Etoricoxib - Furosemide	Maggiore	ridotto effetto diuretico nefrotossicità
Etoricoxib - Canrenone	Maggiore	ridotto effetto diuretico iperkaliemia nefrotossicità
Furosemide - Perindopril	Maggiore	grave ipotensione insufficienza renale
Perindopril - Canrenone	Maggiore	iperkaliemia

Scheda di Riconciliazione del Paziente 7 BD

Proposta di Riconciliazione della terapia:

In assenza di indicazioni specifiche (per esempio ulcere peptiche complicate) valutare la deprescrizione del pantoprazolo. Inoltre, l'uso di pantoprazolo può aumentare il rischio di infezioni da *C. difficile* e di fratture secondo i criteri di Beers.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 7:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' BEERS
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' STOPP
PANTOPRAZOLO	Gli inibitori di pompa protonica (IPP) a piene dosi per più di 8 settimane sono sconsigliati nel trattamento di ulcere peptiche non complicate o esofagiti peptiche erosive.	ulcere peptiche non complicate o esofagiti peptiche erosive	condizionato (impossibilità di escludere precedenti esofagiti)

Non sono state rilevate interazioni farmacologiche di gravità controindicata o maggiore secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 9 PF

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di monitorare i livelli di sodio e di valutare una modifica della terapia antidepressiva (sertralina) in caso di iponatremia.

Si ricorda, inoltre, che sertralina e tapentadolo non sono consigliati negli anziani sopra i 65 anni dal momento che possono aumentare il rischio di cadute e di alterazione delle funzioni psicomotorie. Si consiglia, pertanto, di ridurre l'uso concomitante di farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (tapentadolo, sertralina) per evitare la comparsa di sindrome serotoninergica.

Criteria di Beers e criteri di STOPP paziente 9:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
SERTRALINA	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine ipnotici)	precedenti cadute o fratture	Condizionato (non possono essere escluse precedenti cadute o fratture)
TAPENTADOLO	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine)	precedenti cadute o fratture	Condizionato (non possono essere escluse precedenti cadute o fratture)
SERTRALINA	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
TAPENTADOLO	L'utilizzo di oppioidi a lunga durata d'azione senza uso concomitante di oppioidi a breve durata d'azione per la terapia del dolore aumenta il rischio di dolore acuto persistente.	dolore acuto	sì
SERTRALINA	Per gli SSRI: rischio di peggioramento dei sintomi in soggetti con iponatremia (Na+ < 130 mmol/L).	iponatremia (Na+ < 130 mmol/L)	Condizionato (valutare il livello di sodio)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 9:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Sertralina- tapentadolo	Maggiore	sindrome serotoninergica

Scheda di Riconciliazione del Paziente 10 SF

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di rivalutare la terapia al bisogno con antidolorifici FANS (ibuprofene, ketoprofene) poiché nei soggetti anziani è preferibile usare il paracetamolo per trattare il dolore acuto o cronico. I FANS, inoltre, sono coinvolti in numerose interazioni farmacologiche:

- raccomandare al paziente di non assumere ketoprofene e ibuprofene nella stessa giornata in quanto l'associazione di due FANS (ketoprofene e ibuprofene) può causare un aumento del rischio di sanguinamento nei pazienti over 75 o in trattamento con anticoagulanti (il paziente in questione ha 80 anni ed è in trattamento con Rivaroxaban);
- il rischio di sanguinamento è maggiore in caso di assunzione concomitante di Rivaroxaban;
- i FANS (ketoprofene e ibuprofene) interagiscono con Furosemide e possono causare una riduzione dell'effetto diuretico e nefrotossicità. Inoltre, nei pazienti con insufficienza cardiaca possono aumentare la ritenzione idrica e/o peggiorare l'insufficienza cardiaca;
- i FANS possono aumentare l'emivita e gli effetti tossici della digossina;
- l'uso prolungato di FANS può esacerbare ulcere preesistenti.

Si consiglia di monitorare i livelli di sodio e di valutare una modifica della terapia con Furosemide in caso di iponatremia. Inoltre, l'associazione di Furosemide e Levotiroxina può causare una diminuzione dei livelli totali di ormoni tiroidei. Pertanto, si consiglia di valutare la sostituzione di Furosemide per il trattamento dell'edema agli arti inferiori con la terapia compressiva o l'elevazione dell'arto.

Si raccomanda cautela nell'uso di Rivaroxaban poiché può comportare un maggiore rischio di emorragie gastrointestinali rispetto al Warfarin e agli altri anticoagulanti orali diretti nel trattamento della trombosi venosa profonda nei soggetti over 75.

Infine, si consiglia di deprescrivere il pantoprazolo poiché mancano le indicazioni per il suo impiego e può aumentare il rischio di infezioni da *C. difficile* nei soggetti anziani.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 10:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
IBUPROFENE	Aumenta il rischio di emorragie gastrointestinali o di ulcera peptica nei pazienti ad alto rischio, inclusi over 75 o in trattamento con corticosteroidi per via orale o parenterale, anticoagulanti o agenti antiplastrinici;	Sempre applicabile	sì
KETOPROFENE	Aumenta il rischio di emorragie gastrointestinali o di ulcera peptica nei pazienti ad alto rischio, inclusi quelli over 75 o in trattamento con corticosteroidi per via orale o parenterale, anticoagulanti o agenti antiplastrinici;	Sempre applicabile	sì
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	sì
IBUPROFENE	Prestare attenzione nei pazienti con insufficienza cardiaca asintomatici; evitare nei pazienti con insufficienza cardiaca sintomatici. Può aumentare la ritenzione idrica e/o peggiorare l'insufficienza cardiaca.	insufficienza cardiaca	Sì (terapia con digossina per insufficienza cardiaca)
KETOPROFENE	Prestare attenzione nei pazienti con insufficienza cardiaca asintomatici; evitare nei pazienti con insufficienza cardiaca sintomatici. Può aumentare la ritenzione idrica e/o peggiorare l'insufficienza cardiaca.	insufficienza cardiaca	Sì (terapia con digossina per insufficienza cardiaca)
IBUPROFENE	Può esacerbare ulcere preesistenti o crearne di nuove o aggiuntive.	storia di ulcere gastriche o duodenali	Condizionata (non si sa se ha avuto pregresse ulcere peptiche)
KETOPROFENE	Può esacerbare ulcere preesistenti o crearne di nuove o aggiuntive.	storia di ulcere gastriche o duodenali	Condizionata (non si sa se ha avuto pregresse ulcere peptiche)
FUROSEMIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	sì
RIVAROXABAN	Maggiore rischio di emorragie gastrointestinali rispetto al warfarin e agli altri anticoagulanti orali diretti quando usato per trattare la trombovenosi profonda o la fibrillazione atriale negli adulti over 75.	Sempre applicabile	sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
FUROSEMIDE	Per i farmaci diuretici ad azione diuretica maggiore: l'elevazione dell'arto e/o la terapia compressiva sono, generalmente, più efficaci in soggetti con edema localizzato alle caviglie senza segni clinici od evidenze biochimiche o radiologiche di scompenso	edema localizzato alle caviglie	Condizionato (probabile presenza di edema alle caviglie)

KETOPROFENE	Per i FANS: l'associazione con antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa dà un maggiore rischio di sanguinamento gastrointestinale.	Sempre applicabile	sì
IBUPROFENE	Per i FANS: l'associazione con antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa dà un maggiore rischio di sanguinamento gastrointestinale.	Sempre applicabile	sì
KETOPROFENE	Per i FANS: rischio di peggioramento dell'insufficienza cardiaca o dell'ipertensione in soggetti con insufficienza cardiaca grave o ipertensione grave.	ipertensione e insufficienza cardiaca	sì
IBUPROFENE	Per i FANS: rischio di peggioramento dell'insufficienza cardiaca o dell'ipertensione in soggetti con insufficienza cardiaca grave o ipertensione grave.	ipertensione e insufficienza cardiaca	sì
KETOPROFENE	Il paracetamolo è da preferire rispetto ai FANS in caso di uso a lungo termine (> 3 mesi) per il sollievo dai sintomi dell'osteoartrite.	osteoartrite	sì
IBUPROFENE	Il paracetamolo è da preferire rispetto ai FANS in caso di uso a lungo termine (> 3 mesi) per il sollievo dai sintomi dell'osteoartrite.	osteoartrite	sì
RIVAROXABAN	Per gli inibitori diretti del fattore Xa: nessun beneficio dimostrato nel trattamento di prima linea delle trombosi venose non complicate (come la trombofilia) per una durata > 6 mesi.	trombosi venose profonde non complicate	sì
RIVAROXABAN	Per gli inibitori del fattore Xa: alto rischio di sanguinamento in soggetti con ipertensione severa non trattata, diatesi emorragica o recenti fenomeni di sanguinamento spontaneo.	ipertensione severa, diatesi emorragica, fenomeni di sanguinamento spontaneo	Condizionato (possibili fenomeni di sanguinamento spontaneo)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 10:

INTERAZIONI	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Digossina-ibuprofene o ketoprofene	Maggiore	aumento della concentrazione di digossina nel sangue
Furosemide-ibuprofene o ketoprofene	Maggiore	riduzione effetto diuretico nefrotossicità
Furosemide-Levotiroxina	Maggiore	aumento dei rischi degli ormoni tiroidei diminuzione complessiva dei livelli totali di ormoni tiroidei
Ibuprofene-ketoprofene	Maggiore	sanguinamento
Ibuprofene o ketoprofene-Rivaroxaban	Maggiore	sanguinamento

Scheda di Riconciliazione del Paziente 11 AC

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di monitorare i livelli di elettroliti nel sangue e, in base ai risultati, rivalutare la terapia con:

- Furosemide in quanto potrebbe esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico in caso di iponatremia. Nel caso la paziente presenti edema localizzato alle caviglie, si consiglia di prendere in considerazione una terapia alternativa più appropriata (terapia compressiva o elevazione dell'arto);
- Irbesartan in quanto non è raccomandato in caso di iperkaliemia.

Inoltre, l'associazione di Furosemide e Irbesartan o di Furosemide e Nimesulide potrebbe causare un peggioramento della funzionalità renale o nefrotossicità. Pertanto, si sconsiglia l'associazione di questi tre farmaci senza monitoraggio concomitante della funzionalità renale.

È fortemente consigliata la sostituzione di Nimesulide con un altro analgesico come paracetamolo in quanto i FANS (Nimesulide) non sono consigliati nei pazienti anziani con ritenzione idrica e/o insufficienza cardiaca, ulcere preesistenti o in trattamento anticoagulante (l'associazione di Nimesulide con Rivaroxaban aumenta il rischio di sanguinamento e di emorragie gastrointestinali).

Infine, si ricorda che l'uso di pantoprazolo non è consigliato nei pazienti over 65 e andrebbe evitato (raccomandata la deprecrizione).

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 11:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
FUROSEMIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	si
FUROSEMIDE + SPIRONOLATONE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	si
NIMESULIDE	Prestare attenzione nei pazienti con insufficienza cardiaca asintomatici; evitare nei pazienti con insufficienza cardiaca sintomatici. Può aumentare la ritenzione idrica e/o peggiorare l'insufficienza cardiaca.	insufficienza cardiaca	Condizionato (per cardiopatia ipertensiva)
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	si

NIMESULIDE	Può esacerbare ulcere pre-esistenti o Crearne di nuove o aggiuntive.	storia di ulcere gastriche o duodenali	Condizionato (non si sa se ha avuto ulcere gastriche)
RIVAROXABAN	Maggiore rischio di emorragie gastrointestinali rispetto al warfarin e agli altri anticoagulanti orali diretti quando usato per trattare la trombovenosi profonda o la fibrillazione atriale negli adulti over 75.		Condizionato (è al limite dell'età)

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
BISOPROLOLO	Per i beta-bloccanti: rischio di mascheramento dei sintomi dell'ipoglicemia in soggetti con diabete mellito e frequenti episodi ipoglicemici.	diabete mellito	si
FUROSEMIDE	Per i farmaci diuretici ad azione diuretica maggiore: l'elevazione dell'arto e/o la terapia compressiva sono, generalmente, più efficaci in soggetti con edema localizzato alle caviglie senza segni clinici od evidenze biochimiche o radiologiche di scompenso	edema localizzato alle caviglie	Condizionato (possibile presenza di edema localizzato alle caviglie)
IRBESARTAN	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (valutare la concentrazione di K+)
NIMESULIDE	Per i FANS: l'associazione con antagonisti della vitamina K, inibitori diretti della trombina o inibitori del fattore Xa dà un maggiore rischio di sanguinamento gastrointestinale.	Sempre applicabile	si

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 11:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Furosemide - Irbesartan	Maggiore	ipotensione deterioramento funzione renale insufficienza renale
Furosemide - Nimesulide	Maggiore	effetto diuretici nefrotossicità
Nimesulide - Rivaroxaban	Maggiore	sanguinamento
Nimesulide - Spironolattone	Maggiore	riduzione effetto diuretico iperkaliemia nefrotossicità

Scheda di Riconciliazione del Paziente 12 VP

Proposta di Riconciliazione della terapia:

In condizioni di insufficienza renale grave si consiglia di rivalutare il trattamento con Rivaroxaban in quanto potrebbe aumentare il rischio di sanguinamento. Si consiglia, inoltre, di prestare attenzione alla terapia con Rivaroxaban per il trattamento della trombosi venosa profonda nei soggetti over 75 in quanto può comportare un maggiore rischio di emorragie gastrointestinali rispetto al Warfarin e agli altri anticoagulanti orali diretti.

Si consiglia di monitorare i livelli di sodio e di valutare una modifica della terapia con Furosemide in quanto potrebbe esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico in caso di iponatremia. Nel caso la paziente presenti edema localizzato alle caviglie si consiglia di prendere in considerazione una terapia alternativa più appropriata rispetto a Furosemide (terapia compressiva o elevazione dell'arto).

Si ricorda che l'utilizzo di paracetamolo + codeina può causare un aumento del rischio di eventi come: atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope o cadute.

Si ricorda di monitorare frequentemente la glicemia poiché il bisoprololo potrebbe mascherare i sintomi da ipoglicemia.

Infine, si raccomanda di deprescrivere il pantoprazolo in quanto non ci sono indicazioni per il suo impiego.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 12:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	sì
PARACETAMOLO + CODEINA	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine ipnotic	precedenti cadute o fratture	sì
RIVAROXABAN	Mancanza di efficacia e sicurezza nei pazienti con funzionalità renale ridotta.	CrCl < 50 ml/min	sì
FUROSEMIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	sì
RIVAROXABAN	Maggiore rischio di emorragie gastrointestinali rispetto al warfarin e agli altri anticoagulanti orali diretti quando usato per trattare la trombovenosi profonda o la fibrillazione atriale negli adulti over 75.	Sempre applicabile	sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
FUROSEMIDE	Per i farmaci diuretici ad azione diuretica maggiore: l'elevazione dell'arto e/o la terapia compressiva sono, generalmente, più efficaci in soggetti con edema localizzato alle caviglie senza segni clinici od evidenze biochimiche o radiologiche di scompenso	edema localizzato alle caviglie	Condizionato (possibile presenza di edema localizzato alle caviglie)
BISOPROLOLO	Per i beta-bloccanti: rischio di mascheramento dei sintomi dell'ipoglicemia in soggetti con diabete mellito e frequenti episodi ipoglicemici.	diabete mellito	sì
RIVAROXABAN	Per gli inibitori diretti del fattore Xa: nessun beneficio dimostrato nel trattamento di prima linea delle trombosi venose non complicate (come la trombofilia) per una durata > 6 mesi.	trombosi venose profonde non complicate	Condizionato (da quando ha iniziato la terapia e se, nel caso sia > a 6 mesi sia per una terapia di una TVP complicata)
RIVAROXABAN	Per gli inibitori del fattore Xa: rischio di sanguinamento se la GFR < 15 ml/min/1,73 m ² .	GFR < 15 ml/min/1,73 m ²	Condizionato (dipende dalla GFR che il paziente ha)

Non sono state rilevate interazioni farmacologiche di gravità controindicata o maggiore secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 13 CM

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Il paziente non presenta particolari inapproprietezze prescrittive secondi i criteri di Beers e di STOPP.

Si consiglia di monitorare frequentemente i livelli di elettroliti dal momento che Ramipril (qui in associazione con Amlodipina) può aumentare i livelli di potassio e non andrebbe assunto in caso di iperkaliemia.

Criteri di STOPP paziente 13:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
RAMIPRIL + AMLODIPINA	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (valutare il livello di K+)

Non sono state rilevate interazioni farmacologiche controindicate o maggiori secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 14 MGI

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di rivalutare la terapia al bisogno con ibuprofene dal momento che l'uso del paracetamolo per il sollievo dei sintomi da osteoartrite è più appropriato e non comporta un aumento del rischio di sanguinamenti.

La terapia con acido acetilsalicilico può aumentare il rischio di nefrotossicità quando assunta con Furosemide e Spironolattone. Pertanto, valutare se è possibile deprescrivere la terapia antiaggregante (acido acetilsalicilico) e il pantoprazolo.

Si raccomanda di monitorare frequentemente i livelli di elettroliti ematici in quanto Furosemide (assunto a giorni alterni da solo e in associazione a Spironolattone) può causare iponatremia. In caso di iperkaliemia, rivalutare la terapia con Valsartan e monitorare attentamente i livelli di potassio ematico in quanto è presente l'interazione farmacologica tra ibuprofene e spironolattone che può causare riduzione dell'effetto diuretico, aumento del rischio di nefrotossicità e iperkaliemia.

Si ricorda di prestare attenzione al trattamento con farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (terapia giornaliera con ossicodone + naloxone e terapia al bisogno con paracetamolo + codeina e con cetirizina) in quanto possono aumentare il rischio di depressione respiratoria, sindrome serotoninergica, alterazione delle funzioni psicomotorie e cadute negli anziani.

Si raccomanda di comunicare al paziente di non assumere salbutamolo e bisoprololo in concomitanza in quanto si avrebbe un ridotto effetto del salbutamolo a causa di un'interazione farmacologica.

Infine, si consiglia di monitorare frequentemente la glicemia poiché il bisoprololo potrebbe mascherare i sintomi da ipoglicemia.

Criteri di Beers e criteri di STOPP paziente 14:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
IBUPROFENE	Aumenta il rischio di emorragie gastrointestinali o di ulcera peptica nei pazienti ad alto rischio, inclusi quelli over 75 o in trattamento con corticosteroidi per via orale o parenterale, anticoagulanti o agenti antiplastrini; l'utilizzo di inibitori di	Sempre applicabile	Sì
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	sì
IBUPROFENE	Può esacerbare ulcere preesistenti o crearne di nuove o aggiuntive.	storia di ulcere gastriche o duodenali	Condizionato (non possono essere escluse precedenti ulcere gastriche o duodenali)
OXICODONE + NALOXONE	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine)	precedenti cadute o fratture	Sì
PARACETAMOLO + CODEINA	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine)	precedenti cadute o fratture	Sì
FUROSEMIDE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	Sì
FUROSEMIDE + SPIRONOLATTONE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	Sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
BISOPROLOLO	Per i beta-bloccanti: rischio di mascheramento dei sintomi dell'ipoglicemia in soggetti con diabete mellito e frequenti episodi ipoglicemici.	diabete mellito	sì
IBUPROFENE	Rischio di recidiva dell'ulcera peptica in soggetti con storia pregressa di ulcera peptica o emorragie gastrointestinali senza uso concomitante di IPP o antagonisti H2.	ulcera peptica o emorragie gastrointestinali	Condizionato (possibili precedenti ulcere peptiche o emorragie GI)
IBUPROFENE	Per i FANS: rischio di peggioramento dell'insufficienza cardiaca o dell'ipertensione in soggetti con insufficienza cardiaca grave o ipertensione grave.	ipertensione e insufficienza cardiaca	Condizionato (tra le diagnosi non è riportata l'ipertensione ma assume Valsartan e Bisoprololo)
IBUPROFENE	Il paracetamolo è da preferire rispetto ai FANS in caso di uso a lungo termine (> 3 mesi) per il sollievo dai sintomi dell'osteoartrite.	osteoartrite	sì
VALSARTAN	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (bisogna valutare il livello di K+)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 14:

I DUE MEDICINALI CHE INTERAGISCONO	GRAVITA'	EFFETTO COLLATERALE
Salbutamolo - bisoprololo	maggiore	ridotto effetto del salbutamolo
Acido acetilsalicilico - furosemide	maggiore	tossicità da salicilati ridotto effetto diuretico nefrotossicità
Acido acetilsalicilico - ibuprofene	maggiore	ridotto effetto antiaggregante piastrinico sanguinamento rischio cardiovascolare
Acido acetilsalicilico - spironolattone	maggiore	ridotto effetto diuretico iperkaliemia nefrotossicità
Cetirizina - codeina	maggiore	aumento del rischio di depressione del sistema nervoso centrale
Cetirizina - ossicodone	maggiore	aumento del rischio di depressione del sistema nervoso centrale
Codeina - ossicodone	maggiore	depressione SNC Depressione respiratoria sindrome della serotonina
Furosemide - ibuprofene	maggiore	Ridotto effetto diuretico nefrotossicità
Furosemide - valsartan	maggiore	severa ipotensione deterioramento di funzionalità renale insufficienza renale
Ibuprofene - spironolattone	maggiore	ridotto effetto diuretico iperkaliemia nefrotossicità
Naloxone - ossicodone	maggiore	ridotto effetto degli oppioidi astinenza da oppioidi

Scheda di Riconciliazione del Paziente 16 AM

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di monitorare i livelli di sodio in quanto la paroxetina potrebbe causare un peggioramento dei sintomi a livello del sistema nervoso centrale nei soggetti con iponatremia.

L'uso concomitante di paroxetina, alprazolam, clonazepam, carbamazepina, acido valproico e topiramato può aumentare il rischio di sedazione, confusione e sindrome serotoninergica. Pertanto, si consiglia di rivalutare la terapia per l'epilessia e di ridurre il numero di farmaci anticonvulsivanti assunti in concomitanza (5 principi attivi diversi); si ricorda che una semplificazione della terapia potrebbe anche favorire una maggiore aderenza terapeutica da parte del paziente.

Criteria di STOPP e criteri di Beers paziente 16:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
ALPRAZOLAM	Per le benzodiazepine: rischio di sedazione prolungata, confusione, disequilibrio, cadute e incidenti per trattamenti di durata > 4 settimane non altrimenti giustificati. In caso di sospensione improvvisa possibile sindrome da astinenza.	Sempre applicabile	sì
ALPRAZOLAM	Le benzodiazepine sono sedative e possono causare sensi ridotti e disturbi dell'equilibrio.	Sempre applicabile	sì
PAROXETINA	Per gli SSRI: rischio di peggioramento dei sintomi in soggetti con iponatremia (Na+ < 130 mmol/L).	iponatremia (Na+ < 130 mmol/L)	Condizionato (valutare il livello di Na+)

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
PAROXETINA	Elevato effetto anticolinergico e sedativo, può causare ipotensione ortostatica.	Sempre applicabile	sì
PAROXETINA	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC.	precedenti cadute o fratture	sì

PAROXETINA	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	sì
CLONAZEPAM	Maggiore sensibilità e ridotto metabolismo delle benzodiazepine a lunga durata d'azione negli anziani. Aumentato rischio di deterioramento cognitivo, delirium, cadute, fratture e incidenti automobilistici.	Sempre applicabile	sì
CLONAZEPAM	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC.	precedenti cadute o fratture	sì
ALPRAZOLAM	Maggiore sensibilità e ridotto metabolismo delle benzodiazepine a lunga durata d'azione negli anziani. Aumentato rischio di deterioramento cognitivo, delirium, cadute, fratture e incidenti automobilistici.	Sempre applicabile	sì
ALPRAZOLAM	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute; le benzodiazepine a breve durata d'azione non sono più sicure. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC.	precedenti cadute o fratture	sì
CARBAMAZEPINA	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC.	precedenti cadute o fratture	sì
CARBAMAZEPINA	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.	Sempre applicabile	sì
ACIDO VALPROICO	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC.	precedenti cadute o fratture	sì
TOPIRAMATO	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC.	precedenti cadute o fratture	sì

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 16:3

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Alprazolam - carbamazepina	Maggiore	riduzione concentrazione plasmatica alprazolam
Alprazolam - clonazepam	Maggiore	depressione SNC
Alprazolam - topiramato	Maggiore	depressione SNC
Carbamazepina - clonazepam	Maggiore	riduzione plasmatica del clonazepam
Clonazepam - topiramato	Maggiore	depressione SNC

Scheda di Riconciliazione del Paziente 17 CB

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Il paziente non presenta particolari inappropriately prescrittive secondo i criteri di Beers e di STOPP.

Si ricorda che l'uso di pantoprazolo può aumentare il rischio di infezioni da *C. difficile* o di fratture ossee secondo i criteri di Beers; inoltre, si raccomanda di deprescrivere pantoprazolo in quanto mancano le indicazioni per il suo impiego.

Criteri di Beers paziente 17:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
PANTOPRAZOLO	Rischio di infezioni da <i>Clostridium difficile</i> e perdite o fratture ossee.	Sempre applicabile	sì

Non sono state rilevate interazioni farmacologiche di gravità controindicata o maggiore secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 18 ML

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Per il paziente non sussiste la condizione di politerapia e non sono state rilevate inapproprietezze prescrittive da attenzionare. L'unica raccomandazione è di monitorare i livelli di potassio poiché Enalapril può causare iperkaliemia.

Criteri di STOPP paziente 18:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	STOPP APPLICABILE
ENALAPRIL	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato, valutare i livelli di iperkaliemia

Non sono state rilevate interazioni farmacologiche di gravità controindicata o maggiore secondo Micromedex.

Scheda di Riconciliazione del Paziente 19 AV

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di monitorare i livelli di elettroliti nel sangue e, in base ai risultati, rivalutare la terapia con:

olmesartan + idroclortiazide SALBUTAMOLO- IDROCLORTIAZIDE + OLMESARTAN salbutamolo-idroclortiazide + olmesartan

in quanto queste associazioni non sono raccomandate in caso di iperkaliemia.

Inoltre, l'associazione di Nimesulide e idroclortiazide potrebbe causare un peggioramento della funzionalità renale o nefrotossicità. Pertanto, si sconsiglia l'associazione di questi due farmaci senza monitoraggio concomitante della funzionalità renale.

È fortemente consigliata la sostituzione di Nimesulide con un altro analgesico come paracetamolo in quanto i FANS (Nimesulide) non sono consigliati nei pazienti anziani, soprattutto se hanno avuto ulcere in precedenza.

Criteria di STOPP e criteri di Beers paziente 19:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
NIMESULIDE	Per i FANS (a eccezione dei COXIB): rischio di recidiva dell'ulcera peptica in soggetti con storia pregressa di ulcera peptica o emorragie gastrointestinali senza uso concomitante di IPP o antagonisti H2.	ulcera peptica o emorragie gastrointestinali	Condizionato (impossibilità di escludere ulcere pregresse)
NIMESULIDE	Il paracetamolo è da preferire rispetto ai FANS in caso di uso a lungo termine (> 3 mesi) per il sollievo dai sintomi dell'osteoartrite.	osteoartrite	Condizionato
NIMESULIDE	Per i FANS: l'uso concomitante con corticosteroidi senza una profilassi con IPP può aumentare il rischio di ulcera peptica.		Condizionato (nella terapia al bisogno ci sono entrambi i farmaci segnati)
OLMESARTAN + IDROCLOROTIAZIDE	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (valutare il livello di K del sangue)

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	Applicabilità del BEERS
NIMESULIDE	Può esacerbare ulcere preesistenti o crearne di nuove o aggiuntive.	storia di ulcere gastriche o duodenali	Condizionato (impossibilità di escludere storie pregresse)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 19:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Salbutamolo- idroclortiazide + + olmesartan	Maggiore	aumento del rischio di modifiche dell'ECG, ipokalemia
Nimesulide - Prednisone	Maggiore	ulcere gastrointestinali sanguinamenti
Nimesulide - idroclortiazide	Maggiore	effetti diuretici, nefrotossicità

Scheda di Riconciliazione del Paziente 20 GE

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Il paziente ha 64 anni e quindi i criteri di appropriatezza prescrittiva secondo Beers e STOPP non sono applicabili; tuttavia, abbiamo elaborato una proposta di Riconciliazione della terapia sulla base delle inappropriatezze prescrittive rilevate dal momento che il paziente è stato incluso nello studio in quanto considerato complesso.

Sarebbe preferibile utilizzare il paracetamolo per il trattamento del dolore causato dall'osteopenia al posto di Etoricoxib; Etoricoxib, infatti, potrebbe aumentare il rischio di eventi avversi cardiovascolari ed è coinvolto in interazioni con altri farmaci presenti nella terapia che possono aumentare il rischio di nefrotossicità e di sanguinamento.

La terapia con metilprednisolone a lungo termine, per periodi più lunghi di tre mesi, è sconsigliata in soggetti con osteoartrite in quanto aumenta il rischio di effetti collaterali.

Si consiglia di valutare una terapia alternativa alle solfoniluree (gliclazide), in quanto la terapia con tali farmaci in soggetti con diabete mellito di tipo 2 può aumentare il rischio di ipoglicemia prolungata e di eventi avversi cardiovascolari.

Criteria di Beers e criteri di STOPP paziente 20:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
ETORICOXIB	Può aumentare il rischio di danno renale acuto ed accelerare la perdita di funzionalità renale.	insufficienza renale cronica di livello 4 o inferiore (clearance della creatinina < 30 ml/min)	Condizionato (dalla gravità di nefropatia)
OMEPRAZOLO	Rischio di infezioni da Clostridium difficile e perdite o fratture ossee.		sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
METILPREDNISOLONE	Per i corticosteroidi sistemici: l'uso a lungo termine (> 3 mesi) come monoterapia per il trattamento dell'artrite reumatoide aumenta il rischio di effetti collaterali.	artrite reumatoide	Condizionato
METILPREDNISOLONE	Per i corticosteroidi sistemici: l'uso in soggetti con osteoartrite aumenta il rischio di effetti collaterali (con l'eccezione delle iniezioni intra-articolari per il trattamento del dolore mono articolare).	osteoartrite	Condizionato
ETORICOXIB	Il paracetamolo è da preferire rispetto ai FANS in caso di uso a lungo termine (> 3 mesi) per il sollievo dai sintomi dell'osteoartrite.	osteoartrite	Condizionato
GLICLAZIDE	Per le solfoniluree: rischio di ipoglicemia prolungata in soggetti con diabete mellito tipo 2.	diabete mellito di tipo 2	sì

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 20:

INTERAZIONE	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Acido acetilsalicilico - Etoricoxib	Maggiore	sanguinamento effetti gastrointestinali
Etoricoxib- metilprednisone	Maggiore	ulcere gastrointestinale, sanguinamenti

Scheda di Riconciliazione del Paziente 22 CF

Proposta di Riconciliazione della terapia:

In caso di storie pregresse di ulcere peptiche o di precedenti fenomeni di sanguinamento si consiglia di associare un protettore gastrico all'antiaggregante (acido acetilsalicilico).

Si consiglia di tenere sotto controllo la pressione arteriosa e di valutare la prescrizione di farmaci antiipertensivi per evitare eventi avversi conseguenti all'assunzione di farmaci antiaggreganti (acido acetilsalicilico).

Il parkinsonismo del paziente è sotto controllo senza bisogno della terapia farmacologica.

Criteria di STOPP paziente 22:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	PIP applicabile - completare con Sì, No, Con condizione
ACIDO ACETILSALICILICO	In soggetti con storia pregressa di ulcera peptica senza uso concomitante di IPP dà il rischio di ulcera peptica ricorrente.	ulcera peptica	Condizionato (impossibilità di escludere ulcere pregresse)
ACIDO ACETILSALICILICO	Alto rischio di sanguinamento in soggetti con ipertensione severa non trattata, diatesi emorragica o recenti fenomeni di sanguinamento spontaneo.	ipertensione severa, diatesi emorragica, fenomeni di sanguinamento spontaneo	Condizionato (impossibilità di escludere fenomeni di sanguinamento spontaneo)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 22:

INTERAZIONI	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Acido acetyl salicilico - metformina	Maggiore	aumento del rischio ipoglicemico
Sitagliptin - metformina	Maggiore	aumento del rischio ipoglicemico

Scheda di Riconciliazione del Paziente 23 MC

Proposta di Riconciliazione della terapia:

Si consiglia di monitorare i livelli di sodio e di valutare una modifica della terapia antidepressiva (sertralina) in caso di iponatremia. I livelli di sodio possono essere alterati anche dall'assunzione di trazodone, il quale potrebbe esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia. Il livello di elettroliti dovrebbe essere tenuto sotto controllo anche per il trattamento con Enalapril + lercanidipina, sconsigliata in condizioni di iperkaliemia.

Si ricorda, inoltre, che sertralina non è consigliata negli anziani sopra i 65 anni dal momento che può aumentare il rischio di cadute e di alterazione delle funzioni psicomotorie.

Si consiglia di monitorare costantemente i livelli glicemici, in quanto il trattamento con bisoprololo può mascherare i sintomi dell'ipoglicemia.

Nel caso in cui il paziente presenti progressivi problemi a livello gastrointestinale (esofagiti, ulcere, stenosi esofagea), il trattamento con acido clodronico potrebbe portare a delle esacerbazioni. Anche l'assunzione di acido acetilsalicilico senza uso concomitante di un gastroprotettore potrebbe peggiorare eventuali ulcere pregresse.

Si ponga particolare attenzione all'associazione allopuronolo + Enalapril, la quale risulta pericolosa per il maggior rischio di esacerbazione di reazioni cutanee che possono sfociare in sindrome di Stevens-Johnson.

Infine, si ricorda che l'assunzione concomitante di acido acetilsalicilico, sertralina e trazodone può aumentare il rischio di sanguinamenti, sindrome serotoninergica e prolungamento dell'intervallo QT.

Criteria di Beers e criteri di STOPP paziente 23:

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DEL BEERS	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DEL BEERS	APPLICABILITA' DEL BEERS
SERTRALINA	Può causare atassia, alterazione delle funzioni psicomotorie, sincope, cadute. Se utilizzato, ridurre l'uso di altri farmaci attivi sul SNC (es. antiepilettici, agonisti dei recettori per gli oppioidi, antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine)	precedenti cadute o fratture	Condizionato (possibili precedenti cadute o fratture)
SERTRALINA	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.		sì
TRAZODONE	Può esacerbare o causare sindrome da inappropriata secrezione dell'ormone antidiuretico o iponatremia; monitorare attentamente i livelli di sodio all'inizio della terapia o qualora vi siano variazioni del dosaggio.		sì

PRINCIPIO ATTIVO	DESCRIZIONE DELLO STOPP	CONDIZIONE DI APPLICABILITA' DELLO STOPP	APPLICABILITA' DELLO STOPP
BISOPROLOLO	Per i beta-bloccanti: rischio di mascheramento dei sintomi dell'ipoglicemia in soggetti con diabete mellito e frequenti episodi ipoglicemici.	diabete mellito	sì
ACIDO CLODRONICO	Per i bisfosfonati per via orale: rischio di ricadute o esacerbazioni di esofagiti, ulcera e stenosi esofagea in pazienti con storia pregressa di malattie gastrointestinali come la disfagia, esofagiti, gastriti, duodeniti, ulcera peptica	disfagia, esofagiti, gastriti, duodeniti, ulcera peptica o emorragie dell'alto tratto gastrointestinale	Condizionato (possibili problemi GI in passato)
SERTRALINA	Per gli SSRI: rischio di peggioramento dei sintomi in soggetti con iponatremia (Na+ < 130 mmol/L).	iponatremia (Na+ < 130 mmol/L)	Condizionato (valutare il livello di Na+)
ENALAPRIL + LERCANIDIPINA	Per i farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina: non utilizzare in pazienti con iperkaliemia.	iperkaliemia	Condizionato (valutare il livello di K+)
ACIDO ACETILSALICILICO	In soggetti con storia pregressa di ulcera peptica senza uso concomitante di IPP dà il rischio di ulcera peptica ricorrente.	ulcera peptica	Condizionato (possibili problemi GI in passato)

Interazioni farmacologiche controindicate e maggiori paziente 23:

INTERAZIONI	GRAVITÀ	EFFETTO COLLATERALE
Allopurinolo - Enalapril	Maggiore	sindrome di Stevens-Johnson eruzioni cutanee spasmi coronarici anafilattici
Acido salicilico - sertralina	Maggiore	sanguinamenti
Acido acetilsalicilico - trazodone	Maggiore	sanguinamenti
Acido acetilsalicilico - metformina	Maggiore	ipoglicemia
Sertralina - trazolidone	Maggiore	sindrome della serotonina prolungamento del tratto QT

6.6 Sintesi dei principali risultati

A conclusione di questo capitolo, i risultati ottenuti nello svolgimento della ricerca oggetto del dottorato hanno riguardato:

1) la raccolta e l'analisi dei questionari sulle abitudini all'uso dei farmaci, sulle preferenze educative e sulle competenze digitali, che ha sostanzialmente permesso di conoscere:

- le attitudini del paziente all'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni;
- le preferenze educative al fine di acquisire maggiori competenze per raggiungere lo *shared decision making*
- le competenze digitali e l'uso di *device* per la ricerca delle informazioni in materia sanitaria (farmaci, trattamenti, patologie, sintomi, segni etc)

2) l'analisi con NVIVO delle interviste narrative che ha consentito di identificare i bisogni informativi ed educativi dei pazienti classificati sulla base del criterio della frequenza

3) la ricognizione delle terapie prescritte attraverso il coinvolgimento diretto dei pazienti e dei *caregiver* che ha facilitato:

- l'identificazione dei problemi oggettivi insiti nei complessi trattamenti farmacologici come, ad esempio, le prescrizioni di farmaci composti da più molecole e le indicazioni terapeutiche;
- l'individuazione delle raccomandazioni da seguire nella preparazione, nell'assunzione e nella conservazione dei farmaci;
- la predisposizione della proposta conseguente di riconciliazione farmacologica nel tentativo di risolvere alcuni fattori che predispongono al comportamento non aderente dei pazienti.

7. Discussione

La discussione dei risultati ottenuti dal questionario circa il comportamento in termini di aderenza alla terapia dei pazienti reclutati nel campione in studio richiede che si faccia riferimento alla definizione dell'OMS dell'aderenza terapeutica, ossia la misura in cui il comportamento di una persona corrisponde alle raccomandazioni e indicazioni dei professionisti sanitari riguardo l'assunzione di farmaci, il rispetto di una dieta specifica e/o l'attuazione di cambiamenti nello stile di vita. In particolare, è noto che la politerapia è associata a una ridotta aderenza (in genere, un paziente è definito "aderente" al trattamento se assume almeno l'80% delle dosi di farmaco previste dallo schema terapeutico, "parzialmente aderente" se ne assume dal 20% all'80% e "non aderente" se ne assume meno del 20%) (Franchi *et al.*, 2022).

Inoltre Kardas *et al.* (2013) elencano i determinanti dell'aderenza alla terapia studiandone anche l'effetto positivo e/o negativo che possono determinare. Nella Tab. 28, sono riportati sinteticamente i principali determinanti che compareremo con i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario e dalle interviste.

Durata del trattamento	Trattamento breve e lungo termine
Componenti dell'aderenza alle terapie	implementazione del regime di dosaggio (definito come la misura in cui il dosaggio effettivo di un paziente corrisponde al regime di dosaggio prescritto) rispetto alla persistenza (definita come il periodo di tempo tra l'inizio e l'ultima dose che precede immediatamente l'interruzione) (Vrijens <i>et al.</i> , 2012). I determinanti sono stati classificati in fase di implementazione, a meno che la formulazione originale della revisione non affrontasse chiaramente la persistenza.
Dimensioni dell'aderenza	fattori socio-economici, fattori legati al team sanitario e al sistema, fattori legati alla condizione, fattori legati alla terapia e fattori legati al paziente. In questo è stata seguita la descrizione originale del rapporto dell'OMS (Sabate, 2003), con una modifica: le variabili demografiche sono state incluse nei fattori correlati al paziente, invece che in quelli socioeconomici.
Direzione dell'effetto	i determinanti sono stati classificati in base al loro effetto positivo, negativo, neutro o non definito sull'aderenza

Tabella 28: Determinanti individuati da Kardas *et al.*, 2013

A partire da questi determinanti, Ryan R *et al.* (2014) ci suggerisce diverse possibili azioni correttive in situazione di media e bassa aderenza, mostrate dalle tabelle sottostanti:

Tabella 1 - Motivazione e possibili azioni di miglioramento in caso di media aderenza	
Motivazione	Possibili azioni correttive
Atteggiamento critico/razionale. Informato su "tutto"	Mettere il paziente in guardia sul ricercare le informazioni su internet, fornire fonti sicure sulla malattia, sulla terapia e sull'importanza dell'aderenza alla terapia stessa
Scarsa fiducia e legame con il medico	Far percepire che la salute dell'assistito è interesse del medico
Necessità di negoziare con il medico la migliore terapia	Assecondare la negoziazione fornendo spiegazioni sulla terapia
Patologia con sintomatologia poco evidente	Fornire informazioni di base sulla prevenzione e sui rischi connessi alla malattia (soprattutto se silente)

Tabella 2 - Motivazione e possibili azioni di miglioramento in caso di bassa aderenza	
Motivazione	Possibili azioni correttive
Scarsa gravità percepita della malattia	Spiegare le conseguenze della mancata cura e il rapporto rischio/beneficio della terapia
Atteggiamento molto emotivo e irrazionale	
Paura del farmaco	
Politerapia	Semplificazione, tranquillizzando sulla non necessità di alcuni farmaci
Scarsa memoria	Fornire schema giornaliero (orario) di assunzione e/o informare familiare/caregiver

Figure 87-88: Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, Kaufman C, Cowie G, Taylor M. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 29;2014(4):CD007768. doi: 10.1002/14651858. CD007768.pub3. PMID: 24777444; PMCID: PMC6491214.

Le informazioni relative alle caratteristiche dei soggetti reclutati permettono di descrivere il campione della popolazione coinvolto nella ricerca. Dai risultati ottenuti, emerge una criticità importante correlata al livello di istruzione posseduto. La quasi totalità del campione ha raggiunto la qualifica della scuola dell'obbligo. Nessun paziente ha conseguito la laurea. Per capire gli eventuali motivi di questa scarsa rappresentatività della popolazione, è stata intervistata la Dott.ssa Carla Bena, responsabile delle cure domiciliari dell'ASL TO4 del Piemonte, presso cui è stata svolta la ricerca sul campo. Riportiamo le sue parole: "I pazienti seguiti dalle cure domiciliari possono essere anche laureati, ma ciò cui assistiamo normalmente è che i laureati preferiscono non essere coinvolti nella attività che non siano esclusivamente sanitarie e di cure infermieristiche previste dai piani di assistenza individualizzati. Tendono a integrare l'assistenza con altre forme di domiciliarità e, dunque, sono difficilmente coinvolgibili in attività di ricerca come questa".

I pazienti vivono con una certa confusione la condizione di doversi/volersi relazionare con più figure di medici prescrittori. Questo emerge in particolare quando è necessario l'inserimento in terapia di farmaci prescritti da parte di specialisti, non dal medico di medicina generale: a volte non viene compreso da parte del paziente il motivo per cui occorra informare il MMG. Uno degli elementi che generano maggiore confusione è la prescrizione da parte del medico specialista di "medicinali originator" mentre il MMG è tenuto a prescrivere, invece, i medicinali generici. Non tutte le persone hanno le informazioni corrette e/o sufficienti per comprendere la differenza tra originale e generico. Ad esempio 20 su 23 assistiti che sono parte del campione dichiarano che hanno

avuto tutte le informazioni sui medicinali, sulla modalità di assunzione e di conservazione ecc., mentre 3 pazienti dichiarano che non hanno ricevuto o che hanno ricevuto in modo incompleto le informazioni sui farmaci. Questo elemento sembra che possa essere legato alla “scarsa fiducia e legame con il medico” e alla “non comprensione della patologia”, quest’ultima non inserita nell’elenco della Fig. 87.

Scarsa memoria e complessità degli schemi terapeutici possono invece essere, a nostro avviso, le principali cause della dimenticanza.

Un solo soggetto ha affermato di aver ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico perché ha delle difficoltà o fastidi nel seguire il piano terapeutico, mentre il fattore economico risulta essere la causa principale della mancanza dei farmaci, un fattore che incide in modo significativo sul campione, che può essere giustificato dal fatto che l’aumento del costo della vita degli ultimi anni ha inciso negativamente sui redditi più bassi portando le persone a rinunciare alle cure.

L’analisi dei risultati del questionario evidenzia come l’area dello *shared decision making* risulti particolarmente interessante per le ricadute che può avere in termini di aderenza terapeutica, anche sul campione in esame. Ryan *et al.* (2014) associa allo *shared decision making* i fattori personali legati al paziente, tra cui la consapevolezza, l’attivazione e la competenza nel *selfcare*.

Nel campione questi fattori si traducono in conoscenze già possedute sulla propria malattia e sui farmaci (consapevolezza), nel poter contare sulle abitudini quotidiane (competenza nel *selfcare*) e in aspettative (che è un indice di attivazione del paziente verso un risultato); questo per fare riferimento agli elementi che sono emersi in modo evidente. Quasi la totalità del campione, infatti, considera questi fattori come estremamente importanti.

Tuttavia permane diffusamente nel campione la percezione che le visite mediche durino troppo poco e che non ci sia spazio per il paziente per un confronto soddisfacente con il medico. Non si tratta, infatti, solo di giungere alla negoziazione della terapia ma a una vera e propria concordanza terapeutica, basata sullo *shared decision making* e sulla trasparenza e piena fiducia tra le parti.

Il processo di *shared decision-making* assicura che le persone siano supportate nel prendere le decisioni giuste per loro. È un processo collaborativo attraverso cui il clinico supporta il paziente nel raggiungere una decisione di adesione ai trattamenti partendo non solo dalla prospettiva sanitaria, ma tenendo in considerazione le aspettative e le preferenze dei pazienti stessi. Richiede un riorientamento dei modelli organizzativi e non solo relazionali e comunicativi. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente è tempo di cura, come indicato nella Legge 219/17 all’art. 1 comma 8 (Grigolo *et al.*, 2024).

Nel modello del National Health System (NHS) inglese, il processo dello *shared decision making* è parte delle cure personalizzate universali¹⁴. Infatti, nell’assistenza personalizzata, le persone hanno la scelta e il controllo sul modo in cui la loro cura viene pianificata ed erogata in base a “ciò che conta” per loro e ai loro punti di forza, bisogni e preferenze individuali. Ciò avviene all’interno di un sistema che aiuta le persone a stare bene più a lungo e sfrutta al meglio l’esperienza, la capacità e il potenziale delle persone, delle famiglie e delle comunità nel fornire risultati ed esperienze migliori in termini di salute e benessere¹⁵. In letteratura troviamo, a titolo esemplificativo, indicati due modelli di *shared decision making* implementati negli anni: il modello dello *shared decision*

14 <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/shared-decision-making/>

15 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/universal-personalised-care.pdf>

making di Elwyn G. *et al.* (2012) e il modello dell'ASK Patient-Clinician Communication di Shepherd H. L. *et al.* (2015).

Appare quindi evidente dall'analisi delle risposte del campione che un modello di *shared decision making* potrebbe avere ricadute positive su alcuni fattori che incidono sull'aderenza terapeutica.

Rispetto alla possibilità di partecipare agli incontri individuali con l'esperto, il campione si è diviso in due gruppi con una visione opposta: 12 soggetti hanno risposto con il punteggio di 1 attribuendo a questa opzione nessuna importanza, mentre 11 soggetti hanno risposto 4, considerando quest'opportunità estremamente utile. La differenza tra i pazienti deriva sostanzialmente dal grado di coinvolgimento e di partecipazione degli stessi pazienti in altre attività sociali e/o familiari. Infatti, i 12 soggetti che hanno dichiarato di avere un bassissimo interesse per le lezioni individuali sono coloro che hanno maggiori impegni con la famiglia, con i nipoti, con i propri interessi e hobby.

In merito all'utilizzo di device personali e alla loro fruizione *everywhere and everytime*, i pazienti hanno risposto in modo non univoco. Emerge, infatti, una pluralità di "profili" che vanno dalla massima preferenza nella possibilità di seguire gli approfondimenti da casa (6) e di seguire i webinar o le videolezioni registrate da casa quando lo si decide (8) alla minima preferenza (12, 13). Questo dato è coerente con quanto ci dicono le statistiche: ancora oggi, moltissime persone non possiedono le capacità digitali di base con conseguenze, purtroppo, critiche sugli accessi all'assistenza sanitaria, sulla reale e concreta capacità delle persone di fruire di servizi sanitari digitali e di soddisfazione delle cure ricevute. Per il *Digital Economy and Society Index (DESI)* del 2022, l'Italia si trova al terz'ultimo posto per competenze digitali nell'uso di internet precedendo solo la Bulgaria e la Romania; mentre si posiziona al quart'ultimo posto per abilità digitali di base, prima della Polonia, Bulgaria e Romania¹⁶.

Particolare importanza, invece, viene data alla seguente domanda: "per migliorare la mia capacità di prendere decisioni in modo condiviso con i medici e gli infermieri, è utile (in una scala da 1 a 4, quanto sarebbero importanti i seguenti aspetti? 1 = poco importante, 2 = abbastanza importante, 3 = molto importante, 4 = estremamente importante)": raccogliere tutte le domande da porre prima della visita (22 risposte/23); dedicare più tempo alla conversazione durante la visita (20/23); rendersi conto di aver compreso tutte le informazioni prima di concludere la visita (20/23); confrontarsi sulle modalità di ricerca delle informazioni (12/23); programmare incontri dedicati alla condivisione delle informazioni mediante piattaforma a distanza online (7/23).

In occasione del summit delle *All digital* del 2023, Vuorikari R., una delle autrici del *DigCom 2.2*, ha affermato che un ambito di applicazione e di studio del *Digital Competence Framework for Citizens* deve essere quello della sanità e della salute, anche alla luce del grande cambiamento in atto in termini di introduzioni di nuovi sistemi digitali, inclusa l'Intelligenza Artificiale e il metaverso (*European Commission, JRC, 2022*). La competenza digitale è una delle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Definita per la prima volta nel 2006, "la competenza digitale implica l'uso sicuro, critico e responsabile delle tecnologie digitali e il loro impiego nell'apprendimento, nel lavoro e nella partecipazione alla società. Comprende l'alfabetizzazione all'informazione e ai dati, la comunicazione e la collaborazione, l'alfabetizzazione ai media, la creazione di contenuti digitali (compresa la programmazione), la sicurezza (compreso il benessere digitale e le competenze relative

¹⁶ <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi-human-capital>

alla sicurezza informatica), le questioni relative alla proprietà intellettuale, la risoluzione di problemi e il pensiero critico” (*Council Recommendation on Key Competences for Lifelong Learning - Raccomandazione del Consiglio sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente*, 22 maggio 2018, ST 9009 2018 INIT). Le competenze sono, dunque, una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini, in altre parole sono composte da concetti e fatti (cioè conoscenze), descrizioni di abilità (ad esempio la capacità di portare a termine processi) e attitudini (ad esempio, una disposizione, una mentalità ad agire) (*European Commission, JRC, 2022*).

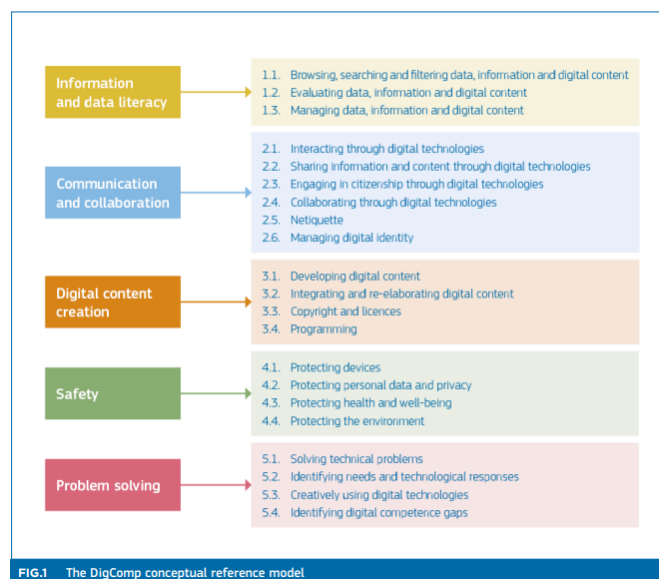


Figura 89: European Commission, Joint Research Centre, Vuorikari, R., Kluzer, S., Punie, Y., *DigComp 2.2, The Digital Competence framework for citizens – With new examples of knowledge, skills and attitudes*, Publications Office of the European Union, 2022

Alla luce del *framework* delle *DigComp 2.2*, emergono alcune riflessioni che meriterebbero attenzione da parte delle istituzioni sanitarie quando viene raccomandato ai pazienti l'uso di piattaforme digitali di telemonitoraggio.

Dall'analisi delle risposte al questionario raccolte nel campione in esame emerge che quasi la metà dei pazienti cerca informazioni sulle malattie e sui farmaci su Internet attraverso motori di ricerca generalisti e verifica l'attendibilità delle informazioni e l'affidabilità dei siti. La verifica e la valutazione della qualità delle informazioni viene effettuata non da soli ma consultando il proprio medico o facendo fare le ricerche ai propri figli e/o nipoti. Solo metà dei pazienti usano abitualmente i *digital device*, e di questi la maggior parte ha imparato da solo (9/10), senza l'aiuto di altre persone. Solo 10/23 consultano sistemi di messaggistica online, 7/23 hanno un profilo Facebook, 12/23 hanno un indirizzo di posta elettronica personale e solo 7/23 ritengono importante avere un'app in grado di aiutarli a gestire meglio la terapia.

Questo ci suggerisce la necessità di costruire percorsi di educazione degli adulti sulle competenze digitali applicate non solo all'area della salute (*digital health literacy*) ma, in generale, alla cittadinanza attiva.

Nell'ultima parte dell'analisi dei risultati raccolti si evidenzia come il tema della corretta assunzione della terapia possa essere correlato a una serie di criticità che

emergono dalla ricognizione e dalla riconciliazione farmacologica dei pazienti del campione. Una delle criticità più importanti deriva dalle comorbidità, in quanto sono diverse le patologie croniche di cui soffrono i pazienti reclutati (Fig. 90). Questa condizione determina non solo difficoltà nella gestione di terapie spesso complesse, ma anche difficoltà legate al mantenimento di uno stile di vita corretto.

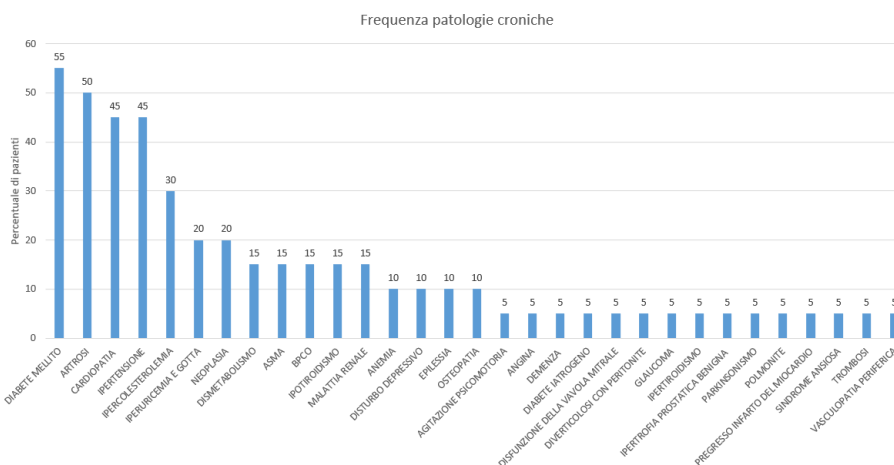


Figura 90: Frequenza delle patologie croniche

Dalle schede di riconciliazione elaborate per ciascun paziente, che hanno come fonte di informazione la sola intervista narrativa da loro raccolta, emergono le potenziali inappropriatezze prescrittive (PIP) rilevate secondo i principali criteri (criteri di Beers, criteri di STOPP, interazioni farmacologiche controindicate e maggiori secondo Micromedex, ACB score). Identificare nelle terapie prescritte ai pazienti le PIP permette di esplorare l’appropriatezza prescrittiva – intesa come compatibilità dei medicinali con le condizioni del paziente in termini di età, patologie, funzionalità di organi – e di indagare eventuali interazioni tra molecole. Questo permette anche di avere delle indicazioni, basate sulla letteratura scientifica, circa il potenziale sviluppo di effetti collaterali conseguenti a incompatibilità tra principi attivi e patologie pregresse o, ad esempio, valori ematici alterati di elettroliti, ecc. non raccolti in fase di ricognizione, ma che non possono essere completamente esclusi.

I pazienti reclutati risultano affetti da una media di 4.3 malattie croniche. Questa condizione di comorbidità potrebbe condizionare significativamente la qualità della vita dei pazienti anziani, incidendo sulla loro salute generale, sulle capacità funzionali e sull’autonomia nella quotidianità. Il numero medio di principi attivi diversi giornalieri è risultato di 7,4, evidenziando il fatto che la maggior parte dei pazienti (16 su 20) aveva prescritta una politerapia di grado maggiore o eccessivo. Sebbene il grado di complessità clinica dei pazienti arruolati non sia noto, si può presumere che essi presentino diversi problemi di salute correlati alla compresenza di comorbidità e politerapia, e pertanto siano seguiti dal servizio di assistenza domiciliare. I risultati della revisione dei farmaci hanno infatti confermato la presenza di problemi correlati ai farmaci e PIP nelle terapie dei pazienti più anziani affetti da patologie croniche, evidenziando l’importanza di rivalutazioni periodiche delle prescrizioni o di una revisione dei farmaci durante le transizioni di cura per migliorare la concordanza tra paziente e medico di famiglia.

I PIP identificati più frequentemente secondo i criteri Beers e STOPP sono correlati a ibuprofene, Furosemide, pantoprazolo e Rivaroxaban. Si tratta di PIP prevenibili, già inclusi nelle raccomandazioni e nelle linee guida per la prescrizione di farmaci nei pazienti anziani. Sebbene non presentino un rischio elevato di provocare reazioni avverse gravi, potrebbero causare effetti collaterali e rendere la terapia più complessa e difficile da gestire. Questi risultati sono coerenti con altri studi che prevedono una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva dei trattamenti farmacologici cronici (Aiezza *et al.*, 2021; Fu *et al.*, 2020). Ciò sottolinea l'importanza di coinvolgere un farmacista nel percorso di cura del paziente: sebbene alcune prove (Lee, S. *et al.*, 2023; Eddine *et al.*, 2023; Campbell *et al.*, 2023; Ali *et al.*, 2023; Collins *et al.*, 2023) associno la presenza di un esperto di farmaci a esiti sanitari positivi, questa figura non è ancora coinvolta sistematicamente nella pratica clinica a livello nazionale.

Nella Tab. 29 (Riconciliazione terapeutica) viene riportato il conteggio dei PIP individuati per ciascun paziente. In totale sono stati individuati 71 PIP non condizionati, con una media nella popolazione del 3,5 (con una media femminile di 4,5 e una media maschile di 1,9). D'altro canto, sono stati individuati 52 PIP condizionati, con una media di 2,6 (media femminile di 2,9 e media maschile di 2,0).

Paziente	Numero Beers non condizionati	Numero Beers condizionati	Numero STOPP non condizionati	Numero STOPP condizionati	Totale PIP non condizionati	Totale PIP condizionati	Numero potenziali interazioni maggiori	ACB score
1	2	0	1	3	3	3	3	2
2	1	1	2	1	3	2	0	3
3	2	2	0	1	2	3	1	0
4	1	0	1	1	2	1	1	0
5	0	0	0	1	0	1	0	1
6	2	1	3	2	5	3	11	2
7	1	0	0	1	1	1	0	1
9	1	2	1	1	2	3	1	2
10	7	2	7	2	14	4	8	2
11	3	3	3	2	6	5	4	2
12	5	0	1	3	6	3	0	1
13	0	0	0	1	0	1	0	0
14	6	1	2	3	8	4	11	3
16	11	0	2	1	13	1	5	7
17	1	0	0	0	1	0	0	0
18	0	0	0	1	0	1	0	0
19	0	1	0	4	0	5	3	1
20	1	1	1	3	2	4	2	0
22	0	0	0	2	0	2	2	0
23	2	1	1	4	3	5	5	1
Totali, media	2,3	0,75	1,25	1,85	3,55	2,6	2,85	1,4
Maschi, media (n=7)	1,0	0,4	0,9	1,6	1,9	2,0	2,6	1,1
Femmine, media	3,0	0,9	1,5	2,0	4,5	2,9	3,0	1,5

Tabella 29: Riconciliazione Terapeutica

I farmaci più frequentemente associati sia a PIP condizionati che a quelli non condizionati, secondo i criteri di Beers, sono Pantoprazolo (7 PIP), Furosemide (6 PIP), Ibuprofene (5 PIP) e Alprazolam, Rivaroxaban e Sertralina, ciascuno corrispondente a 4 PIP. La condizione più frequente che non può essere verificata per confermare l'effettiva presenza di PIP condizionati era una storia di cadute o fratture (6 PIP).

Il numero totale di PIP secondo i criteri STOPP è stato 60. Di questi, 25 PIP sono condizionati e 35 PIP non condizionati. Solo 1 paziente su 20 non aveva PIP secondo i criteri STOPP, mentre 19 pazienti avevano almeno un PIP, variando da 1 a 9 PIP diversi. Le prescrizioni inappropriate più frequenti secondo i criteri STOPP riguardano Ibuprofene (6 PIP) e Alprazolam, Aspirina, Bisoprololo, Nimesulide e Rivaroxaban, per

cui sono stati conteggiati 4 PIP ciascuno. I PIP condizionati secondo i criteri STOPP hanno riguardato più frequentemente la presenza di iperkaliemia (11 PIP) e di pregresse ulcere peptiche o sanguinamento gastrointestinali (9 PIP). Le figure 95 e 96 mostrano, nel dettaglio, i PIP considerati per un farmaco revisione sia per i criteri Beers (Fig. 91) che per i criteri STOPP (Fig. 92).

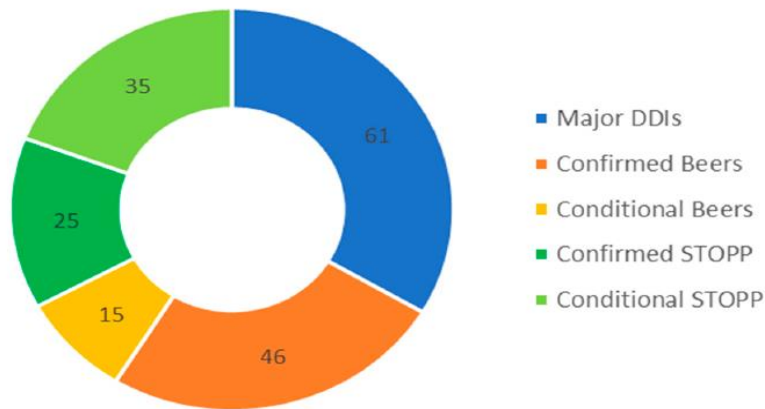


Figura 91: Grigolo, S., Bruschi, B., Di Masi, D., Bena, C., Armando, L. G., & Cena, C. (2024, January). Identification of Barriers for Active Disease Management and of Medication-Related Problema through Therapeutic Patient Education in Older Home-Care Patients. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 2, p.231)

16 pazienti hanno almeno un PIP secondo i criteri di Beers, e ciascun di questi mostra da 1 a 11 PIP diversi. Un totale di 61 PIP, secondo i criteri Beers, è stato identificato nelle prescrizioni della popolazione in studio: 46 PIP condizionati e 15 PIP non condizionati.

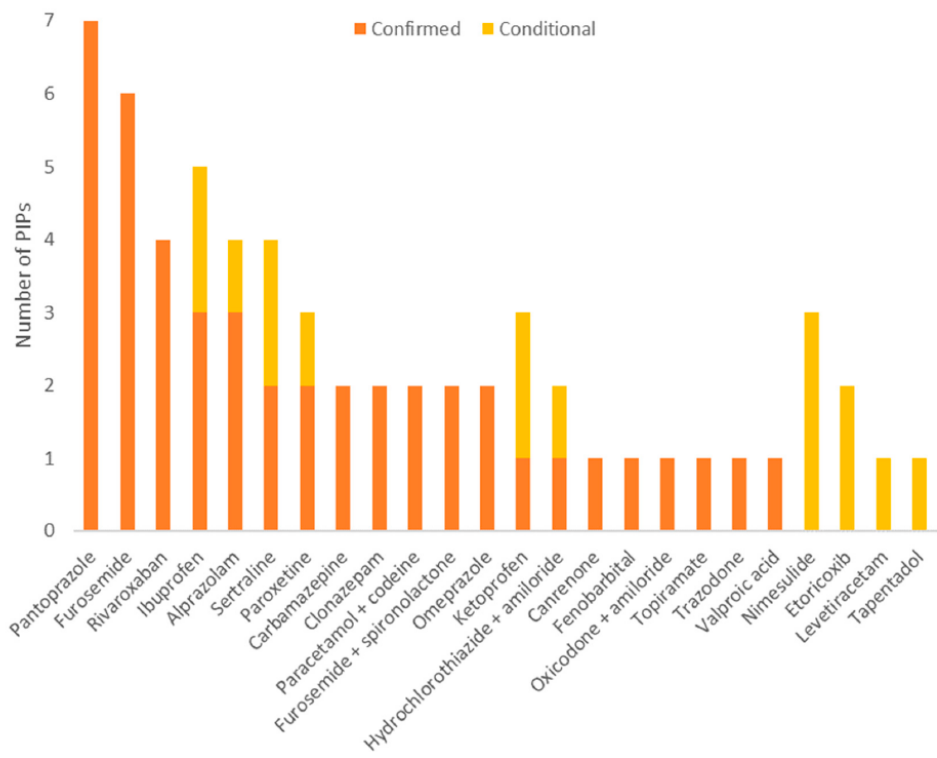


Figura 92: Grigolo, S., Bruschi, B., Di Masi, D., Bena, C., Armando, L. G., & Cena, C. (2024, January). Identification of Barriers for Active Disease Management and of Medication-Related Problema through Therapeutic Patient Education in Older Home-Care Patients. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 2, p.231)

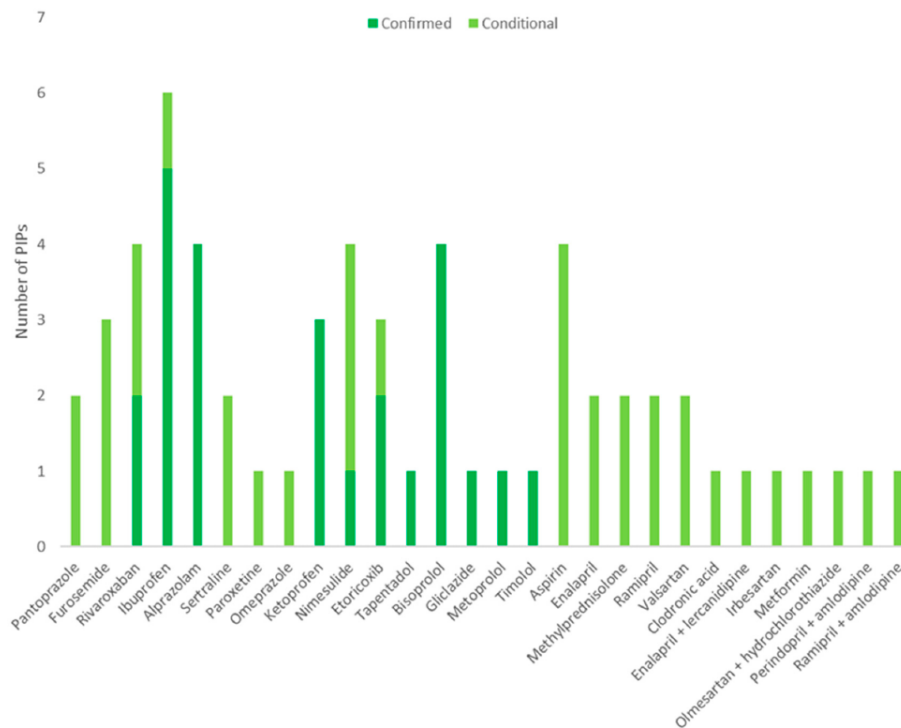


Figura 93: Grigolo, S., Bruschi, B., Di Masi, D., Bena, C., Armando, L. G., & Cena, C. (2024, January). Identification of Barriers for Active Disease Management and of Medication-Related Problema through Therapeutic Patient Education in Older Home-Care Patients. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 2, p.231)

È opportuno tenere presente che un farmaco può contare più di un PIP per lo stesso individuo secondo i criteri Beers e STOPP: ad esempio la Paroxetina (un antidepressivo della classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) ha 3 diversi PIP secondo Beers criteri e 1 secondo i criteri STOPP, come mostrato nella Tab. 30.

Table 4. PIPs in older adults for paroxetine (a randomly selected example drug).

Paroxetine	
Beers criteria 2019	
Confirmed PIP	It has a high anticholinergic effect and may cause orthostatic hypotension.
Confirmed PIP	It may exacerbate or cause hyponatremia.
PIP conditioned by a history of falls or fractures	It may cause ataxia, psychomotor impairment, syncope and falls and should be avoided in patients with a history of falls or fractures.
STOPP criteria version 2	
PIP conditioned by serum Na ⁺ < 130 mmol/L	Risk of worsening symptoms in patients with hyponatremia.

Abbreviations: PIP, potentially inappropriate prescription; STOPP, screening tool of older persons' prescriptions.

Tabella 30: Esempio di PIP in un adulto in terapia con paroxetina

Il database Micromedex® è stato consultato nel marzo 2023. Nessuna *Drug-Drug Interaction* (DDI) controindicata è stata riscontrata nella popolazione in studio, mentre sono stati riscontrati 61 DDI maggiori: 7 pazienti su 20 non hanno avuto DDI maggiori, 9 pazienti hanno avuto tra 1 e 5 DDI e 3 pazienti hanno avuto 8, 11 e 15 DDI, rispettivamente. Solo le DDI di Aspirina-Metformina (5 DDI su 61), Aspirina-Furosemide (3 DDI su 61) e Aspirina-Etoricoxib (2 DDI su 61) sono comuni a diversi pazienti, mentre i restanti 44 hanno avuto un solo evento, sottolineando l'eterogeneità della popolazione in studio.

Infine, è stato calcolato il punteggio *Anticholinergic Cognitive Burden* (ACB) per valutare il rischio di effetti anticolinergici nei soggetti con terapie prescritte: 6 pazienti su 20 non assumevano farmaci con effetti anticolinergici; 6 pazienti avevano un punteggio ACB pari a 1; 5 pazienti avevano un punteggio ACB totale pari a 2; 3 pazienti avevano un punteggio di 3, 5 e 6, rispettivamente. Nella popolazione totale il punteggio ACB varia da 0 a 6, senza differenze tra maschi e femmine. La Tab. 31 mostra i farmaci associati a effetti anticolinergici e il numero di pazienti che hanno in prescrizione il farmaco. Sono stati raccolti complessivamente 20 schemi terapeutici contenenti le terapie farmacologiche, quindi sono state predisposte le schede di terapia illustrate e inviate al personale medico del servizio di assistenza domiciliare, insieme a 20 brevi relazioni comprendenti l'elenco delle inappropriately prescrittive identificate e suggerimenti in merito a come ridurre le PIP. Oltre a evidenziare i possibili rischi legati alla terapia, sono stati forniti 29 suggerimenti su come ottimizzare la terapia farmacologica, riepilogati nella Tab. 32.

Table 6. Drugs with possible (score = 1) or certain (score = 2–3) anticholinergic effects in the prescriptions of the study population.

Active Ingredient	ACB Score	Patients on the Drug, n
Furosemide	1	7
Alprazolam	1	2
Atenolol	1	2
Codeine	1	2
Metoprolol	1	2
Carbamazepine	2	1
Cetirizine	2	1
Chlorthalidone	1	1
Digoxin	1	1
Fenobarbital	1	1
Loperamide	1	1
Paroxetine	3	1
Prednisone	1	1
Trazodone	1	1
Warfarin	1	1

Abbreviations: ACB, anticholinergic cognitive burden.

Tabella 31: Effetto colinergico dei farmaci nelle prescrizioni

Table 7. Suggestions from researchers with expertise in drug use on how to optimise the pharmacological therapies of enrolled patients. The number of patients, along with the specific suggestion and the number of suggestions for each category, coincide.

Suggestion	Patients with the Suggestion
Deprescription of the PPI (unfavourable risk–benefit ratio)	8
Substitution of a medication with a safer alternative	8
Therapy reassessment due to the risk of adverse events or of worsening of another patient condition	6
Deprescription of a medication (lack of therapeutic indication)	3
Reduction in the number of drugs (≥ 5 different active ingredients) to treat a single patient condition to reduce the risk of poor medication adherence	2
New prescription of a medication to treat an untreated patient condition	2

Abbreviations: PPI, proton pump inhibitor.

Tabella 32: Considerazioni dei ricercatori esperti di uso di farmaci su come ottimizzare le terapie dei pazienti arruolati.

Dall'analisi delle interviste con il software Nvivo emergono ulteriori elementi che favoriscono una riflessione più ampia.

Il primo elemento è correlato a “farmaci e trattamenti”, “pazienti” e “malattie”, rappresentato dalla quasi totalità degli intervistati. L'aderenza alla terapia e ai trattamenti è il “grado in cui il comportamento di una persona – nell'assumere i farmaci, nel seguire una dieta e/o nell'apportare cambiamenti al proprio stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni concordate con l'operatore sanitario” (OMS, 2003) e in questa definizione troviamo i concetti di farmaci, dieta e/o modifiche allo stile di vita e comportamenti. Non si fa alcun riferimento alle malattie considerandole implicite nella definizione stessa di aderenza alla terapia e/o al trattamento. In realtà, può emergere la situazione in cui una persona non affetta da alcuna malattia assume ugualmente delle terapie e/o segue le raccomandazioni dei sanitari per prevenire precocemente le malattie.

La definizione di aderenza alla terapia proposta dall'OMS nel 2003 sembra ancor più incompleta se pensiamo alla condizione dell'essere paziente e/o persona affetta da una o più patologie. Infatti, al fine di trattare e di monitorare la propria condizione di malattia, una persona viene inserita in un percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale in cui può incontrare diversi professionisti sanitari. Alcuni pazienti indicano, infatti, problemi legati alle prescrizioni di medicinali su cui medici specialisti e medici di medicina generale sembrano avere pareri discordanti e/o non essere aggiornati sulle terapie. Infatti, dalla codifica di 3° livello emergono tre elementi che confermano questa riflessione: percorso, trattamenti e professionisti. Ciò che racconta il “paziente” nelle interviste rappresenta quel sapere esperienziale derivato anche dalla sua consapevolezza di essere risorsa, di potersi attivare per essere protagonista della propria aderenza, giungendo alla concordanza terapeutica. In questa dimensione le aspettative e le prospettive dei pazienti diventano informazioni preziose per personalizzare le cure. Nonostante la disponibilità di pazienti e professionisti al confronto, i pazienti dichiarano di non ricordare ciò che i medici dicono durante le visite. Avrebbero, infatti, bisogno che venisse dedicato loro più tempo per memorizzare e per “far proprie” le informazioni sui farmaci.

Ancora più critica è la situazione in cui molti pazienti si trovano a causa di schemi terapeutici non “riconciliati”. Emerge che alcune patologie di cui riferiscono essere affetti non sono trattate e alcuni farmaci sono prescritti in modo inappropriato causando un sovraccarico di trattamento e situazioni di incompatibilità tra diversi trattamenti. A questo si associa la mancanza di uno schema terapeutico consegnato al domicilio del paziente, facilmente consultabile. Le interviste condotte presso il domicilio dei pazienti hanno permesso di far emergere il problema della “scorta di farmaci conservati a casa” che si ripercuote sulla capacità della persona di assumere il farmaco giusto secondo il giusto schema terapeutico. Si è scoperto, ad esempio, che alcuni pazienti non comprendono bene il cambio della terapia e, data la presenza a casa di una scorta di farmaci, continuano ad assumere anche la “vecchia terapia”.

Il farmacista rappresenta, per i pazienti, una risorsa presente nel territorio, prossima alla rete sociale e importante per avere un primo contatto in caso di dubbi e di necessità urgenti. La fiducia che si costruisce tra paziente e farmacista rappresenta un aspetto davvero importante per la sicurezza delle cure delle persone.

Dall'analisi dei risultati dai questionari e dalle interviste narrative, proponiamo una sintesi degli elementi maggiormente significativi suddivisi in “profilo”, “facilitatori” e “mediatori”.

Profilo	Facilitatori	Mediatori
Età	Caratteristiche del trattamento e/o della terapia (indicazioni cliniche, percezione degli effetti, complessità degli schemi terapeutici, stigma sociali dei farmaci)	Mediatori Professionisti sanitari (medici, infermieri, farmacisti) Counselor/Psicologo clinico Familiari (nipoti, figli,...) Rete sociale (vicini di casa e/o volontari)
Tipologia di Malattia	Accessibilità al farmaco (prescrizione, fornitura, distanza dalla farmacia e/o dal medico prescrittore)	Strumenti Schemi Percorso/procedura/check list Internet Diari Box Schede di riconciliazione
Co-morbidità	Conoscenza farmaci / malattie / follow up da parte del paziente e del caregiver	
Socio-economici	Attivazione del paziente (fase rifiuto, negazione, ...)	
Stato civile	Dinamiche e processi di partecipazione (Es. partnership medico-paziente)	
Livello di istruzione		

Gli elementi relativi al profilo permettono di individuare un primo set di informazioni necessarie alla personalizzazione dei percorsi di miglioramento dell'aderenza alla terapia.

Tra i fattori facilitatori che contribuiscono a migliorare l'aderenza alla terapia, è stato già sottolineato il valore dell'azione educativa nel processo di empowerment (Kinney et al., 2015; Janamian et al., 2022) e di partnership del paziente (Merner et al., 2023). Nei capp. 2 e 3 sono state già approfondite le metodologie educative in sanità e le principali strategie di empowerment negli adulti.

Essendo l'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni una condizione che si instaura dopo un atto prescrittivo del medico, emerge l'importanza di una presa in carico multiprofessionale e interdisciplinare, capace di leggere la complessità del fenomeno e di individuare soluzioni efficaci. Ne deriva la necessità di coinvolgere diversi professionisti, non solo sanitari. Nella colonna dei mediatori, infatti, sono elencate le figure professionali che i pazienti riconoscono come risorsa nel processo di cura. Tuttavia, se oggi il fenomeno della mancata aderenza alla terapia rappresenta una criticità importante per le ricadute in termini di qualità di vita e di spesa farmaceutica, è possibile che l'elenco delle figure professionali coinvolte non sia esaustivo ed esauriente. Occorre, dunque, completare le competenze necessarie per una lettura completa del problema.

L'area dell'apprendimento e delle metodologie didattiche nell'educazione terapeutica è rappresentata da professionisti quali infermieri e psicologi, anche se esiste la figura dell'educatore sociosanitario in possesso di competenze specifiche circa le teorie e i modelli educativi in sanità.

Tra i mediatori, possiamo individuare alcuni strumenti dedicati all'aderenza alla terapia. Grazie al gruppo dei pazienti coinvolti, al personale infermieristico delle cure domiciliari dell'ASLTO4 e ad altri esempi reperiti dal web, sono state raccolte alcune fotografie che rappresentano schemi di terapia. Per favorire la lettura e l'interpretazione delle immagini, queste foto sono state inserite in una tabella a doppia entrata così costruita: nelle colonne l'agency del paziente e del familiare, nelle righe l'efficacia e i rischi di errore.










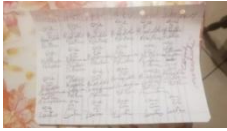
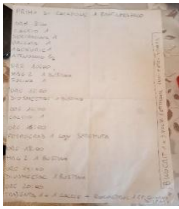
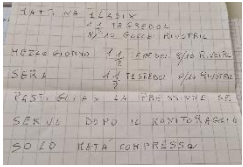
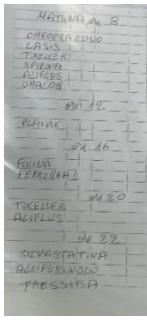

	Efficacia	Rischio di errore
Agency della persona	 	      
Agency della famiglia	  	 

Tabella 33: Agency, efficacia e rischio di errore

Come si può osservare, gli schemi creati dai pazienti e dai familiari possono essere molto efficaci, ma possono anche nascondere rischi importanti. Scrivere sulla confezione del farmaco e/o riporre i farmaci in un contenitore in ordine alfabetico possono essere strategie efficaci se il paziente riporta correttamente le indicazioni terapeutiche sulla confezione oppure se le ricorda molto bene nel caso, ad esempio, dei farmaci riposti nel contenitore. Preparare da parte dei familiari degli schemi terapeutici può essere efficace nella misura in cui il familiare parte dalla fonte primaria della politerapia, ovvero le prescrizioni terapeutiche, le indicazioni dei medici e dei professionisti sanitari.

I rischi di commettere errori derivano dalla trascrizione delle informazioni sugli schemi, dalle indicazioni non corrette sulle scatole scritte dai pazienti, dalla conservazione delle compresse senza blister in un unico contenitore o separato solo da scompartimenti non fissati, da una lista di terapie senza un riferimento al dosaggio.

I facilitatori elencati nella Tab. 33 possono orientare i professionisti nella co-progettazione dei percorsi educativi in sanità. Diversi fattori, infatti, sono di natura

conoscitiva, informativa ed educativa. Questo punto si concretizza in alcune interviste nella richiesta da parte dei pazienti di co-costruire il percorso di aderenza in una logica di partnership con il clinico e con i sanitari. Merner *et al.* (2023) parla di “partnership nella coproduzione di evidenze”.

Se la percezione dell'importanza della competenza dei professionisti sanitari emerge chiaramente dalle interviste dei pazienti e dei *caregiver* ad esempio nelle prescrizioni dei farmaci, nella disponibilità ad accompagnarli nei percorsi, negli schemi della terapia ecc, sembra invece mancare la percezione del bisogno di essere supportati da un mediatore esperto dei processi cognitivi ed educativi che possa interpretare correttamente i bisogni educativi dei pazienti e dei *caregiver* e co-progettare, così, il percorso educativo necessario al miglioramento del livello di aderenza alla terapia e alle raccomandazioni.

Un'applicazione interessante della tassonomia di Bloom in ambito educativo la ritroviamo in diverse esperienze descritte in letteratura (Larkin *et al.*, 2008; Garwood *et al.*, 2010; Michalowski *et al.* 2021; Dos Santos Czepula *et al.*, 2018; Chisholm 2006; Cone *et al.*, 2013).

A partire dai risultati della ricerca, l'obiettivo della ricerca del dottorato è quello di proporre un modello educativo per migliorare l'aderenza alla terapia, utilizzando la tassonomia di Bloom e i facilitatori e mediatori individuati. Il modello educativo è costruito sulla base di alcuni temi ricorrenti nelle codifiche di 2° livello e di 3° livello (terapia, patologie, aderenza, gestione di rischi e delle complicanze, tecnologie digitali) e le dimensioni cognitive (conoscere, comprendere, applicare e analizzare).

Dimensione del processo cognitivo sec Bloom adattato all'aderenza alla terapia nella politerapia in persone over 65

Dimensione conoscenza	Conoscere	Comprendere	Applicare	Analizzare
Parole chiave				
TERAPIA	i farmaci	le medicine e le principali regole di preparazione e di assunzione	le principali regole per la preparazione e l'assunzione dei farmaci	gli effetti
PATOLOGIA	la patologia/le patologie di cui si è affetti	le interazioni tra farmaci e sintomi	le principali regole per individuare i farmaci giusti, tra quelli prescritti, per il trattamento della causa e/o della sintomatologia	gli effetti
ADERENZA	il significato dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni	le ricadute di una aderenza alla terapia e alle raccomandazioni non corretta	seguire il trattamento prescritto e indicato dal medico	gli effetti
RISCHI/PROBLEMI	i sintomi e i problemi correlati alla condizione di malattia	le raccomandazioni dei medici e dei sanitari in caso di rischi e di problemi	le raccomandazioni dei medici in caso di sintomi e di segni di complicanze	gli effetti
TECNOLOGIE DIGITALI	le principali app per il supporto alla terapia	i criteri di validazione dell'app per la salute per differenziarle da quelle per il wellness	le procedure indicate per l'uso corretto delle app per la salute	gli effetti

Tabella 34: Dimensione del processo cognitivo sec Bloom adattato all'aderenza alla terapia nella politerapia in persone over 65

In linea con la letteratura, emerge la necessità di inserire metodologie didattiche innovative che presuppongano la partecipazione dei pazienti e dei *caregiver* e siano basate sulla *partnership*, sull'*engagement* e sull'*empowerment* giungendo così a modellare un percorso di educazione terapeutica di natura trasformativa, di *co-designing*, *co-producing* e *co-creation* (Merner *et al.*, 2023). Anderson e Braud (2011) affermano, ad esempio, che ricerca, applicazione pratica e crescita personale danno luogo a questa trasformazione durante la loro interazione e fusione. Anderson e Braud (2011) sostengono che tale trasformazione avviene “sotto forma di cambiamenti importanti, significativi e talvolta profondi nei propri atteggiamenti e visioni di sé stessi e del mondo in generale”, e che tale trasformazione “può verificarsi nel ricercatore o nello studioso; altri

partecipanti, inclusi colleghi e partecipanti alla ricerca; i lettori o il pubblico della relazione; e anche nella società o nella cultura in cui si trova il ricercatore o lo studioso". Anderson e Braud (2011) continuano a spiegare che tali cambiamenti trasformativi possono avvenire spontaneamente e rapidamente o gradualmente portando alla trasformazione della propria prospettiva, degli atteggiamenti, delle comprensioni, dei sentimenti e delle emozioni, delle relazioni con gli altri o dei modi di pensiero (Anderson, R. and Braud, W., 2011). In questo contesto, l'approccio educativo richiede la ricerca delle migliori metodologie didattiche per l'educazione degli adulti valorizzando le transazioni sociali ed emotive coinvolte nell'apprendimento. Questa trasformazione include diversi contributi che derivano anche dalla psicologia dell'apprendimento e dal processo di insegnamento e apprendimento. È importante, quindi, riconoscere l'elemento umano nell'apprendimento e il volto umano del processo educativo (Cornwall *et al.*, 2006).

Di seguito viene proposta, quindi, una descrizione dei principali metodi didattici di natura trasformativa volti all'acquisizione non solo di conoscenze ma anche di competenze tecnico-gestuali, come indicato dalla tassonomia di Bloom.

After action review

Il metodo consiste nello studiare un progetto già concluso: determinare i fattori di successo e di insuccesso con gli *stakeholder* rappresenta una grande opportunità di riflessione condivisa. Si decide in seguito quali processi mantenere o modificare al fine di ottimizzare tutte le risorse del progetto. Le organizzazioni potrebbero trarre vantaggio da un processo di revisione. Il processo After Action Review (AAR) è stato sviluppato dai militari come un modo per imparare rapidamente dalle esperienze dei soldati (Walker J. *et al.*, 2012).

Agreement and certainty matrix

La matrice dell'accordo e della certezza è uno strumento visivo che si può utilizzare per identificare le sfide tecniche o adattative. Le sfide "tecniche" hanno soluzioni chiare, identificabili e concordate, anche se tali soluzioni sono difficili da progettare e implementare. Le sfide "adattative" sono complesse e mancano di accordo e/o certezza sulle cause del problema o sulle soluzioni. Questo strumento può aiutare a comprendere meglio il tipo di problema che si sta affrontando e a esplorare le soluzioni appropriate (Zimmerman B. *et al.*, 2001).

Appreciative interviews

In meno di un'ora, un gruppo di qualsiasi dimensione può generare l'elenco delle condizioni essenziali per il suo successo. Può liberare slancio spontaneo e intuizioni per un cambiamento positivo dall'interno dell'organizzazione man mano che vengono rivelate storie di successo "nascoste". Il movimento positivo è innescato dalla ricerca di ciò che funziona ora e dalla scoperta delle cause profonde che rendono possibile il successo. Le storie offrono relazioni sociali, uso del *problem solving*, soluzioni a problemi locali, prototipi promettenti e diffondono innovazioni fornendo dati per riconoscere i modelli di successo. È possibile superare la tendenza delle organizzazioni a

sottoinvestire nei supporti sociali che generano successo, enfatizzando eccessivamente il supporto finanziario, il tempo e l'assistenza tecnica (Cooperrider DL *et al.*, 2003).

Brainstorming

È una tecnica di gruppo molto amata per farsi venire in mente delle idee basate sulla creatività spontanea e senza filtri. Il concetto di base di allenare il cervello a far scaturire “una tempesta di idee” e di riportarle senza censure sulla carta è stato formulato per la prima volta nel 1939 dall'autore statunitense Alex F. Osborn e sviluppato ulteriormente dal teorico del management Charles Hutchison Clark. Il metodo del *brainstorming* mira alla raccolta veloce e senza filtri di idee, ad esempio, suggerendo ai partecipanti di “lanciare sul tavolo le proprie idee” (Al-Samarraie H. *et al.*, 2018).

Brainwriting

È simile al brainstorming. Sono entrambi metodi per generare idee e soluzioni creative a un problema. Il *brainwriting* offre pari opportunità di partecipare alla discussione e consente a tutti i membri del gruppo di pensare e mettersi in gioco senza alcun blocco (Wilson C., 2013).

Case studies

È un'indagine empirica che affronta un fenomeno (problema, occasione, bisogno, evento...) all'interno di un contesto di vita reale in cui i confini tra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti e in cui vengono utilizzate più fonti di prova. I casi studio in genere combinano metodi di raccolta dati come ricerche di archivio, interviste, questionari e osservazione. Mentre i dati quantitativi compaiono a volte negli studi di casi, i dati qualitativi di solito predominano (Smith LM, 1978).

Critical uncertainties

Può aiutare un gruppo eterogeneo a testare rapidamente la fattibilità delle strategie attuali e costruire la capacità di rispondere rapidamente alle sfide future. Questa struttura prepara un gruppo per la definizione della strategia. Non produce un piano da implementare, ma costruisce resilienza intesa come la capacità di modellare attivamente il sistema ed essere pronti a rispondere alla “sorpresa”. Ciò significa essere maggiormente in grado di vedere lo svolgersi di diversi futuri, meglio preparati ad agire in modo distribuito e più pronti ad assorbire le interruzioni in modo resiliente (Shearer AW, 2013).

De Bono Six Thinking Hats

La tecnica dei *Six Thinking Hats*, o tecnica dei sei cappelli pensanti, è uno strumento per realizzare contenuti creativi uscendo dalle barriere mentali tradizionali. Edward De Bono fu l'ideatore della tecnica. La *Six Thinking Hats* è una metodologia di *problem solving* creativo che si basa sull'applicazione del pensiero parallelo o laterale, teorizzato proprio da De Bono. Per pensiero laterale o parallelo, si intende la tecnica per cui si espande il concetto in analisi abbattendo barriere e preconcetti trovando così punti di vista differenti per capire meglio come descrivere il contenuto. I benefici sono diversi: aumenta

e amplia la visione del processo creativo; fa riflettere su dettagli e punti di vista difficilmente visibili in altro modo; aumenta la concentrazione e crea focalizzazione sull'argomento (De Bono E., 2017).

Design storyboards

Con questa tecnica possono essere eliminate le cause più comuni del disfunzionamento delle riunioni come, ad esempio, obiettivi poco chiari, mancanza di uno scopo comune, perditempo, partecipazione restrittiva, voci assenti, partecipanti non complianti. Il processo di progettazione di uno *storyboard* fa emergere uno scopo che diventa più chiaro man mano che viene abbinato a microstrutture congruenti. Rivela chi deve essere incluso per un'implementazione di successo. Gli *storyboard* invitano i partecipanti alla progettazione e a definire attentamente tutti gli elementi di microorganizzazione necessari per raggiungere il loro scopo: un invito strutturato, spazio, materiali, partecipazione, configurazioni di gruppo, facilitazione e allocazione del tempo. Gli *storyboard* impediscono alle persone di avviare e condurre riunioni senza una progettazione esplicita (van der Lelie C., 2006).

Ecocycle planning

L'ecociclo consente di valutare, stabilire le priorità e pianificare le azioni con tutti i soggetti coinvolti nelle attività contemporaneamente, in contrasto con il modo convenzionale di farlo a porte chiuse con un piccolo gruppo di persone. Favorisce una pianificazione delle attività a tutela dell'ambiente mettendo in evidenza l'impatto che le scelte possono provocare in un contesto più ampio. L'*Ecocycle Planning* invita i leader a concentrarsi anche sul riciclo creativo e sul rinnovamento oltre ai temi tipici della crescita o dell'efficienza. L'ecociclo consente di stimolare agilità, resilienza e prestazioni sostenute includendo tutte e quattro le fasi di sviluppo nel processo di pianificazione (Hurst *et al.*, 1994).

Expert panel

I panel di esperti sono un metodo consolidato di ricerca del consenso nella ricerca clinica e sui servizi sanitari. Spesso usano una struttura Delphi modificata che tipicamente consiste in due fasi guidate da domande e una fase di discussione. Se condotti correttamente, i gruppi di esperti sono uno strumento prezioso per definire un accordo su argomenti controversi. Tuttavia, i panel sono costosi e laboriosi da condurre: è necessario identificare gruppi rappresentativi di esperti, coordinare i programmi degli esperti, organizzare riunioni, distribuire in anticipo le domande del panel e reclutare un facilitatore esperto per condurre le discussioni di persona o per telefono. Anche le dimensioni del panel sono limitate per garantire un'efficace discussione di persona. Queste limitazioni sono particolarmente rilevanti per organizzare gruppi sufficientemente inclusivi da riflettere la diversità di opinione in un campo ampio, come il miglioramento della qualità (Khodyakov D. *et al.*, 2011).

Improv Prototyping

È una tecnica che consiste nel coinvolgere un gruppo di persone per apprendere e migliorare rapidamente attingendo simultaneamente a tre livelli di conoscenza: (1) conoscenza esplicita condivisa dai partecipanti; (2) conoscenza tacita scoperta osservando le reciproche prestazioni; e (3) conoscenza latente, cioè nuove idee che emergono e sono sviluppate congiuntamente. Questa potente combinazione può essere fonte di esperienze trasformative e, allo stesso tempo, è davvero divertente. I partecipanti identificano e mettono in atto soluzioni a problemi cronici o scoraggianti. Un mix eterogeneo di persone è invitato a drammatizzare elementi semplici che funzionano per risolvere un problema..(Buchenau M., *et al.* 2000).

Integrated Autonomy

Ci sono due tipi di verità. Ci sono verità superficiali, il cui opposto è ovviamente sbagliato. Ma ci sono anche verità profonde, i cui opposti sono ugualmente giusti. Con questa tecnica è possibile aiutare un gruppo a passare da uno o due conflitti a entrambi e strategie e soluzioni; coinvolgere tutti in un pensiero strategico più acuto, comprensione reciproca e azione collaborativa facendo emergere il vantaggio di essere sia più integrati che più autonomi. Assistere al paradosso rivelerà opportunità per profondi balzi in avanti nelle prestazioni affrontando domande come: quale mix di controllo integrativo e libertà autonoma farà avanzare il nostro scopo? Dove le nostre esigenze di fedeltà e coerenza globali incontrano le esigenze di personalizzazione locale e adattabilità creativa? Ciò consente di evitare oscillazioni bipolari nella strategia che sono frequentemente sperimentate da molte organizzazioni (Backström T. *et al.*; 2013).

Min Specs

In questa tecnica, è necessario specificare solo le cose da fare e da non fare per raggiungere uno scopo (35-50 min.). Specificando solo il numero minimo di semplici regole, le *Min Specs* che devono assolutamente essere rispettate, puoi promuovere un confronto libero nel gruppo. Il rispetto delle specifiche minime garantirà che le innovazioni siano mirate e responsabili. Eliminerai il disordine delle regole non essenziali, le specifiche massime che intralciano l'innovazione. Spesso da due a cinque *Min Spec* sono sufficienti per migliorare le prestazioni aggiungendo più libertà e più responsabilità alla comprensione del gruppo di ciò che deve fare per fare progressi. Sulla base della loro esperienza sul campo, i partecipanti modellano e adattano insieme *Min Specs*. (Van Aken JE, 2003).

Mindmapping

Le mappe mentali possono essere un ottimo modo per gestire team di lavoro, pianificare e monitorare progetti e per diventare creativi ed efficienti nel modo di operare. Molti sondaggi rivelano che la mappa mentale, molto più di un foglio Excel o di un documento di testo, può aumentare la produttività del 20-30% fornendo

contemporaneamente nuove prospettive su un problema o un compito e stimolando la nascita di nuove idee (Crowe M. *et al.*, 2012).

Open space

“Open Space” è una tecnica per l’esecuzione di riunioni in cui i partecipanti creano e gestiscono autonomamente l’agenda. Le sessioni possono essere da cinque a più di 2000 persone (a condizione che si abbia una sede abbastanza grande). Questo metodo è ideale se si desidera che i partecipanti acquisiscano la proprietà di un problema e trovino soluzioni. I partecipanti si accordano sulle aree di discussione che hanno importanza per loro e poi si assumono la responsabilità di facilitare le sessioni (Maruani T. *et al.*, 2007).

Panarchy

“Panarchia” si riferisce qui al quadro per concettualizzare il tipo di sistemi accoppiati uomo-ambiente descritti in Gunderson e Holling (2002) e più brevemente, con alcune modifiche, in Walker *et al.* (2006). Questo quadro può essere diviso in due parti, indicate come “il quadro concettuale della resilienza” e “la metafora del ciclo adattivo” (Sundstrom SM, *et al.* 2023).

Participatory 3D Modelling

La modellazione 3D partecipativa (P3DM) è un metodo di mappatura basato sulla comunità che integra la conoscenza spaziale locale con i dati sull’elevazione del terreno e la profondità del mare per produrre modelli di rilievo autonomi, in scala e georeferenziati. È essenzialmente basato sulla conoscenza spaziale locale, sull’uso e sulla copertura del suolo e altre caratteristiche rappresentate dagli informatori sul modello mediante l’uso di simboli (punti), fili (linee) e colori (poligoni). Al termine viene applicata una griglia scalata e georeferenziata per facilitare l’estrazione o l’importazione dei dati. I dati rappresentati sul modello vengono estratti, digitalizzati e tracciati. Al termine dell’esercizio il modello rimane alla comunità (Rambaldi G. *et al.*, 2002; Rambaldi G. *et al.*, 2000; Hoare P. *et al.*, 2002).

Purpose 2 practice

Utilizzando il P2P all’inizio di un’iniziativa, le parti interessate possono plasmare insieme tutti gli elementi che determineranno il successo della loro iniziativa. Il gruppo inizia generando uno scopo condiviso (perché il lavoro è importante per ogni partecipante e per la comunità più ampia). Tutti gli elementi aggiuntivi – principi, partecipanti, struttura e pratiche – sono progettati per aiutare a raggiungere lo scopo. Modellando questi cinque elementi insieme, i partecipanti chiariscono come possono organizzarsi per adattarsi in modo creativo e crescere per il successo. Per le grandi iniziative, il P2P consente di includere un gran numero di parti interessate nella definizione della loro iniziativa futura (Bradbury, H., & Reason, P., 2003, Action Research: An Opportunity for Revitalizing Research Purpose and Practices. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 2(2), 155–175. <https://doi.org/10.1177/1473325003002002003>).

Raci matrix

La creazione di grafici di responsabilità è uno strumento semplice che si può utilizzare per assicurarsi che tutte le persone coinvolte nel progetto siano chiare su ruoli e responsabilità (Khan PM. *et al.*, 2014; England, N. H. S., 2021; England, N. H. S., 2021).

Role play

Gli esercizi di gioco di ruolo offrono l'opportunità di assumere il ruolo di una persona o di recitare una determinata situazione. Questi ruoli possono essere svolti da singole persone, in coppia o in gruppi che possono riprodurre uno scenario più complesso. I giochi di ruolo coinvolgono le persone in situazioni o scenari di vita reale che possono essere "stressanti, non familiari, complessi o controversi" che richiedono loro di esaminare i sentimenti personali verso gli altri e le loro circostanze (Bonwell *et al.*, 1991). A differenza delle simulazioni e dei giochi che spesso sono attività pianificate e strutturate e possono durare per un lungo periodo di tempo, gli esercizi di gioco di ruolo "sono solitamente brevi presentazioni spontanee", ma possono anche essere compiti di ricerca prestabiliti (Bonwell *et al.*, 1991; Lebaron J. *et al.*, 2005).

Social Network Webbing

È un metodo che permette di individuare rapidamente quali risorse sono nascoste all'interno della rete di relazioni esistente in un gruppo e quali passi intraprendere per attingere a tali risorse. Semplifica l'identificazione delle opportunità per costruire connessioni più solide e nuove. L'approccio inclusivo rende la rete visibile e comprensibile a tutti i membri del gruppo. Incoraggia le persone a prendere l'iniziativa per costruire una rete più forte evitando l'approccio top-down. Le connessioni informali o libere influenzano le comunità e possono avere un ruolo importante sul progresso (Leinhardt S., 2013).

Storytelling

Lo storytelling è una forma di comunicazione dalle origini antiche: nasce infatti dall'arte della narrazione, dal racconto prima orale poi in forma scritta che da millenni l'uomo utilizza per tramandare storie, memorie, conoscenze e tradizioni. Oggi si utilizza soprattutto in ambito *digital* per 1) comunicare in maniera efficace e coinvolgente i propri prodotti, un brand o un servizio in modo da ampliare la platea di potenziali clienti e 2) per valorizzare le storie delle persone nei processi riflessivi e di autoconsapevolezza (es. medicina narrativa, narrazioni riflessive, ecc). È un metodo di comunicazione efficace proprio perché si basa su un'abitudine profondamente radicata nell'essere umano. Raccontare storie è il miglior modo per trasferire conoscenza ed esperienza, persuadere, coinvolgere le persone (Hensel WA, *et al.* 1992; Charon R. 2007).

SWOT Analysis

L'analisi SWOT è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza, le debolezze, le opportunità e le minacce di un progetto o in un'impresa o

in ogni altra situazione in cui un'organizzazione o un individuo debba prendere una decisione per il raggiungimento di un obiettivo.

Le dichiarazioni rese durante le discussioni del focus group sono presentate nella matrice SWOT. Lo scopo di un'analisi SWOT è combinare i fattori esterni e interni per ottenere informazioni sull'organizzazione nella sua posizione attuale e discernere nuove opportunità (Gretzky W., 2010; van Wijngaarden JD *et al.*, 2012).

TRIZ

È l'acronimo del russo *Teorija Rešenija Izobretatel'skich Zadač*, traducibile in italiano come Teoria per la Soluzione Inventiva dei Problemi. È al tempo stesso un metodo euristico e un insieme di strumenti sviluppati a partire dal 1946 in Unione Sovietica da Genrich Saulovič Altshuller (1926-1998), con l'obiettivo di catturare il processo creativo in ambito tecnico e tecnologico, codificarlo e renderlo così ripetibile e applicabile: una vera e propria teoria dell'invenzione (Ekmekci I. *et al.*, 2019; Savransky SD, 2000; Ilevbare IM, *et al.*, 2013).

Troika Consulting

In “consultazioni” brevi e veloci, le persone chiedono aiuto e ricevono immediatamente consigli da altri componenti del gruppo. Il *coaching peer-to-peer* aiuta a scoprire soluzioni quotidiane, rivelare schemi e perfezionare prototipi. Questo è un modo semplice ed efficace per estendere il supporto di *coaching* per le persone al di là dei rapporti di segnalazione formali. (Faughnan M. *et al.*, 2021).

World caffè

Il World Cafè è un metodo semplice e apparentemente informale per dar vita a conversazioni costruttive su questioni concrete e importanti che possono riguardare organizzazioni o comunità. Cerca di promuovere una cultura del dialogo partendo dall'ipotesi che le organizzazioni siano in fondo delle reti di conversazioni tra persone. Nato nel 1995 si è andato diffondendo nei processi di ricerca, di sviluppo territoriale, di pianificazione strategica partecipata anche all'interno di più ampie progettualità poiché ha dimostrato grandi capacità di generare informazioni utili, condivisioni e relazioni partendo dal principio dello sviluppo incrociato delle idee (*cross pollination*) (Recchia V. *et al.*, 2022; Fouché C. *et al.*, 2011).

8. Conclusioni

Questa ricerca ha avuto l'obiettivo di verificare se l'intervista narrativa sia in grado di fornire elementi di conoscenza utili per favorire un miglioramento del livello di aderenza alla terapia e contribuire alla definizione di un modello educativo basato sulle pratiche narrative nell'educazione terapeutica del paziente e del *caregiver*.

Anche se sono necessari ulteriori studi, questa ricerca ci aiuta a comprendere l'importanza di coinvolgere il paziente nei percorsi di gestione della politerapia, esplorando la conoscenza dei suoi vissuti, le sue preferenze, le sue prospettive e le strategie utilizzate per ricordare, per memorizzare, per acquisire padronanza nei contenuti e nelle procedure di *self management*. Il sapere che deriva dall'esperienza e dalla quotidianità dei pazienti e dei *caregiver* si inserisce nel modello bio-psico-sociale grazie al quale i "curanti" si misurano non solo con il problema "biologico" della malattia, ma con la complessità più ampia della persona nella sua totalità. Coinvolgere "l'altro" nei processi di cura attraverso percorsi di *empowerment* e di *engagement*, diventa non solo un imperativo morale ed etico, ma la base per "riconoscere" la sua identità, la sua esperienza di malattia, il suo sapere quotidiano, restituendo così dignità alla persona nella relazione terapeutica.

Le pratiche narrative offrono ai professionisti della salute e agli stessi pazienti importanti opportunità di consapevolezza e di coscientizzazione delle modalità con cui rispondiamo agli eventi della vita, inclusi quelli legati alla malattia, alla sofferenza, al dolore. Applicandole all'aderenza alla terapia, si delinea una relazione terapeutica basata non solo sulla prescrizione di una medicina e/o di un esame diagnostico, ma anche sulla formazione di un pensiero, di una scelta e di una decisione (*shared decision making*), imprescindibile dall'intervento informativo ed educativo. La cura sanitaria e la cura educativa trovano una sintesi importante nella dimensione educativa dell'aderenza alla terapia e alle raccomandazioni. Ed è in questo contesto che l'educazione alla salute si affaccia come disciplina orientata a rendere il cittadino responsabile della propria salute, basata su un modello olistico, di chiara origine bio-psico-sociale, dove convivono diverse discipline della cura per un fine unico: migliorare il benessere delle persone proteggendo il più possibile la nostra salute. Nella relazione diadica chi-ha-cura non può che avere cura di ogni persona nella sua unicità (Mortari, 2006, p. 33).

Il percorso realizzato conferma la nostra ipotesi di partenza per cui l'aderenza alla terapia è un fenomeno complesso e, come tale, richiede una analisi partecipata insieme al paziente e al *caregiver* con l'aiuto di diversi professionisti, in una logica interprofessionale, multidisciplinare e multidimensionale.

L'approccio educativo, seppur non l'unico in grado di risolvere la mancata aderenza alla terapia, rappresenta un'importante strategia per il potenziamento delle competenze del paziente.

La scarsa aderenza alle prescrizioni mediche è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società. Le cause della mancata o della scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono fattori socioeconomici, fattori legati al sistema sanitario e al team di operatori sanitari, alla condizione patologica, al trattamento e al paziente. Tra gli esempi più comuni la complessità del trattamento,

l'inconsapevolezza della malattia, il *follow up* inadeguato, il decadimento cognitivo e la depressione, la scarsa informazione in merito alle terapie (Kardas *et al.*, 2013).

La polifarmacoterapia rappresenta, oltre alle comorbidità, un fattore che complica ulteriormente l'aderenza terapeutica non solo perché, come è già stato detto, più è alto il numero di farmaci assunti, maggiore è il rischio di reazioni avverse e di interazioni farmacologiche, ma anche perché i farmaci sono spesso prescritti da più medici prescrittori, che lavorano in modo indipendente l'uno dall'altro creando discontinuità/sovrapposizioni/duplicazioni nel percorso terapeutico del paziente affetto da patologie croniche, determinando modifiche e potenziali errori nelle prescrizioni. Se classifichiamo la mancata aderenza dei pazienti in due categorie (Iihara *et al.*, 2014), cioè la non aderenza intenzionale (quando il paziente decide consapevolmente di non assumere la terapia e/o di non seguire il trattamento in modo consapevole) e la non aderenza non intenzionale (quando il paziente non segue la terapia e/o i trattamenti in modo corretto perché non consapevole e non informato adeguatamente), si rafforza l'idea di coinvolgere il paziente e di analizzare i motivi per cui non vuole/non riesce ad assumere la terapia e/o seguire i trattamenti prescritti.

Nell'educazione terapeutica intervengono, oltre al paziente e al suo *caregiver*, diverse professionalità tra cui medici, infermieri, farmacisti, psicologi e operatori sociosanitari. Tuttavia, è sottodimensionato il coinvolgimento dell'educatore.

Il D.M. 8 ottobre 1998, n. 520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502" individua la figura professionale dell'educatore professionale, con il seguente profilo: l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà. L'educatore professionale programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia; contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato; programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività; opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità; partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

Nonostante sia in possesso delle competenze educative, l'educatore professionale non è inserito sistematicamente nelle équipe dei professionisti sanitari e nei percorsi di educazione terapeutica.

De Baetselier *et al.* (2021) propone il modello delle *Pharmaceutical care* definito come "il contributo dei professionisti sanitari alla cura delle persone al fine di ottimizzare l'uso dei farmaci, migliorare gli esiti di salute e la soddisfazione dei pazienti". Hepler and Strand (1990) ricordano che la terapia farmacologica ha lo scopo di ottenere risultati che migliorino la qualità di vita di un paziente in termini di cura della patologia, eliminazione o riduzione della sintomatologia del paziente, arresto o rallentamento del processo

patologico. Le ricadute elencate della terapia farmacologica contribuiscono ulteriormente ad affermare l'importanza dell'empowerment del paziente e del caregiver e la conseguente necessità di co-progettare percorsi educativi in partnership con gli stessi pazienti (De Baetselier E, Van Rompaey B, Dijkstra NE, Sino CG, Akerman K, Batalha LM et al. The NUPHAC-EU framework for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care: cross-sectional evaluation in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 25 luglio 2021 [consultato il 3 marzo 2023];18(15):7862. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3390/ijerph18157862>).

Nell'ambito della gestione della terapia in senso più ampio, la *Pharmaceutical care* implica il processo attraverso il quale i professionisti sanitari collaborano con il paziente nella progettazione, attuazione e monitoraggio di un piano terapeutico che produrrà risultati terapeutici specifici per i pazienti. Questo a sua volta comporta l'identificazione dei potenziali ed effettivi problemi legati al farmaco, la risoluzione e la prevenzione dei problemi reali legati al farmaco. La Fig. 94 rappresenta i diversi domini delle Pharmaceutical Care a partire dall'approvvigionamento, alla preparazione, all'assunzione dei farmaci e alla raccolta dei feedback da parte dei pazienti. Questa figura è di estrema importanza perché ci rappresenta chiaramente le aree e le competenze degli infermieri che, insieme ai medici, ai farmacisti e agli altri professionisti sanitari, permettono una migliore gestione della terapia.

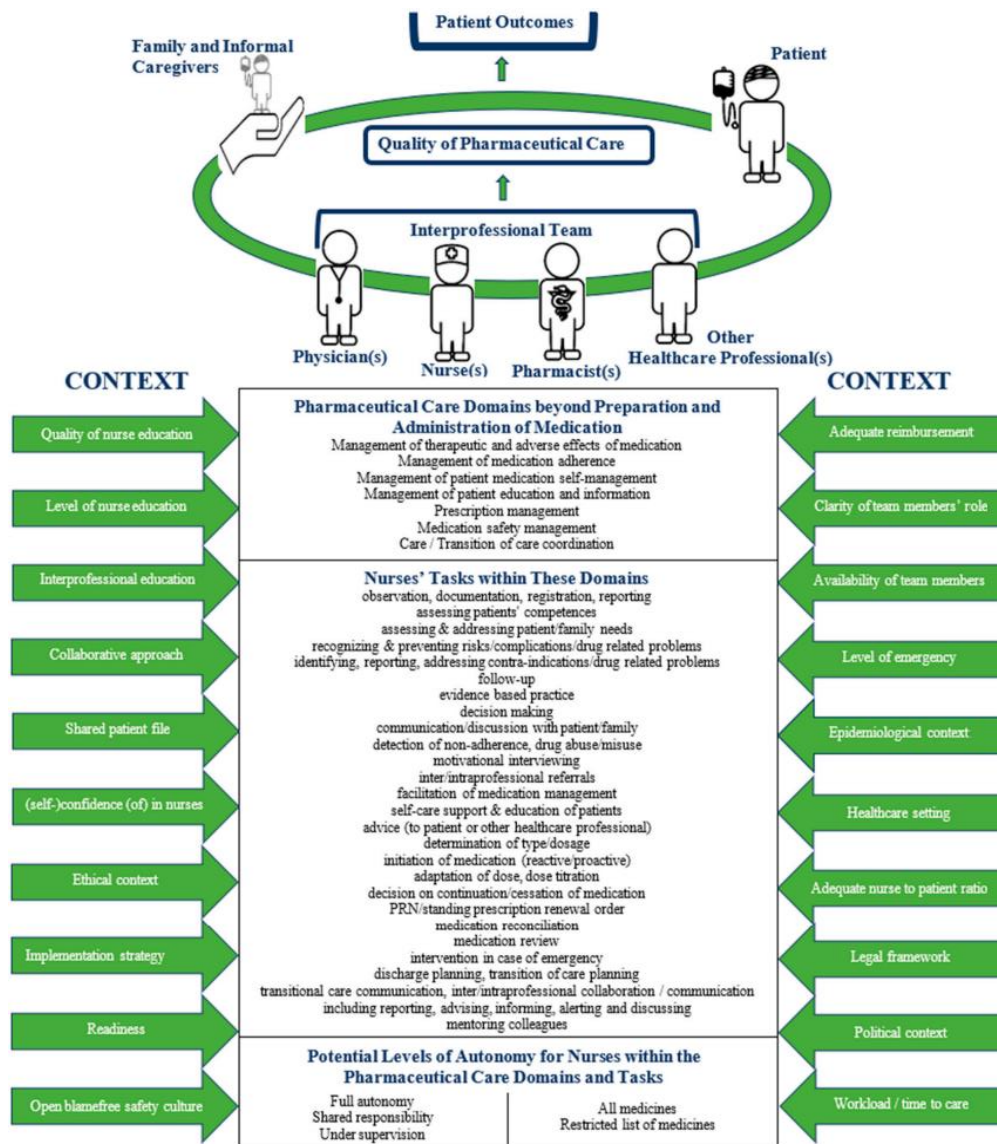


Figura 94: The NUPHAC-EU framework for Nurses' role in interprofessional Pharmaceutical Care in Europe.

Le responsabilità di ciascun professionista coinvolto in attività di PC sono garantire che tutti i farmaci assunti dal paziente siano appropriati, efficaci, sicuri e il più possibile graditi, e che possano essere assunti come previsto (De Baetselier E *et al.*, 2020; De Baetselier E, *et al.*, 2021).

Sebbene gli interventi educativi individuati in questa revisione possano suggerire una potenziale applicazione in questo contesto, si suggeriscono ulteriori ricerche e approfondimenti da parte della comunità scientifica. I risultati ci ricordano che i professionisti coinvolti nel processo educativo dovrebbero concentrare il contenuto dell'intervento sulle strategie comportamentali, in particolare su interventi basati sulle abitudini, sugli strumenti per migliorare la memoria a medio-lungo termine, su strategie cognitive progettate per cambiare la conoscenza e le convinzioni. Una strategia per raggiungere una maggiore consapevolezza da parte del paziente e del *caregiver*, così come una maggiore attenzione all'assunzione del farmaco può essere rappresentata dagli

interventi narrativi attraverso i quali le persone possono raccontare e narrare la loro storia e le modalità con cui gestiscono la quotidianità.

Nuove ricerche dovrebbero essere proposte e realizzate da parte della comunità scientifica nel creare e nel validare modelli educativi che, partendo dalle pratiche narrative che valorizzano il sapere esperienziale del paziente, siano in grado di raggiungere la concordanza tra prescrizione terapeutica e comportamento delle persone facendo emergere evidenze di efficacia su *outcome* positivi quali il miglioramento della qualità di vita, il *self care* e il *self management*.

Bibliografia

- Abelson, J., Wagner, F., DeJean, D., Boesveld, S., Gauvin, F. P., Bean, S., Axler, R., Petersen, S., Baidooobonso, S., Pron, G., Giacomini, M., & Lavis, J. (2016). Public and Patient involvement in Health Technology assessment: a framework for action. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 32(4), 256–264. <https://doi.org/10.1017/S0266462316000362>
- Adams, A. J., & Stolpe, S. F. (2016). Defining and Measuring Primary Medication Nonadherence: Development of a Quality Measure. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 22(5), 516–523. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.5.516>
- Addario, B., Geissler, J., Horn, M. K., Krebs, L. U., Maskens, D., Oliver, K., Plate, A., Schwartz, E., Willmarth, N., Theile, G., Muller, C. A., Unger, K., Niehammer, U., Hahn, A., Goerd, S., Schumann, M., Thum, S., & Schepp, W. (2019). Including the patient voice in the development and implementation of patient-reported outcomes in cancer clinical trials. *Health Expectations*, 101(July), 1–11. <https://doi.org/10.1111/hex.12997>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). Using pragmatic clinical trials to test the effectiveness of patient-centered medical home models in real-world settings. In *PCMH Research Methods Series* (pp. 1–11). https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/UsingPragmatic_032513comp.pdf
- Aiezza, M.; Bresciani, A.; Guglielmi, G.; Massa, M.; Tortori, E.; Marfella, R.; Aliberti, E.; Iannuzzi, A. (2021) Medication review versus usual care to improve drug therapies in hospitalised older patients admitted to internal medicine wards. *Eur. J. Hosp. Pharm*, 28, 160–164.
- AIFA. (2019). L'uso dei Farmaci in Italia. *Rapporto Nazionale Anno 2019*.
- Albano MG (2010) Educazione terapeutica del paziente. Riflessioni, modelli e ricerca, Centro Scientifico Editore
- Ali, M.M.; Al-Jumaili, A.A. (2023) Appraising the Role of Pharmacist in Medication Reconciliation at Hospital Discharge: A Field-Based Study. *Al-Rafidain J. Med. Sci.*, 5, S57–S63. [CrossRef]
- Alonso, S. G., de la Torre Díez, I., & Zapiraín, B. G. (2019). Predictive, personalized, preventive and participatory (4P) medicine applied to telemedicine and eHealth in the literature. *Journal of medical systems*, 43, 1-10.
- Alpert, J. S. (2014). Compliance/Adherence to Physician-advised Diagnostic and Therapeutic Strategies. *The American Journal of Medicine*, 127(8), 685–686. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.03.010>
- Anderson, R. and Braud, W. (2011) Transforming Self and Others through Research: Transpersonal Research Methods and Skills for the Human Sciences and Humanities. Albany, NY: *State University of New York Press*
- Anderson, E. E., Newman, S. B., Matthews, A. K. (2017). Improving informed consent: Stakeholder views. *AJOB Empirical Bioethics*, 8(3), 178–188. <https://doi.org/10.1080/23294515.2017.1362488>
- Anessi Pessina et al, (2009) La spesa sanitaria nei Paesi OCSE | *Salute Internazionale* <https://www.saluteinternazionale.info/2009/03/la-spesa-sanitaria-nei-paesi-ocse/?pdf=1148>
- Atkinson R. (2002), L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale. Raffaello Cortina Editore.

- Bajwa, K., Szabo, E., & Kjellstrand, C. M. (1996). A prospective study of risk factors and decision making in discontinuation of dialysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(22), 2571–2577.
- Baker, G. R. (2014). Evidence boost: a review of research highlighting how patient engagement contributes to improved care. Ottawa: *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*.
- Bakken, S., Grullon-Figueroa, L., Izquierdo, R., Lee, N. J., Morin, P., Palmas, W., Teresi, J., Weinstock, R. S., Shea, S., & Starren, J. (2006). Development, Validation, and Use of English and Spanish Versions of the Telemedicine Satisfaction and Usefulness Questionnaire. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(6), 660–667. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2146>
- Bandura A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency, “*American Psychologist*”, 37, 122-147
- Barajas-Nava, L. A., Garduño-Espinosa, J., Dorantes, J. M. M., Medina-Campos, R., & García-Peña, M. C. (2022). Models of comprehensive care for older persons with chronic diseases: a systematic review with a focus on effectiveness. *BMJ open*, 12(8), e059606.
- Barello, S., Graffigna, G., Pitacco, G., Mislej, M., Cortale, M., & Provenzi, L. (2017). An Educational Intervention to Train Professional Nurses in Promoting Patient Engagement: A Pilot Feasibility Study. *Frontiers in Psychology*, 7(JAN), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02020>
- Basili S., Raparelli V., Cangemi R., Lenzi A., L'aderenza alla terapia in medicina. Il problema, i modelli, cosa insegnare agli studenti e quando, *Medicina e Chirurgia*, 69: 3173-3175, 2016. DOI: 10.4487/medchir2016-70-3
- Becchi, M. A., & Carulli, N. (2009). Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazioni per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. *Internal and Emergency Medicine*, 3
- Beers MH. (1997) Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An Update. *Arch Intern Med*; 157: 1531-6;
- Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. (1991) Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med*. 151(9):1825-32. PMID: 1888249.
- Bell, J. S., Airaksinen, M. S., Lyles, A., Chen, T. F., & Aslani, P. (2007). Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *British journal of clinical pharmacology*, 64(5), 710–713. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02971_1.x
- Benini S. (2021) L'educazione nelle rappresentazioni, nei saperi e nelle esperienze degli operatori sanitari STUDIUM EDUCATIONIS XXII - 1 - June 2021 | ISSN 2035-844X DOI: 10.7346/SE-012021-04
- Beuscart JB, Pelayo S, Robert L, (2021) Thevelin S, Marien S, Dalleur O. Medication review and reconciliation in older adults. *Eur Geriatr Med*. Jun;12(3):499-507. doi: 10.1007/s41999-021-00449-9. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33583002.
- Bigi S (2016) Communication Skills for Patient Engagement: Argumentation Competencies As Means to Prevent or Limit Reactance Arousal, with an Example from the Italian Healthcare System. *Front. Psychol*. 7:1472. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01472
- Bolz-Johnson, M., Meek, J., & Hoogerbrugge, N. (2019). “Patient Journeys”: improving care by patient involvement. *European Journal of Human Genetics*, 28(2), 141–143. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0555-6>
- Bonfiglio NS, Mascia ML, Penna MP. (2022) Digital Treatment Paths for Substance Use

- Disorders (SUDs). *Int J Environ Res Public Health*. 15;19(12):7322. doi: 10.3390/ijerph19127322. PMID: 35742572; PMCID: PMC9224394
- Bouvy, J. C., Cowie, L., Lovett, R., Morrison, D., Livingstone, H., & Crabb, N. (2020). Use of Patient Preference Studies in HTA Decision Making: A NICE Perspective. *Patient*. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00408-4>
- Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J. M., Dickens, C., Blakeman, T., & Sibbald, B. (2011). Multimorbidity, service organisation and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, 28(5), 579–587. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr018>
- Braido, F., Brusselle, G., Guastalla, D., Ingrassia, E., Nicolini, G., Price, D., Roche, N., Soriano, J. B., & Worth, H. (2016). Determinants and impact of suboptimal asthma control in Europe: The International cross-sectional and longitudinal assessment on asthma control (LIAISON) study. *Respiratory Research*, 17(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12931-016-0374-z>
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
- Brunton, G., Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Jamal, F., Oliver, S., & Kavanagh, J. (2017). Narratives of community engagement: A systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4958-4>
- Bruscaglioni M., *La società liberata*, Franco Angeli, Milano 1994.
- Brustenghi P, Garrino L., Giarelli G., Lara R., Marsico G., Perugini S., Polvani S., Taruscio D., Zuppiroli A., (2015). Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico assistenziale, per le malattie rare e cronico degenerativo. Istituto Superiore di Sanità, 1-24
- Buchi, S., Straub, S., & Schwager, U. (2010). [Shared decision-making and individualised goal setting - a pilot trial using PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure) in psychiatric inpatients]. *Praxis*, 99(24), 1467–1477. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000320>
- Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):207. PMID: 14562485.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305
- Bushra, R., Aslam, N., & Khan, A. Y. (2011). Food-drug interactions. *Oman medical journal*, 26(2), 77;
- Calabria S, Piccinni C, Recchia G, Santoro E, Grigolo S, Martini N. Applicazioni della digital medicine ai PDTA: tassonomia, metodologia, impatto sul paziente e barriere da superare. *Recenti Prog Med* 2022;113(2):105-113. doi 10.1701/3748.37314
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of advanced nursing*, 24(2), 244-250.
- Campbell, G.; Razouk, R.; Auyeung, V.; Webb, J.; Ismail, T.F. (2023) Evaluation of the impact of the addition of a health failure prescribing pharmacist to consultant-led heart failure ward round at a tertiary hospital. *Eur. J. Hosp. Pharm.*, 30, e14–e18.
- Canadian Institutes of Health Research. (2014). Strategy for patient-oriented research: Patient engagement framework. 1–11. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48413.html>, Accessed on April 26, 2015.

- Carroll AR, Schlundt D, Bonnet K, Mixon AS, Williams DJ. (2023) Caregiver and Clinician Perspectives on Discharge Medication Counseling: A Qualitative Study. *Hosp Pediatr.* 1;13(4):325-342. doi: 10.1542/hpeds.2022-006937. PMID: 36987806; PMCID: PMC10071429.
- Cartabellotta A., (2010). Pillole di metodologia della ricerca: la formulazione del PICO. *Evidence*, 3, 15–16.
- Castiglioni, M. (a cura di). (2019). *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina
- Cenci C. (2016) Narrative medicine and the personalisation of treatment for elderly patients. *Eur J Intern Med.* 32:22-5. doi: 10.1016/j.ejim.2016.05.003. Epub 2016 May 19. PMID: 27210901.
- Charon R. (2007). What to do with stories: the sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician.* 53:1265–1267
- Charon R. (2008). Narrative evidence based medicine. *Art Med Lancet.* 371:296–297.
- Charon R, DasGupta S, Hermann N, Irvine C, Marcus E, Rivera Colon E, Spencer D, Spiegel M. (2016). *The principles and practice of narrative medicine*. New York (NY): Oxford University Press
- Chi, W. C., Wolff, J., Greer, R., & Dy, S. (2017). Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. *Annals of Family Medicine*, 15(6), 546–551. <https://doi.org/10.1370/afm.2106>
- Choudhry, N. K., Krumme, A. A., Ercole, P. M., Girdish, C., Tong, A. Y., Khan, N. F., Brennan, T. A., Matlin, O. S., Shrank, W. H., & Franklin, J. M. (2017). Effect of Reminder Devices on Medication Adherence: The REMIND Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 177(5), 624–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.9627>
- CIOMS (2022) Patient involvement in the development, regulation and safe use of medicines. CIOMS Working Group report. Geneva, Switzerland: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 2022. doi: 10.56759/iiew8982
- Clauson, K. A., Polen, H. H., & Marsh, W. A. (2007). Clinical decision support tools: performance of personal digital assistant versus online drug information databases. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 27(12), 1651-1658)
- Chisholm, M. A. (2006). A renal transplantation advanced pharmacy practice experience. *American journal of pharmaceutical education*, 70(1).
- Colivicchi, F., Abrignani, M. G., & Santini, M. (2010). Aderenza terapeutica: il fattore di rischio occulto. *G Ital Cardiol*, 11(5 Suppl 3), 124S-127S.
- Collins, J.; Hu, J.; McMillan, S.S.; O'Reilly, C.L.; El-Den, S.; Kelly, F.; Spinks, J.; Riley, T.; Wheeler, A.J. (2023) Medication-related problems identified by community pharmacists: A descriptive case study on two Australian populations. *J. Pharm. Policy Pract.*, 16, 133.
- Cone, C., Bond, R., & Pierson, J. (2013). Teaching critical thinking and problem-solving in a pharmacy self-care lab: a skills-based approach. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 5(5), 342-350.
- Conn VS, Ruppert TM. (2017) Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 99:269-276. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.03.008. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28315760; PMCID: PMC5467216.
- Consumers Health Forum of Australia. (2013). *Literature and Practice Review: Capturing , analysing and using consumers ' health experience narratives to drive better health outcomes*.

January. <https://www.chf.org.au/pdfs/rep/rep-1142-Literature-Review-Using-Consumer-Narrative-to-Inform-Better-Health-Outcomes.pdf>

Cornwall, J., & Walter, C. (2006). *Therapeutic Education*. Taylor & Francis. <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9781134212064> pag. 1-18

Costa E., Giardini A., Monaco A. (2016) Adherence to Medical Plans for Active and Healthy Ageing, ISBN 6312317269

Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L., George J, (2020) Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5 Art. No CD012419

d'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2006). *Educare il Paziente: un approccio pedagogico*. McGraw-Hill.

Da Cas, R., & Raschetti, R. (2012). L'uso dei farmaci in Italia nel 2011 Gruppo di lavoro *OsMed. Ricerca & Pratica*, 28(4), 162-164.

Daliri S, Bekker CL, Buurman BM, Scholte Op Reimer WJM, van den Bemt BJF, Karapinar-Çarkit F. (2019) Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients. *BMC Health Serv Res.* 29;19(1):204. doi: 10.1186/s12913-019-4028-y. PMID: 30925880; PMCID: PMC6441233.

de Mennato (2022) Una rilettura dell'Apprendimento trasformativo degli stili di vita alla luce dell'esperienza pandemica, *Medical Humanities & medicina narrativa, Rivista di pedagogia generale e sociale*, 2; 39-50: ISSN 1824-5463 ISBN 979-12-5994-774-1

De Baetselier E, Van Rompaey B, Batalha LM, Bergqvist M, Czarkowska-Paczek B, De Santis A et al. EUPRON: nurses' practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open* [Internet]. Maggio 2020 [consultato il 3 marzo 2023];10(6):e036269. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269>;

De Baetselier E, Van Rompaey B, Dijkstra NE, Sino CG, Akerman K, Batalha LM et al. The NUPHAC-EU framework for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care: cross-sectional evaluation in europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 25 luglio 2021 [consultato il 3 marzo 2023];18(15):7862. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.3390/ijerph18157862>

Deng, J., Zhu, X., Chen, Z., Fan, C. H., Kwan, H. S., Wong, C. H., ... & Lam, T. N. (2017). A review of food–drug interactions on oral drug absorption. *Drugs*, 77, 1833-1855;

Dima AL, Dediu D (2017). Computation of adherence to medication and visualization of medication histories in R with AdhereR: Towards transparent and reproducible use of electronic healthcare data. *PLoS ONE*, 12(4): e0174426

Dobler, C. C., & Marks, G. B. (2010). Medical decision making at the individual patient level. In *Archives of internal medicine* (Vol. 170, Issue 14, pp. 1275; author reply 1275-6). <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.241>

Domecq, J. P., Prutsky, G., Elraiyah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., Brito, J. P., Boehmer, K., Hasan, R., Firwana, B., Erwin, P., Eton, D., Sloan, J., Montori, V., Asi, N., Dabrh, A. M. A., & Murad, M. H. (2014). Patient engagement in research: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-89>

dos Santos Czepula, A. I., Bottacin, W. E., Júnior, E. H., Pontarolo, R., & Correr, C. J. (2018). Active methodology and blended learning: An experience in pharmaceutical care. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 10(1), 106-111.

- Düsing, R. (2001). Adverse events, compliance, and changes in therapy. *Current Hypertension Reports*, 3(6), 488-492.
- Duke, C. C., Lynch, W. D., Smith, B., & Winstanley, J. (2015). Validity of a New Patient Engagement Measure: The Altarum Consumer Engagement (ACE) Measure. *Patient*, 8(6), 559–568. <https://doi.org/10.1007/s40271-015-0131-2>
- Eddine, N.A.; Schreiber, J.; El-Yazbi, A.F.; Shmaytilli, H.; Amin, M.E.K. (2023) A pharmacist-led medication review service with a deprescribing focus guided by implementation science. *Front. Pharmacol.* 2023, 14, 1097238
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., Wirehn, A.-B., & Friedrichsen, M. (2011). Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*, 11, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-46>
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6. Epub 2012 May 23. PMID: 22618581; PMCID: PMC3445676.
- Engel George L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286):129-136. Copyright 1977 AAAS. Ref # 05-13638
- Eriksson, C., Kimber, B., & Skoog, T. (2018). Design and implementation of RESCUR in Sweden for promoting resilience in children: A study protocol. *BMC Public Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6145-7>
- European Patients' Forum. (2013). Patient involvement in Health Technology Assessment in Europe. 32(2), 1–26.
- European Patient Forum, Position Paper on Adherence and Concordance, 2015 (<https://www.eu-patient.eu/news/News-Archive/epf-publishes-position-paper-on-adherence-and-concordance/>)
- European Commission, Joint Research Centre, Vuorikari, R., Kluzer, S., Punie, Y. (2022). DigComp 2.2, The Digital Competence framework for citizens : with new examples of knowledge, skills and attitudes, *Publications Office of the European Union.* <https://data.europa.eu/doi/10.2760/115376>
- Facey, K., Boivin, A., Gracia, J., Hansen, H. P., lo Scalzo, A., Mossman, J., & Single, A. (2010). Patients' perspectives in health technology assessment: A route to robust evidence and fair deliberation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 26(3), 334–340. <https://doi.org/10.1017/S0266462310000395>
- Fang KY, Bjering H, Ginige A. (2017) Simulating Human Carer with an Avatar to Improve Medication Adherence. *Stud Health Technol Inform.* 239:35-40. PMID: 28756434.
- Farrell BJ, Jeffs L, Irving H, McCarthy LM. (2020) Patient and provider perspectives on the development and resolution of prescribing cascades: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 25;20(1):368. doi: 10.1186/s12877-020-01774-7. PMID: 32977743; PMCID: PMC7519478.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia bulletin*, 23(4), 637-651.
- Ferrara N, Terrosu P, Zuccalà G, Corsini A (2013) Politerapia e polifarmacia nell'anziano con scompenso cardiaco cronico *G Ital Cardiol*;14(3 Suppl. 1):46S-51S doi 10.1714/1261.13940
- Ferraresi, A., Gaiani, R., & Manfredini, M. (2004). Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni (Carocci, Ed.; 1st ed.).

- Flores, M., Glusman, G., Brogaard, K., Price, N. D., & Hood, L. (2013). P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society. *Personalized medicine*, 10(6), 565-576.
- Franchi C, Ludergrani M, Merlino L, Nobili A, Fortino I, Leoni O, Ardoino I. (2022) Multiple Medication Adherence and Related Outcomes in Community-Dwelling Older People on Chronic Polypharmacy: A Retrospective Cohort Study on Administrative Claims Data. *Int J Environ Res Public Health*. May 7;19(9):5692. doi: 10.3390/ijerph19095692. PMID: 35565087; PMCID: PMC9099923
- Fried, T. R., Tinetti, M. E., & Iannone, L. (2011). Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Archives of Internal Medicine*, 171(1), 75–80. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.318>
- Fu, M.; Wushouer, H.; Nie, X.; Shi, L.; Guan, X.; Ross-Degnan, D. (2020) Potentially inappropriate medications among elderly patients in community healthcare institutions in Beijing, China. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, 29, 923–930.
- Gambacorti-Passerini M., Zannini L. (2017). La “cura”: tra dimensioni terapeutiche, esistenziali ed educative. *Medicina nei secoli*, 29(4s), 29-57.
- Garwood, C. L., Bishja, M., & Smythe, M. A. (2010). An innovative elective course in anticoagulation management. *American journal of pharmaceutical education*, 74(10), 187.
- Gerber, B., Cowling, T., Chen, G., Yeung, M., Duquette, P., & Haddad, P. (2017). The impact of treatment adherence on clinical and economic outcomes in multiple sclerosis: Real world evidence from Alberta, Canada. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 18, 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2017.10.001>
- Giles SJ, Lewis PJ, Phipps DL, Mann F, Avery AJ, Ashcroft DM. (2020) Capturing Patients' Perspectives on Medication Safety: The Development of a Patient-Centered Medication Safety Framework. *J Patient Saf.* Dec;16(4):e324-e339. doi: 10.1097/PTS.0000000000000583. PMID: 30882613; PMCID: PMC7678656.
- Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Cumming, R. G., Handelsman, D. J., ... & Le Couteur, D. G. (2012). High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91(3), 521-528.
- Gokula, M., & Holmes, H. M. (2012). Tools to reduce polypharmacy. *Clinics in geriatric medicine*, 28(2), 323-341.
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the patient health engagement (PHE) scale. *Frontiers in Psychology*, 6(MAR), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>
- Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A (2017) The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model. *PLoS ONE* 12(6): e0179865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179865>
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., Lozza, E., & Hibbard, J. (2015). Measuring patient activation in Italy: Translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure 13 (PAM13-I) Clinical decision-making, knowledge support systems, and theory. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0232-9>
- Graffigna, G., Barelo, S., Riva, G., Castelnuovo, G., Corbo, M., Coppola, L., Daverio, G., Fauci, A., Iannone, P., Ricciardi, W., & Bosio, A. C. (2017). Promozione del patient engagement in ambito clinico-Assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di

consenso italiana. *Recenti Progressi in Medicina*, 108(11), 455–475. <https://doi.org/10.1701/2812.28441>

Greene, J., Sacks, R. M., Hibbard, J. H., & Overton, V. (2017). How much do clinicians support patient self-management? The development of a measure to assess clinician self-management support. *Healthcare*, 5(1–2), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2016.05.007>

Gremigni, P. (2003). Il modello della self-regulation: il ruolo delle rappresentazioni cognitive ed emotive della malattia. *Il modello della self-regulation*, 1000-1012

Grigolo, S., Agresta, I., Mazzariol, S., & Van Doorne, D. (2021). Il paziente, la sanità digitale e le terapie digitali. *Tendenze Nuove S. 1*, 159-176.

Grigolo S., Barbon R., De Leo G., Mazzariol S., (2024) Utilizzo delle DTx: quando i pazienti partecipano alla concordanza, alla condivisione delle decisioni e alla co-creazione di processi e di percorsi, *in corso di stampa*

Grigolo, S., Bruschi, B., Di Masi, D., Bena, C., Armando, L. G., & Cena, C. (2024, January). Identification of Barriers for Active Disease Management and of Medication-Related Problems through Therapeutic Patient Education in Older Home-Care Patients. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 2, p. 231)

Grigolo S., Repetto M., Talarico M., Tirocchi S., Croce S., Cena C., Iannacci-Manasia L., Bruschi B., (2022) Digital-storytelling in health context: innovative approaches to improve patients and caregivers' therapeutic literacy and adherence in Abstracts of the 25th Annual Meeting of ESPACOMP, the International Society for Medication Adherence, 08–19 November 2021 *Int J Clin Pharm* 44:276–299

Gruppo di Lavoro “Paziente Esperto in...” 2018-2019, Paziente esperto 3.0 – Paziente (caregiver) esperto in... *Tendenze Nuove n.2 – 2019*; 5-17: DOI: 10.32032/TENDENZE201911.PDF

Guilbert, J. J. (1990). *Guide pédagogique pour les personnels de santé* (Vol. 35). Dominique Bédier.

Haag, M., Lehmann, A., Hersberger, K. E., Schneider, M. P., Gauchet, A., Vrijens, B., ... & Allenet, B. (2020). The ABC taxonomy for medication adherence translated into French and German. *British journal of clinical pharmacology*, 86(4), 734-744.

Hackman, A., Brown, C., Yang, Y., Goldberg, R., Kreyenbuhl, J., Lucksted, A., Wohlheiter, K., & Dixon, L. (2007). Consumer satisfaction with inpatient psychiatric treatment among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 43(6), 551–564. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9098-3>

Halimi, S., Aubert, J. P., Fontbonne, A., Guillausseau, P. J., Nachit, F., Bouee, S., & Detournay, B. (2012). A real-life study of the use, effectiveness and tolerability of rosiglitazone in France: the AVANCE study. *Diabetes & Metabolism*, 38(4), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2012.03.002>

Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. (2019) Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*. Jul 1;100(1):32-38. PMID: 31259501.

Hamood, H., Hamood, R., Green, M. S., & Almog, R. (2016). Determinants of adherence to evidence-based therapy after acute myocardial infarction. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(9), 975–985. <https://doi.org/10.1177/2047487315597209>

Hardy, P. (2007). An investigation into the application of the Patient Voices digital stories in healthcare education: quality of learning, policy impact and practice-based value. *Lifelong Learning*. Belfast: University of Ulster

Haynes RB. (1979) Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore: *Johns Hopkins University Press*, Baltimore.

Haynes, RB, Gibson, E., Hackett, B., Sackett, D., Taylor, D. W., Roberts, R., & Johnson, A. (1976). Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *The Lancet*, 307(7972), 1265-1268.

Haynes RB. (1979) Introduction in Compliance in Health Care eds Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, pp. 1-7. *The Johns Hopkins University Press*, Baltimore.

Henriksson, A., Hudson, P., Öhlen, J., Thomas, K., Holm, M., Carlander, I., Hagell, P., & Årestedt, K. (2015). Use of the Preparedness for Caregiving Scale in Palliative Care: A Rasch Evaluation Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 533–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.012>

Hibbard, J. H., Collins, P. A., Mahoney, E., & Baker, L. H. (2010). The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-management. *Health Expectations*, 13(1), 65–72. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00571.x>

Hickmann, E., Richter, P. & Schlieter, H. (2022) All together now – patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC Health Serv Res* 22, 1116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>

Hoffmann, T., Jansen, J., & Glasziou, P. (2018). The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity. *PLoS Medicine*, 15(3), e1002530. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002530>

Hood, L., & Friend, S. H. (2011). Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. *Nature reviews Clinical oncology*, 8(3), 184-187.

Hood, L., & Flores, M. (2012). A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. *New biotechnology*, 29(6), 613-624.

Hopcroft, P., Peel, N. M., Poudel, A., Scott, I. A., Gray, L. C., & Hubbard, R. E. (2014). Prescribing for older people discharged from the acute sector to residential aged-care facilities. *Internal Medicine Journal*, 44(10), 1034-1037.

Hugtenburg, J. G., Timmers, L., Elders, P. J., Vervloet, M., & van Dijk, L. (2013). Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient preference and adherence*, 7, 675–682. <https://doi.org/10.2147/PPA.S29549>

Iihara, N., Nishio, T., Okura, M., Anzai, H., Kagawa, M., Houchi, H., & Kirino, Y. (2014). Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12100>

Imprialos, K. P., Stavropoulos, K., & Doumas, M. (2018). Antihypertensive drug treatment: the real-life challenge. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 20(1), 115–117. <https://doi.org/10.1111/jch.13147>

Jalali R, Jalali A, Jalilian M. (2023) Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon* 9(4):e14734. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e14734. PMID: 37025874; PMCID: PMC10070541;

Janamian, T., Greco, M., Cosgriff, D., Baker, L. and Dawda, P. (2022), Activating people to partner in health and self-care: use of the Patient Activation Measure. *Med J Aust*, 216: S5-S8. <https://doi.org/10.5694/mja2.51535>

Jenkins, S. L., & Ma'ayan, A. (2013). Systems pharmacology meets predictive, preventive, personalized and participatory medicine. *Pharmacogenomics*, 14(2), 119-122.

Johnson, D. S., Bush, M. T., Brandzel, S., & Wernli, K. J. (2016). The patient voice in research—evolution of a role. *Research Involvement and Engagement*, 2(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40900-016-0020-4>

Jørgensen, T., Johansson, S., Kennerfalk, A., Wallander, M. A., & Svärdsudd, K. (2001). Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(9), 1004-1009.

Kanu E.O. Nkanginieme (1997) Clinical Diagnosis as a Dynamic Cognitive Process: Application of Bloom's Taxonomy for Educational Objectives in the Cognitive Domain, *Medical Education Online*, 2:1, DOI: [10.3402/meo.v2i.4288](https://doi.org/10.3402/meo.v2i.4288)

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4 JUL(July), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>

Kearns, R., Harris-Roxas, B., McDonald, J., Song, H. J., Dennis, S., & Harris, M. (2020). Implementing the Patient Activation Measure (PAM) in clinical settings for patients with chronic conditions: a scoping review. *Integrated Healthcare Journal*, 2(1).

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). Health Literacy: The Solid Facts, *World Health Organisation*.

Kieffer C. H., (1982) The Emergence of Empowerment. The Development of Participatory Competence Among Individuals in Citizen Organization, *Division of Community Psychology Newsletter*, n. 2, pp. 13-14.

Kim, S. J., Kwon, O. D., Han, E. B., Lee, C. M., Oh, S. W., Joh, H. K., Oh, B., Kwon, H., Cho, B., & Choi, H. C. (2019). Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications: A nationwide population-based study. *Medicine*, 98(49), e17825. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017825>

King T.E., & Wheeler M.B. (Section editors), [publicationyear2] Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations, 2e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1768§ionid=119147414>

Kingsley C., Sanjiv P. (2017) Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures, *BJA Education*, 17(4) 37–144, <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>

Kinney, R. L., Lemon, S. C., Person, S. D., Pagoto, S. L., & Saczynski, J. S. (2015). The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient education and counseling*, 98(5), 545-552

Kirwan C, Nolan JM, Stack J, Moore TC, Beatty S. (2015) Determinants of patient satisfaction and function related to vision following cataract surgery in eyes with no visually consequential ocular co-morbidity. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 253(10):1735-44. doi: 10.1007/s00417-015-3038-7. Epub 2015 May 13. Erratum in: *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2015 Oct;253(10):1837. PMID: 25968132.

Kleinman A. (1988) *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books

Korpershoek, Y., Bos-Touwen, I. D., de Man-van Ginkel, J. M., Lammers, J.-W., Schuurmans, M. J., & Trappenburg, J. (2016). Determinants of activation for self-management in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 1757–1766. <https://doi.org/10.2147/COPD.S109016>

Kua CH, Reeve E, Tan DSY, Koh T, Soong JL, Sim MJL, Zhang TY, Chen YR, Ratnasingam V, Mak VSL, Lee SWH (2021) Pharmaceutical Society of Singapore Deprescribing Workgroup. Patients' and Caregivers' Attitudes Toward Deprescribing in Singapore. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021 May 22;76(6):1053-1060. doi: 10.1093/gerona/glaa018. Erratum in: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021 May 22;76(6):1074. PMID: 31965159.

Kwan YH, Weng SD, Loh DHF, Phang JK, Oo LJY, Blalock DV, Chew EH, Yap KZ, Tan CYK, Yoon S, Fong W, Østbye T, Low LL, Bosworth HB, Thumboo J (2020) Measurement Properties of Existing Patient-Reported Outcome Measures on Medication Adherence: Systematic Review *J Med Internet Res* 22(10):e19179

Larkin, B. G., & Burton, K. J. (2008). Evaluating a case study using Bloom's taxonomy of education. *Aorn Journal*, 88(3), 390-402.

Lee, S.; Yu, Y.M.; Han, E.; Park, M.S.; Lee, J.H.; Chang, M.J. (2023) Effect of Pharmacist-Led Intervention in Elderly Patients through a Comprehensive Medication Reconciliation: A Randomized Clinical Trial. *Yonsei Med. J.*, 64, 336–343

Leventhal, H. O. R., & Ian, B. (2012). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 56-79). *Routledge*.

Levine M., Perkins D. V., (1987) *Principles of Community Psychology*, *Oxford University Press*, New York

Lewis B. (2011) Narrative and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 24:489–494.

Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC. (1992) Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing*. 21(4):294-300. doi: 10.1093/ageing/21.4.294. PMID: 1514459

Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S. L., & Isoaho, R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of clinical epidemiology*, 55(8), 809-817.

Loos, S., Neumann, P., Arnold, K., Slade, M., Fiorillo, A., Krogsgaard Bording, M., Ivanka, T., Kawohl, W., & Puschner, B. (2013). [Shared decision-making in the treatment of people with

- severe mental illness: a focus group study]. *Psychiatrische Praxis*, 40(1), 23–29. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327251>
- López, L., Green, A. R., Tan-McGrory, A., King, R. S., & Betancourt, J. R. (2011). Bridging the digital divide in health care: the role of health information technology in addressing racial and ethnic disparities. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(10), 437–445
- Lui, P. S. C., Dunne, M. P., Baker, P., & Isom, V. (2017). Sexual difficulties faced by men in the Solomon Islands: a mixed-methods study. *Sexual Health*, 14(4), 338–344. <https://doi.org/10.1071/SH16170>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Maiers, M., Vihstadt, C., Hanson, L., & Evans, R. (2014). Perceived value of spinal manipulative therapy and exercise among seniors with chronic neck pain: a mixed methods study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(10), 1022–1028. <https://doi.org/10.2340/16501977-1876>
- Makai P, Perry M, Robben SH, Schers HJ, Heinen MM, Olde Rikkert MG, Melis RF (2014) Evaluation of an eHealth Intervention in Chronic Care for Frail Older People: Why Adherence is the First Target *J Med Internet Res*16(6):e156 doi: [10.2196/jmir.3057](https://doi.org/10.2196/jmir.3057)
- Mantoan D., Borghini A., (2021) Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, AGENAS, *Monitor* 45
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews* 10(4):430-9.
- Marengoni A, Monaco A, Costa E, Cherubini A, Prados-Torres A, Muth C, Melis RJ, Pasina L, van der Cammen TJ, Palmer K, Pecorelli S, Onder G. (2016) Strategies to Improve Medication Adherence in Older Persons: Consensus Statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs Aging* 33(9):629-37. doi: 10.1007/s40266-016-0387-9. PMID: 27444182.
- Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. (2017) What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatric* 10;17(1):230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2. PMID: 29017448; PMCID: PMC5635569
- Mazzaglia, G., Brignoli, O., Caputi, A. P., & Cricelli, C. (2011). Aderenza e persistenza: due elementi chiave per la determinazione dell'efficacia terapeutica in usual care. *Farmeconomia. Health Economics and Therapeutic Pathways*, 12(2S), 9–13. <https://doi.org/10.7175/fe.v12i2s.989>
- Mazze, R. S. (1986). Diabetes patient education: a health care provider perspective. *The Diabetes Educator*, 12(2), 126-130.
- McGovern, A., Hinton, W., Correa, A., Munro, N., Whyte, M., & de Lusignan, S. (2016). Real-world evidence studies into treatment adherence, thresholds for intervention and disparities in treatment in people with type 2 diabetes in the UK. *BMJ Open*, 6(11), e012801. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012801>
- Merner B, Schonfeld L, Virgona A, Lowe D, Walsh L, Wardrope C, Graham-Wisener L, Xafis V, Colombo C, Refahi N, Bryden P, Chmielewski R, Martin F, Messino NM, Mussared A, Smith L, Biggar S, Gill M, Menzies D, Gaulden CM, Earnshaw L, Arnott L, Poole N, Ryan RE, Hill S., (2023) Consumers' and health providers' views and perceptions of partnering to improve health services design, delivery and evaluation: a co-produced qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD013274. DOI: 10.1002/14651858.CD013274.pub2.

- Meyer, T. E., Kiernan, M. S., McManus, D. D., & Shih, J. (2014). Decision-making under uncertainty in advanced heart failure. *Current Heart Failure Reports*, 11(2), 188–196. <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0195-7>
- Michalowski, M., Wilk, S., Michalowski, W., O'sullivan, D., Bonaccio, S., Parimbelli, E., Peleg, M. (2021). A health eLearning ontology and procedural reasoning approach for developing personalized courses to teach patients about their medical condition and treatment. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7355.
- Miller KL. (2016) Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation*.14;39(4):465-470. doi: 10.3233/NRE-161378. PMID: 27689606
- Milota M. M., van Thiel G. J. M. W. & van Delden J. J. M. (2019) Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review, *Medical Teacher*, 41:7, 802-810, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1584274
- Ministero della Salute (Ministry of Health). (2014). Raccomandazione n. 17: Riconciliazione della Terapia Farmacologica.
- Moody-Williams, J. (2019). Consumer Information for Patients, Families, and Caregivers. In A Journey towards Patient-Centered Healthcare Quality (pp. 47–59). *Springer International Publishing*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26311-9_5
- Mortari Luigina. (2006). La pratica dell'aver cura (il Paragrafo, Ed.). Pearson Paravia Bruno Mondadori SpA.
- Mortelmans, L., Goossens, E., De Cock, A. M., Petrovic, M., van den Bemt, P., & Dilles, T. (2023). The Development of Recommendations for Healthcare Providers to Support Patients Experiencing Medication Self-Management Problems. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 11, p. 1545). MDPI.
- Moser, L. L., Bond, G. R. (2009). Scope of Agency Control: Assertive Community Treatment Teams' Supervision of Consumers. *Psychiatric Services*, 60(7), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.922>
- Moth, E. B., Vardy, J., & Blinman, P. (2016). Decision-making in geriatric oncology: systemic treatment considerations for older adults with colon cancer. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 10(12), 1321–1340. <https://doi.org/10.1080/17474124.2016.1244003>
- Mucherino, S., Maffoni, M., Cena, C., Armando, L. G., Guastavigna, M., Orlando, V., Collaborative Working Group. (2023). Italian Translation and Validation of the Original ABC Taxonomy for Medication Adherence. In *Healthcare* Vol. 11, No. 6, p. 846. MDPI.
- Mukhtar, O. Weinman, J. & Jackson, S.H.D. (2014). Intentional non-adherence to medications by older adults. *Drugs Aging*. 31(3):149-57. doi: 10.1007/s40266-014-0153-9. PMID: 24566876.
- NICE ng44. (2016). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. Nice Org Uk / Guidance / Ng44, March, 1–29. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-1837452829381>
- Nicholson, J., Albert, K., Gershenson, B., Williams, V., & Biebel, K. (2009). Family options for parents with mental illnesses: a developmental, mixed methods pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(2), 106–114. <https://doi.org/10.2975/33.2.2009.106.114>
- Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keenanasseril, A., Agoritsas, T., Mistry, N., Iorio, A., Jack, S., Sivaramalingam, B., Iserman, E., Mustafa, R. A., Jedraszewski, D., Cotoi, C., & Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(11).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>

Oates, G. R., Hamby, B. W., Stepanikova, I., Knight, S. J., Bhatt, S. P., Hitchcock, J., Schumann, C., & Dransfield, M. T. (2017). Social Determinants of Adherence to Pulmonary Rehabilitation for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *COPD*, 14(6), 610–617. <https://doi.org/10.1080/15412555.2017.1379070>

OECD. (2020). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/9789264055896-ko>

Ohlmeier, C., Saum, K. U., Galetzka, W., Beier, D., & Gothe, H. (2019). Epidemiology and health care utilization of patients suffering from Huntington's disease in Germany: Real world evidence based on German claims data. *BMC Neurology*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1556-3>

Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa Copenaghen (1998) Educazione terapeutica del paziente, *Rapporto di un Gruppo di Lavoro OMS*

Organizzazione Mondiale della Sanità, di Ottawa, O. C. (1986). Prima Conferenza internazionale sulla Promozione della salute. Ottawa, Canada, 7-21.

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2013. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2014.

Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019.

Pagès-Puigdemont, N., Tuneu, L., Masip, M., Valls, P., Puig, T., & Manges, M. A. (2019). Determinants of medication adherence among chronic patients from an urban area: A cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 29(3), 419–424. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky259>

Pandey A, Krumme A, Patel T, Choudhry N (2017) The Impact of Text Messaging on Medication Adherence and Exercise Among Postmyocardial Infarction Patients: Randomized Controlled Pilot Trial *JMIR Mhealth Uhealth* 2017;5(8):e110 URL: <https://mhealth.jmir.org/2017/8/e110> DOI: 10.2196/mhealth.7144

Paul M. (2018) Breaking Bad News. *Acad Med.* 93(9):1390. doi: 10.1097/ACM.0000000000002316. PMID: 30153172;

Peikes, D., Geonnotti, K., & Wang, W. (2013). Using pragmatic clinical trials to test the effectiveness of patient-centered medical home models in real-world settings. *PCMH Research Methods Series*, 1–11. https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/UsingPragmatic_032513comp.pdf

Penedo, F. J., Dahn, J. R., Shen, B.-J., Schneiderman, N., & Antoni, M. H. (2006). Ethnicity and determinants of quality of life after prostate cancer treatment. *Urology*, 67(5), 1022–1027. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.11.019>

Piccardo C., (1995) Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona, Raffaello Cortina, Milano.

Picker, & Cordier, J.-F. (2014). Picker Impact Report. *The European Respiratory Journal*, 44(4), 853–857. <https://doi.org/10.1183/09031936.00027414>

- Polson, M., Lord, T. C., Evangelatos, T. M., Lopes, M., & Santaniello, B. L. (2017). Real-world health plan claims analysis of differences in healthcare utilization and total cost in patients suffering from cluster headaches and those without headache-related conditions. *The American Journal of Managed Care*, 23(16 Suppl), S295–S299.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481
- Rahman AN, Bressette M, Gassoumis ZD, Enguidanos S. (2016) Nursing Home Residents' Preferences on Physician Orders for Life Sustaining Treatment. *Gerontologist*. 56(4):714-22. doi: 10.1093/geront/gnv019. Epub 2015 Mar 20. PMID: 26035903; PMCID: PMC4944535.
- Raman-Wilms L, Farrell B, Sadowski C, Austin Z. (2019) Deprescribing: An educational imperative. *Res Social Adm Pharm*. 15(6):790-795. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.08.011. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30241871.
- Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: Implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American Journal of Cardiology*, 72(10), D68–D74. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(93\)90014-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(93)90014-4)
- Randall, S., Daly, G., Thunhurst, C., Mills, N., Guest, D. A., & Barker, A. (2014). Case management of individuals with long-term conditions by community matrons: report of qualitative findings of a mixed method evaluation. *Primary Health Care Research & Development*, 15(1), 26–37. <https://doi.org/10.1017/S1463423612000667>
- Recchia, G., Barbanti, P., Cottini, L., Ferrari, A., Ciani, O., & Lettieri, E. (2021). Terapie digitali, necessità per lo sviluppo dell'ecosistema tecnologico ed economico dell'Italia. *Tendenze nuove*–Numero Speciale, 1.
- Raphael, M. J., Gyawali, B., & Booth, C. M. (2020). Real-world evidence and regulatory drug approval. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 17(5), 271–272. <https://doi.org/10.1038/s41571-020-0345-7>
- Rappaport J., (1981) In Praise of Paradoxe. A Social Policy of Empowerment over Prevention, in “*American Journal of Community Psychology*”, n. 9, pp. 1-26.
- Rood, J. A. J., van Zuuren, F. J., Stam, F., van der Ploeg, T., Eeltink, C., Verdonck-de Leeuw, I. M., & Huijgens, P. C. (2015). Perceived need for information among patients with a haematological malignancy: associations with information satisfaction and treatment decision-making preferences. *Hematological Oncology*, 33(2), 85–98. <https://doi.org/10.1002/hon.2138>
- Rost K, Roter D. (1987) Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients. *Gerontologist* ;27(4):510-5. doi: 10.1093/geront/27.4.510. PMID: 3623148
- Rotter J. B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, in “*Psychological Monographs: general and Applied*”, n. 80, 1966.
- Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Prictor M, Kaufman C, Cowie G, Taylor M. (2014) Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. (4):CD007768. doi: 10.1002/14651858.CD007768.pub3. PMID: 24777444; PMCID: PMC6491214.
- Sabate, Eduardo (2001). WHO Adherence Meeting Report. *World Health Organization: Ginevra*
- Saiani L. Brugnolli A. (2013). Cure infermieristiche. In *Trattato di Cure Infermieristiche* (Seconda ed). Edizioni Idelson-Gnocchi 1980 srl.
- Santoro E., Boscherini L., Lugo A., (2021) Terapie digitali: una revisione degli studi clinici, *Maggio-Giugno 2021, Vol. 17, N. 3 Ric&Pra* 17(3):112-116 doi [10.1707/3618.35988](https://doi.org/10.1707/3618.35988)

- Savage, D. (1983). The educated patient: Informed consent: A discussion. *Journal of Craniomandibular Practice*, 1(3), 69–76. <https://doi.org/10.1080/07345410.1983.11677836>
- Schackman, B. R., Teixeira, P. A., Weitzman, G., Mushlin, A. I., & Jacobson, I. M. (2008). Quality-of-life tradeoffs for hepatitis C treatment: do patients and providers agree? *Medical Decision Making* 28(2), 233–242. <https://doi.org/10.1177/0272989X07311753>
- Schmittziel JA, Nichols GA, Dyer W, Steiner JF, Karter AJ, Raebel MA. (2015) Health care system-level factors associated with performance on Medicare STAR adherence metrics in a large, integrated delivery system. *Med Care* 53(4):332-7. doi: 10.1097/MLR.0000000000000328. PMID: 25719517; PMCID: PMC4359632.
- Schneider, A., Korner, T., Mehring, M., Wensing, M., Elwyn, G., & Szecsenyi, J. (2006). Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.008>
- Shalansky, Stephen & Levy, Adrian. (2002). Effect of Number of Medications on Cardiovascular Therapy Adherence. *The Annals of pharmacotherapy*. 36. 1532-9. 10.1345/aph.1C044.
- Simeone D., (2022) Narrare la sofferenza al tempo del Covid-19: un'esperienza formativa in Medical Humanities & medicina narrativa, *Rivista di pedagogia generale e sociale*
- Siraco S, Bitter C, Chen T. (2022) Breaking Bad News in the Emergency Department. *J Educ Teach Emerg Med*. Apr 15;7(2):S1-S47. doi: 10.21980/J81W7H. PMID: 37465445; PMCID: PMC10332750).
- Skirdenko, J. P., & Nikolaev, N. A. (2018). Quantitative assessment of adherence to treatment in patients with atrial fibrillation in real clinical practice. *Terapevticheskii Arkhiv*, 90(1), 17–21. <https://doi.org/10.26442/terarkh201890117-21>
- Smith, S. M., Wallace, E., Clyne, B., Boland, F., & Fortin, M. (2021). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: a systematic review. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01817-z>
- Società scientifiche partecipanti SIGG – SIGOT – SIMG – SIMI – FADOI – SIF, Linee guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 4 giugno 2021 dell'Istituto Superiore di Sanità
- Spinsanti S. (a cura di) (2001), L'educazione come terapia, Esseditrice, Roma.
- Sruamsiri, R., Iwasaki, K., Tang, W., & Mahlich, J. (2018). Persistence rates and medical costs of biological therapies for psoriasis treatment in Japan: a real-world data study using a claims database. *BMC Dermatology*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12895-018-0074-0>
- Stanhope, V., Marcus, S., & Solomon, P. (2009). The impact of coercion on services from the perspective of mental health care consumers with co-occurring disorders. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 60(2), 183–188. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.183>
- Striano M. (2022) Apprendere in età adulta e nelle pratiche professionali, in *Medical Humanities & medicina narrativa*, pp. 51-64 ISBN 979-12-5994-774-1 ISSN 2724-3281 DOI 10.53136/97912599477414
- Tamblyn, R., Eguale, T., Huang, A., Winslade, N., & Doran, P. (2014). The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care: a cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 160(7), 441–450. <https://doi.org/10.7326/M13-1705>
- Tarozzi, M. (2008). Che cos'è la grounded theory. Carocci.

- Thomas-Hawkins, C. (2006). Chronic illness management and outcomes: A theory-based approach. *Contemporary Nephrology Nursing: Principles and Practice*; American Nephrology Nurses' Association, Pitman, NJ
- Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. (2016) Moving From Disease-Centered to Patient Goals-Directed Care for Patients With Multiple Chronic Conditions: Patient Value-Based Care. *JAMA Cardiol.* 1(1):9–10. doi:10.1001/jamacardio.2015.0248
- Tracy, M. C., Shepherd, H. L., Ivers, R. G., Mann, M., Chiappini, L., & Trevena, L. J. (2020). What patients want to ask their doctors: Data analysis from Question Builder, an online question prompt list tool. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 937-943.
- Trebble T M, Hansi N, Hydes T, Smith M A, Baker M. (2010) Process mapping the patient journey: an introduction *BMJ*; 341 :c4078 doi:10.1136/bmj.c4078
- Trincherò R., Mixed Methods in Mortari L. (2019) et al *Metodi per la ricerca educativa*, Carocci Editore
- Varghese D, Ishida C, Haseer Koya H. Polypharmacy. (2022) In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532953/>
- Volpe, M., Degli Esposti, L., Romeo, F., Trimarco, B., Bovenzi, F. M. aria, Mastromarino, V., & Battistoni, A. (2014). Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento intersocietario di consenso. *Giornale Italiano Di Cardiologia*, 15(10), 3–10. <https://doi.org/10.1714/1696.18514>
- Vranckx, P., Valgimigli, M., & Heidbuchel, H. (2018). The Significance of drug—Drug and drug—Food interactions of oral anticoagulation. *Arrhythmia & electrophysiology review*, 7(1), 55;
- Vrijens, B., de Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjasczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691–705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>
- Vrijens B, Urquhart J. (2014) From monitoring to vigilance about patient adherence to new oral anticoagulants. *Europace* 16(1):149. doi: 10.1093/europace/eut243. Epub 2013 Sep 26. PMID: 24072444.
- Wade, B., Abraham, J., Coder, M., & Officer, C. P. (2023). GUIDANCE TO INDUSTRY: Classification of Digital Health Technologies, *Health Advanced & Digital Therapeutics Alliance*
- Wang, C.-Y., Lin, C.-L., Huang, T.-S., Chien, M.-N., Hsieh, S.-H., Huang, Y.-Y., Shih, K.-C., Tu, S.-T., Chang, C.-T., Chien-Ning, H., Chou, C.-W., Wu, T.-J., Liu, R.-T., Lam, H.-C., Kwok, C.-F., Fu, C.-C., & Sheu, W. H.-H. (2012). Inertia on hypoglycemia: highlight from a Taiwan subgroup analysis of Real-Life Effectiveness and Care Patterns of Diabetes Management (RECAP-DM) study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 98(1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.05.017>
- Wang, S.-J., Hathout, L., Malhotra, U., Maloney-Patel, N., Kilic, S., Poplin, E., & Jabbour, S. K. (2018). Decision-Making Strategy for Rectal Cancer Management Using Radiation Therapy for Elderly or Comorbid Patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 100(4), 926–944. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2017.12.261>
- Wasson, J., & Coleman, E. (2014). Health Confidence: A simple essential measure for patient engagement and better practice. *Fam Pract Manag*, 21(5), 8-12.;

- Welling, P. G. (1996). Effects of food on drug absorption. *Annual review of nutrition*, 16(1), 383-415
- Williamson, P. R., Altman, D. G., Bagley, H., Barnes, K. L., Blazeby, J. M., Brookes, S. T., Clarke, M., Gargon, E., Gorst, S., Harman, N., Kirkham, J. J., McNair, A., Prinsen, C. A. C., Schmitt, J., Terwee, C. B., & Young, B. (2017). The COMET Handbook: Version 1.0. *Trials*, 18(Suppl 3), 1–50. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1978-4>
- Wilder E. (2021) The Impact of Social Determinants of Health on Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis Marcee *J Gen Intern Med* 36(5):1359–70 DOI: 10.1007/s11606-020-06447-0
- World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *World Health Organization* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9?sequence=1>
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 - Placing people and communities at the centre of health services. Draft for Consultation, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/>. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. *World Health Organization*
- Wu, E. Q., Guerin, A., Yu, A. P., Bollu, V. K., Guo, A., & Griffin, J. D. (2010). Retrospective real-world comparison of medical visits, costs, and adherence between nilotinib and dasatinib in chronic myeloid leukemia. *Current Medical Research and Opinion*, 26(12), 2861–2869. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.533648>
- Wu-Wu, J. W. F., Guadamuz-Mayorga, C., Oviedo-Cerdas, D., & Zamora, W. J. (2023). Antibiotic resistance and food safety: perspectives on new technologies and molecules for microbial control in the food industry. *Antibiotics*, 12(3), 550.
- Wulaningsih, W., Garmo, H., Ahlgren, J., Holmberg, L., Folkvaljon, Y., Wigertz, A., van Hemelrijck, M., & Lambe, M. (2018). Determinants of non-adherence to adjuvant endocrine treatment in women with breast cancer: the role of comorbidity. *Breast Cancer Research and Treatment*, 172(1), 167–177. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4890-z>
- Yamamiya, I., Hunt, A., Yamashita, F., Sonnichsen, D., He, Y., & Benhadji, K. A. (2023). Evaluation of potential food effects and drug interactions with lansoprazole in healthy adult volunteers receiving futibatib. *Clinical Pharmacology in Drug Development*, 12(3), 294-303;
- Yin, K., Harms, T., Ho, K., Rapport, F., Vagholkar, S., Laranjo, L., Coiera, E., Gershuny, J., & Lau, A. Y. S. (2018). Patient work from a context and time use perspective: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*, 8(12), e022163. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022163>
- Youmans S.L., & Bibbins-Domingo K (2016). Assessing and promoting medication adherence. King T.E., & Wheeler M.B.(Eds.), *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations*, 2e. McGraw Hill <https://accessmedicine.mhmedical.com/Content.aspx?bookid=1768§ionid=119149356>
- Younesi, E., & Hofmann-Apitius, M. (2013). From integrative disease modeling to predictive, preventive, personalized and participatory (P4) medicine. *EPMA Journal*, 4, 1-12.
- Zimmerman M. A., Rappaport J., (1988) Citizen Participation, Perceived Control and Psychological Empowerment, in “*American Journal of Community Psychology*”, n. 16, pp. 725-50.

Zimmerman M. A., (1990) Toward a Theory of Learned Hopefulness: a structural model of analysis of participation and empowerment, in "*Journal of Research in Personality*", n. 24, pp. 71-86.

Zimmerman M. A., (2000) Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis, in J. Rappaport, E. Seidman (eds.), *Handbook of Community Psychology*, Kluwer Academic / Plenum Publisher, New York, pp. 43-63.

Zucconi A, Howell P.(2003), La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società, IACP pag. 43.

Sitografia

<https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/programma/CorniceRiferimento>

<https://www.salute.gov.it>

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

<https://www.aifa.gov.it/-/aderenza-alle-terapie-e-strategie-per-migliorare-l-uso-sicuro-ed-efficace-dei-farmaci>

<https://docs.italia.it/media/pdf/strategia-nazionale-competenze-digitali-docs/1.0/strategia-nazionale-competenze-digitali-docs.pdf>

Allegati

Appendice 1. Glossario dei concetti chiave della medicina partecipativa.

(Graffigna et al., 2017)

Concetto	Definizione	Differenza/relazione con l'engagement
<i>Activation</i> (traducibile come attivazione comportamentale della persona)	Livello di conoscenza, abilità e fiducia della persona circa la propria capacità di gestione della cura e di interazione con il sistema di assistenza e cura	Focalizza principalmente la dimensione comportamentale dell'esperienza della persona nello scambio con l'operatore sanitario e il sistema socio-sanitario e nel self-management.
<i>Empowerment</i> (traducibile come: "sensazione di potere e controllo sulla gestione della propria salute")	Riguarda uno stato mentale che la persona sperimenta nel momento in cui percepisce di avere controllo e potere sul proprio stato di salute e sui trattamenti	Se dunque l'empowerment pone l'accento sull'individuo in relazione, l'engagement, proponendo una visione sistemica della persona nel processo di cura che la vede protagonista, e pone il fuoco sulla relazione stessa.
<i>Compliance</i> (traducibile come: "la capacità della persona di seguire le prescrizioni cliniche")	Il grado in cui il comportamento di una persona (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del clinico (Conferenza di Consenso sulla Medicina Narrativa, 2015, p. 23). In seguito il termine <i>adherence</i> ha, nella sua stessa definizione, incluso un cambiamento concettuale parlando di partecipazione della persona alla pianificazione e all'attuazione del trattamento. Tuttavia, parlare di <i>compliance</i> o <i>adherence</i> implica una posizione valutativa dell'operatore sanitario nei confronti di una persona, valutata come "più o meno brava", "più o meno capace" di rispondere/aderire in modo adeguato alle richieste cliniche e/o di assistenza.	Il concetto di engagement in sé va ben oltre la specifica valutazione del comportamento e dell'atteggiamento della persona verso le prescrizioni del clinico. Parlare di engagement significa infatti assumere una visione fortemente democratizzante del processo di scambio tra operatore sanitario e persona e tra domanda e offerta di prestazioni socio-sanitarie, dove i diversi attori, la loro soggettività e le loro diverse competenze sono messe a sistema in modo sinergico al fine di promuovere forme positive di dialogo e utilizzo del servizio di assistenza e cura nella sua complessità.
Educazione terapeutica assistenziale	L'educazione terapeutica deve permettere alla persona di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione concernente 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. È finalizzata ad aiutare le persone e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con gli	Il concetto di engagement include quello di educazione terapeutica considerandola uno degli strumenti fondamentali per consentire alla persona e ai suoi caregiver informali di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per agire un ruolo attivo nel proprio percorso clinico- assistenziale.

	operatori sanitari, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita. (L'educazione terapeutica) forma il malato 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 [...] è un processo continuo che fa parte integrante della cura e dell'assistenza.	
<i>Health literacy</i> (traducibile come: "alfabetizzazione sanitaria")	Insieme delle competenze personali, cognitive e sociali che determinano l'abilità di gestione della malattia da parte degli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute.	Il concetto di <i>health literacy</i> fa riferimento alle conoscenze della persona e alle sue competenze di utilizzo delle informazioni. Per questa ragione costituisce una delle leve che concorrono a promuovere l'engagement ma non lo esaurisce.
Medicina narrativa	La medicina narrativa parte dall'assunto che la narrazione sia «lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura». In conformità a queste premesse epistemologiche, la medicina narrativa può essere considerata come una metodologia di intervento clinico-assistenziale che si focalizza su una specifica strategia comunicativa e relazionale tra le persone e il team di cura.	La relazione tra medicina narrativa ed engagement è evidente, in quanto essa può essere considerata come una delle strategie per aumentare la percezione di partecipazione soggettiva e il senso di protagonismo della persona nel suo percorso di cura. La medicina narrativa è da considerarsi quale possibile strategia o strumento di intervento per l'umanizzazione del sistema socio-sanitario, di cui l'engagement può essere uno dei risultati a tendere.

Concetto	Definizione	Differenza/relazione con l'engagement
Medicina centrata sul paziente	È una metodologia dell'intervento clinico basata sul paradigma bio-psico-sociale. Si tratta di un nuovo modello di orientamento della pratica clinica che non vuole essere alternativo al modello tradizionale ma ne allarga i confini conservandone la scientificità.	La medicina centrata sul paziente costituisce un modello che orienta l'operato dei clinici alla luce di una migliore comprensione e presa in carico dei bisogni e delle esperienze di malattia della persona. Costituisce quindi l'orientamento di base per fertilizzare la possibilità di un engagement della persona e per orientare la sensibilità e apertura dell'operatore al ruolo proattivo di questo.
Medicina personalizzata	La medicina personalizzata è una forma di intervento clinico che usa le informazioni di tipo genetico, legate all'influenza ambientale e allo stile di vita per suggerire interventi di prevenzione e trattamento altamente personalizzati.	Il concetto di medicina personalizzata non necessariamente implica una promozione dell'engagement della persona nel percorso di cura poiché si riferisce più specificatamente alla definizione di un piano terapeutico "su misura" per le esigenze cliniche della persona. Le misure del livello di engagement, tuttavia, possono costituire un ulteriore tassello diagnostico per una medicina davvero personalizzata

<p>Medicina partecipativa</p>	<p>Un modello assistenziale cooperativo che promuove il coinvolgimento attivo delle persone, professionisti, caregiver e altri attori attraverso il percorso continuativo di presa in carico di tutte le dimensioni che riguardano la salute dell'individuo. Un movimento attraverso il quale le persone sono spinte a passare dall'essere passeggeri a "co-piloti" delle scelte che riguardano la loro salute, mentre i professionisti sono incoraggiati e valorizzati a essere loro partner (Society for Participatory Medicine, http://participatorymedicine.org/).</p>	<p>La medicina partecipativa propone un modello assistenziale che mette al centro il tema del ruolo attivo della persona nel percorso di cura. In questa accezione, dunque, la medicina partecipativa costituisce la proposta di revisione dei modelli assistenziali che meglio si sposa con il concetto di engagement</p>
<p>Paziente esperto</p>	<p>Il termine paziente esperto è stato creato nel 1985 dal prof. David Tuckett dell'Università di Cambridge. Esperto può essere definito il paziente con esperienza della propria malattia (illness) ed expertise della patologia (disease) dalla quale è interessato.</p>	<p>La definizione di paziente esperto denota le abilità e le conoscenze del paziente in merito alla sua malattia e al vissuto psicologico di essa. Il paziente esperto è il presupposto e non il risultato di un engagement efficace e funzionale alla crescita di un modo diverso di curarsi/curare, governando il processo stesso di cura.</p>
<p><i>Shared decision making</i> ("processo decisionale condiviso")</p>	<p>Tramite il processo decisionale condiviso, medico e paziente collaborano per raggiungere una scelta condivisa circa l'impostazione del trattamento dopo aver valutato insieme rischi e benefici delle differenti scelte diagnostico-terapeutiche, tenendo in considerazione valori, preferenze e condizioni specifiche del paziente.</p>	<p>Il processo decisionale condiviso costituisce uno dei setting clinici prototipici in cui il concetto di patient engagement può trovare applicazione. Il livello di engagement del paziente può essere considerato come un precursore o una conditio sine qua non per rendere possibile un processo decisionale condiviso</p>
<p><i>Engagement in research</i> ("coinvolgimento nella ricerca")</p>	<p>Il <i>Patient Centered Research Outcome Institute</i>(PCORI) definisce l'engagement delle persone, delle loro famiglie, degli operatori e di altri stakeholder significativi nel processo di ricerca relativo all'innovazione farmacologica o nella fase di progettazione e realizzazione dei servizi.</p>	<p>La ricerca è uno dei setting in cui si può applicare il concetto di engagement.</p>

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)

Azienda Sanitaria Locale _____

Moduli della Cartella Geriatrica

A - RICHIESTA DI VALUTAZIONE (Allegato A della DGR 42-8390/2008)	<input type="checkbox"/>
B - SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA	<input type="checkbox"/>
B1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (*)	<input type="checkbox"/>
B2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA (**)	<input type="checkbox"/>
B3 - RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA	<input type="checkbox"/>
C - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE	<input type="checkbox"/>
C1 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>
D - PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGO ASSISTENZA	<input type="checkbox"/>
D1 - PROGETTO RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>
D2 - PROGETTO SEMI RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>

Nota:

La Cartella Geriatrica è modulare, pertanto spuntando i moduli che via via si utilizzano, si compone la Cartella medesima.

(*) La scheda B1 è modificata negli item 7) 8) della sezione 4 A " Persona valutata al domicilio" e negli item 10) 11) 12) e 14) della sezione 4B "Persona valutata in struttura residenziale", in quest'ultima sezione è stata inserita una sintetica griglia di rilevazione dei bisogni assistenziali: 1) Igiene personale e vestizione e 2) Somministrazione dei pasti.

(**) La scheda B2 contiene
 ADL di Barthel,
 IADL di Lawton,
 SPMSQ di Pfeiffer
 A.Di.Co
 DMI
 Trattamenti specialistici
 CIRS

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) ASL
--

SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	piano dello stabile numero vani..... ascensore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
stato civile	Codice Fiscale
titolo di studio	attività lavorativa pregressa
Medico di Medicina Generale	pensionato iscritto Cassa INPDAP <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> coniuge conv. di pensionato INPDAP <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92)	Domanda in corso dal.....
invalidità civile	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> percentuale <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> domanda in corso dal
indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> dal..... Domanda in corso dal.....
Esiste un:	<input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> amministr. di sostegno <input type="checkbox"/>

Sig./Sig.ra rec. tel.

La domanda è presentata in data / /
da diretto interessato familiari altri procedura ufficio

I dati e le informazioni sono state fornite da

Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome	Nome
indirizzo	rec. tel.

Luogo di valutazione della persona da parte dell'UVG	Data e luogo previsti per la valutazione	Data e luogo in cui è stata effettuata
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungo degenza		
Sede UVG		
Altro: indicare quale		

SCHEMA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Ente gestore/Comune _____

Cognome e Nome.....

1. CONDIZIONI ABITATIVE

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio 1 all'area abitativa.

1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato (Negozi, Farmacia, Posta)	0
2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1
3) Isolata e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi	2

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo Sì* No

*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione delle condizioni economiche

Condizioni igieniche:

5) Buone	0
6) Scadenti	1
7) Pessime	2

8) Chi si occupa dell'igiene ambientale ? - Interessato/a Sì No

Servizi Igienici:

9) Adeguati	0
10) Interni non adeguati/esterni	2

Riscaldamento:

11) Autonomo / centrale	0
12) Stufa a gas /	1
13) Stufa cherosene / legna	2

Presenza di barriere architettoniche:

14) No	0
15) Sì, interne	1
16) Sì esterne	1

Note _____

Sub condizione abitativa

2. CONDIZIONE ECONOMICA

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante ai fini della erogazione e della compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali, per graduare l'entità della contribuzione prevista dalla presente deliberazione (o per disporre l'esclusione da tali contribuzioni), si applicano le disposizioni vigenti in materia nei regolamenti degli enti gestori.

E' opportuno che i parametri da considerare per la valutazione delle condizioni economiche siano:

1. Proprietà/usufrutto/affitto dell'abitazione
2. Pensione/reddito
3. Altri beni
4. Spese sostenute negli ultimi 6 mesi per assistenza.

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento: Sì No

Descrizione dei conviventi:

Cognome e nome	età	grado di parentela/ altro

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome

Grado di parentela/altro	età	residenza	telefono	vivono
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove

A) Persona sola *

SI

Se persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.), non si compilano le domande da B1 a C5 e, ove significativo, si utilizzano le variabili C6/C7 o si attribuisce il punteggio massimo (20) passando alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (area 4):

B) Persona con conviventi

Conviventi (compilare 1 sola voce la più significativa)

B1) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UWH non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici	11
B2) Problemi del coniuge/persona convivente, non valutata/a UVG/U.V.H (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc.)	9
B3) Grave affaticamento del convivente (care-giver) derivante dal lavoro di cura	7
B4) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari	5
B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo	5

Persona senza familiari non conviventi (da compilare solo se compilata almeno una delle voci dal B1 al B5)

B6) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti	9
---	---

Se compilata una voce dal B1 al B5 e il B6, passare direttamente alla valutazione delle condizioni assistenziali

Rete familiare non convivente (compilare 1 sola voce la più significativa)

B7) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosufficiente, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute	7
B8) ...) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale	5
B9) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura	5
B10) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento)	3
B11) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona	2

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI*

(*La compilazione della scheda 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

4A. Persona valutata a domicilio

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della persona valutata:

BISOGNI	GIORNO			NOTTE			totale
	soddisfatto	In parte	Non soddisfatto	soddisfatto	In parte	Non soddisfatto	
1) Igiene personale	0	1	2	0	1	2	
2) Vestirsi	0	1	2				
3) Igiene ambientale	0	1	2				
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	0	1	2				
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	0	1	2				
6) sorveglianza e/o monitoraggio	0	1	2	0	1	2	

	Chi lo fa	Tutti i giorni	2/3 volte la settimana	1 volta la settimana	saltuariamente
1) Igiene personale	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
2) Vestirsi	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
3) Igiene ambientale	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
4) Preparazione e somministrazione dei pasti	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
5) Spesa e/o disbrigo di pratiche	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				
6) sorveglianza e/o monitoraggio	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> persona a pagamento				

7) Assenza del care-giver (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 18)	5
8) Grave difficoltà della rete familiare a soddisfare i bisogni del valutato (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 16)	5
9) Espresa volontà di ricovero dell'interessato	2

Nel caso in cui siano barrati uno o più items (7,8,9) e con un punteggio totale oltre 12 (alle domande dalla 1 alla 6 relative agli items sui bisogni), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.

4 B. Persona valutata in struttura residenziale

B10) Ricoverato da	meno di 6 mesi	0	
	oltre 6 mesi	2	
B11) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, che permane al momento della valutazione		5	
B12) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità		6	
B13) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato		4	

B14) Grave difficoltà o assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari = 0 > di 16)	8	
B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	2	

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato:

BISOGNI				totale
	soddisfatto	In parte	Non soddisfatto	
1) Igiene personale e vestizione	0	1	2	
2) Somministrazioni e dei pasti	0	1	2	

Note:

Sub totale condizione assistenziale

SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

1) condizione abitativa:

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):

0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9
0	1	2	3	4

3) condizione familiare:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	17 - 20
0	1	2	3	4

4) condizione assistenziale:

0 - 2	3 - 7	8 - 12	13 - 17	Oltre 17
0	1	2	3	4

Totale punteggio sociale	
--------------------------	--

Il _____ / _____ / _____

L'Assistente Sociale referente della valutazione
Nome e cognome

Firma leggibile

A.D.L INDICE DI BARTHEL
SITUAZIONE FUNZIONALE

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.)	10
BAGNO/DOCCIA-LAVARSI	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.)	1
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi,	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessità di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	0
Necessità solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, oerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessità di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enterocisma se necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enterocisma, e ha occasionali perdite.	2

Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione)	5
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	10
USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	8
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
Totale valutazione funzionale	

* Shah, S., Vanday, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.

MOBILITÀ	
TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA O CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)	
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.	12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.	15
DEAMBULAZIONE	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.	3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione. (necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado di deambulare). (necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione di deambulare).	8
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	12
Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti)	15
USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.	10
Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	11
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.	14
Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	15
SCALE	
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con se durante la salita o discesa	0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).	2
Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	8
Incapace di salire e scendere le scale.	10
Totale valutazione mobilità	

Nell'allegato B, del presente atto deliberativo, sono descritte le istruzioni per la compilazione del Barthel Index e le specifiche per vari item finalizzate ad una più precisa compilazione della scala.

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.

BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE		
Punteggio 0-14	autonomo o quasi	0
Punteggio 15-49	parzialmente dipendente	2
Punteggio 50-60	totalmente dipendente	3

BARTHEL MOBILITA'		
Punteggio 0-14	Si sposta da solo	0
Punteggio 15-29	Si sposta assistito	2
Punteggio 30-40	Non si sposta da solo	3

Per comparare il punteggio delle due scale (ADL di Katz e di Barthel) si deve tener conto che la somma dei punteggi di Barthel funzionale più barthel mobilità corrisponde al punteggio complessivo ottenibile con l'indice di Katz.

Per esempio: parzialmente dipendente (2) + non si sposta da solo (3) = 5, corrispondente al punteggio 5 nella scala di Katz.

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)*

A) Capacità di usare il telefono				
	(3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc.	(2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	(1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare	(0) Non è capace di usare il telefono
B) Movimenti per acquisti nei negozi				
	(3) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	(2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	(1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi	(0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
C) Mezzi di trasporto				
(4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto.	(3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici.	(2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno.	(1) Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri.	(0) Non si sposta per niente.
D) Responsabilità nell'uso dei medicinali				
		(2) E' in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo.	(1) E' in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate.	(0) Non è in grado di assumere le medicine da solo.
E) Capacità di gestire le proprie finanze				
<i>Le informazioni richieste nei 5 items possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.</i>		(2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate .	(1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.	(0) E' incapace di maneggiare il denaro.
RISULTATO	14 - 13 - 12 - 11 - 10	9 - 8 - 7 - 6 - 5	4 - 3 - 2 - 1 - 0	
	Autonomo	Parzialmente autonomo	Non autonomo	
PUNTEGGIO	0	1	2	

*) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., Gerontologist 9, 179 - 186, 1969

S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionnaire) *

+	-

1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno) ?
2. Che giorno è della settimana ?
3. Qual è il nome di questo posto ?
4. Qual è il suo numero di telefono ?
(o indirizzo se non ha il telefono)
5. Quanti anni ha ?
6. Quando è nato ?
7. Chi è l'attuale Papa ? (o Presidente della Repubblica)
8. Chi era il Papa precedente ? (o Presidente della Repubblica)
9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi ?
10. Quanto fa "20 - 3 " e ora ancora - 3 fino arrivare a 2

Registrare il numero totale di errori date come risposte alle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari; aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole superiori.

* Pfeiffer E.: J. Am. Geriatr. Soc. 23, 433-441, 1975.

Nel caso il test non sia somministrabile, indicare le motivazioni :

.....

.....

Deterioramento	0 - 1 - 2 - 3 - 4 assente - lieve	5 - 6 - 7 moderato	8 - 9 - 10 grave
PUNTEGGIO	0	1	2

A.Di.Co Area dei Disturbi Comportamentali

Si tratta di azioni o intenti che abbiano causato malessere/danno alla persona o che siano stati stressanti o nocivi per familiari e conviventi, personale, ospiti o altre persone.

A	Assenza o lievi disturbi cognitivi e del comportamento	
B	1. Aggressività verbale	
	2. Pone domande ripetitivamente	
	3. Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto	
	4. Allucinazioni/deliri	
C	5. Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)	
	6. Aggressività fisica	
	7. Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione	
	8. Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave	
	9. Rifiuto dell'assistenza	
	10. Comportamento alimentare gravemente alterato	
<p>Si considerano presenti i disturbi comportamentali che si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e sono resistenti agli interventi di supervisione e rassicurazioni; la risposta ai farmaci è incompleta o instabile.</p> <p>Il periodo di riferimento è alle 4 settimane precedenti l'intervista.</p> <p>N.B. Ogni alterazione comportamentale indicata in B deve avere ricadute di maggiore impegno sull'assistenza da fornire al valutato, altrimenti rientrano in A come lievi disturbi del comportamento.</p>		

	A	Qualsiasi B	Qualsiasi C
PUNTEGGIO	0	1	2

D.M.I. (Indice Medico di Non Autosufficienza) *

CRITERI ASSOLUTI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Doppia incontinenza
- Piaghe da decubito
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)
- Necessità di terapie multiple e complesse

CRITERI RELATIVI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per "ragioni sanitarie" il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Incontinenza saltuaria
- Confusione temporo-spaziale episodica
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
- Patologie croniche di rilievo in compenso labile
- Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

* F. Fabris e Coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato).

Punteggio 0 = nessun criterio

Punteggio 1 = 2 criteri relativi

Punteggio 2 = almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

	Non dipendente	Parzialmente dipendente	Dipendente per motivi sanitari
PUNTEGGIO	0	1	2

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)*

0-4

- Apparato cardiovascolare - respiratorio**
- ACIR1 () Cuore
- ACIR2 () Distretto vascolare (sangue, cellule e vasi sanguigni, midollo osseo, milza, tessuto linfatico)
- ACIR3 () Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea)
- ACIR4 () Apparato oculare/ORL (occhio, orecchio, naso, laringe)
- Apparato gastrointestinale**
- ACIR5 () Primo tratto intestinale (esofago, stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari)
- ACIR6 () Secondo tratto intestinale (intestino tenue, crasso, ernie)
- ACIR7 () Fegato
- Apparato genito-urinario**
- ACIR8 () Rene
- ACIR9 () Altri organi dell'apparato genito-urinario
- Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti**
- ACIR10 () Muscoli, ossa, cute
- Sistema nervoso-psiche
- ACIR11 () Patologia neurologica (cervello, midollo spinale, nervi periferici)
- ACIR12 () Patologia psichiatrica (turbe mentali)
- Malattie sistemiche**
- ACIR13 () Patologia endocrino-metabolica (incluse infezioni diffuse, intossicazioni)

*(LINN B.S. et al., Cumulative Illness Rating scale, J. Am. Geriatr. Soc. 1968)

ISTRUZIONI

Indicare per ogni apparato il punteggio che meglio esprime il grado di lesione. Per malattie che producono lesioni a più di un apparato vanno segnalate tutte le lesioni presenti. Per esempio, un incidente cerebrovascolare acuto (acuto) può danneggiare contemporaneamente gli apparati neurologico, vascolare, muscolo scheletrico e cutaneo. Un tumore metastatizzato va segnalato sia in corrispondenza dell'apparato sede del tumore primitivo, sia nel sistema vascolare, indicando l'entità dell'interessamento linfonodale. Se un apparato è interessato da più patologie va indicato il danno totale dalle diverse patologie.

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

- 0 = **nessuna patologia**: "nessuna lesione a carico dell'organo/apparato".
- 1 = **patologia lieve**: "il danno non interferisce con lo svolgimento delle normali attività; non è necessariamente richiesta terapia; la prognosi è favorevole (es. lesioni cutanee; ernie, emorroidi)".
- 2 = **patologie di media gravità**: "la lesione interferisce con le normali attività della vita; la terapia è necessaria; la prognosi è buona (es. calcolosi, diabete, fratture)".
- 3 = **patologia grave**: la lesione è invalidante; è richiesto un trattamento urgente; la prognosi è dubbia (es. carcinoma operabile; enfisema polmonare; scompenso cardiaco)".
- 4 = **patologia molto grave**: "la lesione può essere fatale; è richiesto un trattamento di emergenza, oppure non è più indicato alcun trattamento; la prognosi è grave (es. infarto miocardico; ictus; emorragia intestinale; embolia)".

Trattamenti specialistici *

1	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>
2	SNG/PEG	<input type="checkbox"/>
3	Tracheostomia	<input type="checkbox"/>
4	Respiratorie/Ventilazione Assistita	<input type="checkbox"/>
5	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>
6	Dialisi	<input type="checkbox"/>
7	Ulcere da decubito	<input type="checkbox"/>
8	Altri trattamenti specialistici	<input type="checkbox"/>
	Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/>
	Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/>
	Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/>
	Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/>
	Drenaggi	<input type="checkbox"/>
	Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/>
	Altro specificare	<input type="checkbox"/>
	
	

*Le istruzioni sono presenti nell'Allegato B del presente atto deliberativo.

SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

Autonomia Funzionale con Barthel Index	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- punteggio Barthel 15-49		2 punti
- punteggio Barthel 50-60		3 punti
Mobilità con Barthel Index	(0 - 3 punti)	
- non dipendente (punteggio 0-14)		0 punti
- si sposta assistito (punteggio 15-29)		2 punti
- non si sposta da solo (punteggio 30 - 40)		3 punti
IADL: attività strumentali della vita quotidiana	(0 - 2 punti)	
- compromissione assente o lieve(IADL 10 - 14)		0 punti
- compromissione moderata (IADL 5 - 9)		1 punto
- compromissione grave (IADL 0 - 4)		2 punti
SPMSQ : grado di deterioramento mentale	(0 - 2 punti)	
- deterioramento assente o lieve(SPMSQ 0 - 4)		0 punti
- deterioramento moderato (SPMSQ 5 - 7)		1 punto
- deterioramento grave (SPMSQ 8 - 10)		2 punti
AREA dei disturbi del comportamento (A.Di.Co.)	(0 - 2 punti)	
- A		0 punti
- qualsiasi B		1 punto
- qualsiasi C		2 punti
DMI : assenza / presenza di dipendenza per motivi sanitari	(0 - 2 punti)	
- non dipendente		0 punti
- parzialmente dipendente		1 punto
- dipendente per motivi sanitari		2 punti

Totale punteggio sanitario	
-----------------------------------	--

- CIRS ***
- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4
- TRATTAMENTI SPECIALISTICI *** Presenti

** le informazioni contenute in questi due strumenti non sono conteggiate nel punteggio sanitario e devono essere utilizzate solamente per fornire dati aggiuntivi, che permettano una definizione più completa del livello d'intensità assistenziale.*

U.V.G ASL

RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Cognome e Nome.....

Prima valutazione *Rivalutazione*

PUNTEGGIO PER GRADUATORIA

Aspetti Sociali	Punti
Aspetti Sanitari	Punti
TOTALE (intervallo 0 - 28)	Punti

Conclusioni della valutazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Definizione del progetto assistenziale

Assistibile

- al domicilio
- in struttura semi-residenziale
- in struttura semi-residenziale Centro Diurno Alzheimer
- in struttura residenziale
- in struttura residenziale Nucleo Alzheimer Temporaneo
- in struttura residenziale per progetto temporaneo

Note

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio A.D.L. (funzioni+mobilità)	
Punteggio I.A.D.L.	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

C.I.R.S.

- Più di un 1 o solo un 2
- Più di un 2 o solo un 3
- Più di un 3 o solo un 4

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità. L'Unità di Valutazione Geriatrica ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

	4 - 9	10 - 15	Oltre 15
	Bassa intensità	Media intensità	Medio alta intensità
Esito			

Motivazione

.....
.....
.....

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio A.D.L. (funzione + mobilità)	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

	5-6	7 - 8	9 - 12
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
Esito			

Motivazione

.....
.....
.....
.....

	5 -6	7 -8	9 - 12
	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
		Incremento prestazionale	Incremento prestazionale
Esito			

Situazione stabilizzata

Situazione non stabilizzata

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

PROGETTO DI CURE DOMICILIARI IN LUNGOASSISTENZA

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i: _____

Indicatori _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __ / __ / __

Motivazioni

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL.....

PROGETTO RESIDENZIALE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Indicatori _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____

Motivazioni

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

U.V.G ASL

PROGETTO SEMI RESIDENZIALE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore _____

Referente per ASL _____

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto



data __ / __ / ____

Motivazioni

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

INDICE di BARTHEL

PUNTEGGIO

ING

DIM

ALIMENTAZIONE 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolido-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = in grado di alimentarsi	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
CAPACITÀ DI FARSIL BAGNO O LA DOCCIA 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
CAPACITÀ DI VESTIRSI 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
TRANSITO INTESTINALE 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
VESCICA 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
UTILIZZO DEL WC (SEDESI, ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI) 0 = non in grado di controllare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA) 0 = non in grado di effettuare trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
MOBILITÀ (SU SUPERFICI PIANE) 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
SCALE 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
TOTALE (0-100)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living Scale)		
	Punteggio	
(I.A. 1) A Capacità di usare il telefono	1	3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti 1) E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	0) Non è capace di usare il telefono
(I.A. 2) B Movimento per acquisti nei negozi	1	3) Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	2) E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi 1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi 0) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
(I.A. 3) C Mezzi di trasporto	1	4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto 3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici 2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno
	0	1) Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri 0) Non si sposta per niente
(I.A. 4) D Responsabilità nell'uso di farmaci	1	2) E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	1) E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate 0) Non è in grado di assumere medicine da solo
(I.A. 5) E Capacità di gestire il danaro	1	2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) 1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	0) E' incapace di maneggiare denaro
(I.A. 6) F Cucinare	1	1) Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	0) Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
(I.A. 7) G Accudire la casa	1	1) Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	0) Non fa alcun lavoro domestico
(I.A. 8) H Bucato	1	1) Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	0) Tutto il bucato è fatto da altri

Allegato 3 Questionario

Versione 21 gennaio 2022
Rev. 7 novembre 2022

Questionario “Aderenza alle terapie e uso delle tecnologie digitali”

Buongiorno,

siamo un gruppo di ricercatori e ricercatrici dell'Università degli Studi di Torino che sta svolgendo una ricerca educativa in ambito sanitario con l'obiettivo di esplorare la capacità dei pazienti e delle persone di riferimento nel gestire la terapia quotidianamente e nell'utilizzare eventuali applicazioni digitali al fine di migliorare la comprensione e l'aderenza alle raccomandazioni e alle prescrizioni.

Molte persone, pazienti e persone di riferimento, hanno infatti manifestato più volte la necessità di “imparare a gestire la propria terapia” rispetto alle modalità di assunzione, di conservazione e di associazione con lo stile di vita.

Le tecnologie digitali, d'altra parte, offrono numerose opportunità per facilitare la gestione della propria salute creando spesso le basi per una partecipazione più attiva dei pazienti ai processi di cura.

Occorrono pochi minuti per rispondere a brevi domande che aiuteranno i ricercatori a costruire un modello educativo che possa migliorare il livello di adesione alla terapia e alle tecnologie digitali.

I risultati saranno trattati in forma anonima e aggregata al solo scopo di ricerca, al fine di tutelare la privacy.

Tu sei:	Paziente	Caregiver (persona di riferimento) * <i>*Colui/colei che è partecipe dell'esperienza di malattia del malato e che si impegna nelle attività quotidiane di cura della persona</i>
----------------	-----------------	--

Caratteristiche del paziente

Genere	M	F	
Età	65-75	75-85	Più di 85

Titoli di studio	Licenza elementare	Licenza media	Diploma di istruzione superiore	Laurea
-------------------------	--------------------	---------------	---------------------------------	--------

Numero complessivo di malattie di cui soffre	1	2/3	Più di 3			
Numero di Farmaci e/o integratori assunti al giorno	Meno di 2	3/4	Più di 4			
Persona di riferimento	Moglie	Marito	Badante	Vicino di casa	Figli o/a	Tutore o amministratore di sostegno

Come segue la terapia					
La terapia è completamente conosciuta dal suo medico di famiglia?	SI, completamente	SI, in parte	NO, quasi niente	NO, per niente	
Quando viene visitato/a da uno specialista, aggiorna il suo medico di famiglia sulle nuove prescrizioni della terapia?	SI, sempre	SI, solo se me lo dice lo specialista	NO, solo quando mi ricordo	NO, mai	
I farmaci che lei assume vengono tutti prescritti dal suo medico di famiglia?	SI, tutti	SI, la maggioranza	NO, solo alcuni	NO, nessun farmaco	
I farmaci che non necessitano di prescrizione sono stati condivisi con il suo medico di famiglia?	SI, tutti	SI, la maggioranza	NO, solo alcuni	NO, nessun farmaco	Non ne prende
Le sono state date indicazioni su orario e dosi giornaliere dei farmaci da assumere?	SI, per tutti i farmaci	SI, per la maggioranza	NO, solo per pochi farmaci	NO, per nessun farmaco	
Se dovesse prendere degli integratori come le vitamine, Sali minerali e gli estratti di piante, informa il suo medico di famiglia?	SI, sempre	SI, spesso	NO, a volte	NO, mai	Non ne prende

Le è mai capitato di dimenticare di prendere i farmaci?	SI		NO	
Se SI, pesando alle ultime due settimane, ha dimenticato di prendere il farmaco				
Nell'orario giusto	SI, sempre	SI, a volte (N. volte)	NO, mai	
Nella dose giusta	SI, sempre	SI, a volte (N. volte)	NO, mai	

Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico per i seguenti motivi:				
Si sentiva male quando le prendeva	SI, sempre	SI, spesso	No, quasi mai	No, mai
Ha delle difficoltà nell'attenersi al piano terapeutico	SI, sempre	SI, spesso	NO, quasi mai	NO, mai

Si sente infastidito dall'attenersi al piano terapeutico (es. fa fatica a conciliare gli effetti dei farmaci con le attività quotidiane)	SI, sempre	SI, spesso	NO, quasi mai	NO, mai
Non aveva il farmaco	SI, sempre	SI, spesso	NO, quasi mai	NO, mai
Quando affronta un viaggio ed esce di casa per diversi giorni, a volte dimentica di portare con sé i farmaci?	SI, sempre	SI, spesso	NO, quasi mai	NO, mai

Ha preso ieri le sue medicine?	SI	NO
--------------------------------	----	----

Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, smette di prendere le sue medicine?	SI, sempre	SI, spesso	NO, quasi mai	No mai
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci?	SI, sempre	SI, spesso	NO, quasi mai	No mai

Per una migliore prescrizione dei farmaci, quanto è importante che il medico consideri:				
In una scala da 1 a 4, quanto sarebbero importanti i seguenti aspetti? 1 =poco importante, 2 =abbastanza importante, 3 =molto importante, 4 =estremamente importante				
Le sue conoscenze già possedute	1	2	3	4
Le sue abitudini quotidiane	1	2	3	4
Le sue aspettative	1	2	3	4
La sua disponibilità a partecipare ad incontri individuali con l'esperto presso la struttura sanitaria	1	2	3	4
La possibilità di seguire gli approfondimenti da casa tramite computer, tablet o telefono in orari stabiliti insieme agli esperti	1	2	3	4
La possibilità di seguire videolezioni da casa quando lo decide lei	1	2	3	4

Per migliorare la sua capacità di prendere decisioni insieme a medici ed infermieri, è utile:				
1 =poco importante, 2 =abbastanza importante, 3 =molto importante, 4 =estremamente importante				
Dedicare più tempo alla conversazione durante la visita	1	2	3	4

Programmare incontri dedicati alla condivisione delle informazioni mediante piattaforme a distanza online	1	2	3	4
Rendersi conto di aver compreso tutte le informazioni prima di concludere la visita	1	2	3	4
Confrontarsi sulle modalità di ricerca delle informazioni	1	2	3	4
Raccogliere tutte le domande da porre prima dell'incontro	1	2	3	4

Capacità digitali

Le capita di fare delle ricerche su Internet (es. attraverso Google) per trovare informazioni su:		
La sua malattia	SI	NO
I farmaci che assume	SI	NO

Quando fa le ricerche in Internet valuta l'affidabilità dei siti?	SI	NO
Se sì, come?		

A casa ha uno di questi dispositivi e come ha imparato ad usarlo?		
Smartphone	SI	NO
Se SI, come ha imparato ad usarlo?	Da solo/a	Con l'aiuto di altre persone
Tablet	SI	NO
Se SI, come ha imparato a usarlo?	Da solo/a	Con l'aiuto di altre persone
Computer	SI	NO
Se SI, come ha imparato a usarlo?	Da solo/a	Con l'aiuto di altre persone

Sa usare WhatsApp?	Poco	Abbastanza	Molt o	NO, per niente
--------------------	------	------------	-----------	----------------------

Consulta WhatsApp o sistemi di messaggistica online?	SI	NO
--	----	----

Ha un profilo Facebook?	SI	NO
-------------------------	----	----

Pensa che un'applicazione sul telefono potrebbe aiutarla a gestire meglio la sua terapia (es. sveglia all'orario in cui deve prendere le medicine, avviso riguardo la dose da prendere ecc.)?	SI, in tutto	SI, solo per alcune cose	NO, quasi per niente	NO, per niente
---	--------------	--------------------------	----------------------	----------------

Allegato 4 Comitato etico

COMITATO ETICO INTERAZIENDALE

A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO
AA.SS.LL. TO3 – TO4 – TO5

*Sede legale: Azienda Ospedaliera Universitaria SAN LUIGI GONZAGA, Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (Torino)
Tel.: 011 902 6566/6204/6209 - Email: sperimentazioni@sanluigi.piemonte.it*

Registro di Protocollo Generale n°13028 del 26/09/2022

Alla dr. Salvatore TREFILETTI
S.C. Urologia di Chivasso
ASL TO 4

Al DIRETTORE GENERALE
A.S.L. TO 4
Via Po, 11
10034 Chivasso (TO)

PRATICA 142/2022

TITOLO DELLO STUDIO: “Sistema integrato di Lifelong Learning per la Valorizzazione del capitale umano, l’Educazione alla cittadinanza attiva il Recupero delle capacità cognitive” - Progetto SILVER
SPERIMENTATORE RESPONSABILE: dott.ssa Carla BENA
CENTRO CLINICO: S.S. Cure Domiciliari Settimo Torinese ASL TO4

Il Comitato Etico Interaziendale San Luigi Gonzaga, istituito presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano con delibera n. 123 del 21 febbraio 2020, opera in conformità a quanto previsto dal D.M. 8 febbraio 2013 attuato con DGR 25-6008 del 25/06/2013.

Il Comitato Etico, sulla base della documentazione fornita,

- *Autorizzazione della Direzione d’Azienda*
- *Domanda di autorizzazione studio clinico*
- *Fattibilità aziendale Silver*
- *Richiesta parere sullo studio al Comitato Etico*
- *Richiesta parere alla conduzione dello studio osservazionale*
- *Dichiarazione sulla natura osservazionale dello studio*
- *Elenco degli sperimentatori e relativa dichiarazione di assenza di conflitto di interessi*
- *Piano della ricerca sperimentale*
- *Sinossi del protocollo di ricerca*
- *Scheda riassuntiva dello studio osservazionale*

NOTA: In ogni successiva comunicazione dovrà essere indicato il numero di pratica assegnato a questa sperimentazione.
Le comunicazioni in merito a questo parere devono essere inoltrate all’indirizzo: sperimentazioni@sanluigi.piemonte.it

COMITATO ETICO INTERAZIENDALE

A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO
AA.SS.LL. TO3 – TO4 – TO5

Sede legale: Azienda Ospedaliera Universitaria SAN LUIGI GONZAGA, Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (Torino)
Tel.: 011 902 6566/6204/6209 - Email: sperimentazioni@sanluigi.piemonte.it

- *Accordo di partnership*
- *Accordo di contitolarità trattamento dati personali*
- *Informativa trattamento dati personali*
- *Questionario aderenza alle terapie e uso delle tecnologie digitali*

nella seduta del giorno 15 settembre 2022, esprime *parere favorevole* allo studio.

COMITATO ETICO INTERAZIENDALE
A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA AA.SS.LL. TO3-TO4-TO5
IL PRESIDENTE *ff.*
Prof. Massimo DI MAIO



Elenco componenti:

PRESIDENTE ff.: Prof. Massimo DI MAIO - Clinico di Area medica Specialistica

Dott. Roberto ARIONE - Direttore A.O.U. San Luigi Gonzaga;

Dott. Paolo ABRATE - Farmacista del servizio sanitario regionale;

Dott. Marco BUSSO - Esperto clinico di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche invasive o semi invasive;

Prof. Massimo COLLINO - Farmacologo;

Dott.ssa Graziella COSTAMAGNA Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie;

Prof.ssa Roberta FENOGLIO - Clinico di area Medica-Internistica;

Dott.ssa Antonella FICORILLI - Esperto di bioetica;

Dott.ssa Maddalena GALIZIO - Rappresentante per la tutela dei pazienti;

Dott. Mauro GARINO - Clinico di area chirurgica;

Prof.ssa Daniela Francesca GLACHINO - Esperto di genetica;

Dott. Stefano LLOJ - Pediatra

Dott. Antonio MIGHELLI - Medico di medicina generale

Prof. Giuseppe MIGLIARETTI - Biostatistico;

Ing. Pasquale RAUCCI - Ingegnere Clinico;

Ing. Alessio Attilio Candido REBOLA - Esperto in dispositivi medici;

Dott. Marco Maria TINIVELLA - Esperto in nutrizione.

NOTA: In ogni successiva comunicazione dovrà essere indicato il numero di pratica assegnato a questa sperimentazione.
Le comunicazioni in merito a questo parere devono essere inoltrate all'indirizzo: sperimentazioni@sanluigi.piemonte.it

Capitolo 6 Risultati

Allegato 1

Estratto da NVivo – Codifica dettagliata 2 e 1 livello

Informazioni (5 files; 6 references)

[<Files\Paziente 2>](#) - § 1 reference coded [1,01% Coverage]

Reference 1 - 1,01% Coverage

c'è scritto lo leggo c'è il bugiardino poi non bisogna leggere e c'è scritto che ci dà problemi di nausea e dolori addominali

[<Files\Paziente 4>](#) - § 1 reference coded [0,57% Coverage]

Reference 1 - 0,57% Coverage

Ho avuto uno shock veramente...non so come ho reagito quando me lo hanno detto che dobbiamo tagliare

[<Files\Paziente 5>](#) - § 2 references coded [1,18% Coverage]

Reference 1 - 0,57% Coverage

Perché c'è scritto sul bugiardino. Ogni tanto leggo i bugiardini.

Reference 2 - 0,61% Coverage

Scrivono troppo e troppo piccolo. Diciamo che andiamo abbastanza bene...

[<Files\Paziente 6>](#) - § 1 reference coded [1,59% Coverage]

Reference 1 - 1,59% Coverage

Nessuno me lo ha detto ...anche alla dottoressa ho portato tutti i fogli ... l'ha tenuti una settimana ma non mi ha detto che cosa dovevo mangiare.

[<Files\Paziente 7>](#) - § 1 reference coded [0,28% Coverage]

Reference 1 - 0,28% Coverage

abbiamo letto che sono quasi tutti integratori.

Professionisti (16 files; 77 references)

[<Files\Paziente 1>](#) - § 9 references coded [5,22% Coverage]

Reference 1 - 0,42% Coverage

io mi premunisco di non essere mai senza farmaci

References 2-3 - 0,28% Coverage

ho una farmacia dove vado sempre

Reference 4 - 0,26% Coverage

conoscono i farmaci che prendo

Reference 5 - 0,27% Coverage

me li danno anche senza ricetta

Reference 6 - 0,32% Coverage

consegnerò la ricetta il giorno dopo

References 7-8 - 2,59% Coverage

c'è un rapporto di fiducia che sanno già che io dato che prendo cioè certe medicine allora vieni. sono rimasto senza però mi danno il farmaco però io torno il giorno dopo consegno la ricetta ovvio che loro ti fanno pagare la cauzione ma le restituiscono dopo aver consegnato la ricetta automatica

Reference 9 - 1,08% Coverage

Diciamo che quando lo specialista mi cambia qualcosa in automatico faccio vedere il nuovo piano terapeutico alla dottoressa

[<Files\Paziente 10>](#) - § 2 references coded [1,78% Coverage]

References 1-2 - 1,78% Coverage

PZ: Che siccome l'ho preparato perché la dottoressa mi ha mandato la ricetta e mi ha portato ieri. Allora non avevo nessuno che andava a ritirare e sta mattina è venuto mio figlio che è andato a fare le analisi di sangue alla malpinghi. E mo mi va a prendere le medicine.

[<Files\Paziente 12>](#) - § 1 reference coded [8,61% Coverage]

Reference 1 - 8,61% Coverage

SD: ma da quanto tempo è che prende tutti questi farmaci o che ne prende così tanti?

CG: forse qualche annetto?

PZ: di più. Dal 2018. Sono stata due mesi all'ospedale. Mi era venuta l'insufficienza renale.

SD: ok, quindi dal 2018 che è stata ricoverata in ospedale per due mesi. Ha avuto diversi problemi ed è uscita con tutti questi farmaci.

PZ: sono uscita di casa a Natale e poi di nuovo a gennaio un'altra settimana. Adesso sono andata dalla diabetologa, un mese, non mi ricordo. Adesso devo andare il giorno 19 perché facciamo la prova per questo diabete. Si è alzata a 600.

[<Files\Paziente 14>](#) - § 2 references coded [5,29% Coverage]

Reference 1 - 3,34% Coverage

PZ: no. Perché cammino male, non mi gira la testa. Cammino male e appoggio male il piede. Sia l'uno che l'altro. Perché quest'altro me lo dovevano operare di nuovo. Voglio farle vedere come mi hanno rovinato. È da denuncia. Io non riesco a camminare, non riesco ad appoggiarlo.

Reference 2 - 1,95% Coverage

Infatti il dottore, che mi fa la visita per il cuore. Ogni 7-8 mesi faccio la visita per il cuore e mi aveva detto di fare un giorno il lasitone e un giorno lasix

[<Files\Paziente 16>](#) - § 15 references coded [39,31% Coverage]

Reference 1 - 2,36% Coverage

Poi non so chi è stato, non voglio dire cose che non mi ricordo. Mi avevano indirizzata verso questo medico che era un neurologo. Questa persona io me la ricorderò per tutta la vita, mi aveva distrutto la vita. Io non mangiavo più, ero dimagrita tantissimo, ero in uno stato pietoso.

Reference 2 - 0,58% Coverage

PZ: Mi faceva andare ogni 15 giorni, andavo, venivo, toglieva, metteva

Reference 3 - 2,69% Coverage

Poi quando ero poi tornata a casa mi sono presentata al appuntamento il giorno in cui dovevo andare. Come sono andata mi aveva di nuovo prescritto un altro farmaco. Allora quando sono uscita di lì ho detto a mio marito "se io devo morire, che il Signore mi prenda. Ma se io devo fare una vita così, lasciami in pace e basta"

Reference 4 - 2,04% Coverage

Vado nella nostra farmacia qua e il medico che c'era mi fa "ma signora, questo farmaco non è mai stato sperimentato, non è neanche un farmaco da epilessia. Non centra niente. È un farmaco che può essere per l'ictus, ma non centra. Non glie lo do.

Reference 5 - 0,45% Coverage

Allora io sono andata via e ho assicurato mio marito

References 6-10 - 17,03% Coverage

Ad allora c'era mio papa che era curato da un professore di medicina generale alle Molinette. Allora sono andata da lui con le cartelle che avevo, con tutti questi farmaci che io stavo prendendo. Quando sono andata gli faccio vedere il tutto e lui mi fa sdraiare, mi visita da per tutto e mi fa "guardi signora, lei è sana. Cioè cuore, polmoni, fegato; ero sana da per tutto. Io le

faccio una lettera a nome mio e la mando dal professor Bergamasco e vedrà che da li ne verrà fuori pianin pianino. Allora ho preso un appuntamento e sono andata li da lui. Gli ho portato tutto quello che io avevo, gli ho raccontato tutto e allora lui mi fa “va bene, allora signora mi ascolti. Io farò di tutto per poterla aiutare, ma lei mi deve ascoltare piano piano. Faremmo passo dopo passo e vedrà che adesso per poter inserire quello che io voglio darle, le darò un pezzettino, ma dobbiamo scalare tutto ciò che lei sta prendendo. E poi vedrà che ne verrà fuori.” E così che abbiamo fatto. Mi faceva andare per sapere come andava, mi metteva il pezzetto che lui mi doveva mettere, ma cominciava a togliere tutti quei farmaci che io stavo prendendo. E io mi stavo riprendendo pianin pianino. E da di li ho rivissuto la mia vita. Dopo un po di tempo, quando avevo portato mio marito a una visita, il dottore mi ha prescritto d’urgenza le analisi del sangue, specialmente per i farmaci per i dosaggi. Ho portato immediatamente i risultati e quando ha visto i farmaci, era per togliermeli questi farmaci. Non tutti in una volta, ma cercava di togliere. Mi aveva dato un farmaco che neanche lui era propenso poi a darmi. Non era convinto di questa scelta. Infatti mi fa “ma questi togliamoli, vedrà che..” e io gli ho detto “ma no professore, non mi lasci da sola adesso. adesso lei va in ferie, poi io cosa faccio senza di lei? Quando lei ritorna, poi vengo da lei e incominciamo la scalata di tutto ciò che lei vuol scalare” ma lui sapeva che non sarebbe più tornato perché stava male. E così bom basta, la storia è finita li. Lui è mancato e sono andata da un altro.

References 11-12 - 4,40% Coverage

Ma io ho visto che era uno che lasciamo perdere, anche con mio marito.. E io dalla grande paura che avevo che ero rimasta traumatizzata da quel neurologo, onestamente non sono più andata da nessuna parte. Adesso sono andata da una neurologa e non è stata male questa persona. Per carità, abbiamo fatto l’elettrocefalogramma, abbiamo fatto la risonanza magnetica, un po tutto ciò che occorreva. Ha controllato tutto e anech lei voleva togliermi alcuni farmaci. Voleva subito incominciare a togliermi il TOPAMAX e 5 gtt di RIVOTRIL

Reference 13 - 6,32% Coverage

tramite una mia amica ho saputo di un dottore neurologo e ho preso un appuntamento e sono andata e quando mi ha vista, ero molto agitata. Gli ho raccontato tutto e lui aveva già intuito. Mi ha visitata, ha controllato tutte le cartelle e alla fine della visita mi fa “i farmaci che lei prende attualmente sono tanti. Però dopo un periodo di tanto tempo così, c’è un’età. Dopo tutto questo tempo, andare a togliere questi farmaci, io non so cosa le può scatenare. Può andare nel bene e può andare nel male. Io lascerei così, non andrei a toccare niente. La cosa più importnate è quello di andare a controllare un’encefalogramma una volta al anno, gli esami del sangue, la carbamazapina, gli esami del fegato e gli esami dei reni. Questa è la cosa più importante.

References 14-15 - 3,44% Coverage

PZ: infatti lui ha detto “ha una risonanza perfetta, l’encefalogramma è perfetto, non c’è niente che possa toccare qualcosa. Noi perché dobbiamo andare a distruggere qualcosa che attualmente va bene. Se poi capita una piccola crisi di elilessia, anche se ci fosse un irrigidimento o una cosa di questo genere, una cosa che lei non ha mai fatto, allora mi contattate subito e allora ne ragioniamo, ma al momento no.”

<Files\Paziente 19> - § 4 references coded [37,37% Coverage]

References 1-2 - 15,61% Coverage

CG: allora le spiego. È nata a 33 anni che ha questa patologia asmatica grave, insufficienza respiratoria. Da lì prendendo 50 mg al giorno di cortisone a San Luigi che l'hanno massacrata. In quei anni c'era solo quel salva vita. Gli è venuta l'osteoporosi. Ha un

CB: ha grave poliartriosi, osteoporosi, cicloscogliosi, insufficienza respiratoria ostruttiva.

PZ: polpette nel naso

CG: esatto, poi il diabete. Se lei non prende il cortisone, poi il diabete viene stabilizzato. Perché lei non è diabetica per il cibo o coso, ma solo per il cortisone. Perché ognuno di noi ha il cortisone dentro.

CB: quindi ha problemi fisici che non riesce nemmeno quasi più a camminare, ha problemi gravi respiratori con delle crisi con l'ossigeno di notte, la NIV, poi al bisogno quando serve. Diabete e poi è anziana

CG: è stata operata al tunnel carpale, è stata operata alla cataratta. Quando la dovevano operare, dopo più di un anno e mezzo che c'è stato il covid, le è venuta una dissenteria con sangue. Allora l'ho portata urgentemente da un primario che conosco io, bravissimo. Gli ho spiegato la situazione e mi ha detto che non poteva essere operata in queste condizioni. La mamma aveva paura. Io le ho detto no, tu ti devi operare.

PZ: abbiamo aspettato 2 anni.

Reference 3 - 16,48% Coverage

PZ: nel 2000 mi sono ammalata. Ho fatto una visita a Chivasso con la dott.ssa Arduino e mi ha dato il Ventolin. Dopo sono tornata per la seconda visita e le ho detto che non ho visto nessun miglioramento nel tempo. Allora mi ha mandato in un'altra struttura a mia scelta. Allora sono andata al San Luigi, dove sono stata seguita dalla dott.ssa Boaro e professore Pozzi. Ho detto che non sento l'odore e mi manca il respiro, ma non so che cosa sia. Mi hanno tenuta sotto osservazione, mi hanno fatto un ricovero e mi hanno fatto le lastre e tante visite. Ad allora mi hanno dato il DELTACORTENE 50 mg. Al bisogno quando sto male devo prenderlo da 25 mg, per tre giorni una intera, dopo tre giorni devo scalare e prenderne metà, dal 5° giorno prendo un quarto e poi sospendere. Al bisogno perché io quando sto male, soprattutto la notte che non ce la faccio più perché si riempiono i polmoni di mucose. Io ho avuto una sinusite cronica mascellare, che era arrivata fino alla testa, con i polpini. Forse è stata questa a causare l'asma bronchiale insufficienza respiratoria. E allora in questo caso quando la dottoressa non vedeva miglioramento, ha chiamato il professore Pozzi. Il professore mi ha raccomandato di seguire le indicazioni della dottoressa, ma io continuavo a stare male. Ho passato la mia vita all'inferno. 35 anni malata.

Reference 4 - 5,28% Coverage

SD: quanto tempo è stata ricoverata al San Luigi?

PZ: sono stata ricoverata 3 volte. Poi il professore Pozzi ha chiesto il trasferimento a Pavia perché qua non c'erano i macchinari. E lui stesso mi ha fatto il ricovero a Pavia. Lì sono stata un bel po' per indagare questa patologia da dove deriva. Alla fine si è scoperto che l'asma proviene perché io sono allergica all'acido acetilsalicilico, e non posso mangiare pomodoro.

[<Files\\Paziente 2>](#) - § 8 references coded [9,67% Coverage]

Reference 1 - 0,49% Coverage
la dottoressa mi ha fatto fare una glicata ed era arrivata a 8

Reference 2 - 0,50% Coverage
da lì è partita la richiesta al centro diabetologico a Chivasso

Reference 3 - 0,46% Coverage
da allora vado da questa dottoressa che mi sta curando

Reference 4 - 0,40% Coverage
ogni tanto vengo e le parlo come sto facendo con te

Reference 5 - 1,54% Coverage
mi ha anche detto di andare dalla psicologa ma a parte il fatto che io non ho tutti questi soldi perché ho 627 euro di pensione al mese non è che possa permettermi di dare 80 euro alla psicologa

Reference 6 - 3,04% Coverage
sono cose che si se potesse darmi ciò che non ho più magari allora tutt'al più potrebbe dirmi esci ma quello lo faccio già e molte cose le faccio per fortuna sono capace e me la cavo nelle mie cose non ho mai avuto bisogno di nessuno per adesso insomma con 67anni non sono proprio vecchia e neanche molto giovane specialmente in questi due anni sono cambiata molto non ero così però.....

Reference 7 - 1,88% Coverage
da piccola ho avuto i reumatismi articolari acuti mi facevano delle punture con degli aghi che facevano paura avevo 10 anni piangevo come non so cosa ed ero stata curata bene ringrazio il mio dottore che quando è morto ho persino pianto

Reference 8 - 1,36% Coverage
l'altra settimana sono venuta anche dalla dottoressa che avevo mal di pancia ma non credo siano una puntura mi ha detto che è dovuto a questi farmaci che sono molto forti

[<Files\\Paziente 21>](#) - § 1 reference coded [3,41% Coverage]

Reference 1 - 3,41% Coverage
SD: invece il rapporto con il medico di base come è?

CG: positivo. Molto positivo. Gradevole.

[<Files\\Paziente 22>](#) - § 2 references coded [1,63% Coverage]

Reference 1 - 0,67% Coverage

E poi qualunque altra cosa a discrezione del medico per necessità.

Reference 2 - 0,96% Coverage

E quelli che ritiene opportuno il medico di volta in volta. Dipende da cosa si tratta ecco.

[<Files\\Paziente 3>](#) - § 5 references coded [9,91% Coverage]

Reference 1 - 1,00% Coverage

hanno dovuto mettersi in collegamento con il san raffaele di milano

Reference 2 - 3,46% Coverage

Sua sorella (rif Daniela Bena) mi è stata vicino tantissimo in quel periodo quando mi è mancato mio marito. Veniva lei perché non mangiavo più ero arrivata a 46 kg ero caduta in depressione e

nessuno veniva a casa mia neanche i figli

Reference 3 - 2,56% Coverage

tutte le serate quando la sorella finiva l'ambulatorio di via toglia

mi veniva su veniva a bussare a vedere se avevo mangiato qualcosa proprio mi ero chiusa in me stessa

Reference 4 - 0,75% Coverage

la dottoressa Daniela tanto vicino è stata...si si

Reference 5 - 2,14% Coverage

la dottoressa mi manda le ricette, io le trasferisco alla farmacia e me le ordina

Mi da l'ok che domani arriva e domani io le vado a ritirare

[<Files\\Paziente 4>](#) - § 8 references coded [13,47% Coverage]

Reference 1 - 2,77% Coverage

si però sul diabete mi sento trascurato mi hanno beccato gli occhi a torino (oftalmico, maria vittoria ...non se lo ricorda) mi hanno fatto 5 sedute con il radar laser tutte e due gli occhi come aveva previsto la dottoressa mi ha seguito per anni come sempre li dentro mi ha salvato un po' gli occhi diciamo però il diabete era ormai scompensato il diabete cresceva giorno per giorno perché non c'era un'alimentazione sicuro di seguire quella.... Tipo di cibo mi sono aggravato

Reference 2 - 0,90% Coverage

Ad esempio la dottoressa mi manda le ricette, io le trasferisco alla farmacia e me le ordina

Mi da l'ok che domani arriva e domani io le vado a ritirare

Reference 3 - 0,95% Coverage

Chi gliel'aveva suggerito il sapone di mimosa?

Ada...l'infermiera delle cure domiciliari

Una molto brava. Però la maggior parte del materiale viene dato dall'adi

References 4-5 - 2,10% Coverage

Ada oltre che professionalmente e umanamente molto brava.

Con una crema che mi ha portato Ada per esempio che mantiene il piede bello morbido

Ada cosa ha fatto ha preso la crema di mandorle l'olio di mandorle la vasolina un po' di antibiotico cortisone perché non riuscivamo ad ammorbidire questo piede.

Il piede era una ruggine. L'impacco lo faccio sempre

References 6-7 - 1,59% Coverage

Ada ha fatto miracoli a ste gambe ... a spiegare anche

Quando io faccio le foto e le mando ad ada perché ada vuole vedere lei dice ma è possibile che sono migliorate così? Sono guarite proprio...sono bellissime

Ti dovrebbero fare infermiera...sono insegnante...sono una maestra

Reference 8 - 5,15% Coverage

L'errore l'ha fatto le molinette parliamoci chiaro

Perché le molinette ogni operazione a loro gli conviene sempre a tagliare...non a guarire perché non vogliono far guarire

Il CTO lavora meglio o forse sono più umano

Quando sono stato ricoverato alle molinette perché li tagliano CTO no ti guariscono ma li tagliano io sono andato con una lenticchia a questo piede

Visto la dottoressa andiamo a fare un controllo hanno fatto passare 6 mesi per non fare un piccolo taglio perché se gli facevano un piccolo taglio io il piede lo salvavo invece hanno fatto aggravare allora hanno preso in mano la palla il cto

Il cto hanno chiamato alle molinette come mai state perdendo tempo?

Che la persona sta peggiorando? Giorno per giorno?

Io che non riuscivo più e gridavo ... tutti i giorni stavano qua

Prendevo la morfina

Volevano tagliarmi la gamba e basta...io mi sono opposta io

[<Files\Paziente 5>](#) - § 1 reference coded [1,80% Coverage]

Reference 1 - 1,80% Coverage

Il dottore mi aveva detto di prendere due: una al mattino e una al pomeriggio. Poi il dottore di chivasso mi ha detto che erano troppe e allora mi ha detto di prenderne mezza al mattino e mezza al pomeriggio.

[<Files\Paziente 6>](#) - § 4 references coded [15,93% Coverage]

Reference 1 - 4,50% Coverage

Ho cambiato farmacia. Ora siamo entrati in amicizia con il farmacista. Ogni tanto mi fa ma quale vuoi l'originale? Ma che differenza c'è tra l'uno e l'altro. Se dicono originale e non originale vuol

dire che c'è una differenza. Sai che io prendo tutti gli originali. Si ma è per non farti pagare ogni volta 60/70 euro.

(CG) non paghi 70 euro ma poi ci stai male allora...

Mi facevano stare più male che bene

Reference 2 - 1,65% Coverage

In merito alle visite, ai controlli, è la dottoressa che ve li ricorda oppure siete voi?

No no è la dottoressa che ci chiama anche se io mi ricordo.

Reference 3 - 2,96% Coverage

Ad esempio quella sera che eravamo in Calabria e c'era il falò erano le 9 e mezza e lui si è sentito male e siamo tornati a casa verso le 10 squilla il telefono ed era la dottoressa. Mizzega ma chi è che l'ha avvisata la dottoressa perché pensavo che avesse saputo già

Reference 4 - 6,82% Coverage

Come va? Proprio ora siamo tornati dal mare perché mio marito si è sentito male.

E lei ci ha detto che forse era troppa aria, troppo ossigeno che ha tolto il respiro. A qualcuno il mare fa bene ad altri no. Ci aveva chiamato per chiederci se ci eravamo dimenticati dell'appuntamento perché non ci eravamo presentati. Io gliel'avevo detto che fino alla fine del mese non c'erano... E lei aveva detto che si era dimenticata.

Abbiamo fatto 28 giorni di vacanza ma io mi sono andata ad ammazzare e lui invece non ha fatto niente. Avendo le case.... Io pulisco sempre.... La casa in Calabria... dopo 6 anni che non ci andavamo

[<Files\\Paziente 7>](#) - § 10 references coded [24,56% Coverage]

References 1-2 - 0,86% Coverage

e quindi mi hanno mandato alle Molinette di Torino per fare la nutrizione, per vedere che nutrizione avevo bisogno perché ormai non assimilavo più.

References 3-4 - 5,31% Coverage

e non sente male quando fa la terapia parenterale.

Paziente: no

CB: no, anzi può anche fare la doccia perché gli mettono un cerotto impermeabile, così quando fa la doccia non c'è problema. Il porta ha il vantaggio perché è come un bottone. Lui può andare dove vuole. Il problema è quando mettono l'ago, che c'è il tubicino, l'infusione. Ma quello viene cambiato una volta a settimana

Sig: tutte le settimane vengono.

Pz: un giorno alla settimana lo lascio riposare. Questo su consiglio della signora. Adesso dobbiamo riparlare di questo con la dott.ssa Agnello perché lei è la dietologa e ancora non sa nulla di questo fatto. Però se io gli dico "l'ho fatto già 3 settimane, 4 settimane" mi dice "va bene continua"

Sig: tanto gli fa gli esami e poi capisce

CB: sì perché loro dicono tutti i giorni, però non sanno la vita quotidiana delle persone.

PZ: ma più di un giorno non posso stare io eh, perché mi arrivano i crampi.

Reference 5 - 1,07% Coverage

SG: il medico di famiglia, all'inizio vi ha dato uno schema della terapia, con gli orari, i farmaci

Pz: non le ha prescritte lui

SG: ma il medico specialista dalle molinette o da novata.

Reference 6 - 3,93% Coverage

CB: alle molinette ci sono dei programmi per l'intestino corto e per la nutrizione parenterale. C'è la convenzione con la baxter. Prevede anche degli interventi della baxter per insegnarti. Poi per il lavaggio, la medicazione del foro, l'inserimento dell'ago, adesso c'è l'ADI.

Pz: il lavaggio lo fa la *mia moglie*, mentre l'ADI una volta alla settimana vengono.

Signora: il lavaggio glie lo devo fare io. Il lavaggio più approfondito, no io no.

PZ: no lei non lo fa questo. Non lo vuole neanche toglierlo.

Signora: no, mi fa impressione. Voglio dire: devo rischiare di fargli male? È un ago curvo

CB: poi c'è rischio di infezione.

Signora: mi sono rifiutata.

CB: ha fatto bene

References 7-8 - 5,39% Coverage

CB: quando cambia il sacchetto?

Sig: un giorno sì e un giorno no dottoressa. Fa la doccia

CB: ed il sacchetto è attaccato alla placca o no?

Sig: no no no. È un sacchetto univo. È una cosa unica e questo è una meraviglia. L'assistente madonna ma quanto è brava

CB: è bravissima. Questa è una stomista ci viene anche a fare proprio il cambio di

Sig: sii! È venuta a casa quella volta che

CB: è specialista proprio per le stomie. Allora se tu hai problemi con le stomie, perché gli ospedali prescrivono.. quello che ti capita.. invece lei è molto attenta alla qualità di vita del paziente. Uno come lui che cammina, che fa un certo tipo di cose, gli serve un certo tipo di sacca. Uno che è allettato, malvivente, ne serve un'altra sacca. Invece gli ospedali ti danno tutti la stessa sacca.

SIG: infatti noi abbiamo avuto dei problemi non indifferenti con la penultima sacca perché non c'era una che bastava perché si apriva in continuazione.

Reference 9 - 3,06% Coverage

SIG: via email non riesco. No, mi sono fatta aiutare la scorsa volta, è venuta mia nipote e le altre volte in grazia di Dio dopo le ennesime telefonate riesco a parlare con qualcuno e li ordino. Sono tre giorni alla settimana che tu puoi ordinare

SG: quante volte telefona? Quante volte richiama lo stesso numero?

SIG: è sempre occupato. Quando prendi la linea sei fortunata. Quello sì, perché purtroppo avranno anche tanti pazienti.

SG: invece tramite email proprio non

SIG: l'email è proprio bo. Devo farmi imparare da mia nipote.

Reference 10 - 4,94% Coverage

PZ: quando c'è stato il problema la, con la farmacia. All'inizio del mese?

SIG: eh l'altro mese che non ero riuscita a telefonare ed ero andata direttamente se per favore mi poteva segnare e poi andare a prendere. E poi quando è arrivata mia nipote, mi ha detto "i medicinali si ordinano o per telefono o per via email. Direttamente li non te li prenotano". Le volte invece se capitava che magari eri rimasta, non ti dico senza. Io non rimango mai

SG: un fax, il classico fax

SIG: sisi c'è anche c'è anche quello. Però le vie più brevi sono o via email o se riesci a prendere la telefonata. Però in qualche modo riesco ancora sempre a fare. Perché, le spiego, non arrivo mai che mi mancano o sono quasi alla fine. Perché sono sempre da una settimana a 10 giorni. Sono dei farmaci che

SG: quindi lei fa diciamo a tempo pieno ecco. Proprio l'infermiera a tempo pieno

<Files\Paziente 8> - § 1 reference coded [6,33% Coverage]

Reference 1 - 6,33% Coverage

I: La prescrizione del farmaco, passando da goccia a pastiglia: È stato fatto portando ovviamente il problema al medico, dicendo non prende le gocce e quindi il medico ha prescritto le compresse

CG: sisi io parlavo con la dottoressa direttamente, con l'oncologa e facevo. perché faceva anche le visite, la visita antalgica a volte, dove gli prescrivevano appunto la terapia. E poi quando aveva la visita oncologica, facevo presente questa cosa e puntualmente loro lo sapevano cosa riusciva a prendere oppure no.

[<Files\Paziente 9>](#) - § 4 references coded [7,49% Coverage]

Reference 1 - 0,89% Coverage

CB: ormai è addestrato. L'infermiera viene una volta a visitarla

PZ: sisi è venuta sta mattina.

Reference 2 - 1,22% Coverage

PZ: ma infatti l'infermiera O abbiamo pensato di mettere quello centrale. Poi però non è stato fatto la richiesta e abbiamo contunuoato

Reference 3 - 1,39% Coverage

PZ nel mentre aggiunge: Sono stato prima in ospedale. Avevo dei problemi sinceramente. Avevo dei problemi per deambulare era un po.. avevo dei problemi

Reference 4 - 3,99% Coverage

CB: è seguito anche dai nefrologi

PZ: si si si. Nefrologi, dalla dottoressa per quanto riguarda l'oncologia, uff

I: quindi è seguito da diversi medici?

PZ: sisi e poi anche per il diabete, diabetologia. Fortunatamente, facendo la flebo non ho più il diabete. Infatti la mattina mi controllo la glicemia. 93 94. E poi un'altra cosa, con la pressione bassa, facendo le flebo mi è ritornata normale. Non tutti i mali vengono per nuocere

Farmaci e trattamenti (22 files; 253 references)

[<Files\Paziente 1>](#) - § 25 references coded [12,00% Coverage]

Reference 1 - 0,16% Coverage

ne prendo parecchi

Reference 2 - 0,64% Coverage

tre insuline prima dei pasti cioè mattino pranzo e cena e poi la notturna

Reference 3 - 0,51% Coverage

abbiamo modificato che prendevo una pastiglia di gluophane

Reference 4 - 0,37% Coverage

con un'altra insulina 1 volta la settimana

Reference 5 - 0,74% Coverage

Prendo altri farmaci per la patologia dei 5 bypass dell'infarto che ho avuto nel 2000

References 6-7 - 1,27% Coverage

prendo il seroken poi triatec lasix triatec da 5 poi cardura il glucophapsh e poi il pantorc per proteggere l'intestino e poi la cardioaspirina.

References 8-11 - 1,38% Coverage

tutti questi farmaci li prepara lei... li prepara lei stesso

si li preparo io perché li prendo in tutta la giornata. Devo destinarli in tutta la giornata ok

References 12-17 - 2,72% Coverage

a che ora inizia il mattino

alle ore 8:00 fino alla sera...dopo cena. quindi praticamente dalle 8:00 del mattino sì tutte ogni, diciamo, due o tre ore ho dei farmaci da prendere fino a dopo cena prima di andare a dormire.

Quindi si dalle 8 del mattino, poi a pranzo e poi fino a cena e poi prima di mezzanotte.

Reference 18 - 0,59% Coverage

non c'entrano niente con diciamo con la cura che sto facendo adesso

Reference 19 - 0,18% Coverage

Si si tanti farmaci

Reference 20 - 0,32% Coverage

li preparo io per tutta la giornata.

Reference 21 - 0,34% Coverage

iniziamo dalle 8 fino alla sera alle 7.

Reference 22 - 0,34% Coverage

non me li ricordo tutti altri due altri

Reference 23 - 1,08% Coverage

Diciamo che quando lo specialista mi cambia qualcosa in automatico faccio vedere il nuovo piano terapeutico alla dottoressa

Reference 24 - 0,74% Coverage

Si anche perché possono interferire con i farmaci che prendo e quindi meglio dirlo.

Reference 25 - 0,64% Coverage

e non è mai capitato di dimenticare di prendere dei farmaci

a volte si

[<Files\\Paziente 10>](#) - § 7 references coded [15,35% Coverage]

Reference 1 - 1,40% Coverage

che stavo male perché ho attacchi. Soffro di attacchi cardiaci. Prendo questi *e mostra un foglio/confezioni*. Questi me l'hanno data a Ivrea. Per due giorni mio figlio mi ha accompagnato per due giorni di seguito

Reference 2 - 4,28% Coverage

SD: una camera iperbarica, una roba così

PZ: e mi hanno dato questo perché c'ho il sangue denso e questo mi aiuta alla vena di scioglierlo. Per la trombosi mi sembra

SD: perfetta, dunque tutto questo è iniziato 7 anni fa, perché prima non prendeva farmaci?

PZ: si 7 anni fa. Si perché prima prendevo quelli della pressione.

SD: allora per la tachicardia prende il BISOPROLOLO Sandoz 1,25 mg.

PZ: e un altro, quello AMLODIPINA anche per la pressione

SD: Amlodilpa, Lasix, questo sette anni fa per la pressione già.

PZ: Si si si, pure prima. Prima già. Questi sono da 5-6 anni. Sono andata alla Malpinghi

SD: ah l'eutitox da 25 microgrammi

References 3-4 - 2,81% Coverage

però faccio, come si dice, mettiamo domani, ieri ho preso quello da 50. Che prendendola tutte le mattine, stavo male. Allora la dottoressa mi ha aggiustato la terapia. Per due giorni in una settimana prendo mettiamo quella da 50. Sta mattina (*venerdì 14 ottobre 2022*) ho preso quella da 50. Domenica prendo. Domani mattina di nuovo quella da 50. Questa invece il venerdì da 25. Che sono andata allo specialista poi di Torino.

Reference 5 - 1,09% Coverage

CB: bisoprololo quanti ne prende? 2 al giorno?

PZ: quale? Questa? Due. Una alle 8 di mattina e uno alle 8 di sera. Questa *indicando una scatola* alle 10 di mattina.

Reference 6 - 1,90% Coverage

SD: Il lanoxil 0.125 alle 10 del mattino

PZ: questo alle 7

SD: omeprazolo 20 mg alle 7 del mattino. Giusto?

CB: si al mattino a digiuno

PZ: mi hanno fatto la gastroscopia e mi hanno dato questo. Questi aiutano

SD: e xarelto da 15 mg

PZ: è questo è quello che mi hanno dato a Ivrea.

Reference 7 - 3,88% Coverage

SD: ok. Allora quando prende tutti questi farmaci, innanzitutto: se li ricorda tutti?

CB: ah lei sii!

SD: come fa a ricordarseli?

PZ: c'ho un cervello..

SD: ah bravissima! E come fa?

PZ: e perché prosi. Ho pensato io, dalla stupida che sono, perché sto tutti i giorni a scrivere.

SD: ecco tutti i giorni a scrivere

PZ: oggi c'è il foglietto per farmi che domani devo andare per fare la spesa e scrivo tutto. Se devo fare poi tutto il giorno le cose, me le scrivo, così non mi dimentico. Fa il compleanno mia nipote, tale giorno, me lo scrivo.

SD: eh ma dove scrive questi? Sulle schede

[<Files\\Paziente 11>](#) - § 12 references coded [34,76% Coverage]

Reference 1 - 1,16% Coverage

PZ: Ho il diabete, sono stata operata al cuore. E la safena operata..la colecisti, sono stata operata pure..

Reference 2 - 1,90% Coverage

SD: quando è che ha iniziato a prendere il primo farmaco? Perché da li magari andiamo avanti

PZ: eeh adesso proprio preciso no.. Però un 22 anni con il primo farmaco del diabete

Reference 3 - 1,32% Coverage

SD: quindi 22 anni fa è stato diagnosticato il diabete. Con il farmaco che è la pastiglia o l'insulina?

PZ: la pastiglia.

References 4-5 - 2,32% Coverage

CB: ma ha per caso un foglio dove vengono riportati tutti?

PZ guardi per non sbagliarmi *indica diversi sacchetti contenuti farmaci*. Per non sbagliarmi faccio: questi sono della mattina, questi sono del mezzogiorno..

References 6-8 - 2,89% Coverage

SD: quindi al mattino alle 8 prende il pantorc. irbersartan da 300 a metta mattina un quarto (*ha un contenitore con le pastiglie già spezzate di solo questo farmaco*). Lasitone lo prende alle 8. Meteorololo. Anche questo *indicando il contenitore con i farmaci spezzati?*

Reference 9 - 3,47% Coverage

PZ spiega: no no. Queste sono quelle che le devo tagliare e le metto qua. Perché ne devo fare un quarto. Allora non posso stare tutti i momenti. Vedi li taglio e li metto qui.

SD: ma li dentro ci mette soltanto le pastiglie di un farmaco solo, non mette tutte

PZ: nono. Le ho dato la scatola apposta non le ho dato questo.

Reference 10 - 9,34% Coverage

SD: Poi abbiamo quelle del mezzogiorno: lo xarelto a mezzogiorno. Lei sa perché prende lo xarelto?

PZ: per il sangue mi hanno detto

SD: mentre invece, tornando a quelli del mattino, il pantorc per cosa lo prende?

PZ: quello per lo stomaco

SD: l'irbersartan

PZ: quello è per la pressione

SD: il lasitone invece perché lo prende?

PZ: quello non lo so

CG: questo è per urinare. Perché prende anche il lasix insieme

SD: il metoprololo perché lo prende

PZ: per il cuore.

SD: poi prende lo xarelto, sempre per il sangue, e poi prende quelle della sera

PZ: *indicando una busta* no, prendo queste a mezzogiorno

SD: ah basta? La sera non prende niente?

PZ: sì. C'è questo qua a mezzogiorno e questo lo prendo alle 6.

SD: alle 6 del pomeriggio la furosemide.

CG: che sarebbe lasix.

SD: bravissimo!

PZ: eh perché lui mi sta dietro con.. senno. Me ne vado già..

Reference 11 - 6,31% Coverage

PZ: sì, questo qua è quello lì per il colesterolo.

SD: Atorvastatina da 20

PZ: e questo è lo stesso quello per il cuore. Quello che prendo un quarto.

SD: ah quindi lì ci sono le stesse pastiglie che magari spezza al mattino e ne mette un po' anche qua. Ok perfetto, quindi lì dentro troviamo quello per il cuore quindi il metoprololo.

Io credo che si tratti dell'irbesartan 300 che spezza

CG: sì

SD: ah benissimo. Ok perfetto. Quindi per prendere tutti questi farmaci, lei si scritto da qualche parte, oltre ai sacchetti. Ha scritto da qualche parte ore otto devo prendere quello..

Reference 12 - 6,04% Coverage

SD: ecco, l'insulina. Lei riesce a farsela da sola, giusto?

PZ: si. Tutto io faccio. Ah questa devo buttarla. L'ho fatta sta mattina questo. Ogni 8 giorni

SD: ogni otto giorni il trulicity 0.75.

CG: ha detto che questa qui non la devi più fare. C'è quella nuova da 10. Oggi è venerdì e l'ultima hai fatto questa qua. Mi ha detto ieri il medico.

PZ: questa qua è una scatola vuota *strappa*

SD: ok poi c'è toujeo 300. Ok quante unità ne fa di queste?

PZ di questa ne sto facendo 28

SD: invece quella da una settimana?

PZ: questa non lo so perché è già pronta

[<Files\\Paziente 12>](#) - § 5 references coded [32,76% Coverage]

References 1-2 - 2,90% Coverage

SD: Quanti farmaci prende al giorno?

CB: li ha da qualche parte scritti o ha le scatole delle medicine?

PZ: *Passa un foglio con i medicinali che prende ed è stato compilato dalla dottoressa Bena.*

Reference 3 - 5,39% Coverage

SD: visto che lei prende tutti questi farmaci, da dove vuole iniziare a raccontarmi i motivi per cui prende tutti questi farmaci?

PZ: eh che ne so, la dottoressa lo sa.

SD: ok ma da quanto tempo è che prende tutti questi farmaci?

PZ: tutti no, perché prima prendevo la enalapril per la pressione. Adesso mi ha cambiato e prendo questa per la pressione il norvasc

References 4-5 - 24,47% Coverage

SD: senta facciamo una cosa. Piano piano. Il pantoprazolo

PZ: questo a digiuno. Per lo stomaco

SD: il lasix perché lo prende?

PZ: perche per fare la pipi devo bere 2 litri d'acqua al giorno.

CB: perché ha un'insufficienza renale.

SD: quindi deve prendere anche 2 litri di acqua al giorno. Ok invece il bisoprololo perché lo prende?

PZ: questo per il cuore credo. Si perché adesso me lo hanno cambiato. Mi ha cancellato questo e mi ha dato questo

SD: e lo xarelto perché lo prende?

PZ: ecco quello lì. Eh non lo so per che cos'è. Ogni mezzogiorno .

SD: quindi ogni mezzogiorno prende una compressa di xarelto.

PZ: mettiamo eventualmente lo prendo alle 12.30, all'una. Dipende sempre. Non fa niente se lo prendo un po' più tardi di mezzogiorno. Non bisogna essere precisi.

SD: non a mezzanotte ecco. Se deve prenderlo a mezzogiorno lo prende a mezzogiorno, massimo l'una ecco. Non troppo tardi.

PZ: eh è quello che voglio dire. non fa niente che..

SD: Lasix perché lo prende?

PZ: per fare la pipì

CB: *Xarelto* glie lo hanno dato perché ha una cardiopatia ischemica. Ipertensiva. Quindi glie lo hanno dato i cardiologi per il rischio di trombosi. perché ha avuto una specie di ischemia/ infarto.

SD: poi norvasc come mai lo prende?

PZ per la pressione

SD: l'adenuric?

PZ: questo lo prendo la sera. Alle 8. Dopo che mangio.

CB: Per sciogliere la bilirubina

SD: invece la folina 5 compresse per una settimana al mese

PZ: sì il primo del mese per una settimana. Ma queste me le hanno scritte adesso. Prima non c'erano.

SD: glie le hanno prescritte perché servono.

PZ: sì, sono troppo medicine.

[<Files\Paziente 13>](#) - § 2 references coded [9,98% Coverage]

References 1-2 - 9,98% Coverage

SD: quindi per ciascuna di queste patologie prende dei farmaci. Mi può fare l'elenco dei farmaci. Ha per caso uno schema che usa per ricordarsi di prendere i farmaci?

PZ: no. lo quelli che prendo al mattino ce li ho di là. Quelli che prendo la sera ce li ho di qua. Quelli per la tiroide: eutoriox. Da 100 alternato a 75.

SD: alternato che cosa significa e quando li prende?

PZ: un giorno prendo quello da 100 e il giorno dopo quello da 75. Li prendo tutte le mattine verso le 8. Poi dopo colazione prendo quello per il diabete.

SD: e quale sarebbe?

PZ: metaformina da 500. E prendo anche questo che sarebbe per la pressione

SD: il triamlo da 5 mg e lo prende sempre al mattino?

PZ: una al mattino e uno a mezzogiorno. E alla sera prendo questi

SD: alla sera prende: allopurinolo della sandoz 100 mg una compressa alla sera, dopo cena. E atorvastatina. E a cosa le serve questo?

PZ: per il colesterolo.

[<Files\Paziente 14>](#) - § 6 references coded [36,76% Coverage]

Reference 1 - 7,90% Coverage

PZ: Intanto c'è il voltaren che me lo metto tutte le sere sulle mani perché di notte mi vengono dei dolori da impazzire. Poi ho la tachipitina, ma non ne posso prendere nemmeno tanta perché ho i problemi ai reni. Ho i reni che non funzionano più bene. Adesso è da un po' di giorni che ho un prurito nella schiena. *Porta verso il tavolo dell'intervista i vari medicinali che prende e ne indica alcuni.* Questo me lo hanno dato quando mi hanno operato il piede. Ne prendo due al giorno. Ma ho paura che adesso mi fa male. Perché è da una settimana che ho un prurito nella schiena, solo nella schiena. Ecco poi ci sono altri infiammatori che prendo tutti i giorni.

References 2-3 - 11,98% Coverage

PZ: *Indica le varie confezioni* Bisoprololo sandoz 2.5 mg 1 compressa al mattino. Targin 5 mg, una al mattino e una la sera. Venitrin un cerotto tutte le mattine e lo tolgo la sera. Lasix 25 al mattino e uno al pomeriggio verso le 4, Cardioaspirina, tutti i giorni a mezzogiorno. Miraclin 100 mg in CPR. Tutte le mattine per adesso. lo faccio da 5 giorni e devo farli per 10 giorni. E poi sto facendo anche l'aerosol. Poi c'è la chemio LETROZOLO MYLAN GENERICS 2.5 mg che la prendo tutti i giorni a mezzogiorno. Trajenta lo prendo a mezzogiorno prima di mangiare. E pantoprazolo 20 mg 1 al mattino prima di prendere le medicine.

Poi ho tutte le altre: la tachipirina o antinfiammatorio BRUFEN. A volte prendo il lasitone quando ho le gambe gonfie, perché ho i reni che non vanno. Ora prendo anche l'antistaminico perché ho il prurito nella schiena. Questo per la pressione: valsartan lo prendo tutte le mattine 1 compressa, lo dimentcavo. Invece quando non ne posso più prendo il codamol o tachidol.

Reference 4 - 3,22% Coverage

SD: invece il codamol?

PZ: lo prendo quando proprio non ne posso fare a meno che ho troppi dolori. O codamol o tachidol. Poi prendo lo zirtec per il prurito alla schiena. Non so perché mi è venuto, se è un qualche medicinale che adesso mi fa male. Solo nella schiena.

Reference 5 - 5,94% Coverage

SD: allora ricapitoliamo il bisoprololo lo prende per?

PZ: il cuore,

SD: il targin lo prende per

PZ: i dolori. Lo sapevano che avrei avuto dei problemi.

SD: Il venitrin lo prende per?

PZ: per respirare bene. Quando sono andata a fare la visita per i reni. Mi hanno guardato i documenti e la dottoressa mi ha detto "ma lei ha la bronchite cronica" e mi ha dato il cerotto da mettere. Adesso sto pensando che è da tre anni che metto questo, può essere questo che mi porta questo problema?

Reference 6 - 7,71% Coverage

SD: lasix per cosa lo prende?

PZ: per urinare

SD: la cardioaspirina?

PZ: per il sangue spesso

SD: il miraclin

PZ: antibiotico, ma lo prendo adesso questa settimana.

SD: letrozolo?

PZ: sto facendo 12 mesi la cura

SD: zirtec è per il prurito. Lo trajenta?

PZ: diabete

SD: pantoprazolo

PZ: per le medicine che prendo, la dottoressa me lo ha cambiato da 40 a 20. Per lo stomaco

SD: valsartan?

PZ: pressione

SD: tachipirina e brufen?

PZ: per i dolori

LSD: lasitone ogni tanto, codamol e tachidol per i dolori. E il voltaren gel?

PZ: tutte le sere me lo metto nelle mani perche mi fanno impazzire. Sia nelle mani che nei piedi.

[<Files\\Paziente 15>](#) - § 2 references coded [14,39% Coverage]

References 1-2 - 14,39% Coverage

CG: metformina da 1000 mg e ne prende 2 al giorno Mattino e sera. Poi Ramipril 2,5 mg e ne prende 2 compresse, una al mattino e una alla sera.

SD: poi degli integratori giusto? Degli integratori di Sali minerali, uno al giorno, giusto?

CG: si. Si

SD: poi cos'altro?

CG: OKI da 80 mg bustine ma solo quando ha male, dopo i pasti.

SD: poi cos'altro prende ancora? La tachipirina la prende?

CG: Si, ogni tanto la prende anche

SD: sempre bisogno.

[<Files\\Paziente 16>](#) - § 3 references coded [7,77% Coverage]

Reference 1 - 0,65% Coverage

Dottoressa devo essere onesta. Io avevo tanta paura a togliere questa terapia.

Reference 2 - 2,44% Coverage

SD: questa terapia da quando la prende?

PZ: da 30 anni. Lei lo voleva togliere e darmi un farmaco che c'è tutt'oggi, che sicuramente sarà meglio di questi che io sto prendendo. Assolutamente.

CB: Però le vuole togliere il farmaco principale. Il Rivotril e Topamax che sono epilettici puri.

Reference 3 - 4,68% Coverage

PZ: ne prendo tanti. Prendo il tegretol da 400 una al mattino e mezza la sera. Poi il dottore mi ha spiegato che il tremore che ho, non è per il parkinson, ma può essere solo a lunga distanza il Rivotril. Perché questo è un ansiolitico. Ne prendo 10 gtt alle ore 22.

SD: Seroxat da 20 mg ne prende mezza al mattino alle 7. Il depakin 500 2 al giorno, ore 13 e ore 21. Topamax 1 al giorno ore 22.

PZ: e poi prendo il frontal. Poi tutta questa roba me la voleva già togliere.

SD: ½ al mattino e ½ alla sera.

PZ: poi prendo un flaconcino al mese di questo qua

[<Files\\Paziente 17>](#) - § 3 references coded [37,73% Coverage]

References 1-2 - 6,68% Coverage

SD: quanti anni ha?

PZ. 97

SD: 97?! Complimenti!

PZ e mi sento ancora in grado di fare qualcosa e L lo può dire

SD: e lei prende tutti questi farmaci da sola

PZ si, tutti da sola.

Reference 3 - 31,05% Coverage

Quando è che prende i medicinali? Il movicolo

PZ: uno al mattino e uno alla sera. Questo invece è per prendere sonno.

SD: senta una cosa, ma invece quando è che prende il biochetase al bisogno?

PZ: uno.

SD: ma quando ha mal di stomaco?

PZ si quando mi sento un po cosi, con lo stomaco sottosopra. Questa è la tachipirina

SD: questo qua è il paracetamolo

PZ questo al mattino, quando finisco di mangiare. E questo è per lo stomaco

SD: ah il pantoprazolo insieme alla tachipirino al mattino.

PZ: questo è per la torioide. Una al mattino, appena mi alzo. E poi prendo questo al mattino quando mi dice la testa.

SD: ogni tanto dimentica di prendere i farmaci?

PZ: io prendo prima di tutto la pastiglia per la tiroide, poi se ho i dolori, prendo mezza pastiglia per i dolori. Poi se sento dolore allo stomaco, prendo l'altra pastiglia per lo stomaco

[<Files\\Paziente 18>](#) - § 18 references coded [45,18% Coverage]

References 1-4 - 6,70% Coverage

PZ ma adesso non prendo molte cose proprio perché ho dei problemi. Adesso sto facendo una prova, il terzo giorno che prendo l'aliflus, dopodichè se anche mi darà problemi, un po' già la voce la sente che tende a essere rauca. Sono andata ieri sera dall'otorino per altri motivi e mi ha detto che è sempre una controindicazione del cortisone che fa questa cosa. Io adesso prendo pochi farmaci perché ho sempre dei problemi con tutti quelli che ho preso prima. Ma io ho sempre avuto un po di allergie. Non solo ai farmaci, ma anche a in generale. Guardi questo l'ho messo da una vita, ma adesso non la posso più mettere. Mi viene da grattarmi da lasciare il segno. C'è una predisposizione probabilmente familiare, perché anche mia mamma aveva questi problemi. E anche un po i miei figli.

References 5-8 - 7,21% Coverage

me li sono bruciati tutti perche dopo che li prendevo mi veniva una sorta di doppio batticuore. Ho ridotto le dosi. Per esempio del diclorem, da 150 sono passata a 100 e poi a 50 e anche quello da 50 mi dava problemi. Poi ultimamente per esempio tutti i Revinti, la polvere per l'asma, quello addirittura ero arrivata che sono uscita dall'ospedale, sono andata dal pneumologo. Io vi giuro che facevo due passi e al terzo mi dovevo fermare perche mi veniva da svenire. E poi me ne sono accorta io perché avevo avuto il Covid, poi dopo qualche giorno che ero negativa mi sono ammalata di bronchite acuta. Sono andata in ospedale e mi hanno fatto una puntura per respirare. Ma quando ho tolto tutte queste medicine, cioè antibiotico, ecc, sono arrivata ad avere solo il revinti e la pillola per la pressione. E non capivo perché stavo così male.

Reference 9 - 3,01% Coverage

PZ enalapril da 20 mg 1 al giorno per la pressione e xaflutan per il glaucoma solo la sera. Dopo di chè, quando sono arrivata ad avere solo più la pastiglia per la pressione e il revinti quello più forte, io sono stata male e ho capito che era quello. L'ho sospeso e l'indomani ero rinata. Addirittura ero andata a fare una camminata a genova di 10 km.

Reference 10 - 4,01% Coverage

SD: il revinti, una curiosità, l'ha tolto lei di sua spontanea volontà?

PZ: no per capire, poi l'ho ripresa l'indomani e sono stata di nuovo male. quindi ho fatto in fretta a capire che era quello. Dopodichè il pneumologo mi ha dato questo, ma dovrei buttare anche questo perché è la stessa cosa Aliflus dose di polvere dopo tre giorni sono stata male. Anche con questo ho avuto lo stesso problema. Adesso gli ho detto che sto provando da tre giorni con aliflus spray.

Reference 11 - 2,22% Coverage

SD: e come si sente?

PZ: eh sento che stringe la gola, eh stringe. Adesso vediamo. Quando prendevo il revinti, mi aveva dato anche anziché saflutan gocce per gli occhi, per il galucoma, mi ha detto il garfor. Quello lo prendevo ma mi bruciava tutta la pelle.

References 12-15 - 8,38% Coverage

SD: quindi oggi prende l'enalapril, saflutan,

PZ: poi ho problemi anche allo stomaco, infatti domani faccio la gastroscopia. Vede anche con quello ho avuto un episodio bruttissimo. Io da anni che faccio la gastro e la colon senza farmaci perché ho avuto dei problemi. Anche quando mi hanno operata mi hanno intubata e tutto. Mi danno gli antistaminici, il cortisone e forse a furia di prendere tanto cortisone forse adesso quella li mi da fastidio. Forse è questo benedetto fluticasone. Tutti i farmaci mi danno le controindicazioni che le ho detto. Anche per esempio dopo il vaccino, che la dottoressa mi ha fatto. Mi ha fatto venire il braccio marrone che è ancora adesso. Per fare il vaccino io dovrei prendere gli antistaminici 5 giorni prima e 5 giorni dopo perché mi gonfio. Adesso ho fatto

l'antinfluenzale e mi si è gonfiato lo stesso, mi è rimasto marrone e mi è venuta la crosta per non so per quanto tempo. Quando ho fatto il covid avevo gli occhi rossi e una faccia..

Reference 16 - 1,66% Coverage

PZ: sisi, il più piccolo si rifiuta di prendere i farmaci. È proprio contro i farmaci. Quando poi sta davvero male, sono costretti che addirittura devono dargli la morfina. Lui non vuole medicine

Reference 17 - 9,14% Coverage

Adesso sta mattina la dottoressa, perché domani faccio la gastro, mi ha dato un farmaco e la dottoressa non ce l'aveva in farmacia e mi ha dato l'equivalente. Io comunque le ho detto che non vado così serena e mi ha dato un farmaco fitoterapico per stare serena. Nel 2016 ho fatto la gastroscopia e sono uscita di lì, male ce lo avevo perché comunque un polipetto lo toglievano, e sono uscita di lì con tutta la faccia a pua rossa. A me il medico che mi conosce non mi fa mai niente. Quando sono entrata un'infermiera mi fa "signora devo farle la puntura". Io l'ho avvisata che non mi fanno mai punture ma ha insistito a farla. Ho sperato. Quando ho finito tutto, sono uscita dall'ospedale, appena uscita dalla soglia dell'ospedale, ero incosciente di dove ero, chi ero, perché ero lì. Allora mio marito mi ha riportato dentro, pensava avessi avuto un tia e mi hanno portata alle molinette. Poi dopo tante ore mi è tornata la memoria. Io non so se è stato il valium, perché io non le posso prendere ste cose. Non le prendo perché a me già una goccia dormo per un mese.

Reference 18 - 2,86% Coverage

PZ: ma pensi che io una volta ho preso mezza pastiglie dello zirtec, ma per una settimana io avevo il cervello come se fosse addormentato. Non riuscivo, facevo fatica. Poi ho anche problemi di fegato, quindi può darsi che il fegato non riesce ad metabolizzare tutti i farmaci. Ho avuto un'epatite tanti anni fa. Forse quello. Non lo so

[<Files\\Paziente 19>](#) - § 10 references coded [64,20% Coverage]

Reference 1 - 12,31% Coverage

CG: allora le spiego. È nata a 33 anni che ha questa patologia asmatica grave, insufficienza respiratoria. Da lì prendendo 50 mg al giorno di cortisone a San Luigi che l'hanno massacrata. In quei anni c'era solo quel salva vita. Gli è venuta l'osteoporosi. Ha un

CB: ha grave poliartrite, osteoporosi, cicloscogliosi, insufficienza respiratoria ostruttiva.

PZ: polpette nel naso

CG: esatto, poi il diabete. Se lei non prende il cortisone, poi il diabete viene stabilizzato. Perché lei non è diabetica per il cibo o coso, ma solo per il cortisone. Perché ognuno di noi ha il cortisone dentro.

CB: quindi ha problemi fisici che non riesce nemmeno quasi più a camminare, ha problemi gravi respiratori con delle crisi con l'ossigeno di notte, la NIV, poi al bisogno quando serve. Diabete e poi è anziana

CG: è stata operata al tunnel carpale, è stata operata alla cataratta. Quando la dovevano operare, dopo più di un anno e mezzo che c'è stato il covid, le è venuta una dissenteria con sangue.

Reference 2 - 5,29% Coverage

PZ: abbiamo aspettato 2 anni.

CG: lei aveva gettato. Io le ho detto o vuoi o non vuoi, non puoi rinunciare di nuovo. Io sono una persona molto attivo, non bisogna perdere tempo nella vita

SD: non bisogna perdere tempo ma a volte anche un po di calma ci vuole.

CG: si ma se lei rinunciava poteva rimanere cerca. Anche il tunnel carpale era al limite. Le ha detto il dottore, "perderà la mano" e abbiamo dovuto pagare 800€.

Reference 3 - 16,48% Coverage

PZ: nel 2000 mi sono ammalata. Ho fatto una visita a Chivasso con la dott.ssa Arduino e mi ha dato il Ventolin. Dopo sono tornata per la seconda visita e le ho detto che non ho visto nessun miglioramento nel tempo. Allora mi ha mandato in un'altra struttura a mia scelta. Allora sono andata al San Luigi, dove sono stata seguita dalla dott.ssa Boaro e professore Pozzi. Ho detto che non sento l'odore e mi manca il respiro, ma non so che cosa sia. Mi hanno tenuta sotto osservazione, mi hanno fatto un ricovero e mi hanno fatto le lastre e tante visite. Ad allora mi hanno dato il DELTACORTENE 50 mg. Al bisogno quando sto male devo prenderlo da 25 mg, per tre giorno una intera, dopo tre giorni devo scalare e prenderne metà, dal 5° giorno prendo un quarto e poi sospendere. Al bisogno perché io quando sto male, soprattutto la notte che non ce la faccio più perché si riempiono i polmoni di mucose. Io ho avuto una sinusite cronica mascellare, che era arrivata fino alla testa, con i polpini. Forse è stata questa a causare l'asma bronchiale sufficienza respiratoria. E allora in questo caso quando la dottoressa non vedeva miglioramento, ha chiamato il professore Pozzi. Il professore mi ha raccomandato di seguire le indicazioni della dottoressa, ma io continuavo a stare male. Ho passato la mia vita all'inferno. 35 anni malata.

Reference 4 - 5,28% Coverage

SD: quanto tempo è stata ricoverata al San Luigi?

PZ: sono stata ricoverata 3 volte. Poi il professore Pozzi ha chiesto il trasferimento a Pavia perché qua non c'erano i macchinari. E lui stesso mi ha fatto il ricovero a Pavia. Lì sono stata un bel po per indagare questa patologia da dove deriva. Alla fine si è scoperto che l'asma proviene perché io sono allergica all'acido acetilsalicilico, e non posso mangiare pomodoro.

References 5-9 - 11,00% Coverage

PZ: questo me lo ha ordinato ieri il dottore per fare l'aerosol. Perché le mucose, diciamo che vanno a finire nei polmoni e allora non respiro bene. Una fiala alla sera

SD: sono 10 fiale

PZ: poi per l'osteoporosi devo prendere questo. Me lo ha ordinato un dottore ortopedico

SD: calcio base. Questo 1 al giorno? Ed è da 30 stick

PZ si una bustina al giorno.

SD: poi c'è il dibase un contenitore monodose

PZ il dibase lo prendo una volta al mese. Sono piena di farmaci. Io vivo proprio per Lo Spirito Santo.

SD: poi il diamicon

CG: è per il diabete e lo prende quando si alza la glicemia una volta al giorno dopo aver mangiato e aver fatto la prova.

SD: il montegen

CG: quello lo prende anche per l'asma per avere un miglioramento respiratorio. Una volta al giorno dopo mangiato, dopo pranzo

SD: plaunazide

PZ: per la pressione. Una compressa al mattino dopo la colazione.

Reference 10 - 13,84% Coverage

CG: questo qua *indica una scatola* lo abbiamo sospeso perché è un rischio, non lo prende più perché le dava una forte dissenteria con sangue.

SD: invece per la glicemia, per il diabete prende solo diamicon dopo la prova, dopo la punturina, giusto?

PZ: si si. Poi continuo finché non si abbassa. Poi avevo pure quello per la pressione ma me lo ha cambiato perché avevo la dissenteria e non lo prendo più.

SD: sisi suo figlio mi ha detto che prende questo qua, giusto?

PZ: poi prima il ventolin faccio 10 spray al giorno. Come mi muovo le braccia, non ho più respiro.

CG: questo lo prende due volte al giorno, al mattino e alla sera. Lo spray nasale

SD: nasonex 50 microgrammi.

CB: e poi fa il ventolin. E poi al bisogno sempre antinfiammatori

SD: sisi c'è tutto.

PZ: poi c'è l'ossigeno

SD: la niv notturna

CG: e poi al bisogno anche il trajenta per i dolori, aulin. Poi la dottoressa in questi giorni le ha dato questo antibiotico per la bronchite asmatica.

SD: e l'augmentin da quanti tempo lo prende?

CG: ha smesso l'altro ieri e lo ha preso per 6 giorni

[<Files\Paziente 2>](#) - § 20 references coded [18,89% Coverage]

Reference 1 - 0,29% Coverage

All'inizio mi ha dato delle pastiglie

Reference 2 - 0,94% Coverage

adesso le pastiglie non le sopporto tanto perché parte il fatto che gli viene mal di pancia ma non lo so se è quello

Reference 3 - 1,39% Coverage

me le ha ricambiate mi ha dato lo zepping che è un nuovo farmaco da fare una volta alla settimana poi devo fare alla sera un altro farmaco che è un'insulina e si chiama tuliebu

References 4-8 - 5,24% Coverage

allora lo zentic questa puntura la faccio una volta la settimana al martedì questa qua e l'altra la faccio tutte le sere verso le 7.30/8 prima di mangiare basta è finito
poi al mattino faccio il prelievo per vedere com'è andata la notte così anche perché in base a quello che mi da al mattino io la sera quello che faccio lo Zentic no ma quello della sera si devo se è alta devo aggiungere un cicinin una targhette o se è bassa devo scalare a 12 parte da 10 ora sono a 14 magari domani è bassa allora la sposto a 12 come si dicetacche vado avanti così. Fino adesso sono arrivata a 14 poi ogni tre mesi ci sono i controlli da fare con il prelievo del sangue

References 9-11 - 3,71% Coverage

Poi prendevo il tenoretic però da qualche giorno che la pressione è bassissima allora me la sono dimezzata con questo caldo e cavoli allora e poi la sera qualche volta quella del colesterolo ma adesso ce l'ho abbastanza a posto perché era andato un po' fuori ma ora è bassissimo non ho portato gli esami ma lo prendo ogni tanto non tutte le sere ... vediamo i prossimi esami....
Però sono un po'.....lo faccio io di testa mia
Un po' lo schema terapeutico lo faccio io

Reference 12 - 0,87% Coverage

questo il tenoretic l'ho abbassato perché al mattino 110 la pressione come faccio non ce la faccio a stare su

Reference 13 - 0,92% Coverage

ridurre un pò di gocce invece di mettere le 10 ne mettevo 8 poi ne mettevo 6 poi 4 e poi 2 e poi non ne ho più prese

Reference 14 - 0,47% Coverage

la dottoressa mi aveva dato dei farmaci per la depressione

References 15-16 - 1,54% Coverage

mi ha anche detto di andare dalla psicologa ma a parte il fatto che io non ho tutti questi soldi perché ho 627 euro di pensione al mese non è che possa permettermi di dare 80 euro alla psicologa

Reference 17 - 1,36% Coverage

l'altra settimana sono venuta anche dalla dottoressa che avevo mal di pancia ma non credo siano una puntura mi ha detto che è dovuto a questi farmaci che sono molto forti

Reference 18 - 0,79% Coverage

per fortuna mi ha dato dei fermenti lattici e li ho presi e mi è passato mal di dolore nella pancia

References 19-20 - 1,36% Coverage

ma adesso volevo prendere qualcosa come i Sali minerali tipo potassio e magnesio se vado al mercato magari faccio un salto in farmacia però è sempre una questione di soldi

[<Files\\Paziente 20>](#) - § 2 references coded [23,45% Coverage]

References 1-2 - 23,45% Coverage

PZ: nel 2002 ho iniziato a prendere i farmaci per il diabete. Che sarebbe TRAJENTA da 5 mg e ne prendo 1 10 minuti prima di pranzo. Poi prendo il DIAMICRON DA 60 mg 1 a colazione.

SD: questi sono i due farmaci che ha iniziato a prendere 20 anni fa e da li ha iniziato a prendere tante altre cose.

PZ: Prima di colazione prendo ANTRA 20 mg per proteggere lo stomaco. Poi c'è il PROCOLARAN 5 mg 1 pastiglia dopo colazione e 1 a cena, lo prendo per il cuore, per piccoli attacchi cardiaci che ho avuto. Poi c'è l'AMLODIPINA da 5 mg per la pressione, ne prendo metà a colazione e metà a cena. Poi c'è il famoso MIDROL da 16 mg che dovrei eliminarlo perché lo assumo per il problema al ginocchio. Dovrò mettere una protesi appena possibile comunque. Sarebbe un quarto ma comunque ne tolgo un pezzettino dai 4 mg perché è forte. Lo prendo verso le 10.30 dopo colazione. Questo è perché sono scarsa di cartilagine, questo è un intervento che avrei dovuto fare già prima del covid, però purtroppo adesso vediamo. E poi prendo omega-3 dell'EG verso il pomeriggio alle 4 e lo prendo per i trigliceridi. Poi prendo l'allopurinolo da 100 mg per l'urato- uricemia comunque. Ne prendo 1 alternando con l'omega-3. Un giorno si e un giorno no. Prendo anche l'arcoxia per i dolori 1 alla sera alle 22.30. poi c'è l'ATORVASTATINA da 10 mg per il colesterolo 1 cpr alle 20 dopo cena. Poi c'è anche l'acido acetilsalicilico mylan che la prendo dopo pranzo verso l'13.30

[<Files\\Paziente 22>](#) - § 4 references coded [14,21% Coverage]

Reference 1 - 1,02% Coverage

finché non ho scoperto con il passare degli anni che è venuta la vaccinazione di cui ne faccio uso.

Reference 2 - 2,60% Coverage

Benvenuto il vaccino dove in qualche modo doveva risolvere il problema. Io da allora vedevo proprio la differenza. Con il vaccino, ammesso che mi veniva un po' di febbre alla sera, l'indomani stavo già bene. Mentre prima no. Da allora ho visto l'utilità.

Reference 3 - 0,73% Coverage

PZ: allora al bisogno i soliti farmaci, antibiotici, pomate e altre cose

Reference 4 - 9,87% Coverage

PZ: sisi. I farmaci che prendo fissi, per il diabete....*interruzione*... il VELMETIA. Poi l'insulina 1 volta al giorno in minima parte. Questa è stata aggiunta nel tempo, visto che le cose non miglioravano tantissimo. E poi qualunque altra cosa a discrezione del medico per necessità. Radiografie ecc. però in linea di massima sono quelli lì. E quelli che ritiene opportuno il medico di volta in volta. Dipende da cosa si tratta ecco.

SD: dunque non ci sono altri farmaci che prende al giorno. Questi sono gli unici 2 fissi.

PZ: no prendo anche la tamsulosina 4 mg, me lo ha dato l'urologo. Lo prendo alla sera. Poi prendo la spirinetta, alla sera e l'atorvastatina.

SD: sento che molte persone prendono l'atorvastatina. Ormai è una cosa fissa da una certa età in poi.

PZ: io non vedo grosse differenze, mentre la tamsulosina, se non la prendo sono guai ecco. Per problemi di prostata e via dicendo. Però è da anni che la sto prendendo. Mi ha risolto il problema ecco.

[<Files\Paziente 23>](#) - § 3 references coded [21,78% Coverage]

Reference 1 - 19,05% Coverage

CG: fa una puntura una volta ogni 15 giorni. Devo prendere anche quella. Questi sono tutti i farmaci che lei assume.

SD: quindi allora per raccontare la terapia, magari iniziamo dal mattino e finiamo la sera. Il primo farmaco che prende al giorno quale è?

CG: il cardicor da 1,25 mg e il zanipril da 20 mg e 10 mg. Per la pressione e per il cuore. Alle 8 del mattino. Prima fa colazione. Poi subito dopo 10 minuti prende il tapazole 5 mg e la sertralina HALTER 50 mg. Servono per la tiroide, perché ha la tiroide che non gli sta funzionando bene trall'altro e questo, la sertralina non abbiamo scritto a cosa serve. Questi li do dopo colazione. Mezza di questa e una di questa. Poi la tachipirina al momento del bisogno perché a lei vengono forti mal di testa ed è in una fase di ansia depressiva. Poi le diamo difosfonal 200 mg+40 mg per le ossa, ha atrofi. Ed è una puntura. E poi alle 2 del pomeriggio la cardioaspirin da 100 mg e la FOLINA 5 mg per i globuli rossi. E poi la sera 10 gocce di tritico per rilassarla. Questi sono i farmaci.

Reference 2 - 1,93% Coverage

CG: questa da un mese. Deve finire la scatola, ne ha ancora una e la deve interrompere

SD: la folina. Ok

Reference 3 - 0,80% Coverage

CG: trittico anche da due mesi che lo prende

[<Files\\Paziente 3>](#) - § 8 references coded [14,70% Coverage]

Reference 1 - 0,46% Coverage
il gardenale non faceva niente.

References 2-3 - 3,14% Coverage
hanno dovuto cambiare e mi hanno dato il keplar sempre associato a gardenale e quello li ha fatto si che io vado avanti se voglio campare è così e quello li mi ha fatto miracoli lo prendo proprio 1000 g al giorno

Reference 4 - 3,40% Coverage
se era maligno o benigni ringraziando il signore e la madonna era benigno e non si è più sviluppato se no a quest'ora ero già morta io e avevo 39 anni e io prendo le gocce per scaricare calma perché non avevo assorbito bene la roba

Reference 5 - 1,30% Coverage
Una farmacia In bagno...l'ho comperato apposta a 6 ante dove ci sono tutte le medicine

Reference 6 - 3,87% Coverage
per fare meno volume io la sfilo e faccio la stessa scatola e faccio mimmo novembre 2022 nome e cognome scrivo e nov 2022 scade
Ogni scatola scrivo nome e cognome ...così riduco le scatole e lo spazio
E la scatola la butto
Per avere più spazio nel bagno no

Reference 7 - 0,77% Coverage
Ho comprato un armadio apposta solo per le medicine

Reference 8 - 1,77% Coverage
In lavanderia ho invece poi ho comprato un settimano e metto dentro tutte le scatolette 3 cassetti io e 3 cassetti lui.

[<Files\\Paziente 4>](#) - § 17 references coded [23,54% Coverage]

Reference 1 - 1,47% Coverage
allora in fatto è aggravato aggravato oggi e aggrava domani la pasticca non abbassava più a mangiarsi mangi quello o mangi dalla finestra allora ho chiesto alla siringa... l'insulina ... m'hanno dato la più scarta che esiste che non si sapeva nemmeno che tipo

Reference 2 - 0,38% Coverage
quanti farmaci ci prende
Io adesso prendo tutti questi quelli

References 3-5 - 4,87% Coverage
Quindi a che ora inizia con il primo farmaco

CG= lo inizio alle 7 perché lui non si ricorda quello che deve fare.

PZ: Lei me li da perché ci ha gli orari

CG= Non ricorda niente e faccio tutto io

PZ: Non è che me lo dimentico e che non so fare non so come si chiamano

Allora il primo farmaco delle 7 del mattino è

L'insulina

No il primo farmaco è quello a digiuno il gastroprotettore...

Quello dello stomaco sarà

Il primo è ...difesa per lo stomaco

(frugando nella scatola...)

Questi sono per i dolori

Questi sono

Ok questo è il primo ...OK

Pantetorc alle 7 del mattino

Poi alle 8 prendo prednisone

Dopo colazione prende clopidrocl zel zentiva

Dopo la colazione Aspirinetta

Poi Abba amoxicillina

Alle 10 prende questo

Acetamol

Alle 14 ibuprofene

Insulina a colazione pranzo e cena e una dopocena

Reference 6 - 1,32% Coverage

Ha una lesione molto grave

Lui non è capace lui...

Questa qui prima di andare a dormire

Compuna prima di andare a dormire

Questa è per la pressione enalapril

Glucophage prima di pranzo e di cena

Codamol per il dolore

References 7-8 - 0,92% Coverage

Li prende tutti quanti nell'arco della giornata

Inizia alle 7 e finisce la sera alle 20.30.

Insieme a lui io prendo le mie medicine

Gardenale e chepra.

References 9-11 - 4,32% Coverage

Una farmacia In bagno...l'ho comperato apposta a 6 ante dove ci sono tutte le medicine

In ogni scatola c'è scritto nome e cognome la data di scadenza

Ogni scatola di medicine che io prendo io cosa faccio se per esempio questa scatola qui scade nel 2024 nel novembre 2024 ed è la stessa di quella per fare meno volume io la sfilo e faccio la stessa scatola e faccio "mimmo novembre 2022" nome e cognome scrivo e nov 2022 scade

Ogni scatola scrivo nome e cognome ...così riduco le scatole e lo spazio

E la scatola la butto

Per avere più spazio nel bagno no

Ho comprato un armadio apposta solo per le medicine

In lavanderia ho invece poi ho comprato un settimano e metto dentro tutte le scatolette 3 cassetti io e 3 cassetti lui.

References 12-13 - 0,44% Coverage

A base di antibiotico costata 47 euro comprata 5 volte

Non la passa l'asl

Reference 14 - 0,95% Coverage

Chi gliel'aveva suggerito il sapone di mimosa?

Ada...l'infermiera delle cure domiciliari

Una molto brava. Però la maggior parte del materiale viene dato dall'adi

Reference 15 - 4,47% Coverage

Ora c'è un altro problema da risolvere

Lui ha una carrozzina elettrica che gli avevano prescritto perché lui è uno che ha un po' di autonomia quindi può andare sotto

Questa carrozzina è per interna e non per esterna. Le strade le hai visto come sono?

Le ruotine che ha davanti non vanno bene. Sono già caduto una volta e sono andato all'ospedale ci ho un verbale di accettazione del 118

Lui vorrebbe avere un po' di autonomia non dico tanto ma uscire un po' andare a prendere le medicine

Lui è lucido e intelligente. Riesce a manovrare bene.

Il problema è che l'hanno ostacolato. Il fisiatra dice che la carrozzina per esterno può essere data solo a coloro che lavorano

Allora ora ho fatto intervenire il primario. Ho mandato tutta la documentazione.

Reference 16 - 2,30% Coverage

Prendere un po' di aria

Invece relegati qua...

Poi hanno dato una carrozzina che ha già 4 anni di vita sfruttata ho portato a riparare 1400 euro se le sono prese per mettere le gomme poi i motorini son partiti come cammini un po' senti odore di bruciato

Era provvisoria... fino a quando non arriva quella nuova...ma siamo ancora qua

La fisiatra non ne vuole più sapere

Vediamo ora il primario

Reference 17 - 2,11% Coverage

Non possono mettere una protesi non si può perché fa male di brutto

Hanno sbagliato anche questo....

Sono già andato al CTO per prendere il foglio con la protesi giusta

Devono rifarla... il piede non accetta la protesi

Continuo a fare le medicazioni con betadine e argento vivo con il pennellino

L'altro giorno anche con antibiotico per mangiare l'infezione.

[<Files\Paziente 5>](#) - § 19 references coded [18,87% Coverage]

References 1-2 - 0,69% Coverage

Prendo tanti farmaci. Quelli della prostata dovevo essere operato alla vescica.

References 3-4 - 0,45% Coverage

Prendo il farmaco per il cuore per le fibrillazioni.

Reference 5 - 0,47% Coverage

Prendo la pastiglia mezza al mattino e metà alla sera.

References 6-8 - 1,96% Coverage

Per la prima patologia, quella dei salassi. Prende dei farmaci?

Si. Una il lunedì. Per le piastrine. Poi quelle del cuore, quelle della prostata. Vado a prendere la scatola con tutti i farmaci. Non è che ne prenda tante ma

Reference 9 - 1,15% Coverage

Questa il lunedì Oncocardine lunedì, Avodart per la prostata, una al mattino, Tareg per la pressione, una al mattino e una alla sera,

Reference 10 - 0,57% Coverage

Sotalex 80 mezza al mattino e mezza al pomeriggio, uno al giorno.

Reference 11 - 1,80% Coverage

Il dottore mi aveva detto di prendere due: una al mattino e una al pomeriggio. Poi il dottore di chivasso mi ha detto che erano troppe e allora mi ha detto di prenderne mezza al mattino e mezza al pomeriggio.

References 12-13 - 1,50% Coverage

Cosa prendo.... Quando non mi sento bene, efferalgan lo posso prendere perché prendo il coumadin. Posso prendere la tachipirina proprio quando mi sento un po' di mal di testa.

References 14-15 - 1,18% Coverage

E' il primo foglio che ho per il coumadin. Con il coumadin, con questa cosa che mi è successa, è andato fuori fase. Legato alla prostata.

Reference 16 - 0,53% Coverage

Ho fatto due scatole di eparina. Me le facevo io nella pancia.

Reference 17 - 3,23% Coverage

Pietro mi ha raccontato la terapia.

Oncocardite Questa pastiglia. Si abbassava di colpo il cuore..... Andava a fare pipi e poi si abbassava di colpo la pressione. Il lunedì ...per le piastrine

Poi mezza al mattino e alla sera Sotalex

Poi la pressione il tareg

Prostata

Efferlgana al bisogno

Tachipirina al bisogno

Coumandin dal 1996

Tachipirina al bisogno...

Reference 18 - 1,83% Coverage

So che devo prendere quella per il cuore... forse a volte posso saltare quella della pressione al mattino la prendo sempre. A volte quella del pomeriggio la salto. Per evitare di prenderla due volte, non la prendo.

Reference 19 - 3,52% Coverage

Sempre prese...così ... Passerà...dai prendiamo le medicine...passerà

Pensavo che le medicine fossero il motivo di una guarigione... Aiutano....

Come salute grazie a Dio.... Sono forte...

Cerco di prendere un po'.... quando giro per gli ospedali vedo persone che stanno peggio di me

Allora mi dico...sta brau....va avanti... fai e vieni via ... 84 anni il 2 luglio.... Ancora due e poi basta...

Che vita...che vita...tiriamo avanti...

<Files\Paziente 6> - § 40 references coded [48,72% Coverage]

Reference 1 - 4,83% Coverage

Ho iniziato a prendere i farmaci, quelli che sto prendendo, da quando ho fatto il covid. Da ottobre del 2020. Da quando è andato in pensione. Sono stato ricoverato e lì mi hanno massacrato di medicine e continuo tutt'ora a prendere le medicine. Mi ha preso i polmoni, mi ha preso il cuore ed è da ottobre 2020 che sto prendendo medicine ...dal 2020 ... si prima prendere qualche pastiglia se avevo mal di testa mal di denti ma non più di tanto

References 2-5 - 1,55% Coverage

15 ... A che ora inizio a prendere la terapia? Alle 8, alle 8 e mezza a seconda di quando mi metto a mangiare. Sono 15 e tutto deve essere così

References 6-8 - 3,64% Coverage

Queste qua non ci hanno detto che non devo mangiare qualcosa ... te le devi prendere mentre mangi. Quelle del mattino delle 8 quando fai colazione, quelle del pranzo mentre mangi e quelle della sera quando ceni. Ce le ho tutte scritte. Quelle del mattino, quelle delle 12 che poi sono le 13 per il pranzo, e quelle delle 20 di sera.

References 9-11 - 2,79% Coverage

Per ogni cosa che mi faccio scrivere, a casa quando arrivo a casa ci ho l'elenco dell'ospedale che mi hanno rilasciato con tutte le i nomi delle medicine e gli orari delle medicine che devo prendere. Da allora sul cartoncino scrivo ore 12 ore 20 e ore 8

References 12-13 - 0,50% Coverage

mi hanno detto di prenderle durante i pasti

References 14-15 - 4,11% Coverage

si quando mi alzo inizio con la pastiglia dello stomaco il protettore Il gastroprotettore. Poi aspetto un quarto d'ora per prendere il caffè e la brioche oppure un biscotto... prendo una briochina così piccola...

prima non mangiava ora almeno qualcosa... prendo un biscotto quelli integrali... quelli ai 5 cereali che mangio io (CG)

faccio un sorso di caffè e una pastiglia

References 16-20 - 1,66% Coverage

a mezzogiorno uguale. Prima ne prendevo due o tre e ora ne prendo solo due. Una quella del cuore me l'ha sospesa. Ma che l'ho presa solo per un anno.

Reference 21 - 0,73% Coverage

Quella per il cuore...per che cosa... perché aveva ... pressione alta...

Reference 22 - 1,73% Coverage

Perché hanno fatto due angioplastiche e dovrei andare a farmi operare perché ci ho la vena aorta al 50%. È otturata. Adesso a settembre vediamo cosa decidono

Reference 23 - 0,95% Coverage

Così come la questione dei vaccini... quelli.... Gli auguravo quello che ho passato io ...

References 24-27 - 1,90% Coverage

Ho l'esenzione C03. Tutte le medicine che prendo gli originali io li pago tutto. Pago 70 euro per queste medicine. Prendendo quelli non originali stavo più male che bene...

References 28-30 - 4,51% Coverage

Ho cambiato farmacia. Ora siamo entrati in amicizia con il farmacista. Ogni tanto mi fa ma quale vuoi l'originale? Ma che differenza c'è tra l'uno e l'altro. Se dicono originale e non originale vuol dire che c'è una differenza. Sai che io prendo tutti gli originali. Si ma è per non farti pagare ogni volta 60/70 euro.

(CG) non paghi 70 euro ma poi ci stai male allora...

Mi facevano stare più male che bene

References 31-34 - 7,32% Coverage

Infatti ora su una cosa la dottoressa mi scrive originale.

Mi ha detto il farmacista. Io vado contro i miei interessi. Perché questi qui che non sono originali io ci ho un tot che mi costano, con gli altri sono altre cifre.

Pagare 70 euro incide sul bilancio familiare. Lui che era l'unico che portava i soldi a casa che, lavorava e che portava a casa lo stipendio.

(CG) lo ho lavorato per 50 anni ma senza pensione. Perché ho lavorato in nero.

Ci sono tante persone giovani che non si curano perché non se lo possono permettere. Poi ci sono quelle spese fisse per cui se io ho già un affitto, un mutuo e le utenze da pagare.... Devo pure pagare i farmaci...

Reference 35 - 5,11% Coverage

Lo schema terapeutica ha la traccia nella lettera di dimissione dell'ottobre 2020. Ogni volta compra un farmaco scrive sulle scatole le informazioni quali orari e dose. Quando l'hanno dimessa dall'ospedale non le hanno detto che c'era dei farmaci che potenzialmente non dovevano essere presi con alcuni cibi ad esempio

Nessuno me lo ha detto ...anche alla dottoressa ho portato tutti i fogli ... l'ha tenuti una settimana ma non mi ha detto che cosa dovevo mangiare.

Reference 36 - 2,15% Coverage

Ho comprato delle scatolette dove c'è scritto mattino pomeriggio sera

Ad esempio, prendo una scatoletta di medicine. Devo prenderle al mattino? Allora le metto dentro il recipiente del mattino.

Reference 37 - 2,43% Coverage

Le scatolette sono già preparate. Una volta la settimana mi metto al mattino con la busta di tutte le medicine faccio i miei servizi che devo fare. Una volta la settimana/10 gg sono a posto perché ci stanno i contenitori

Reference 38 - 1,38% Coverage

Non vengono mischiate. Ricordo se sono rotonde, lunghe o come queste triangolari. Forse sono quelli lunghi, corti, rotondi....

References 39-40 - 1,43% Coverage

Puoi sgarrare di mezz'ora e questo può capitare la domenica che mangiamo più tardi senno No, cerco di essere puntuale e preciso

[<Files\\Paziente 7>](#) - § 30 references coded [44,03% Coverage]

Reference 1 - 1,64% Coverage

è una ricerca che va a cercare di studiare proprio il comportamento delle persone rispetto ai farmaci: non va a giudicare, non ca neanche a vedere esattamente la prescrizione dei farmaci. Vediamo soltanto come le persone usano.

Il paziente aggiunge: Se li prendono, ce non li prendono.

Reference 2 - 0,43% Coverage

Se gli fanno male. E per cosa servono, perché a volte uno scrive una roba..

Reference 3 - 1,65% Coverage

CB: era malassorbimento perché essendo la stomia perdeva tutto da li. Paziente: e quindi hanno trovato questo prodotto che poi in uno di questi prodotti che mi metteva dentro la sacca mi faceva praticamente allergia, prurita. E abbiamo fatto tante di quelle prove fino a che siamo arrivati

References 4-6 - 0,56% Coverage

quanti farmaci prende in una giornata?

Signora: tantissimi, però comunque tanti sono integratori

References 7-10 - 4,61% Coverage

Signora: appena fa colazione. Più o meno 8-8.30

Paziente: per la pressione. Uno. Poi 2 per l'intestino che sono integratori e mettono apposto l'intestino

Signora: Glie li devo dire io quali sono i farmaci, tu non lo sai
CB: qui c'è scritto Ecamannan una cpr 3 volte al giorno, Tiorfix, Loperamide 1 cpr x3, Actibutir 1 cpr x2, Normix 2 compresse x 2 una settimana al mese, lo zirfos una bustina ogni 10 giorno al mese. In più prende questa sacca da 1007, però la sacca è da 2200. Nella sacca c'è aderita una fiala. Lui infonde 1007 tutti i giorni da lunedì alla domenica, sempre. Senza comparto lipidico. La sacca è formata da tre compartimenti, ma lui non prende i lipidi. In più fa da 500 con dentro il pantorc, il gastroprotettore. Più fa 1000 ml alternati un giorno si e un giorno no di fisiologica.

Reference 11 - 1,29% Coverage

Signora: la sacca viene preparata al pomeriggio e viene messa dopo cena. Lui infonde di notte.

Paziente: io vado dalle 8.15 8.30 fino alle 2, le 3 fino a che non arrivo a 1007. Poi la tolgo, la mattina lei mi fa il lavaggio.

References 12-14 - 2,22% Coverage

SG: quindi durante il giorno in realtà avere o non avere

Paziente: no, no. Un giorno sì un giorno no faccio la fisiologica al pomeriggio.

Signora: è da mille la fisiologica che fai un giorno si e un giorno no. La sacca tutti i giorni, con la fisiologica 500 con il pantoprazolo. Prima di fare la sacca

CB: la fisiologica con pantoprazolo tutti i giorno, invece mille a gorni alterni.

Reference 15 - 3,54% Coverage

SG: quindi praticamente per andare in giro, per fare un giro fuori casa

Signora sii, si si

SG: quindi questo port che ha in realtà non influisce con la vita quotidiana

Signora: noo, assolutamente. Nono

Paziente: oggi non ce l'ho, perché l'ho tolto ieri sera

Signora: per respirare un po

Paziente continua: ma quando ce l'ho. metto un po' di nastro adesivo

Sig.: non lo lasciamo a penzoloni, no.

CB: quindi loro magari lo bucano con l'agno

Sig: si, si....

Paziente: per questo abbiamo fatto questo lavoro di farlo riposare, perché se no poi..

CB: poi vengono domani mattina prima delle 10 così gli mettono l'ago

References 16-18 - 6,57% Coverage

Pz: un giorno alla settimana lo lascio riposare. Questo su consiglio della signora. Adesso dobbiamo riparlare di questo con la dott.ssa Agnello perché lei è la dietologa e ancora non sa nulla di questo fatto. Però se io gli dico "l'ho fatto già 3 settimane, 4 settimane" mi dice "va bene continua"

Sig: tanto gli fa gli esami e poi capisce

CB: si perché loro dicono tutti i giorni, però non sanno la vita quotidiana delle persone.

PZ: ma più di un giorno non posso stare io eh, perché mi arrivano i crampi.

CB e sig: No,no. Perché lì nella sacca sono contenute tutte le sostanze che il corpo ha bisogno. Quindi tutti gli elettroliti. E che lui mangia comunque per bocca. Mangia ma non gli serve. È malassorbito. Invece la sacca va direttamente in vena e nel sangue. Però meno male che più mangiare qualcosa.

Paziente: mangiare non lo assomilo, ma è solo per dare giusto al palato. Quello che mangio e bevo, dopo 10 min sono lì da buttare.

CB: eh però c'è gente che non può mangiare nemmeno per bocca e quindi diventa un sacrificio.

Paziente: per esempio adesso evito le insalate e devo evitare i grassi, roba che mi ferma, verdure, pomodori

Reference 19 - 0,70% Coverage

Io per esempio sono allergico alla penicillina e non la prendo. Ed è scritto. Però che sono incompatibili, nono questo no.

Reference 20 - 0,69% Coverage

Sig: Ormai so a memoria guardi, io ho lì la scatoletta lì pronta, al mattino li preparo: 1,1,1,1. Ormai le so a memoria.

Reference 21 - 0,87% Coverage

SG: ecco ma all'inizio come faceva per ricordarsi tutto?
SIG: mi scrivevo un fogliettino con tutto quello che doveva prendere ogni giorno. Ormai lo so.

Reference 22 - 1,21% Coverage

Paziente: Praticamente ho un batterio nell'occhio
Sig: è un virus, non un batterio. Questo virus gli fa alzare la pressione dell'occhio, sta facendo la cura. TRE mesi che stiamo andando avanti con questo occhio.

Reference 23 - 1,13% Coverage

Sig: prima venivano da ivrea le nostre sacche. All'inizio. E c'era una dottoressa che mi ha insegnato come preparare la sacca. Sono venuti anche dalla baxter per 15 giorno perché erano molto diversi

Reference 24 - 5,39% Coverage

CB: quando cambia il sacchetto?
Sig: un giorno sì e un giorno no dottoressa. Fa la doccia

CB: ed il sacchetto è attaccato alla placca o no?
Sig: no no no. È un sacchetto univo. È una cosa unica e questo è una meraviglia. L'assistente
madonna ma quanto è brava
CB: è bravissima. Questa è una stomista ci viene anche a fare proprio il cambio di
Sig: sii! È venuta a casa quella volta che
CB: è specialista proprio per le stomie. Allora se tu hai problemi con le stomie, perché gli ospedali
prescrivono.. quello che ti capita.. invece lei è molto attenta alla qualità di vita del paziente.
Uno come lui che cammina, che fa un certo tipo di cose, gli serve un certo tipo di sacca. Uno che
è allettato, malvivente, ne serve un'altra sacca. Invece gli ospedali ti danno tutti la stessa sacca.
SIG: infatti noi abbiamo avuto dei problemi non indifferenti con la penultima sacca perché non
c'era una che bastava perché si apriva in continuazione.

References 25-26 - 3,85% Coverage

SG: quindi tutto l'approvvigionamento dei farmaci parte, va lei a prendere direttamente?

SIG: io telefono, li ordino, poi quando sono porti, mi telefonano e me li vado a prendere, idem
alla farmacia per le sacche, la pasta e tutto quello che serve. E che da quando c'è stato il covid,
il procedimento è cambiato. Prima si andava all'asl e ti davano le ricette trimestrali. Invece dal
covid io devo solo chiamare la farmacia, ricordarle dal 20 di ogni mese loro mandano via email
e poi gli mandano la fornitura.

SG: ah direttamente alla farmacia

SIG: e io vado a prenderli quando sono pronti, telefono. Va direttamente a loro e
momentaneamente stiamo andando avanti così.

Reference 27 - 0,62% Coverage

SIG: si guardi sinceramente perché andare all'asl, mezza giornata buttata lì.
CB: c'era sempre tanta gente

Reference 28 - 1,36% Coverage

Sig: si c'era sempre tanta gente e questo è un passaggio buono. Invece il passaggio dalla farmacia
dal ospedale no. Devi o telefonare o mandare per via email i medicinali
SG: quindi anche lei per esempio si è messa lì a usare l'email ecc

Reference 29 - 4,94% Coverage

PZ: quando c'è stato il problema la, con la farmacia. All'inizio del mese?
SIG: eh l'altro mese che non ero riuscita a telefonare ed ero andata direttamente se per favore
mi poteva segnare e poi andare a prendere. E poi quando è arrivata mia nipote, mi ha detto "i
medicinali si ordinano o per telefono o per via email. Direttamente lì non te li prenotano". Le
volte invece se capitava che magari eri rimasta, non ti dico senza. Io non rimango mai
SG: un fax, il classico fax
SIG: sisi c'è anche c'è anche quello. Però le vie più brevi sono o via email o se riesci a prendere
la telefonata. Però in qualche modo riesco ancora sempre a fare. Perché, le spiego, non arrivo
mai che mi mancano o sono quasi alla fine. Perché sono sempre da una settimana a 10 giorni. Sono

dei farmaci che
SG: quindi lei fa diciamo a tempo pieno ecco. Proprio l'infermiera a tempo pieno

Reference 30 - 0,77% Coverage

PZ: anche perche ora sta aumentando tutto.

SG: esatto. Aumenta il gas, aumenta l'elettricità.

SIG: non riesco neanche a fare la spesa

[<Files\\Paziente 8>](#) - § 7 references coded [28,08% Coverage]

Reference 1 - 6,69% Coverage

fine gennaio di quest'anno. La Dottoressa ha iniziato a prescrivere tutti gli esami da fare, le ecografie, ecc. e da li sono uscite fuori le varie patologie. E quindi da li poi ha iniziato a dargli delle cure solo che appunto non facevano più effetto. Poi gli hanno fatto un'ecografia più approfondite da dove è uscito il problema del pancreas. Quindi da li a punto con varie medicine andava bene, e poi ha iniziato il ciclo di chemio. Da poco comunque. Varie visite, varie sedute circa ogni settimana. E appunto qualche flebo che fa a casa.

References 2-3 - 4,32% Coverage

I: e la chemioterapia quando ha iniziato a farla?

CG: allora la chemio da due mesetti? 2 mesi circa

M: da due mesetti li fa, due mesi quasi

CG: più o meno una volta a settimana li fa e se no una volta ogni 2 settimane.

I: ok. E la fa tramite il pic, giusto?

PZ: sisi

CG: sisi ha il pic al braccio. Fa tutto da li e dura due orette più o meno.

Reference 4 - 4,64% Coverage

CG: adesso ne prende pochi per tanti magari li fa EV o magari non riesce a prenderle. Riesce più a prendere le pastiglie o fiale non riesce a prenderle perche gli viene subito la nausea. Quindi prende: vabbè il pantoprazolo per lo stomaco, protettore gastrico. Il levopraid se gli serve, ma ultimamente no. E basta. Per adesso questo. All'inizio magari ne prendeva di più.

References 5-6 - 6,10% Coverage

CG: All'inizio magari prendeva tre volte al giorno, prima dei pasti levopraid, poi vabbè pantoprazolo sempre e poi un'altra pastiglia che non mi ricordo, che era per il dolore. E basta. Ha provato delle gocce, dei granulati ma non riesce a tenerli. Li butta subito. Quindi ho fatto presente questa cosa e quindi alcune cose le facciamo tramite endovena oppure le pastiglie se c'è la soluzione. Poi adesso usa anche il cerotto, ma anche quello adesso non gli fa più effetto. Da 50 il dosaggio.

Reference 7 - 6,33% Coverage

I: La prescrizione del farmaco, passando da goccia a pastiglia: È stato fatto portando ovviamente il problema al medico, dicendo non prende le gocce e quindi il medico ha prescritto le compresse

CG: sisi io parlavo con la dottoressa direttamente, con l'oncologa e facevo. perchè faceva anche le visite, la visita antalgica a volte, dove gli prescrivevano appunto la terapia. E poi quando aveva la visita oncologica, facevo presente questa cosa e puntualmente loro lo sapevano cosa riusciva a prendere oppure no.

[<Files\\Paziente 9>](#) - § 10 references coded [22,48% Coverage]

Reference 1 - 2,47% Coverage

I: e quindi questo è il primo motivo per cui è stato sostituito. Secondo midline invece che cos'è successo?

PZ: invece mi ha fatto un trombo.

I: un trombo?

PZ: dopo 20 giorni

I: e anche li come se ne è accorto?

PZ: eeh gonfiava il braccio

I: gonfiava il braccio.

Reference 2 - 8,45% Coverage

PZ: gonfiava il braccio sisi, portava infezione anche quello in poche parole. E poi mi sono è capitato? Sono stato ricoverato Anche lì ho chiesto il ricovero. Mi hanno fatto l'ecodoppler. Mancava il dottore a Chivasso per fare l'ecodoppler, mi hanno ricoverato in pronto soccorso e intanto mi sono beccato il Covid. *Risata*
E così che da un giorno o due che dovevo stare lì, sono stato un mese. Perché poi sono stato ricoverato a settimo ed essendo a casa da solo non potevo neanche stare da solo per il fatto che dovevano venire l'infermiera come lì a .. col covid non potevano farlo. Allora mi hanno messo a settimo. E mi sono fatto un mese lì. Dopo di che abbiamo fatto di nuovo l'ecodoppler, non era ancora apposta come .. abbiamo rimandato 15 giorni. Dopo di che ha deciso di uscirsene da solo l'ago. Sarebbe tutto via. In poche parole non ho fatto 2 ricoveri. *Risata*. Il giorno dopo è scappato via questo. Così *Risata*.

References 3-4 - 2,24% Coverage

tutto via via via. E invece adesso quello che ha?

PZ: sono pochi giorni

CB: l'ha messo la scorsa settimana

PZ: martedì scorso l'ho messo. Per ora va bene, non mi crea e va benissimo. Io generalmente la flebo me la faccio prima di alzarmi

Reference 5 - 1,15% Coverage

PZ: tutti i giorni. Io la mattina alle 5 alle 6 mi sveglio normalmente a quell'orario li perché vado a dormire per le 10-10.30

Reference 6 - 1,22% Coverage

PZ: ma infatti l'infermiera O abbiamo pensato di mettere quello centrale. Poi però non è stato fatto la richiesta e abbiamo contunato

Reference 7 - 3,59% Coverage

PZ: ma attenzione. La cose è capitata anche che doveva capitare. Perché avevo, me so accorto che si era staccato sta fascietta qua, però non pensavo che si sfilasse così. Perché se sapevo, lo bloccavo. Bene o male no? Mettevo un'altra fascetta. Con il sudore molto probabilmente si è staccato, e mi sono ritrovato l'ago sfilato in poche parole. Adesso che lo so, piuttosto ci metto la colla.

Reference 8 - 1,34% Coverage

PZ: nono, per carità. Adesso che lo soo. Un ago così lungo chi andava a pensare che si sfilasse. Anzi pensavo che bisognava tirare per portarlo via

Reference 9 - 0,91% Coverage

PZ: sisi ho preso il cortisone però. Ho preso il cortisone per qualche giorno e mi ha messo a posto.

Reference 10 - 1,10% Coverage

I: una domanda invece: quanti farmaci prende al giorno?

PZ: una manata. Vi faccio l'elenco. *Porta un foglio con l'elenco*

Percorso (17 files; 90 references)

[<Files\\Paziente 1>](#) - § 7 references coded [2,29% Coverage]

Reference 1 - 0,22% Coverage

dall'inizio dal 2007-2006

Reference 2 - 0,39% Coverage

dopo 6 anni mi è stato riscontrato il diabete

Reference 3 - 0,45% Coverage

a parte gli altri piccoli incidenti che avevo fatto

References 4-5 - 0,26% Coverage

Faccio i controlli che mi dice

Reference 6 - 0,60% Coverage

tenendomi sotto stretta osservazione e senza danni sono poi passati

Reference 7 - 0,37% Coverage

La mia vita non era cambiata fino al 2020.

[<Files\\Paziente 10>](#) - § 4 references coded [4,27% Coverage]

Reference 1 - 1,24% Coverage

6 anni fa, 7 anni fa sono caduta. In casa. E mi hanno operato a Chivasso. Ho fatto un mese all'ospedale a Chivasso, due mesi a casa Borgone e tre mesi a Settimo per fare la riabilitazione.

References 2-3 - 1,98% Coverage

PZ: poi il giorno dopo, il secondo ti mettono in una gabbia chiusa come un.. come si chiamano quelli che fanno la TAC, la risonanza.

SD: una camera iperbarica, una roba così

PZ: e mi hanno dato questo perché c'ho il sangue denso e questo mi aiuta alla vena di scioglierlo. Per la trombosi mi sembra

Reference 4 - 1,05% Coverage

SD: perfetta, dunque tutto questo è iniziato 7 anni fa, perché prima non prendeva farmaci?

PZ: sì 7 anni fa. Sì perché prima prendevo quelli della pressione.

[<Files\\Paziente 12>](#) - § 1 reference coded [8,61% Coverage]

Reference 1 - 8,61% Coverage

SD: ma da quanto tempo è che prende tutti questi farmaci o che ne prende così tanti?

CG: forse qualche annetto?

PZ: di più. Dal 2018. Sono stata due mesi all'ospedale. Mi era venuta l'insufficienza renale.

SD: ok, quindi dal 2018 che è stata ricoverata in ospedale per due mesi. Ha avuto diversi problemi ed è uscita con tutti questi farmaci.

PZ: sono uscita di casa a Natale e poi di nuovo a gennaio un'altra settimana. Adesso sono andata dalla diabetologa, un mese, non mi ricordo. Adesso devo andare il giorno 19 perché facciamo la prova per questo diabete. Si è alzata a 600.

[<Files\\Paziente 14>](#) - § 1 reference coded [2,32% Coverage]

Reference 1 - 2,32% Coverage

PZ: Parto da quando mi hanno operato il piede. Per l'alluce valgo. Tre volte. E da allora non ho più camminato. Guardi come ho ora i piedi, tutti tagliate. Con l'alluce valgo mi hanno rovinato.

[<Files\\Paziente 16>](#) - § 3 references coded [20,61% Coverage]

Reference 1 - 4,19% Coverage

da quando non sono stata bene, che sono 15 anni fa. Ah no, aspetti di più. 35 anni fa ho incominciato ad avere crisi con convulsioni. Avevo perso conoscenza, mi ero irrigidita tutta e li mi avevano portato all'ospedale di Chivasso. Li mi sono risvegliata e avevo la flebo nel braccio. Ho avuto una seconda crisi che è stata abbastanza vicina all'altra, mi avevano fatto una tac e non c'era niente di particolare. C'era questi piccolo focolaio, ma non era niente di particolare. Non c'erano tumori ecco.

Reference 2 - 10,10% Coverage

Ad allora c'era mio papa che era curato da un professore di medicina generale alle Molinette. Allora sono andata da lui con le cartelle che avevo, con tutti questi farmaci che io stavo prendendo. Quando sono andata gli faccio vedere il tutto e lui mi fa sdraiare, mi visita da per tutto e mi fa "guardi signora, lei è sana. Cioè cuore, polmoni, fegato; ero sana da per tutto. Io le faccio una lettera a nome mio e la mando dal professor Bergamasco e vedrà che da li ne verrà fuori pianin pianino. Allora ho preso un appuntamento e sono andata li da lui. Gli ho portato tutto quello che io avevo, gli ho raccontato tutto e allora lui mi fa "va bene, allora signora mi ascolti. Io farò di tutto per poterla aiutare, ma lei mi deve ascoltare piano piano. Faremmo passo dopo passo e vedrà che adesso per poter inserire quello che io voglio darle, le darò un pezzettino, ma dobbiamo scalare tutto ciò che lei sta prendendo. E poi vedrà che ne verrà fuori." E così che abbiamo fatto. Mi faceva andare per sapere come andava, mi metteva il pezzetto che lui mi doveva mettere, ma cominciava a togliere tutti quei farmaci che io stavo prendendo. E io mi stavo riprendendo pianin pianino. E da di li ho rivissuto la mia vita.

Reference 3 - 6,32% Coverage

tramite una mia amica ho saputo di un dottore neurologo e ho preso un appuntamento e sono andata e quando mi ha vista, ero molto agitata. Gli ho raccontato tutto e lui aveva già intuito. Mi ha visitata, ha controllato tutte le cartelle e alla fine della visita mi fa "i farmaci che lei prende attualmente sono tanti. Però dopo un periodo di tanto tempo così, c'è un'età. Dopo tutto questo tempo, andare a togliere questi farmaci, io non so cosa le può scatenare. Può andare nel bene e può andare nel male. Io lascerei così, non andrei a toccare niente. La cosa più importante è quello di andare a controllare un'encefalogramma una volta al anno, gli esami del sangue, la carbamazapina, gli esami del fegato e gli esami dei reni. Questa è la cosa più importante.

[<Files\\Paziente 18>](#) - § 4 references coded [20,81% Coverage]

Reference 1 - 4,25% Coverage

PZ ma adesso non prendo molte cose proprio perché ho dei problemi. Adesso sto facendo una prova, il terzo giorno che prendo l'aliflus, dopodichè se anche mi darà problemi, un po' già la voce la sente che tende a essere rauca. Sono andata ieri sera dall'otorino per altri motivi e mi ha detto che è sempre una controindicazione del cortisone che fa questa cosa. Io adesso prendo pochi farmaci perche ho sempre dei problemi con tutti quelli che ho preso prima. Ma io ho sempre avuto un po di allergie.

Reference 2 - 4,16% Coverage

una cosa eclatante che posso dirle. Tanti anni fa avevo preso il contramal e la mia amica che era una caposala del San Giovanni vecchio, mi ha fatto la puntura di bentelan da 4 mg. Se non avessi fatto quella, non so come sarebbe andato a finire perché ha cominciato a stringere la gola talmente tanto. Poi per fortuna mi sono addormentata e fino all'indomani mattina non mi sono svegliata. Poi quando ero giovane ho avuto anche uno shock anafilattico, ma non glie lo so dire per che cosa.

Reference 3 - 4,01% Coverage

SD: il revinti, una curiosità, l'ha tolto lei di sua spontanea volontà?

PZ: no per capire, poi l'ho ripresa l'indomani e sono stata di nuovo male. quindi ho fatto in fretta a capire che era quello. Dopodichè il pneumologo mi ha dato questo, ma dovrei buttare anche questo perché è la stessa cosa Aliflus dose di polvere dopo tre giorni sono stata male. Anche con questo ho avuto lo stesso problema. Adesso gli ho detto che sto provando da tre giorni con aliflus spray.

Reference 4 - 8,38% Coverage

SD: quindi oggi prende l'enalapril, saflutan,

PZ: poi ho problemi anche allo stomaco, infatti domani faccio la gastroscopia. Vede anche con quello ho avuto un episodio bruttissimo. Io da anni che faccio la gastro e la colon senza farmaci perché ho avuto dei problemi. Anche quando mi hanno operata mi hanno intubata e tutto. Mi danno gli antistaminici, il cortisone e forse a furia di prendere tanto cortisone forse adesso quella li mi da fastidio. Forse è questo benedetto fluticasone. Tutti i farmaci mi danno le controindicazioni che le ho detto. Anche per esempio dopo il vaccino, che la dottoressa mi ha fatto. Mi ha fatto venire il braccio marrone che è ancora adesso. Per fare il vaccino io dovrei prendere gli antistaminici 5 giorni prima e 5 giorni dopo perché mi gonfio. Adesso ho fatto l'antinfluenzale e mi si è gonfiato lo stesso, mi è rimasto marrone e mi è venuta la crosta per non so per quanto tempo. Quando ho fatto il covid avevo gli occhi rossi e una faccia..

[<Files\\Paziente 19>](#) - § 2 references coded [28,79% Coverage]

Reference 1 - 12,31% Coverage

CG: allora le spiego. È nata a 33 anni che ha questa patologia asmatica grave, insufficienza respiratoria. Da li prendendo 50 mg al giorno di cortisone a San Luigi che l'hanno massacrata. In quei anni c'era solo quel salva vita. Gli è venuta l'osteoporosi. Ha un

CB: ha grave poliartrrosi, osteoporosi, cicloscogliosi, insufficienza respiratoria ostruttiva.

PZ: polpette nel naso

CG: esatto, poi il diabete. Se lei non prende il cortisone, poi il diabete viene stabilizzato. Perché lei non è diabetica per il cibo o coso, ma solo per il cortisone. Perché ognuno di noi ha il cortisone dentro.

CB: quindi ha problemi fisici che non riesce nemmeno quasi più a camminare, ha problemi gravi respiratori con delle crisi con l'ossigeno di notte, la NIV, poi al bisogno quando serve. Diabete e poi è anziana

CG: è stata operata al tunnel carpale, è stata operata alla cataratta. Quando la dovevano operare, dopo più di un anno e mezzo che c'è stato il covid, le è venuta una dissenteria con sangue.

Reference 2 - 16,48% Coverage

PZ: nel 2000 mi sono ammalata. Ho fatto una visita a Chivasso con la dott.ssa Arduino e mi ha dato il Ventolin. Dopo sono tornata per la seconda visita e le ho detto che non ho visto nessun miglioramento nel tempo. Allora mi ha mandato in un'altra struttura a mia scelta. Allora sono andata al San Luigi, dove sono stata seguita dalla dott.ssa Boaro e professore Pozzi. Ho detto che non sento l'odore e mi manca il respiro, ma non so che cosa sia. Mi hanno tenuta sotto osservazione, mi hanno fatto un ricovero e mi hanno fatto le lastre e tante visite. Ad allora mi hanno dato il DELTACORTENE 50 mg. Al bisogno quando sto male devo prenderlo da 25 mg, per tre giorni una intera, dopo tre giorni devo scalare e prenderne metà, dal 5° giorno prendo un quarto e poi sospendere. Al bisogno perché io quando sto male, soprattutto la notte che non ce la faccio più perché si riempiono i polmoni di mucose. Io ho avuto una sinusite cronica mascellare, che era arrivata fino alla testa, con i polpini. Forse è stata questa a causare l'asma bronchiale sufficiente respiratoria. E allora in questo caso quando la dottoressa non vedeva miglioramento, ha chiamato il professore Pozzi. Il professore mi ha raccomandato di seguire le indicazioni della dottoressa, ma io continuavo a stare male. Ho passato la mia vita all'inferno. 35 anni malata.

[<Files\\Paziente 2>](#) - § 17 references coded [5,83% Coverage]

Reference 1 - 0,31% Coverage

è venuto il diabete e che non lo volevo

Reference 2 - 0,26% Coverage

Mi è spiaciuto quando l'ho saputo

Reference 3 - 0,21% Coverage

questo è capitato nel 2011

Reference 4 - 0,10% Coverage

non credevo

Reference 5 - 0,35% Coverage

nessuno della famiglia aveva questo problema

Reference 6 - 0,19% Coverage

a me è toccato non lo so

Reference 7 - 0,33% Coverage

forse perché ero ingrassata troppo non so

Reference 8 - 0,32% Coverage
forse da quando sono andata in menopausa.

Reference 9 - 0,21% Coverage
Nel 2011 avevo 56 anni ehh

References 10-11 - 0,58% Coverage
perché io facevo i controlli tutti gli anni di così gli esami del sangue

Reference 12 - 0,78% Coverage
è partita la richiesta al centro diabetologico a Chivasso e da allora vado da questa dottoressa

References 13-14 - 0,38% Coverage
e poi controllare il diabete al mattino come va

Reference 15 - 0,77% Coverage
ho avuto anche la morte della mamma di due anni fa e quello mi ha scossato mi ha dato una scossa

Reference 16 - 0,24% Coverage
io non ho fatto male a nessuno

Reference 17 - 0,81% Coverage
Io non ho mai fatto male a nessuno e quindi ho il cuore in pace e cerco di essere di insomma dico ...

[<Files\\Paziente 21>](#) - § 2 references coded [15,29% Coverage]

Reference 1 - 9,92% Coverage
SD: Quindi sostanzialmente l'aggravamento della situazione si è verificato tre anni fa più o meno.
CG: si più o meno si.

SD: prima prendeva soltanto qualche farmaco?

CG: prima prendeva qualche antidolorifico, cose così. Tipo *Coloz*, queste cose qui le sta prendendo da poco.

Reference 2 - 5,37% Coverage
CG: quando va a fare delle visite qualcosa, ci devo essere anche io per accompagnarla. Andiamo con l'ambulanza o con la macchina della croce rossa.

[<Files\\Paziente 22>](#) - § 2 references coded [4,55% Coverage]

Reference 1 - 3,06% Coverage
PZ: inizialmente in gioventù. Verso i 30 anni, ero di solito ad ammalarmi, nel periodo invernale avevo sempre febbre. La passavo a letto diciamo. E ho cominciato lì a prendere antibiotici o altre

cose, finchè non ho scoperto con il passare degli anni che è venuta la vaccinazione di cui ne faccio uso.

Reference 2 - 1,49% Coverage

PZ: eh dovrei averli, spesso e volentieri vengo beccato proprio in fallo. C'è la moglie che controlla, mi chiede se lo hai preso e via dicendo.

[<Files\\Paziente 3>](#) - § 8 references coded [17,91% Coverage]

Reference 1 - 1,62% Coverage

bella domanda. Io è una vita che prendo il gardenale, da quando avevo 39 anni e ho avuto un crisi di epilessia

Reference 2 - 0,55% Coverage

l'ultimo ricovero è stato nel 2008

Reference 3 - 0,46% Coverage

l'ultimo ricovero del gardenale

Reference 4 - 1,06% Coverage

da quando avevo 39 anni perché sono stato operato di tumore allo stomaco

Reference 5 - 6,72% Coverage

lo sapeva che avevo un tumore mi sono accasciata a terra che c'era mio marito ancora e non ricordo e ricoverata d'urgenza mi hanno operata d'urgenza neanche loro cosa avevo mi hanno aperto a metà e hanno visto che avevo un tumore nello stomaco bello grosso quasi 3 kg di tumore mi hanno sventrata da qui che si vede il taglio fino a quaggiù mi hanno sventrata e da lì mi hanno fatto esami su esami e l'intervento è stato molto brutto molto molto doloroso

Reference 6 - 0,69% Coverage

a 39 anni sono stata ricoverata un mese e mezzo

Reference 7 - 3,96% Coverage

mi hanno portato a casa che avevo la cannuccia aveva tutto quello che ha fatto mio marito che riposi in pace e lì erano poi analizzato se era maligno o benigni ringraziando il signore e la madonna era benigno e non si è più sviluppato se no a quest'ora ero già morta io

Reference 8 - 2,86% Coverage

prendo le gocce per scaricare calma perché non avevo assorbito bene la roba diciamo che 39 anni con cinque bambini piccoli e non è stato facile il lavoro e tutto è stato un po' difficile per me

[<Files\\Paziente 4>](#) - § 2 references coded [2,71% Coverage]

Reference 1 - 0,59% Coverage

allora io mi sono accorto che avevo 40 anni giramenti di testa asciutta la bocca e iniziato il diabete

Reference 2 - 2,12% Coverage

a Torino ne ho girato 15 dottoressa 15 istituto

non posso dire che sono stato solo a torino ma ne ho girato dalla sicilia a bari fino a torino

qui a torino ho preso fiato

che c'era un po' più che ti guardavano ti facevano assistenza ti facevano le visite

hanno visitato anche agli occhi

perché io ero uno privilegiato stavo sempre libero aiutato a tutti

[<Files\\Paziente 5>](#) - § 14 references coded [18,01% Coverage]

References 1-2 - 0,46% Coverage

Ho fatto tre mesi di ospedale ... che male.... madonna...

References 3-5 - 0,95% Coverage

dal 1996 che avevo fatto gli esami avevamo trovato una malattia policitemia vera. Non si sa da dove è arrivata.

References 6-8 - 1,16% Coverage

Ogni due o tre mesi faccio il salasso.

Adesso è già tanti mesi che non lo faccio. Faccio l'emocromo, fino a 45 non faccio il salasso.

Reference 9 - 1,04% Coverage

Ho fatto 32 anni di lavoro. E alle 4.30 adesso andavo sempre in infermeria per prendere la pressione. 120/80 sempre così

Reference 10 - 0,63% Coverage

Da quando mi è successo questo, va a sapere... la pressione è andata su.

Reference 11 - 2,67% Coverage

per il coumandin....significa che lei fa anche i prelievi ogni tanto

certo...si...guardi l'ultima volta cosa mi hanno fatto. E io l'avevo detto...non mi buchi qua perché si rompe e viene il livido. E poi tante volte mi bucano anche diverse volte...ora per il coumandin devono venire giovedì a farmelo il prelievo.

Reference 12 - 3,01% Coverage

Vengono a casa a fare il prelievo?

Si si prima andavo al Malpighi a fare il prelievo ma poi mio figlio mi ha detto basta. Devi andare al mattino a fare il prelievo. Poi tornare il pomeriggio per ritirare il referto. Ora basta.... Ha fatto tutto lui. Sono in mano a mio figlio. ci pensa tutto lui. Ha la stampante. Ha tutto. Faccio vedere il foglio.

Reference 13 - 5,98% Coverage

Lui mi ha raccontato 1996 il primo trombo. policitemia vera.....

Il suo midollo funziona troppo. Produce molto sangue. Per cui fa ogni tanto il salasso. Ogni 2-3 mesi. Ma è da qualche mese che non li fa più perché l'ematocrito è basso. L'ha fatto l'anno scorso l'ultimo a febbraio del 2021. Non ne ha più fatti. Siamo andati all'ultima visita aprile non l'hanno fatto. Perché lui ha avuto un piccolo incidente nel senso che perdeva sangue nelle urine. Per fortuna che c'era lei qui così se ne accorga e siamo andati in pronto soccorso.

Poi lo abbiamo portato. Hanno trovato un polipetto di 25 cm nella vescica e hanno fatto in pressa in pressa ad operarlo perché era maligno ma a bassa intensità

Reference 14 - 2,11% Coverage

Sono tutti i segnali che il corpo manda.... Il sangue è sangue e le urine sono urine... non posso essere insieme. Poi l'hanno operato in fretta...l'hanno subito messo in lista e poi un mese dopo era già operato. Lei aveva intuito quello che succedeva.

[<Files\Paziente 6>](#) - § 11 references coded [25,04% Coverage]

References 1-2 - 4,83% Coverage

Ho iniziato a prendere i farmaci, quelli che sto prendendo, da quando ho fatto il covid. Da ottobre del 2020. Da quando è andato in pensione. Sono stato ricoverato e lì mi hanno massacrato di medicine e continuo tutt'ora a prendere le medicine. Mi ha preso i polmoni, mi ha preso il cuore ed è da ottobre 2020 che sto prendendo medicine ...dal 2020 ... si prima prendere qualche pastiglia se avevo mal di testa mal di denti ma non più di tanto

Reference 3 - 4,37% Coverage

Perché hanno fatto due angioplastiche e dovrei andare a farmi operare perché ci ho la vena aorta al 50%. È otturata. Adesso a settembre vediamo cosa decidono. E ti dico sto prendendo ... questo è l'effetto per il covid. Io non posso fare più niente. Mentre cammino e mentre parlo un pochettino mi viene il fiatone....mi ha preso i polmoni e il cuore il covid.... Diciamo che ho avuto una brutta batosta

References 4-5 - 2,66% Coverage

20 giorni qui al pronto soccorso di Chivasso non so se lo conosci...in una stanza che è il doppio di questa qua... un pochettino più larga eravamo in 70 ... tutti con la maschera...tutti con l'ossigeno con il casco in 70 per 19 giorni sulle brandine

References 6-7 - 2,95% Coverage

No no è la dottoressa che ci chiama anche se io mi ricordo. Ogni tre mesi sul foglio dell'ospedale devo ripetere.... Però c'è la dottoressa che mi chiama per avere la ricettama a volte è già lei che me la fa.... E mi dice di passare a Chivasso in bacheca a prenderla ...

References 8-9 - 3,40% Coverage

Mi ha chiamato che ero in ferie giù....

Ad esempio quella sera che eravamo in Calabria e c'era il falò erano le 9 e mezza e lui si è sentito male e siamo tornati a casa verso le 10 squilla il telefono ed era la dottoressa. Mizzega ma chi è che l'ha avvisata la dottoressa perché pensavo che avesse saputo già

References 10-11 - 6,82% Coverage

Come va? Proprio ora siamo tornati dal mare perché mio marito si è sentito male.

E lei ci ha detto che forse era troppa aria, troppo ossigeno che ha tolto il respiro. A qualcuno il mare fa bene ad altri no. Ci aveva chiamato per chiederci se ci eravamo dimenticati dell'appuntamento perché non ci eravamo presentati. Io gliel'avevo detto che fino alla fine del mese non c'erano... E lei aveva detto che si era dimenticata.

Abbiamo fatto 28 giorni di vacanza ma io mi sono andata ad ammazzare e lui invece non ha fatto niente. Avendo le case.... lo pulisco sempre.... La casa in Calabria... dopo 6 anni che non ci andavamo

[<Files\Paziente 7>](#) - § 4 references coded [10,01% Coverage]

Reference 1 - 1,31% Coverage

Signora: da quando abbiamo iniziato Dottoressa, perché è stato un travaglio, guardi.

B: da quanto tempo fa? Signora: sono sette anni Dott.ssa. è arrivato a casa con 45 kg. Adesso ne pesa 65-66. Non arriverà mai più al suo peso

References 2-3 - 3,31% Coverage

Paziente: Praticamente noi conoscevamo il dirigente, come si chiama, il chirurgo principale di Novara. Gentile, un dottor gentile. Infatti è venuto due o tre volte a farmi la visita anche a casa. E dopo la recanilizzazione per canalizzare tutto, perché avevo la fistola e in più la stomia. Quindi sono andato 4 anni fa e lì è stato la rovina. Perché sono stato 4 mesi, 13 interventi. TREDICI! Mi portavano sempre sotto-sopra-sotto-sopra- sotto- sopra. Aprire e chiudere. Sono diventato peggio di quando ho avuto la prima volta l'intervento. Poi dopo 4 mesi ero dimagrito parecchio.

Reference 4 - 5,39% Coverage

CB: quando cambia il sacchetto?

Sig: un giorno sì e un giorno no dottoressa. Fa la doccia

CB: ed il sacchetto è attaccato alla placca o no?

Sig: no no no. È un sacchetto univo. È una cosa unica e questo è una meraviglia. L'assistente madonna ma quanto è brava

CB: è bravissima. Questa è una stomista ci viene anche a fare proprio il cambio del sacchetto

Sig: sii! È venuta a casa quella volta che non riusciva a rimanere attaccato

CB: è specialista proprio per le stomie. Allora se tu hai problemi con le stomie, perché gli ospedali prescrivono.. quello che ti capita.. invece lei è molto attenta alla qualità di vita del paziente. Uno come lui che cammina, che fa un certo tipo di cose, gli serve un certo tipo di sacca. Uno che

è allettato, malvivente, ne serve un'altra sacca. Invece gli ospedali ti danno tutti la stessa sacca. SIG: infatti noi abbiamo avuto dei problemi non indifferenti con la penultima sacca perché non c'era una che bastava perché si apriva in continuazione.

[<Files\\Paziente 8>](#) - § 4 references coded [11,83% Coverage]

Reference 1 - 0,49% Coverage

Tutto è iniziato con il mal di stomaco.

References 2-3 - 6,69% Coverage

fine gennaio di quest'anno. La Dottoressa ha iniziato a prescrivere tutti gli esami da fare, le ecografie, ecc. e da lì sono uscite fuori le varie patologie. E quindi da lì poi ha iniziato a dargli delle cure solo che appunto non facevano più effetto. Poi gli hanno fatto un'ecografia più approfondite da dove è uscito il problema del pancreas. Quindi da lì a punto con varie medicine andava bene, e poi ha iniziato il ciclo di chemio. Da poco comunque. Varie visite, varie sedute circa ogni settimana. E appunto qualche flebo che fa a casa.

Reference 4 - 4,64% Coverage

CG: adesso ne prende pochi per tanti magari li fa EV o magari non riesce a prenderle. Riesce più a prendere le pastiglie o fiale non riesce a prenderle perché gli viene subito la nausea. Quindi prende: vabbè il pantoprazolo per lo stomaco, protettore gastrico. Il levopraid se gli serve, ma ultimamente no. E basta. Per adesso questo. All'inizio magari ne prendeva di più.

[<Files\\Paziente 9>](#) - § 4 references coded [12,38% Coverage]

References 1-2 - 3,54% Coverage

terzo midline in sette mesi. Il primo l'ho messo a dicembre, è durato sei mesi, dopo di che ha fatto infezione. In poche parole io mi sono svegliato una mattina a fare la flebo, come ho iniziato a fare la flebo ho cominciato a sentirmi stare male. Tremore, battiti, proprio freddo, misurato la febbre e nel giro di cinque minuti mi è andata da 36.5 a 40.3. e a quel punto li ho fatto un..

Reference 3 - 2,22% Coverage

I: Questo glielo avevano detto che poteva succedere così in questo modo. Cioè ma come ha fatto a cogliere?

PZ: eh perché mi è capitato nello stesso momento. Nel momento quando ho fatto la flebo, si è accorto che c'era qualcosa che non andava

Reference 4 - 6,62% Coverage

PZ: tumore al colon. 15 cm. Ce lo avevo molto vicino all'ano. E allora sono stati costretti a mettere la colostomia. Poi dopo una 15ina di mesi siamo ritornati per le vie normali. Il problema è che mi ha creato steatosi nel punto in cui sono stato ricongiunto. In poche parole avevo una faccia così. Sono arrivato alle Molinette e avevo un'ora di tempo. 1 ora. Se entro un'ora non venivo operato ci lasciavo le penne. Mi hanno aperto, tirato via 8 kg di intestino, dopo di che mi hanno lasciato 3 giorni aperto, attaccato a una lavatrice. poi hanno messo a posto

e mi è passato tutto la. Poi la mi hanno messo l'ileostomia e da allora ce l'ho. Sinceramente non mi crea problemi. Fortunatamente non mi crea problemi. Però.

Paziente (18 files, 183 references)

[<Files\\Paziente 1>](#) - § 9 references coded [4,71% Coverage]

Reference 1 - 0,39% Coverage

sto seguendo la terapia che mi danno i medici

References 2-4 - 1,82% Coverage

Faccio i controlli che mi dice. Per il momento non ho mai avuto problemi. Avevo riscontrato dei momenti di valore bassi ma anche bassissimo tenendomi sotto stretta osservazione e senza danni sono poi passati

Reference 5 - 0,53% Coverage

sono rimasto a casa praticamente l'ho gestita abbastanza bene

Reference 6 - 0,48% Coverage

adesso sono in pensione però sono più tranquillo a casa

Reference 7 - 0,32% Coverage

mi godo la mia giornata e mia mamma

Reference 8 - 0,35% Coverage

non me li ricordo tutti altri due altri

Reference 9 - 0,81% Coverage

il computer lo accendo raramente

non sono come tanti che stanno sempre davanti il computer

[<Files\\Paziente 10>](#) - § 4 references coded [9,24% Coverage]

Reference 1 - 1,98% Coverage

PZ: poi il giorno dopo, il secondo ti mettono in una gabbia chiusa come un.. come si chiamano quelli che fanno la TAC, la risonanza

SD: una camera iperbarica, una roba così

PZ: e mi hanno dato questo perché c'ho il sangue denso e questo mi aiuta alla vena di scioglierlo. Per la trombosi mi sembra

References 2-3 - 5,81% Coverage

SD: ok. Allora quando prende tutti questi farmaci, innanzitutto: se li ricorda tutti?

CB: ah lei sii!

SD: come fa a ricordarseli?

PZ: c'ho un cervello..

SD: ah bravissima! E come fa?

PZ: e perché prosì. Ho pensato io, dalla stupida che sono, perché sto tutti i giorni a scrivere.

SD: ecco tutti i giorni a scrivere

PZ: oggi c'è il foglietto per farmi che domani devo andare per fare la spesa e scrivo tutto. Se devo fare poi tutto il giorno le cose, me le scrivo, così non mi dimentico. Fa il compleanno mia nipote, tale giorno, me lo scrivo.

SD: eh ma dove scrive questi? Sulle scatole

PZ: *indica qualcosa*

SD: ah mamma mia! L'agenda della terapia! Ma che meraviglia

PZ: venti biglietti per farle. E mi trema la mano eh. Eppure, c'è che sbaglio, non mi piace come ho scritto, la strappo e ne faccio un altro. E devo fare la calligrafia che dico io, la persona deve capire bene

Reference 4 - 1,45% Coverage

PZ: Vedi le medicine che prende a letto. Lo vario, che la prendo. Perché devo sapere quando. Mettiamo ieri sera l'ho preso alle 10- 10.30. la scrivo e devo mettere la data l'orario e quante ce ne sono e quante me mancano.

[<Files\\Paziente 11>](#) - § 2 references coded [6,73% Coverage]

Reference 1 - 2,32% Coverage

CB: ma ha per caso un foglio dove vengono riportati tutti?

PZ guardi per non sbagliarmi *indica diversi sacchetti contententi farmaci*. Per non sbagliarmi faccio: questi sono della mattina, questi sono del mezzogiorno..

Reference 2 - 4,41% Coverage

SD: ah benissimo. Ok perfetto. Quindi per prendere tutti questi farmaci, lei si scritto da qualche parte, oltre ai sacchetti. Ha scritto da qualche parte ore otto devo prendere quello..

PZ: nono io li prendo così.

SD: ok va bene, allora. Dunque tutti questi farmaci da quanto tempo è che li prende?

PZ: eh prima prendevo solo quelli li della pressione e quelli del diabete. Questi solamente da due anni fa

[<Files\\Paziente 13>](#) - § 1 reference coded [0,35% Coverage]

Reference 1 - 0,35% Coverage

PZ: no, vado a lavare i piatti.

[<Files\\Paziente 14>](#) - § 4 references coded [14,85% Coverage]

Reference 1 - 3,61% Coverage

PZ: saranno già 8-9 anni fa. Non mi ricordo la data giusta ma è da tanto tempo. Da quando mi hanno operato il piede io non sono stata più bene. Cadevo sempre. Mi si sono rotti tutti e due i femori, cadevo sempre, sempre sempre.. non stavo più in piedi e anche adesso, se non sto attenta, cado per terra

Reference 2 - 3,34% Coverage

PZ: no. Perché cammino male, non mi gira la testa. Cammino male e appoggio male il piede. Sia l'uno che l'altro. Perché quest'altro me lo dovevano operare di nuovo. Voglio farle vedere come mi hanno rovinato. È da denuncia. Io non riesco a camminare, non riesco ad appoggiarlo.

References 3-4 - 7,90% Coverage

PZ: Intanto c'è il voltaren che me lo metto tutte le sere sulle mani perché di notte mi vengono dei dolori da impazzire. Poi ho la tachipitina, ma non ne posso prendere nemmeno tanta perché ho i problemi ai reni. Ho i reni che non funzionano più bene. Adesso è da un po' di giorni che ho un prurito nella schiena. *Porta verso il tavolo dell'intervista i vari medicinali che prende e ne indica alcuni.* Questo me lo hanno dato quando mi hanno operato il piede. Ne prendo due al giorno. Ma ho paura che adesso mi fa male. Perché è da una settimana che ho un prurito nella schiena, solo nella schiena. Ecco poi ci sono altri infiammatori che prendo tutti i giorni.

[<Files\\Paziente 16>](#) - § 7 references coded [15,56% Coverage]

Reference 1 - 2,36% Coverage

Poi non so chi è stato, non voglio dire cose che non mi ricordo. Mi avevano indirizzata verso questo medico che era un neurologo. Questa persona io me la ricorderò per tutta la vita, mi aveva distrutto la vita. Io non mangiavo più, ero dimagrita tantissimo, ero in uno stato pietoso.

Reference 2 - 0,85% Coverage

se io devo morire, che il Signore mi prenda. Ma se io devo fare una vita così, lasciami in pace e basta

References 3-5 - 6,93% Coverage

Dopo un po di tempo, quando avevo portato mio marito a una visita, il dottore mi ha prescritto d'urgenza le analisi del sangue, specialmente per i farmaci per i dosaggi. Ho portato immediatamente i risultati e quando ha visto i farmaci, era per togliermeli questi farmaci. Non tutti in una volta, ma cercava di togliere. Mi aveva dato un farmaco che neanche lui era propenso poi a darmi. Non era convinto di questa scelta. Infatti mi fa "ma questi togliamoli, vedrà che.." e io gli ho detto "ma no professore, non mi lasci da sola adesso. adesso lei va in ferie, poi io cosa faccio senza di lei? Quando lei ritorna, poi vengo da lei e incominciamo la scalata di tutto ciò che lei vuol scalare" ma lui sapeva che non sarebbe più tornato perché stava male. E così bom basta, la storia è finita lì. Lui è mancato e sono andata da un altro.

References 6-7 - 5,41% Coverage

io incominciavo il mese di ottobre. E per me era il mese dei santi, dove per noi è un mese pesante. Per noi c'è lavoro, c'è il mese dei morti. Allora io sono venuta a casa e ho telefonato e glie l'ho detto. Io dovevo chiamarla ogni 3 giorni e dirle come stava andando quando toglievo questo farmaco. E poi ci saremmo viste per poter seguire questo percorso. Al telefono la dottoressa mi ha detto "Per fare questo percorso lei deve essere molto tranquilla e deve seguire tutto con calma. Quando sarà pronta, lei mi chiamerà e a questo punto incominceremo poi la terapia". Dottoressa devo essere onesta. Io avevo tanta paura a togliere questa terapia.

[<Files\\Paziente 17>](#) - § 4 references coded [21,26% Coverage]

References 1-2 - 2,78% Coverage

Io mi faccio le robe, mi faccio da mangiare, stiro.

L: anche per gli altri

Reference 3 - 7,58% Coverage

SD: ma c'è un suo figlio, una figlia che lo aiuta

PZ: ho 8 figli. Tutti lavorano, ogni tanto passano ad aiutare. Vengono 2 ore al mattino e 2 ore al pomeriggio. Oggi avevano da fare e non sono potuti venire.

Reference 4 - 10,90% Coverage

SD: quando è che compie gli anni?

PZ: 29 gennaio 1926.

SD: ah quindi a gennaio compie 97, ora ne ha 96. Che tosta! Quale è il suo segreto?

PZ: non voglio morire, ho tante cose da fare ancora. Mio marito è campato 98 anni. Con lui mi sono sposata nel 46 e ho fatto 70 anni e 8 mesi con mio marito.

[<Files\\Paziente 18>](#) - § 1 reference coded [2,36% Coverage]

Reference 1 - 2,36% Coverage

SD: per quanto riguarda i farmaci, lei li conserva nelle scatole o no?

PZ: tutte nelle scatole, meno quelli della pressione perché li conto e le tengo nella scatola settimanale per ricordarmele.

SD: e per ricordarseli ha scritto da qualche parte?

PZ: no perché ne ho solo 2

[<Files\\Paziente 19>](#) - § 3 references coded [24,97% Coverage]

References 1-2 - 8,49% Coverage

dissenteria con sangue. Allora l'ho portata urgentemente da un primario che conosco io, bravissimo. Gli ho spiegato la situazione e mi ha detto che non poteva essere operata in queste condizioni. La mamma aveva paura. Io le ho detto no, tu ti devi operare.

PZ: abbiamo aspettato 2 anni.

CG: lei aveva gettato. Io le ho detto o vuoi o non vuoi, non puoi rinunciare di nuovo. Io sono una persona molto attivo, non bisogna perdere tempo nella vita

SD: non bisogna perdere tempo ma a volte anche un po di calma ci vuole.

CG: si ma se lei rinunciava poteva rimanere cerca. Anche il tunnel carpale era al limite. Le ha detto il dottore, "perderà la mano" e abbiamo dovuto pagare 800€.

Reference 3 - 16,48% Coverage

PZ: nel 2000 mi sono ammalata. Ho fatto una visita a Chivasso con la dott.ssa Arduino e mi ha dato il Ventolin. Dopo sono tornata per la seconda visita e le ho detto che non ho visto nessun miglioramento nel tempo. Allora mi ha mandato in un'altra struttura a mia scelta. Allora sono andata al San Luigi, dove sono stata seguita dalla dott.ssa Boaro e professore Pozzi. Ho detto che non sento l'odore e mi manca il respiro, ma non so che cosa sia. Mi hanno tenuta sotto osservazione, mi hanno fatto un ricovero e mi hanno fatto le lastre e tante visite. Ad allora mi hanno dato il DELTACORTENE 50 mg. Al bisogno quando sto male devo prenderlo da 25 mg, per tre giorno una intera, dopo tre giorni devo scalare e prenderne metà, dal 5° giorno prendo un quarto e poi sospendere. Al bisogno perché io quando sto male, soprattutto la notte che non ce la faccio più perché si riempiono i polmoni di mucose. Io ho avuto una sinusite cronica mascellare, che era arrivata fino alla testa, con i polpini. Forse è stata questa a causare l'asma bronchiale sufficienza respiratoria. E allora in questo caso quando la dottoressa non vedeva miglioramento, ha chiamato il professore Pozzi. Il professore mi ha raccomandato di seguire le indicazioni della dottoressa, ma io continuavo a stare male. Ho passato la mia vita all'inferno. 35 anni malata.

[<Files\\Paziente 2>](#) - § 42 references coded [38,59% Coverage]

Reference 1 - 0,29% Coverage

Ci sono anche malattie peggiori però

Reference 2 - 0,17% Coverage

combinazione ho visto

Reference 3 - 0,70% Coverage

Però sono un po'.....lo faccio io di testa mia

Un po' lo schema terapeutico lo faccio io

Reference 4 - 0,87% Coverage

questo il tenoretic l'ho abbassato perché al mattino 110 la pressione come faccio non ce la faccio a stare su

Reference 5 - 0,57% Coverage

ho i battiti un po' alti ... ce li ho a 72

è un battito un po' alto 72

References 6-7 - 1,67% Coverage

sono un po' sempre agitata che non so perché se le punture che faccio quelle lì del diabete se è un fattore nervoso che perché io offro anche un po' di depressione ma le pastiglie della depressione non le prendo

Reference 8 - 1,01% Coverage

me l'ha data la dottoressa ma anche lì non lo prese o non so se è caldo io sono sempre agitata non so cosa sia beh fa caldo eh

Reference 9 - 0,77% Coverage

ho avuto anche la morte della mamma di due anni fa e quello mi ha scossato mi ha dato una scossa

Reference 10 - 0,63% Coverage

credevo di morire e niente da solo punto e poi da lì senza far un tampone niente

References 11-13 - 5,31% Coverage

no no è stato questo mi ha scossato mi ha scossato proprio tanto mi ha fatto proprio male questo mi ha proprio fatto male e la dottoressa lo sa e porto ancora le conseguenze adesso perché dico che ciò questo problema che è l'agitazione non prendo niente allora mi aveva dato Xanas così... qualcosa per reagire soprattutto per dormire perché ero sola e sono oltretutto mi prendevano anche gli attacchi di panico e poi io ho cercato comunque come ho detto prima da sola cercato di ridurre un pò di gocce invece di mettere le 10 ne mettevo 8 poi ne mettevo 6 poi 4 e poi 2 e poi non ne ho più prese adesso riesco abbastanza nonostante il caldo riesco ancora a dormire

Reference 14 - 3,33% Coverage

nonostante il caldo

tutto insieme insieme molto bene cioè mi rilasso subito dormo ma dipende da quello che uno ha mangiato magari la sera e allora se sei più tranquillo e non hai problemi di digestione tendo a mangiare il più poco possibile anche perché con il diabete devo stare attenta e allora riesco a volte a dormire più facilmente a volte giro un po' no magari alle 1 o alle 2 riesco a prendere sonno e vabbè

Reference 15 - 1,45% Coverage

mi sveglio alle 7:00 perché adesso fa fresco al mattino anche se dormirei ancora però sì sette sette e mezzo sempre quell'ora lì più o meno non riesco a dormire più tardi non riesco

Reference 16 - 1,39% Coverage

io non devo andare a dormire fuori orario devo sempre andare la stessa ora le 11 anche se poi ci metto due ore prima di addormentarmi sempre quell'ora lì sono molto metodica

Reference 17 - 1,31% Coverage

anche il mattino devo fare le stesse cose gli stessi orari perché se già ...mi scambussola tutto e non capisco più niente E sono così ... cosa vuole che le dica già

Reference 18 - 1,13% Coverage

io non l'avevo neanche comprata perché poi uno diventa dipendente questo che non voglio fare è vero che dicono che non puoi fare tutto da sola

References 19-20 - 3,04% Coverage

sono cose che si se potesse darmi ciò che non ho più magari allora tutt'al più potrebbe dirmi esci ma quello lo faccio già e molte cose le faccio per fortuna sono capace e me la cavo nelle mie cose non ho mai avuto bisogno di nessuno per adesso insomma con 67anni non sono proprio vecchia e neanche molto giovane specialmente in questi due anni sono cambiata molto non ero così però.....

Reference 21 - 0,26% Coverage

Non sono una persona che viaggia.

References 22-24 - 1,60% Coverage

Ho una casa grande e lasciarla vuota mi rincresce però giro a fare le mie cose, vado a chivasso a trovare i parenti gli amici però così.. poi torno perché io sono molto casalinga sono del toro io molto

Reference 25 - 0,67% Coverage

Mia madre era dei gemelli..io sono del toro molto casalinga molto familiare amo stare

Reference 26 - 0,22% Coverage

sono da sola ma non ho paura

Reference 27 - 0,81% Coverage

Io non ho mai fatto male a nessuno e quindi ho il cuore in pace e cerco di essere di insomma dico ...

Reference 28 - 1,35% Coverage

A casa mia ha fatto ha fatto già danni.... E poi da sola mi prende l'attacco di panico sto proprio male però spero solo che finisca presto quando comincia che finisca subito

References 29-30 - 1,88% Coverage

da piccola ho avuto i reumatismi articolari acuti mi facevano delle punture con degli aghi che facevano paura avevo 10 anni piangevo come non so cosa ed ero stata curata bene ringrazio il mio dottore che quando è morto ho persino pianto

References 31-32 - 1,37% Coverage

Mi hanno detto di stare ferma per mezzora di sedermi lì dopo la puntura così aspettare che faccia effetto la puntura però prima però prima sì beh c'ho sempre un po' di paura

Reference 33 - 1,23% Coverage

strani effetti delle cose perché cambiando anche perché prima mi avevano cominciato con le pastiglie cambiando poi sono arrivata a fare appunto l'iniezione

Reference 34 - 0,25% Coverage

Certo un po' di terrore ce l'ho

Reference 35 - 0,17% Coverage
mi fido della scienza

References 36-37 - 1,41% Coverage
sono andate a fare addirittura quattro vaccini perciò anche se sono un po' diffidente perché sono diciamo la verità sono cose che metti dentro di te anche queste cose che faccio

Reference 38 - 1,01% Coverage
c'è scritto lo leggo c'è il bugiardino poi non bisogna leggere e c'è scritto che ci dà problemi di nausea e dolori addominali

References 39-40 - 1,12% Coverage
mi capita di avere mal di stomaco però non prendo niente sperando che mi passi magari non mangio mangio meno quello lì passa il mal di pancia

Reference 41 - 0,79% Coverage
per fortuna mi ha dato dei fermenti lattici e li ho presi e mi è passato mal di dolore nella pancia

Reference 42 - 0,85% Coverage
qualcuno mi ha detto che i problemi di pancia possono essere causati dal covid ... mi è durato una settimana

[<Files\Paziente 21>](#) - § 3 references coded [40,85% Coverage]

Reference 1 - 6,19% Coverage
SD: che lei sappia, la nonna usa delle strategie per prendere i farmaci. Cioè per esempio sono tutte compresse intere o deve spezzare in 2.

CG: nono, tutte compresse intere.

Reference 2 - 19,98% Coverage
SD: e invece per ricordarsi quali sono i farmaci del mattino, quelli del pranzo e quelli della sera, ha un modo per organizzare i farmaci.

CG: sì, abbiamo gli astucci con le settimane. Ci sono tutti i farmaci da lunedì a martedì, giovedì, venerdì, fino alla domenica. Dipende cosa deve prendere.

SD: ho capito. Quindi sono astucci dove sei obbligato a togliere le compresse dalla confezione. Giusto?

CG: sì

SD: gli astucci vengono riempiti da lei?

CG: sì

SD: quindi lei c'è sempre, non va in vacanza per esempio?

CG: no no, non vado mai io in vacanza.

Reference 3 - 14,68% Coverage

Mi ha parlato della nonna come una persona dipendente, quindi non esce mai di casa, sta sempre al letto

CG: si. Raro se esce. Se esce la devo accompagnare per forza io. Ma proprio due passi, anche per cambiare aria e non stare sempre chiusa in casa. Anche nel cortile stesso. Vuole fare due passi e poi tornare a letto. Per il motivo delle gambe. Ha le gambe troppo troppo gonfie. E purtroppo ha anche un'età.

[<Files\Paziente 3>](#) - § 17 references coded [24,40% Coverage]

References 1-2 - 1,62% Coverage

bella domanda. Io è una vita che prendo il gardenale, da quando avevo 39 anni e ho avuto un crisi di epilessia

Reference 3 - 1,09% Coverage

poi invece hanno scoperto che non ero epiletica perché non avevo le crisi

Reference 4 - 0,93% Coverage

Sono stata ricoverata dopo tanti anni che soffrivo come un cane

Reference 5 - 0,38% Coverage

ogni tanto ho mal di testa

References 6-7 - 1,99% Coverage

quando sono stata ricoverata che c'era lui hanno fatto dei farmaci ma non mi passava il mal di testa urlavo peggio di una iena proprio

Reference 8 - 1,08% Coverage

il gardenale non mi faceva niente e loro dicevano che doveva fare effetto

Reference 9 - 0,43% Coverage

Mi hanno lasciata a me stessa

Reference 10 - 2,24% Coverage

non mi va che tu parli di cose personali mie . mi da fastidio. Fatti i fatti tuoi
Non mi piace. Che parli male dei miei figli. Rimangono i miei figli.

Reference 11 - 2,14% Coverage

neanche i figli quello si non venivano

mi sono trovata senza luce senza gas senza niente proprio con i miei farmaci che lo sapeva tanti farmaci

Reference 12 - 2,56% Coverage

tutte le serate quando la sorella finiva l'ambulatorio di via togliatti

mi veniva su veniva a bussare a vedere se avevo mangiato qualcosa proprio mi ero chiusa in me stessa

Reference 13 - 0,81% Coverage

Io mi ricordo tutto uh uh uh tutto tutto tutto tutto

Reference 14 - 5,54% Coverage

In ogni scatola c'è scritto nome e cognome la data di scadenza

Ogni scatola di medicine che io prendo io cosa faccio se per esempio questa scatola qui scade nel 2024 nel novembre 2024 ed è la stessa di quella per fare meno volume io la sfilo e faccio la stessa scatola e faccio mimmo novembre 2022 nome e cognome scrivo e nov 2022 scade

Ogni scatola scrivo nome e cognome

Reference 15 - 1,64% Coverage

io le trasferisco alla farmacia e me le ordina

Mi da l'ok che domani arriva e domani io le vado a ritirare

References 16-17 - 1,96% Coverage

Lei non guida

Quindi non hanno una rete sociale sono soli se lui potesse da solo andare allo studio del medico o prendere i farmaci

[<Files\Paziente 4>](#) - § 29 references coded [48,50% Coverage]

Reference 1 - 1,07% Coverage

il mio lavoro era davanti alla banca con la pistola a fare servizio e lì mi sono accasciato un giorno vado all'ospedale fanno le analisi e tutto e risultato che ero entrato in diabete

Reference 2 - 1,07% Coverage

lì dentro non si usa come tu che stai fuori il meglio controllo

quelle cose lì non esiste pasticca pasticca e pasticca

il mangiare non esiste

devi mangiare come tutti gli altri

Reference 3 - 1,47% Coverage

allora in fatto è aggravato aggravo oggi e aggrava domani la pasticca non abbassava più a mangiarsi mangi quello o mangi dalla finestra allora ho chiesto alla siringa... l'insulina ... m'hanno dato la più scarta che esiste che non si sapeva nemmeno che tipo

References 4-5 - 2,12% Coverage

a Torino ne ho girato 15 dottoressa 15 istituto

non posso dire che sono stato solo a torino ma ne ho girato dalla sicilia a bari fino a torino

qui a torino ho preso fiato

che c'era un po' più che ti guardavano ti facevano assistenza ti facevano le visite

hanno visitato anche agli occhi

perché io ero uno privilegiato stavo sempre libero aiutato a tutti

Reference 6 - 0,79% Coverage

non ero in cella era sempre aperta perché non ero un assassino non ero un ladro allora si fidavano di quello che gestivo due magazzini

Reference 7 - 2,77% Coverage

si però sul diabete mi sento trascurato mi hanno beccato gli occhi a torino (oftalmico, maria vittoria ...non se lo ricorda) mi hanno fatto 5 sedute con il radar laser tutte e due gli occhi come aveva previsto la dottoressa mi ha seguito per anni come sempre li dentro mi ha salvato un po' gli occhi diciamo però il diabete era ormai scompensato il diabete cresceva giorno per giorno perché non c'era un'alimentazione sicuro di seguire quella.... Tipo di cibo mi sono aggravato

Reference 8 - 0,88% Coverage

Avete fatto uno schema dove segnate tutti i farmaci oppure....

Io li segno tutti qua (indicando la testa)
Ce li abbiamo tutti in testa ...io e non lui

Reference 9 - 2,85% Coverage

Io mi ricordo tutto uh uh uh tutto tutto tutto tutto
Lei è un computer
Non si dimentica proprio nulla...si ricorda tutto

Per lui alle 8.30 è l'ultima per me invece no alle 9.30 prendo altri farmaci che ce l'ho in camera da letto

Poi alle 10 devo prendere l'altra
Alle 10.30 l'altra
E alle 11 andare a dormire e c'è l'ultima

E al mattino inizia sempre alle 7 con il primo farmaco e finisce alle 11, lei inizia alle 7.00 e finisce alle 8.30. Avete un bell'armadio dei farmaci

Reference 10 - 4,27% Coverage

Lui ha la gamba grazie a me
Perché volevano amputare perché ormai la gamba non andava piu
Invece io ho cambiato stratagemma
Loro hanno fatto un affare per mettere l'argento sopra e la betadina quelle cose li
Io ho tolto tutto...ho preso la betadina liquida non è una cosa difficile lo inzuppavo mettevo dentro poi aggiungevo acqua di mimosasapone di mimosa poi l'acqua ossigenata un po' di penicillina facevo un intruglio mischiavo facevo un'inzuppazione e lo mettevo sul piede
Lo lasciavo un quarto d'ora

Dopo toglievo tutto questo, lo buttavo, lo sciacquavo e mettevo il disinfettante che ci avevo la bottiglia Lo mettevo di nuovo nel piede
Lo mettevo con la fascetta e una bacinella apposta me la sono comprata per lui

Reference 11 - 1,95% Coverage

Lo inzuppavo e lo tenevo per un quarto d'ora. Poi toglievo quello e prendevo il piede con i guanti e glielo sciacquavo con tanta acqua fresca del rubinetto appena appena tiepida
Finchè si toglieva tutto sto rossore poi l'asciugavo bene sempre con le garze disinfettanti poi facevo la medicazione normale
Poi ho comprato una medicina

Reference 12 - 1,53% Coverage

Poi con un pennellino la passavo sopra per farla entrare meglio apposta per lui la facevo girare tutt'attorno poi mettevo sopra l'argento vivo con il carbone sono delle cose apposta no
Poi una fascetta sopra
Con le garze e poi l'ho medicato come faccio adesso

Reference 13 - 0,42% Coverage

Sapone di mimoesa mischiato con betadine liquida, la penicillina dentro

Reference 14 - 2,02% Coverage

Il piede prima deve essere lavato asciugato e senza sudore. Ora è morbido. Glielo massaggio sempre e oggi ha un altro aspetto
E poi faccio la medicazione
Con l'intruglio che ha preparato ADA non devo toccare la ferita...occhio
Esperienza ne abbiamo fatta assai
Un primario era rimasto perché
Siamo creativi
Lui non può usare roba profumata.

Reference 15 - 1,77% Coverage

Io l'ho usato il sapone di mimosa perché il sapone normale gli faceva prurito male
Mentre il sapone di mimosa lenisce e tutto
Quando fai quel trattamento devi stare attenta a non toccare la ferita
Perciò devo stare sul sano che non gli vada sulla ferita
Se cade qualcosa, guai, devo subito pulire

Reference 16 - 0,59% Coverage

Ne metti poca...devi massaggiare fino a quando non si assorbe tutto poi fai una medicazione normale

Reference 17 - 1,59% Coverage

Ada ha fatto miracoli a ste gambe ... a spiegare anche
Quando io faccio le foto e le mando ad ada perché ada vuole vedere lei dice ma è possibile che sono migliorate così? Sono guarite proprio...sono bellissime
Ti dovrebbero fare infermiera...sono insegnante...sono una maestra

References 18-19 - 5,15% Coverage

L'errore l'ha fatto le molinette parliamoci chiaro

Perché le molinette ogni operazione a loro gli conviene sempre a tagliare...non a guarire perché non vogliono far guarire

Il CTO lavora meglio o forse sono più umano

Quando sono stato ricoverato alle molinette perché li tagliano CTO no ti guariscono ma li tagliano io sono andato con una lenticchia a questo piede

Visto la dottoressa andiamo a fare un controllo hanno fatto passare 6 mesi per non fare un piccolo taglio perché se gli facevano un piccolo taglio io il piede lo salvavo invece hanno fatto aggravare allora hanno preso in mano la palla il cto

Il cto hanno chiamato alle molinette come mai state perdendo tempo?

Che la persona sta peggiorando? Giorno per giorno?

Io che non riuscivo più e gridavo ... tutti i giorni stavano qua

Prendevo la morfina

Volevano tagliarmi la gamba e basta...io mi sono opposta io

Reference 20 - 1,66% Coverage

Allora...io sto parlando della sinistra

Dicevo io ...se facciamo arrivare il sangue facendo dei palloni dentro alla circolazione almeno vediamo se il sangue...il sangue non arrivava sotto allora mi hanno fatto aggravare hanno operato la prima volta poi la seconda fetta e poi la terza fetta

Reference 21 - 4,45% Coverage

E non facevano le vanature

Facciamogli il vascolare dicevo io da ignorante

E il primario...no tagliamo

Dopo hanno fatto il pallone così arrivi il sangue

Cosa mi fai più dopo che tu hai tagliato il piede

L'hanno mandato a casa con 120 punti

Allora lo sbaglio l'hanno fatto alle molinette

Parliamoci chiaro

Io non voglio mettere il dottor del cto con le molinette

Le molinette hanno sbagliato

E l'altra?

Il dott. monge dice...ragazzi no non mettiamo mano. Tagliamo

No tu non devi tagliare niente va bene

Facciamo il vascolare

Facciamo la venatura che mi hanno fatto

Qui sotto

Rischiamo

Prima vediamo e poi

Dopo la venatura che hanno fatto, arrivato il sangue sotto abbiamo salvato almeno sto piede perché volevano tagliare anche di qua

Reference 22 - 0,17% Coverage
Non sapevamo più cosa mettere

References 23-24 - 1,35% Coverage
E poi è peggiorato ed eccoci qua
Grazie alla dottoressa che ha chiamato al medico febbre....adesso le vede così 50 chili
Aveva perso tantissimi chili bianco in faccia sembrava un morto
Mi faceva impressione

Adesso sta meglio

Reference 25 - 4,47% Coverage
Ora c'è un altro problema da risolvere
Lui ha una carrozzina elettrica che gli avevano prescritto perché lui è uno che ha un po' di autonomia quindi può andare sotto

Questa carrozzina è per interna e non per esterna. Le strade le hai visto come sono?
Le ruotine che ha davanti non vanno bene. Sono già caduto una volta e sono andato all'ospedale ci ho un verbale di accettazione del 118

Lui vorrebbe avere un po' di autonomia non dico tanto ma uscire un po' andare a prendere le medicine
Lui è lucido e intelligente. Riesce a manovrare bene.
Il problema è che l'hanno ostacolato. Il fisiatra dice che la carrozzina per esterno può essere data solo a coloro che lavorano
Allora ora ho fatto intervenire il primario. Ho mandato tutta la documentazione.

Reference 26 - 0,94% Coverage
I figli non si interessano
Lei non guida
Quindi non hanno una rete sociale sono soli se lui potesse da solo andare allo studio del medico o prendere i farmaci

Reference 27 - 2,30% Coverage
Prendere un po' di aria
Invece relegati qua...
Poi hanno dato una carrozzina che ha già 4 anni di vita sfruttata ho portato a riparare 1400 euro se le sono prese per mettere le gomme poi i motorini son partiti come cammini un po' senti odore di bruciato
Era provvisoria... fino a quando non arriva quella nuova...ma siamo ancora qua
La fisiatra non ne vuole più sapere
Vediamo ora il primario

Reference 28 - 0,65% Coverage
Sono ormai 20 giorni che sono a casa
E 3 anni io che sto chiusa in casa
Sto scontando gli arresti domiciliari

Reference 29 - 0,20% Coverage
Sono andata in tilt a stare a casa

[<Files\Paziente 5>](#) - § 18 references coded [23,60% Coverage]

Reference 1 - 0,26% Coverage
Chi si ricorda... oh mamma mia ...

Reference 2 - 1,29% Coverage
Prendo il farmaco per il cuore per le fibrillazioni. Prendo la pastiglia mezza al mattino e metà alla sera. Non mi ha dato più fastidio mentre prima

Reference 3 - 0,58% Coverage
Integratori, Sali minerali ...non ne prendo ma mangio tanti cetrioli.

References 4-5 - 2,67% Coverage
per il coumandin....significa che lei fa anche i prelievi ogni tanto
certo...si...guardi l'ultima volta cosa mi hanno fatto. E io l'avevo detto...non mi buchi qua perché si rompe e viene il livido. E poi tante volte mi bucano anche diverse volte...ora per il coumandin devono venire giovedì a farmelo il prelievo.

Reference 6 - 3,01% Coverage
Vengono a casa a fare il prelievo?
Si si prima andavo al Malpighi a fare il prelievo ma poi mio figlio mi ha detto basta. Devi andare al mattino a fare il prelievo. Poi tornare il pomeriggio per ritirare il referto. Ora basta.... Ha fatto tutto lui. Sono in mano a mio figlio. ci pensa tutto lui. Ha la stampante. Ha tutto. Faccio vedere il foglio.

References 7-8 - 1,62% Coverage
Ma lo sbaglio l'ho fatto io. Diversi anni fa facevo la pipi un po' rossa . due tre giorni e poi era bianca. Ma si...se va avanti così...Invece avrei dovuto subito fare qualcosa e farmi vedere.

Reference 9 - 1,23% Coverage
Non so C'era il video ...io non vedevo niente.... Non sono stato operato ma hanno lavorato con le mani non so cosa facevano...mamma mia che male

Reference 10 - 0,50% Coverage
Adesso...quando finivo di fare la pipi un bruciore....madonna

Reference 11 - 1,62% Coverage

Non era la prostata ma era vescica. Lui se n'era accorto già alla fine dello scorso anno ma non aveva detto nulla. Ma si facevo la pipi un po' rossa ... ma non è niente non è niente e poi...

Reference 12 - 0,67% Coverage

Sembra che però abbia imparato la lezione...la prossima volta mi sveglio prima

References 13-14 - 2,11% Coverage

Sono tutti i segnali che il corpo manda.... Il sangue è sangue e le urine sono urine... non posso essere insieme. Poi l'hanno operato in fretta...l'hanno subito messo in lista e poi un mese dopo era già operato. Lei aveva intuito quello che succedeva.

Reference 15 - 2,55% Coverage

Lo prende dal 1996 per queste due mutazioni del sangue da quando ha fatto questi trombi

Della protrombina e della... Jak2

Meno male che si sono fermati nelle caviglie. La dottoressa mi ha detto di ritenermi un miracolato. Potevo morire da un giorno all'altro.

La trombosi Non te ne accorgi

References 16-17 - 1,98% Coverage

Non è che ci penso molto. So che devo prenderle. Vedo tutta la faccenda....

Nessun foglio dove c'è scritto.

Ho tutte le scatole. Mi ricordo guardando le scatole. So che devo prenderle. Per il momento il cervello ancora funziona.

Reference 18 - 3,52% Coverage

Sempre prese...così ... Passerà...dai prendiamo le medicine...passerà

Pensavo che le medicine fossero il motivo di una guarigione... Aiutano....

Come salute grazie a Dio.... Sono forte...

Cerco di prendere un po'.... quando giro per gli ospedali vedo persone che stanno peggio di me

Allora mi dico...sta brau....va avanti... fai e vieni via ... 84 anni il 2 luglio.... Ancora due e poi basta...

Che vita...che vita...tiriamo avanti...

[<Files\\Paziente 6>](#) - § 13 references coded [35,39% Coverage]

Reference 1 - 4,83% Coverage

Ho iniziato a prendere i farmaci, quelli che sto prendendo, da quando ho fatto il covid. Da ottobre del 2020. Da quando è andato in pensione. Sono stato ricoverato e li mi hanno

massacrato di medicine e continuo tutt'ora a prendere le medicine. Mi ha preso i polmoni, mi ha preso il cuore ed è da ottobre 2020 che sto prendendo medicine ...dal 2020 ... si prima prendere qualche pastiglia se avevo mal di testa mal di denti ma non più di tanto

Reference 2 - 2,79% Coverage

Per ogni cosa che mi faccio scrivere, a casa quando arrivo a casa ci ho l'elenco dell'ospedale che mi hanno rilasciato con tutte le i nomi delle medicine e gli orari delle medicine che devo prendere. Da allora sul cartoncino scrivo ore 12 ore 20 e ore 8

Reference 3 - 4,37% Coverage

Perché hanno fatto due angioplastiche e dovrei andare a farmi operare perché ci ho la vena aorta al 50%. È otturata. Adesso a settembre vediamo cosa decidono. E ti dico sto prendendo ... questo è l'effetto per il covid. Io non posso fare più niente. Mentre cammino e mentre parlo un pochettino mi viene il fiatone....mi ha preso i polmoni e il cuore il covid.... Diciamo che ho avuto una brutta batosta

Reference 4 - 7,32% Coverage

Infatti ora su una cosa la dottoressa mi scrive originale.

Mi ha detto il farmacista. Io vado contro i miei interessi. Perché questi qui che non sono originali io ci ho un tot che mi costano, con gli altri sono altre cifre.

Pagare 70 euro incide sul bilancio familiare. Lui che era l'unico che portava i soldi a casa che, lavorava e che portava a casa lo stipendio.

(CG) Io ho lavorato per 50 anni ma senza pensione. Perché ho lavorato in nero.

Ci sono tante persone giovani che non si curano perché non se lo possono permettere. Poi ci sono quelle spese fisse per cui se io ho già un affitto, un mutuo e le utenze da pagare.... Devo pure pagare i farmaci...

References 5-6 - 2,15% Coverage

Ho comprato delle scatolette dove c'è scritto mattino pomeriggio sera

Ad esempio, prendo una scatoletta di medicine. Devo prenderle al mattino? Allora le metto dentro il recipiente del mattino.

Reference 7 - 2,43% Coverage

Le scatolette sono già preparate. Una volta la settimana mi metto al mattino con la busta di tutte le medicine faccio i miei servizi che devo fare. Una volta la settimana/10 gg sono a posto perché ci stanno i contenitori

References 8-10 - 4,88% Coverage

Non vengono mischiate. Ricordo se sono rotonde, lunghe o come queste triangolari. Forse sono quelli lunghi, corti, rotondi....

Quando siamo andati in vacanza mi sono portato tutte le medicine nelle scatolette e mia sorella le ha viste e mi ha chiesto.... che sono queste? Tutte le medicine che devo prendere ora.

Puoi sgarrare di mezz'ora e questo può capitare la domenica che mangiamo più tardi senno
No, cerco di essere puntuale e preciso

References 11-12 - 2,99% Coverage

No no Come mi siedo mi preparo le cose sto seduto lì poi finito di mangiare faccio delle cose...ma poi dopo mezz'ora mi siedo sul divano perché non faccio niente ... con l'affanno non riesco anche se avrei tante cose da fare.... mi vado a riposare perché non riesco più ...cerco...

Reference 13 - 3,62% Coverage

Ad esempio stamattina che ci avevo male al cuore al petto per non stare seduto come faccio tutti gli altri giorni sono andato fuori al giardino a fare ...però facevo dei lavoretti ma con l'affanno no... Però non riesco ad essere più attivo come prima... Ora parliamo con la dottoressa per ripetere tutti gli esami per vedere i valori...

[<Files\Paziente 7>](#) - § 15 references coded [23,05% Coverage]

Reference 1 - 0,71% Coverage

è arrivato a casa con 45 kg. Adesso ne pesa 65-66. Non arriverà mai più al suo peso.

Paziente: Ma io ho 45 cm di intestino.

Reference 2 - 0,97% Coverage

CB: Lo hanno operato alle Molinette. Aveva una stenosi serata, un k-illeo, quindi la parte alta dell'intestino e gli hanno tolto tutto l'intestino.

paziente: Tutti quasi

Reference 3 - 1,96% Coverage

Signora interviene: Sono delle vitamine quelle che gli mettono. L'adamil è quello che gli da prurito. E adesso fa solo il Cermil. Abbiamo provato un giorno con uno per valutare quale era quello che poteva fargli male e che gli dava allergia, prurito da per tutto. Il giorno dopo solo con Cernil nella sacca normale con tutti i suoi componenti.

Reference 4 - 0,22% Coverage

Paziente: L'adamel non lo mettiamo più.

Reference 5 - 3,54% Coverage

SG: quindi praticamente per andare in giro, per fare un giro fuori casa

Signora sii, si si

SG: quindi questo port che ha in realtà non influisce con la vita quotidiana

Signora: noo, assolutamente. Nono

Paziente: oggi non ce l'ho, perché l'ho tolto ieri sera

Signora: per respirare un po

Paziente continua: ma quando ce l'ho. metto un po' di nastro adesivo

Sig.: non lo lasciamo a penzolini, no.

CB: quindi loro magari lo bucano con l'ago

Sig: si, si

Paziente: per questo abbiamo fatto questo lavoro di farlo riposare, perché se no poi..

CB: poi vengono domani mattina prima delle 10 così gli mettono l'ago

References 6-10 - 8,97% Coverage

e non sente male quando fa la terapia parenterale

Paziente: no

CB: no, anzi può anche fare la doccia perché gli mettono un cerotto impermeabile, così quando fa la doccia non c'è problema. Il porta ha il vantaggio perché è come un bottone. Lui può andare dove vuole. Il problema è quando mettono l'ago, che c'è il tubicino, l'infusione. Ma quello viene cambiato una volta a settimana

Sig: tutte le settimane vengono.

Pz: un giorno alla settimana lo lascio riposare. Questo su consiglio della signora. Adesso dobbiamo riparlare di questo con la dott.ssa Agnello perché lei è la dietologa e ancora non sa nulla di questo fatto. Però se io gli dico "l'ho fatto già 3 settimane, 4 settimane" mi dice "va bene continua"

Sig: tanto gli fa gli esami e poi capisce

CB: si perché loro dicono tutti i giorni, però non sanno la vita quotidiana delle persone.

PZ: ma più di un giorno non posso stare io eh, perché mi arrivano i crampi.

CB e sig: No, no. Perché lì nella sacca sono contenute tutte le sostanze che il corpo ha bisogno. Quindi tutti gli elettroliti. E che lui mangia comunque per bocca. Mangia ma non gli serve. È mal assorbito. Invece la sacca va direttamente in vena e nel sangue. Però meno male che più mangiare qualcosa.

Paziente: mangiare non lo assimilo, ma è solo per dare giusto al palato. Quello che mangio e bevo, dopo 10 min sono lì da buttare.

CB: eh però c'è gente che non può mangiare nemmeno per bocca e quindi diventa un sacrificio.

Paziente: per esempio adesso evito le insalate e devo evitare i grassi, roba che mi ferma, verdure, pomodori

Reference 11 - 2,55% Coverage

SG: ecco quale strategia avete utilizzato per ricordarsi tutte le cose che deve prendere?

Sig: Ormai so a memoria guardi, io ho lì la scatoletta lì pronta, al mattino li preparo: 1,1,1,1. Ormai le so a memoria.

SG: quindi non ha appunti da qualche parte su cosa deve prendere?

Sig: nono.

SG: ecco ma all'inizio come faceva per ricordarsi tutto?

SIG: mi scrivevo un fogliettino con tutto quello che doveva prendere ogni giorno. Ormai lo so.

Reference 12 - 1,21% Coverage

Paziente: Praticamente ho un batterio nell'occhio

Sig: è un virus, non un batterio. Questo virus gli fa alzare la pressione dell'occhio, sta facendo la cura. TRE mesi che stiamo andando avanti con questo occhio.

References 13-15 - 2,92% Coverage

Sig: ho dei fogli che all'interno c'è tutto. Se ho delle lacune perché può capitare che dici "oh caspita, ma oggi che cosa ho fatto?" per ipotesi, può capitare. Allora io vado e prendo che qui c'è tutto, anche come preparare la sacca. Se mai, ma ormai. Sinceramente potrei anche se sarebbe che devo fare attenzione che ci sono gli aghetti da cambiare e cose varie, la dovrei fare ad occhi chiusi ormai. Sono sette anni dottoressa. Come anche per medicare la stomia. Prima ci mettevamo mezzora, tre quarti d'ora.

[<Files\Paziente 8>](#) - § 1 reference coded [3,95% Coverage]

Reference 1 - 3,95% Coverage

Ma magari per, si magari per le ecografie. Per quello. Per il resto abbastanza.. l'unica cosa le date delle ecografie erano un po' più in la rispetto a lui che si lamentava che aveva male, dolore, che magari più andava avanti e peggio era. Pero oltre a quello no. Adesso sono cmq abbastanza, cioè normale con le date.

[<Files\Paziente 9>](#) - § 10 references coded [29,03% Coverage]

Reference 1 - 0,98% Coverage

PZ: sisi. 118, mi sono ricoverato. Ho fatto la prova per verifica e la stessa cosa. Infezione alla midline.

Reference 2 - 2,22% Coverage

I: Questo gli lo avevano detto che poteva succedere così in questo modo. Cioè ma come ha fatto a cogliere?

PZ: eh perché mi è capitato nello stesso momento. Nel momento quando ho fatto la flebo, si è accorto che c'era qualcosa che non andava

References 3-4 - 1,88% Coverage

PZ: sisi qualche collegamento. Mi è stato detto che potevano nascere dei problemi con.. che poteva capitare anche questo. Però non me lo aspettavo proprio così all'improvviso. Non me lo aspettavo proprio.

Reference 5 - 8,45% Coverage

PZ: gonfiava il braccio sisi, portava infezione anche quello in poche parole. E poi mi sono è capitato? Sono stato ricoverato Anche lì ho chiesto il ricovero. Mi hanno fatto l'ecodoppler.

Mancava il dottore a Chivasso per fare l'ecodoppler, mi hanno ricoverato in pronto soccorso e intanto mi sono beccato il Covid. *Risata*
E così che da un giorno o due che dovevo stare lì, sono stato un mese. Perché poi sono stato ricoverato a settimo ed essendo a casa da solo non potevo neanche stare da solo per il fatto che dovevano venire l'infermiera come lì a .. col covid non potevano farlo. Allora mi hanno messo a settimo. E mi sono fatto un mese lì. Dopo di che abbiamo fatto di nuovo l'ecodoppler, non era ancora apposta come .. abbiamo rimandato 15 giorni. Dopo di che ha deciso di uscirsene da solo l'ago. Sarebbe tutto via. In poche parole non ho fatto 2 ricoveri. *Risata*. Il giorno dopo è scappato via questo. Così *Risata*.

Reference 6 - 3,59% Coverage

PZ: ma attenzione. La cose è capitata anche che doveva capitare. Perché avevo, me so accorto che si era staccato sta fascietta qua, però non pensavo che si sfilasse così. Perché se sapevo, lo bloccavo. Bene o male no? Mettevo un'altra fascetta. Con il sudore molto probabilmente si è staccato, e mi sono ritrovato l'ago sfilato in poche parole. Adesso che lo so, piuttosto ci metto la colla.

Reference 7 - 1,34% Coverage

PZ: nono, per carità. Adesso che lo so. Un ago così lungo chi andava a pensare che si sfilasse. Anzi pensavo che bisognava tirare per portarlo via

Reference 8 - 1,39% Coverage

PZ nel mentre aggiunge: Sono stato prima in ospedale. Avevo dei problemi sinceramente. Avevo dei problemi per deambulare era un po.. avevo dei problemi

Reference 9 - 6,62% Coverage

PZ: tumore al colon. 15 cm. Ce lo avevo molto vicino all'ano. E allora sono stati costretti a mettere la colonstomia. Poi dopo una 15ina di mesi siamo ritornati per le vie normali. Il problema è che mi ha creato stenosi nel punto in cui sono stato ricongiunto. In poche parole avevo una faccia così. Sono arrivato alle Molinette e avevo un'ora di tempo. 1 ora. Se entro un'ora non venivo operato ci lasciavo le penne. Mi hanno aperto, tirato via 8 kg di intestino, dopo di che mi hanno lasciato 3 giorni aperto, attaccato a una lavatrice. poi hanno messo a posto e mi è passato tutto là. Poi la mi hanno messo l'ileostomia e da allora ce l'ho. Sinceramente non mi crea problemi. Fortunatamente non mi crea problemi. Però.

Reference 10 - 2,57% Coverage

PZ: sisi e poi anche per il diabete, diabetologia. Fortunatamente, facendo la flebo non ho più il diabete. Infatti la mattina mi controllo la glicemia. 93 94. E poi un'altra cosa, con la pressione bassa, facendo le flebo mi è ritornata normale. Non tutti i mali vengono per nuocere

Malattie (21 files; 66 references)

[<Files\\Paziente 1>](#) - § 6 references coded [2,78% Coverage]

Reference 1 - 0,39% Coverage
dal 2006 anni è stato riscontrato il diabete

References 2-3 - 0,67% Coverage
nel 2000 ho fatto un infarto e dopo 6 anni mi è stato riscontrato il diabete

References 4-5 - 1,49% Coverage
ho fatto ben 6 bypass nel 2000 e 2006 a parte gli altri piccoli incidenti che avevo fatto però quello non c'entrano niente con diciamo con la cura che sto facendo adesso

Reference 6 - 0,24% Coverage
perchè ha avuto un'ischemia

[<Files\\Paziente 10>](#) - § 1 reference coded [1,40% Coverage]

Reference 1 - 1,40% Coverage
che stavo male perché ho attacchi. Soffro di attacchi cardiaci. Prendo questi *e mostra un foglio/confezioni*. Questi me l'hanno data a Ivrea. Per due giorni mio figlio mi ha accompagnato per due giorni di seguito

[<Files\\Paziente 11>](#) - § 2 references coded [10,24% Coverage]

Reference 1 - 1,16% Coverage
PZ: Ho il diabete, sono stata operata al cuore. E la safena operata..la colecisti, sono stata operata pure..

Reference 2 - 9,08% Coverage
PZ: e poi non mi ricordo bene bene bene. Poi sono stata operata al fegato, ho avuto tutte queste cose qua.. e adesso ho cominciato a prendere delle pastiglie.

SD: ok quindi pian pianino nell'arco di qualche anno..

PZ: poi sono stata operata alla safena. C'è stato un altro problema. Poi mi hanno operato per cataratta a tutti e due gli occhi. E alla fine il cuore.

SD: è stata operata anche al cuore?

PZ: si una valvola, una vena che perdeva.

CB: si per la valvola aortica. Lei ha come patologia una cardiopatia valvolare aortica operata, un diabete insulino dipendente, una vasculopatia periferica operata alle varici, una poliartrite e dismetabolismo.

PZ: tutte io ce l'ho, non mi manca niente.

SD: eh, ha collezionato un po' di problemismi

PZ: e poi c'è questo dito qua, è da una settimana che mi fa male

CB: eh è un po di artrite..

[<Files\\Paziente 12>](#) - § 1 reference coded [2,90% Coverage]

Reference 1 - 2,90% Coverage

CB: *Xarelto* glie lo hanno dato perché ha una cardiopatia ischemica. Ipertensiva. Quindi glie lo hanno dato i cardiologi per il rischio di trombosi. perché ha avuto una specie di ischemia/ infarto.

[<Files\\Paziente 13>](#) - § 1 reference coded [5,80% Coverage]

Reference 1 - 5,80% Coverage

SD: allora iniziamo dalle patologie. Ha un'ipertiroidismo

PZ: si, poi diabete di tipo 2.

SD: ricorda quando ha avuto i primi problemi? Quando è comparsa la prima patologia?

PZ: un po' di anni. La tiroide circa 20 anni. E il diabete un po' più avanti

SD: poi ha anche la bronchite?

PZ: quella ogni tanto mi prende. E dolori di tutti i tipi. Artrosi diffuse.

SD: quindi per ciascuna di queste patologie prende dei farmaci. Mi può fare l'elenco dei farmaci. Ha per caso uno schema che usa per ricordarsi di prendere i farmaci?

[<Files\\Paziente 14>](#) - § 7 references coded [11,44% Coverage]

Reference 1 - 2,32% Coverage

PZ: Parto da quando mi hanno operato il piede. Per l'alluce valgo. Tre volte. E da allora non ho più camminato. Guardi come ho ora i piedi, tutti tagliate. Con l'alluce valgo mi hanno rovinato.

Reference 2 - 3,34% Coverage

PZ: no. Perché cammino male, non mi gira la testa. Cammino male e appoggio male il piede. Sia l'uno che l'altro. Perché quest'altro me lo dovevano operare di nuovo. Voglio farle vedere come mi hanno rovinato. È da denuncia. Io non riesco a camminare, non riesco ad appoggiarlo.

Reference 3 - 0,99% Coverage

Poi ho altri problemi, il canale della schiena che si chiude, la bronchite cronica.

References 4-6 - 3,50% Coverage

PZ: ho il canale della schiena che si sta chiudendo sempre. L'artrosi, guardi non ne parliamo.. tutta rovinata così. Poi da quando faccio la chemio da 12 mesi, non so come mai, ma guardi che mani. Sto facendo la chemio per un tumore alla mammella. A dicembre devo andare ai controlli di nuovo.

Reference 7 - 1,29% Coverage

PZ: eh al cuore c'è una valvola che un po' si chiude e un po' si apre. Ogni 2-3 anni faccio la coronarografia.

[<Files\\Paziente 15>](#) - § 1 reference coded [2,86% Coverage]

Reference 1 - 2,86% Coverage

Bene mi ricorda soltanto le patologie di cui soffro?

CG: diabete di tipo 2. Ipertensione

[<Files\\Paziente 17>](#) - § 1 reference coded [28,41% Coverage]

Reference 1 - 28,41% Coverage

SD: mi faccia capire, lei sa le malattie che ha?

PZ: prima di tutto la malaria, perché era dopo la guerra e me la sono presa. Ad allora abitavo a Castagnetto. La malaria l'ho avuta per 6 mesi. Poi ho avuto problemi alla tiroide. Poi ho fatto poi un'operazione nell'occhio nel 2000. Sono andata al mauriziano e me lo hanno tolto. Poi ho fatto delle visite e sono andata fino a Verona per fare le visite per capire se fare l'operazione o meno. Nel 2000 avevo 74 anni?

SD: giusto!

PZ: e per la tiroide mi ha visitato il dottore, uno basso, ma non mi ricordo come si chiama.

SD: e poi pressione alta, queste cose qua niente?

PZ: non ho avuto niente. sono stata bene. Un po' di dolori, mal di stomaco, ma pazienza. Ora ultimamente ho problemi alle emorroidi e mi sentivo troppo male.

[<Files\\Paziente 19>](#) - § 2 references coded [12,31% Coverage]

References 1-2 - 12,31% Coverage

CG: allora le spiego. È nata a 33 anni che ha questa patologia asmatica grave, insufficienza respiratoria. Da lì prendendo 50 mg al giorno di cortisone a San Luigi che l'hanno massacrata. In quei anni c'era solo quel salva vita. Gli è venuta l'osteoporosi. Ha un

CB: ha grave poliartrosi, osteoporosi, cicloscogliosi, insufficienza respiratoria ostruttiva.

PZ: polpette nel naso

CG: esatto, poi il diabete. Se lei non prende il cortisone, poi il diabete viene stabilizzato. Perché lei non è diabetica per il cibo o coso, ma solo per il cortisone. Perché ognuno di noi ha il cortisone dentro.

CB: quindi ha problemi fisici che non riesce nemmeno quasi più a camminare, ha problemi gravi respiratori con delle crisi con l'ossigeno di notte, la NIV, poi al bisogno quando serve. Diabete e poi è anziana

CG: è stata operata al tunnel carpale, è stata operata alla cataratta. Quando la dovevano operare, dopo più di un anno e mezzo che c'è stato il covid, le è venuta una dissenteria con sangue.

[<Files\\Paziente 2>](#) - § 6 references coded [5,63% Coverage]

Reference 1 - 0,18% Coverage
che è venuto il diabete

Reference 2 - 0,38% Coverage
combinazione ho visto una glicemia altissima 180

Reference 3 - 0,72% Coverage
coincidevano anche con l'inizio del covid era maggio del 2020 può capire non l'ho più vista

Reference 4 - 1,58% Coverage
mi hanno detto che mia mamma aveva il covid e mi ha detto di stare chiusa in casa per 14 giorni circa infatti non sono andata neanche al funerale niente ... non le dico...non lo auguro neanche al cane ...

Reference 5 - 1,35% Coverage
A casa mia ha fatto ha fatto già danni.... E poi da sola mi prende l'attacco di panico sto proprio male però spero solo che finisca presto quando comincia che finisca subito

Reference 6 - 1,41% Coverage
sono andate a fare addirittura quattro vaccini perciò anche se sono un po' diffidente perché sono diciamo la verità sono cose che metti dentro di te anche queste cose che faccio

[<Files\\Paziente 20>](#) - § 1 reference coded [26,29% Coverage]

Reference 1 - 26,29% Coverage
CB: poi c'è il problema del rene che le hanno fatto un stent uretrale.

PZ: sì il rene l'ho scoperto perché. Per il ginocchio sono andata da una specialista per la vasculite. Io ho un problema di vasculopatia venosa. Alla ho detto alla mia dottoressa di famiglia di fare un controllo per questa vasculite prima di operarmi il ginocchio. Sono andata dalla specialista (CB: è una reumatologa) internista alla vasculite e quindi mi ha consigliato di fare un'ecografia all'addome completo. E da lì abbiamo scoperto di avere un tessuto di 3 centimetri tra il bacinetto del rene e all'uretere. Però diciamo che fortunatamente è di basso potenziale. Sarebbe comunque da prendere una decisione con l'urologo, che mi ha chiesto di fare una TAC e una scintigrafia renale. Adesso ho i risultati e da lì vediamo di prendere una decisione sul da fare.

SD: quindi hanno prospettato di metterle uno stent?

PZ: no no, quello mi è stato già messo. Mi è stato diagnosticato questo basso potenziale di malignità. Praticamente è cicatrizzato. È rimasto lì e mi hanno detto che questo potrebbe essere stato causato da questa pastiglia di medrol che la prendo da 17 anni. Praticamente sono stata ricoverata a maggio per fare una biopsia renale. Mi hanno messo i 2 stent bilaterali. Però il mio

problema è stato il rene sinistro. Mi è stato preso la biopsia di basso potenziale. Però loro hanno voluto un altro accertamento nel mese di ottobre per verificare ancora meglio e ho fatto la scintigrafia renale nuovamente con la TAC. Mi sta seguendo il primario e dovremmo prendere una decisione per il da farsi.

[<Files\\Paziente 21>](#) - § 1 reference coded [14,68% Coverage]

Reference 1 - 14,68% Coverage

Mi ha parlato della nonna come una persona dipendente, quindi non esce mai di casa, sta sempre al letto

CG: sì. Raro se esce. Se esce la devo accompagnare per forza io. Ma proprio due passi, anche per cambiare aria e non stare sempre chiusa in casa. Anche nel cortile stesso. Vuole fare due passi e poi tornare a letto. Per il motivo delle gambe. Ha le gambe troppo troppo gonfie. E purtroppo ha anche un'età.

[<Files\\Paziente 22>](#) - § 1 reference coded [1,76% Coverage]

Reference 1 - 1,76% Coverage

E poi invece verso i 40 anni ho scoperto di avere il diabete, in un caso così ho fatto gli esami e ho scoperto di avere il diabete. Da allora è cominciato tutto l'iter ecco.

[<Files\\Paziente 23>](#) - § 6 references coded [10,17% Coverage]

Reference 1 - 0,78% Coverage

PZ: perché ho l'ernia al disco, schiacciato

Reference 2 - 3,42% Coverage

CG: no, ha due-tre vertebre schiacciate. Lei ha l'osteoporosi dall'età di 56 anni. E poi con gli anni è peggiorata. Li ha schiacciati e non si può fare niente. Non riesce più a camminare.

Reference 3 - 2,58% Coverage

PZ: un annetto, per camminare mi serve il girello, il passeggino. Poi la sedia mi teneva, camminavo e poi mi dovevo sedere perché ero stanca.

Reference 4 - 0,58% Coverage

CG: no, non ce la fa più adesso.

Reference 5 - 1,13% Coverage

PZ: poi sono arrivata alla carrozzina. Non riesco a camminare.

Reference 6 - 1,67% Coverage

PZ: sì mi aiutano e con le mani cerco di camminare così..

CG: senza però muovere le gambe.

[<Files\\Paziente 3>](#) - § 3 references coded [4,74% Coverage]

Reference 1 - 1,02% Coverage

ero affetta da grande male cerebrale perché avevo sempre mal di testa

Reference 2 - 1,52% Coverage

hanno scoperto che io avevo un tumore al cervelletto già da quando ero piccola e me sto portando dietro

Reference 3 - 2,21% Coverage

se era maligno o benigni ringraziando il signore e la madonna era benigno e non si è più sviluppato se no a quest'ora ero già morta io e avevo 39 anni

[<Files\\Paziente 4>](#) - § 5 references coded [11,02% Coverage]

Reference 1 - 1,47% Coverage

allora in fatto è aggravato aggravato oggi e aggrava domani la pasticcia non abbassava più a mangiarsi mangi quello o mangi dalla finestra allora ho chiesto alla siringa... l'insulina ... m'hanno dato la più scarta che esiste che non si sapeva nemmeno che tipo

References 2-3 - 2,77% Coverage

si però sul diabete mi sento trascurato mi hanno beccato gli occhi a torino (oftalmico, maria vittoria ...non se lo ricorda) mi hanno fatto 5 sedute con il radar laser tutte e due gli occhi come aveva previsto la dottoressa mi ha seguito per anni come sempre li dentro mi ha salvato un po' gli occhi diciamo però il diabete era ormai scompensato il diabete cresceva giorno per giorno perché non c'era un'alimentazione sicuro di seguire quella.... Tipo di cibo mi sono aggravato

Reference 4 - 5,14% Coverage

L'errore l'ha fatto le molinette parliamoci chiaro

Perché le molinette ogni operazione a loro gli conviene sempre a tagliare...non a guarire perché non vogliono far guarire

Il CTO lavora meglio o forse sono più umano

Quando sono stato ricoverato alle molinette perché li tagliano CTO no ti guariscono ma li tagliano io sono andato con una lenticchia a questo piede

Visto la dottoressa andiamo a fare un controllo hanno fatto passare 6 mesi per non fare un piccolo taglio perché se gli facevano un piccolo taglio io il piede lo salvavo invece hanno fatto aggravare allora hanno preso in mano la palla il cto

Il cto hanno chiamato alle molinette come mai state perdendo tempo?

Che la persona sta peggiorando? Giorno per giorno?

Io che non riuscivo più e gridavo ... tutti i giorni stavano qua

Prendevo la morfina

Volevano tagliarmi la gamba e basta...io mi sono opposta io

Reference 5 - 1,64% Coverage

2019 a maggio ha fatto tre anni ... è iniziato con questa macchia di caffè
Una lenticchia è partita...dovevano subito pulirla loro invece non l'hanno fatto
Dovevano fare la circolazione del sangue e pulirlo al momento stesso
Invece no ...hanno fatto niente per 6 mesi ancora 6 mesi

[<Files\Paziente 5>](#) - § 8 references coded [14,53% Coverage]

Reference 1 - 0,46% Coverage

Ho fatto tre mesi di ospedale ... che male.... madonna...

Reference 2 - 0,44% Coverage

Faccio l'emocromo, fino a 45 non faccio il salasso.

Reference 3 - 1,73% Coverage

E' il primo foglio che ho per il coumadin. Con il coumadin, con questa cosa che mi è successa, è andato fuori fase. Legato alla prostata. Ho fatto due scatole di eparina. Me le facevo io nella pancia.

Reference 4 - 1,62% Coverage

Ma lo sbaglio l'ho fatto io. Diversi anni fa facevo la pipi un po' rossa . due tre giorni e poi era bianca. Ma si...se va avanti così...Invece avrei dovuto subito fare qualcosa e farmi vedere.

Reference 5 - 0,52% Coverage

Così hanno dovuto operare...hanno messo il tubo ma che male....

Reference 6 - 1,23% Coverage

Non so C'era il video ...io non vedevo niente.... Non sono stato operato ma hanno lavorato con le mani non so cosa facevano....mamma mia che male

Reference 7 - 5,98% Coverage

Lui mi ha raccontato 1996 il primo trombo. policitemia vera.....

Il suo midollo funziona troppo. Produce molto sangue. Per cui fa ogni tanto il salasso. Ogni 2-3 mesi. Ma è da qualche mese che non li fa più perché l'ematocrito è basso. L'ha fatto l'anno scorso l'ultimo a febbraio del 2021. Non ne ha più fatti. Siamo andati all'ultima visita aprile non l'hanno fatto. Perché lui ha avuto un piccolo incidente nel senso che perdeva sangue nelle urine. Per fortuna che c'era lei qui così se ne accorga e siamo andati in pronto soccorso.

Poi lo abbiamo portato. Hanno trovato un polipetto di 25 cm nella vescica e hanno fatto in pressa in pressa ad operarlo perché era maligno ma a bassa intensità

Reference 8 - 2,55% Coverage

Lo prende dal 1996 per queste due mutazioni del sangue da quando ha fatto questi trombi

Della protrombina e della... Jak2

Meno male che si sono fermati nelle caviglie. La dottoressa mi ha detto di ritenermi un miracolato. Potevo morire da un giorno all'altro.

La trombosi Non te ne accorgi

[<Files\\Paziente 6>](#) - § 4 references coded [13,15% Coverage]

Reference 1 - 4,83% Coverage

Ho iniziato a prendere i farmaci, quelli che sto prendendo, da quando ho fatto il covid. Da ottobre del 2020. Da quando è andato in pensione. Sono stato ricoverato e li mi hanno massacrato di medicine e continuo tutt'ora a prendere le medicine. Mi ha preso i polmoni, mi ha preso il cuore ed è da ottobre 2020 che sto prendendo medicine ...dal 2020 ... si prima prendere qualche pastiglia se avevo mal di testa mal di denti ma non più di tanto

Reference 2 - 4,37% Coverage

Perché hanno fatto due angioplastiche e dovrei andare a farmi operare perché ci ho la vena aorta al 50%. È otturata. Adesso a settembre vediamo cosa decidono. E ti dico sto prendendo ... questo è l'effetto per il covid. Io non posso fare più niente. Mentre cammino e mentre parlo un pochettino mi viene il fiatone....mi ha preso i polmoni e il cuore il covid.... Diciamo che ho avuto una brutta batosta

Reference 3 - 0,95% Coverage

Per quello che dico...non... questi qui che dicono che non è successo niente con il covid...

Reference 4 - 2,99% Coverage

No no Come mi siedo mi preparo le cose sto seduto lì poi finito di mangiare faccio delle cose...ma poi dopo mezz'ora mi siedo sul divano perché non faccio niente ... con l'affanno non riesco anche se avrei tante cose da fare.... mi vado a riposare perché non riesco più ...cerco...

[<Files\\Paziente 7>](#) - § 4 references coded [3,99% Coverage]

Reference 1 - 0,97% Coverage

CB: Lo hanno operato alle Molinette. Aveva una stenosi serata, un k-illeo, quindi la parte alta dell'intestino e gli hanno tolto tutto l'intestino.

paziente: Tutti quasi

References 2-3 - 1,36% Coverage

CB: gli hanno fatto della chemio

Paziente: No, no. Hanno già la prima volta sono venuti un po più di intestino da tagliare proprio per evitare che ci siano già delle ramificazioni.

CB: erano già delle metastasi, poi invece non li aveva.

Reference 4 - 1,65% Coverage

CB: era malassorbimento perché essendo la stomia perdeva tutto da lì. Paziente: e quindi hanno trovato questo prodotto che poi in uno di questi prodotti che mi metteva dentro la sacca mi faceva praticamente allergia, prurita. E abbiamo fatto tante di quelle prove fino a che siamo arrivati

[<Files\\Paziente 8>](#) - § 1 reference coded [3,95% Coverage]

Reference 1 - 3,95% Coverage

Ma magari per, si magari per le ecografie. Per quello. Per il resto abbastanza.. l'unica cosa le date delle ecografie erano un po' più in là rispetto a lui che si lamentava che aveva male, dolore, che magari più andava avanti e peggio era. Però oltre a quello no. Adesso sono cmq abbastanza, cioè normale con le date.

[<Files\\Paziente 9>](#) - § 4 references coded [15,07% Coverage]

References 1-2 - 8,45% Coverage

PZ: gonfiava il braccio sisi, portava infezione anche quello in poche parole. E poi mi sono è capitato? Sono stato ricoverato Anche lì ho chiesto il ricovero. Mi hanno fatto l'ecodoppler. Mancava il dottore a Chivasso per fare l'ecodoppler, mi hanno ricoverato in pronto soccorso e intanto mi sono beccato il Covid. *Risata*
E così che da un giorno o due che dovevo stare lì, sono stato un mese. Perché poi sono stato ricoverato a settimo ed essendo a casa da solo non potevo neanche stare da solo per il fatto che dovevano venire l'infermiera come lì a .. col covid non potevano farlo. Allora mi hanno messo a settimo. E mi sono fatto un mese lì. Dopo di che abbiamo fatto di nuovo l'ecodoppler, non era ancora apposta come .. abbiamo rimandato 15 giorni. Dopo di che ha deciso di uscirsene da solo l'ago. Sarebbe tutto via. In poche parole non ho fatto 2 ricoveri. *Risata*. Il giorno dopo è scappato via questo. Così *Risata*.

References 3-4 - 6,62% Coverage

PZ: tumore al colon. 15 cm. Ce lo avevo molto vicino all'ano. E allora sono stati costretti a mettere la colostomia. Poi dopo una 15ina di mesi siamo ritornati per le vie normali. Il problema è che mi ha creato steatosi nel punto in cui sono stato ricongiunto. In poche parole avevo una faccia così. Sono arrivato alle Molinette e avevo un'ora di tempo. 1 ora. Se entro un'ora non venivo operato ci lasciavo le penne. Mi hanno aperto, tirato via 8 kg di intestino, dopo di che mi hanno lasciato 3 giorni aperto, attaccato a una lavatrice. poi hanno messo a posto e mi è passato tutto là. Poi la mi hanno messo l'illeostomia e da allora ce l'ho. Sinceramente non mi crea problemi. Fortunatamente non mi crea problemi. Però.

Famiglie e caregiver (13 files; 73 references)

[<Files\Paziente 1>](#) - § 4 references coded [2,86% Coverage]

Reference 1 - 0,35% Coverage

Facevo il macellaio e ho sempre lavorato

Reference 2 - 0,46% Coverage

diciamo che non ho mai preso mutua dopo l'operazione,

Reference 3 - 0,54% Coverage

non ho mai avuto problemi, sempre andato a lavorare come mutua

Reference 4 - 1,51% Coverage

La mia mamma la conosce molto bene Luisella ... è quella che sta sempre alla finestra, è sulla sedia a rotelle, ha 92 anni e sono io a preparare le medicine anche per lei.

[<Files\Paziente 10>](#) - § 3 references coded [1,78% Coverage]

References 1-3 - 1,78% Coverage

PZ: Che siccome l'ho preparato perché la dottoressa mi ha mandato la ricetta e mi ha portato ieri. Allora non avevo nessuno che andava a ritirare e sta mattina è venuto mio figlio che è andato a fare le analisi di sangue alla malpinghi. E mo mi va a prendere le medicine.

[<Files\Paziente 11>](#) - § 3 references coded [12,79% Coverage]

References 1-2 - 9,34% Coverage

SD: Poi abbiamo quelle del mezzogiorno: lo xarelto a mezzogiorno. Lei sa perché prende lo xarelto?

PZ: per il sangue mi hanno detto

SD: mentre invece, tornando a quelli del mattino, il pantorc per cosa lo prende?

PZ: quello per lo stomaco

SD: l'irbersartan

PZ: quello è per la pressione

SD: il lasitone invece perché lo prende?

PZ: quello non lo so

CG: questo è per urinare. Perché prende anche il lasix insieme

SD: il metoprololo perché lo prende

PZ: per il cuore.

SD: poi prende lo xarelto, sempre per il sangue, e poi prede quelle della sera

PZ: *indicando una busta no*, prendo queste a mezzogiorno

SD: ah basta? La sera non prende niente?

PZ: si. C'è questo qua a mezzogiorno e questo lo prendo alle 6.

SD: alle 6 del pomeriggio la furosemide.

CG: che sarebbe lasix.

SD: bravissimo!

PZ: eh perché lui mi sta dietro con.. senno. Me ne vado già..

Reference 3 - 3,45% Coverage

SD: ma quindi lei riesce a spezzare le pastiglie?

PZ: si con il coltello. A volte me le faceva lui, ma adesso mi sono abituata. Mi devo abituare a fare l'insulina.

SD: ecco, l'insulina. Lei riesce a farsela da sola, giusto?

PZ: si. Tutto io faccio. Ah questa devo buttarla. L'ho fatta sta mattina questo. Ogni 8 giorni

[<Files\\Paziente 17>](#) - § 1 reference coded [4,04% Coverage]

Reference 1 - 4,04% Coverage

SD: senta ma quanti nipoti ha?

PZ: 11 nipotini 6 femmine e gli altri tutti maschi

SD: è anche bisnonna

L: si

[<Files\\Paziente 19>](#) - § 2 references coded [4,34% Coverage]

Reference 1 - 3,58% Coverage

dissenteria con sangue. Allora l'ho portata urgentemente da un primario che conosco io, bravissimo. Gli ho spiegato la situazione e mi ha detto che non poteva essere operata in queste condizioni. La mamma aveva paura. Io le ho detto no, tu ti devi operare.

PZ: abbiamo aspettato 2 anni.

Reference 2 - 0,75% Coverage

SD sisi suo figlio mi ha detto che prende questo qua, giusto?

[<Files\\Paziente 2>](#) - § 7 references coded [9,32% Coverage]

References 1-2 - 0,73% Coverage

certo la mamma è sempre la mamma ma è come è morta ogni tanto ci penso e non ci devo pensare

Reference 3 - 3,43% Coverage

ero portata giù per una visita a me l'hanno ricoverato e io pensavo di andare a prendere dopo poche ore mi hanno detto andate a casa perché c'era l'inizio del covid che chiamiamo quando abbiamo fatto tutti gli esami gli accertamenti sono tornata a casa la sera l'ho chiamata ma mi hanno detto che stavano facendo degli esami la tenevano lì ancora per un controllo l'indomani mi hanno telefonato che era mancata e non l'ho più vista.

Reference 4 - 2,01% Coverage

Pensa quando io pensavo l'unica volta nella mia vita che sono stata ottimista nel senso che pensava adesso vado a prenderla me la porto a casa invece mi hanno chiamato dicendomi che ha avuto due arresti cardiaci uno l'ha superato l'altro no ero lì seduta

Reference 5 - 1,58% Coverage

mi hanno detto che mia mamma aveva il covid e mi ha detto di stare chiusa in casa per 14 giorni circa infatti non sono andata neanche al funerale niente ... non le dico...non lo auguro neanche al cane ...

Reference 6 - 0,86% Coverage

ci sono nata e vissuta ho 67 anni puoicapire..conosco tutte le mura ...riconosco i rumori ma capisco cosa sono

Reference 7 - 0,71% Coverage

il mio parroco che io ho assistito era un sacerdote i diceva male non fare paura non avere

[<Files\\Paziente 21>](#) - § 5 references coded [43,37% Coverage]

References 1-3 - 20,65% Coverage

Pensando appunto a nonna, perché lei è il caregiver della nonna, da dove vuol partire per raccontare appunto la storia dei suoi farmaci?

CG: sono ormai 2 o 3 anni che prende tutte queste medicine e niente, continua a prendere sempre con il medico.

SD: quali sono le patologie che ha?

CG: lei è cardiaca, ha problemi di core, problemi alle gambe. Ha le gambe molto gonfie, non cammina. Fa troppa fatica a camminare. Allora ci sono io che la guardo un attimino anche. Ho più tempo per darle le medicine e tutto quello di cui ha bisogno.

SD: quindi vivete insieme?

CG: si si

Reference 4 - 19,98% Coverage

SD: e invece per ricordarsi quali sono i farmaci del mattino, quelli del pranzo e quelli della sera, ha un modo per organizzare i farmaci.

CG: si, abbiamo gli astucci con le settimane. Ci sono tutti i farmaci da lunedì a martedì, giovedì, venerdì, fino alla domenica. Dipende cosa deve prendere.

SD: ho capito. Quindi sono astucci dove sei obbligato a togliere le compresse dalla confezione. Giusto?

CG: si

SD: gli astucci vengono riempiti da lei?

CG: si

SD: quindi lei c'è sempre, non va in vacanza per esempio?

CG: no no, non vado mai io in vacanza.

Reference 5 - 2,74% Coverage

SD: la nonna usa il cellulare per parlare con il medico?

CG: no, ci sono io.

[<Files\Paziente 22>](#) - § 2 references coded [4,67% Coverage]

Reference 1 - 3,19% Coverage

Da allora è cambiato, specialmente. Mentre in precedenza quando mi ammalavo, ero un lavoratore dipendente e via dicendo, potevo anche stare a casa, poi essendo un lavoratore autonomo, mi capitava di avere un'azienda da mandare avanti. Ammalarsi era un lusso, cioè dovevo cercare di stare il meno possibile malato.

Reference 2 - 1,49% Coverage

PZ: eh dovrei averli, spesso e volentieri vengo beccato proprio in fallo. C'è la moglie che controlla, mi chiede se lo hai preso e via dicendo.

[<Files\Paziente 3>](#) - § 6 references coded [9,62% Coverage]

Reference 1 - 1,99% Coverage

quando sono stata ricoverata che c'era lui hanno fatto dei farmaci ma non mi passava il mal di testa urlavo peggio di una iena proprio

Reference 2 - 0,56% Coverage

Avevo 5 figli 17 nipoti e 2 pronipoti

References 3-4 - 4,39% Coverage

Neanche con quella più

da quando è mancato il papà si sono allontanati tutti

Mi hanno lasciata a me stessa

Guarda che è tutto registrato ...ò non mi va che tu parli di cose personali mie . mi da fastidio.

Fatti i fatti tuoi

Non mi piace. Che parli male dei miei figli. Rimangono i miei figli.

Reference 5 - 1,56% Coverage

gli altri facevano la colletta per comprare i farmaci perché sapevano che avevo questo problema cerebrale

Reference 6 - 1,12% Coverage

se lui potesse da solo andare allo studio del medico o prendere i farmaci

[<Files\\Paziente 4>](#) - § 12 references coded [16,85% Coverage]

Reference 1 - 0,61% Coverage

Me li ricordo io

I farmaci sono tutti quelli (indicando una scatola appoggiata sul tavolo della cucina)

Reference 2 - 1,61% Coverage

Quindi a che ora inizia con il primo farmaco

CG= Io inizio alle 7 perché lui non si ricorda quello che deve fare.

PZ: Lei me li da perché ci ha gli orari

CG= Non ricorda niente e faccio tutto io

PZ: Non è che me lo dimentico e che non so fare non so come si chiamano

References 3-4 - 3,24% Coverage

Lei quanti figli ha

due

quanti anni ha tuo figlio?

Buh...

Il 7 agosto fa 47 anni ... 48 anni ci ha

Anche i suoi figli non li vede tanto

E sua figlia 42 anni la grande

Ha 5 nipoti

Quindi in tutto avete

5 figli

17 nipoti

2 pronipoti

Io non ho sorelle

Sono figlia unica meno male

È morta pure mia madre

Mio papà è morto a 36 anni

Una è nata un mese fa Ginevra

Lei invece ha

2 figli

5 nipoti 4 maschi e una bambina

Non li puoi invitare tutti

È una famiglia grande

Se ne vanno al ristorante e si arrangiano

Reference 5 - 4,27% Coverage

Lui ha la gamba grazie a me

Perché volevano amputare perché ormai la gamba non andava piu

Invece io ho cambiato stratagemma

Loro hanno fatto un affare per mettere l'argento sopra e la betadina quelle cose li

Io ho tolto tutto...ho preso la betadina liquida non è una cosa difficile lo inzuppavo mettevo dentro poi aggiungevo acqua di mimosasapone di mimosa poi l'acqua ossigenata un po' di penicillina facevo un intruglio mischiavo facevo un'inzuppazione e lo mettevo sul piede

Lo lasciavo un quarto d'ora

Dopo toglievo tutto questo, lo buttavo, lo sciacquavo e mettevo il disinfettante che ci avevo la bottiglia Lo mettevo di nuovo nel piede

Lo mettevo con la fascetta e una bacinella apposta me la sono comprata per lui

Reference 6 - 0,71% Coverage

La figlia fa la roche e ha saputo ordinare lei e li ha fatta procurare lei. Costa cara una bottiglia di sapone di mimosa

Reference 7 - 1,29% Coverage

Erano in uno stato pazzesco

Io voglio aggiungere qualche cosa

Così metto al corrente di tutto come puzzavano i piedi

L'ulcera...la notte non dormire nel letto per la puzza le ulcere puzzavano e di notte mi alzavo

Reference 8 - 0,34% Coverage

Volevano tagliarmi la gamba e basta...io mi sono opposta io

Reference 9 - 0,24% Coverage

L'hanno mandato a casa con un buco così..

Reference 10 - 0,52% Coverage

Tutta la notte come puzzava sempre

Mi dovevo alzare toglievo il pus e mettere le bende

Reference 11 - 3,39% Coverage

Quando la sinistra hanno tagliato hanno lasciato il buco vuoto che hanno dovuto crescere

Hanno attaccato la cannuccia ...come si chiama...

Una macchinetta che si chiama la vacca che tirava 24hsu24 per tre mesi tirava tirava tirava.....la carne poi è cresciuta grazie alle

Di notte sempre a cambiarlo perché puzzava quando è arrivato dall'ospedale la prima medicazione che ho fatto ho pianto perché ho detto ma cosa devo fare con sto piede Perché era tutto aperto ...ero impressionata non era facile Devi mantenere sempre la mente lucida perché un po' che sbagliavi rimanevi fregato

Reference 12 - 0,62% Coverage

Grazie sempre alle persone che stanno presenti

Ecco la dottoressa che ci rompo le scatole tutti i giorni

[<Files\\Paziente 5>](#) - § 4 references coded [9,64% Coverage]

Reference 1 - 3,01% Coverage

Vengono a casa a fare il prelievo?

Si si prima andavo al Malpighi a fare il prelievo ma poi mio figlio mi ha detto basta. Devi andare al mattino a fare il prelievo. Poi tornare il pomeriggio per ritirare il referto. Ora basta.... Ha fatto tutto lui. Sono in mano a mio figlio. ci pensa tutto lui. Ha la stampante. Ha tutto. Faccio vedere il foglio.

References 2-3 - 5,98% Coverage

Lui mi ha raccontato 1996 il primo trombo. policitemia vera.....

Il suo midollo funziona troppo. Produce molto sangue. Per cui fa ogni tanto il salasso. Ogni 2-3 mesi. Ma è da qualche mese che non li fa più perché l'ematocrito è basso. L'ha fatto l'anno scorso l'ultimo a febbraio del 2021. Non ne ha più fatti. Siamo andati all'ultima visita aprile non l'hanno fatto. Perché lui ha avuto un piccolo incidente nel senso che perdeva sangue nelle urine. Per fortuna che c'era lei qui così se ne accorga e siamo andati in pronto soccorso.

Poi lo abbiamo portato. Hanno trovato un polipetto di 25 cm nella vescica e hanno fatto in pressa in pressa ad operarlo perché era maligno ma a bassa intensità

Reference 4 - 0,64% Coverage

Combinazione a maggio, una domenica mia moglie era qua e se e'era accorta...

[<Files\\Paziente 6>](#) - § 9 references coded [20,89% Coverage]

References 1-2 - 1,12% Coverage

Dietro a mio marito ci vengo sempre io perché lui non sa rispondere a tutte le domande che gli fanno.

Reference 3 - 1,18% Coverage

Stava morendo. È andato in coma. Ho tutte le medicine che ci devo dare alla dottoressa per fare le ricette.

References 4-5 - 7,32% Coverage

Infatti ora su una cosa la dottoressa mi scrive originale.

Mi ha detto il farmacista. Io vado contro i miei interessi. Perché questi qui che non sono originali io ci ho un tot che mi costano, con gli altri sono altre cifre.

Pagare 70 euro incide sul bilancio familiare. Lui che era l'unico che portava i soldi a casa che, lavorava e che portava a casa lo stipendio.

(CG) Io ho lavorato per 50 anni ma senza pensione. Perché ho lavorato in nero.

Ci sono tante persone giovani che non si curano perché non se lo possono permettere. Poi ci sono quelle spese fisse per cui se io ho già un affitto, un mutuo e le utenze da pagare.... Devo pure pagare i farmaci...

Reference 6 - 3,29% Coverage

Le pastiglie che sono contenute nel blister, toglie le pastiglie dal blister per metterle nel contenitore? Ha modo di ricordarsi anche la forma della pastiglia perché caso mai una pastiglia del mattino dovesse andare nella scatoletta del pomeriggio

CG no no no si ricorda la forma e il colore.

Reference 7 - 1,16% Coverage

CG a volte gli dico di alzarsi e di fare qualcosa lentamente per non vederlo seduto...datti un po' da fare

References 8-9 - 6,82% Coverage

Come va? Proprio ora siamo tornati dal mare perché mio marito si è sentito male.

E lei ci ha detto che forse era troppa aria, troppo ossigeno che ha tolto il respiro. A qualcuno il mare fa bene ad altri no. Ci aveva chiamato per chiederci se ci eravamo dimenticati dell'appuntamento perché non ci eravamo presentati. Io gliel'avevo detto che fino alla fine del mese non c'erano... E lei aveva detto che si era dimenticata.

Abbiamo fatto 28 giorni di vacanza ma io mi sono andata ad ammazzare e lui invece non ha fatto niente. Avendo le case.... Io pulisco sempre.... La casa in Calabria... dopo 6 anni che non ci andavamo

[<Files\\Paziente 7>](#) - § 15 references coded [17,37% Coverage]

Reference 1 - 0,17% Coverage

Marito: La più esperta è lei.

Reference 2 - 1,96% Coverage

Signora intervieni: Sono delle vitamine quelle che gli mettono. L'adamil è quello che gli da prurito. E adesso fa solo il Cermil. Abbiamo provato un giorno con uno per valutare quale era quello che poteva fargli male e che gli dava allergia, prurito da per tutto. Il giorno dopo solo con Cernil nella sacca normale con tutti i suoi componenti.

References 3-5 - 1,41% Coverage

Signora: per me ormai è una cosa normale. *Risata soffocata* ormai io ho le mie abitudini. So quando devo togliere la sacca dal frigo. Io sono impegnata con lui sempre
CB intervieni: Lei è impegnata praticamente il pomeriggio per la sacca e la sera

Reference 6 - 1,29% Coverage

Signora: la sacca viene preparata al pomeriggio e viene messa dopo cena. Lui infonde di notte.

Paziente: io vado dalle 8.15 8.30 fino alle 2, le 3 fino a che non arrivo a 1007. Poi la tolgo, la mattina lei mi fa il lavaggio.

Reference 7 - 1,13% Coverage

Sig: prima venivano da ivrea le nostre sacche. All'inizio. E c'era una dottoressa che mi ha insegnato come preparare la sacca. Sono venuti anche dalla baxter per 15 giorno perché erano molto diversi

References 8-10 - 3,93% Coverage

CB: alle molinette ci sono dei programmi per l'intestino corto e per la nutrizione parenterale. C'è la convenzione con la baxter. Prevede anche degli interventi della baxter per insegnarti. Poi per il lavaggio, la medicazione del foro, l'inserimento dell'ago, adesso c'è l'ADI.

Pz: il lavaggio lo fa la *mia moglie*, mentre l'ADI una volta alla settimana vengono.

Signora: il lavaggio glie lo devo fare io. Il lavaggio più approfondito, no io no.

PZ: no lei non lo fa questo. Non lo vuole neanche toglierlo.

Signora: no, mi fa impressione. Voglio dire: devo rischiare di fargli male? È un ago curvo

CB: poi c'è rischio di infezione.

Signora: mi sono rifiutata.

CB: ha fatto bene

Reference 11 - 1,13% Coverage

CB: quanti figli avete?

SIG: 5 femmine dottoressa. Tutte sposate, siamo anche bisnonni. Una nipotina di 5 anni e un maschietto di 8 mesi. Nonni bis

SG: bisnonni complimenti! Complimenti d'avvero!

References 12-13 - 4,96% Coverage

PZ: e in realtà non hanno voluto riconoscerle l'accompagnamento. Io ho l'invalidità al 100%

SIG: almeno avessero fatto qualcosa, perché io prima lavoravo. 7 anni fa io lavoravo

CB: e poi ti sei dovuta licenziare?

SIG: eh ho dovuto stare a casa per lui. Come lo lasciavi a casa che non stava neanche in piedi con i problemi. Poi operazioni su operazioni

PS: sempre nelle edilizie. Io per 2 anni, li per un anno ero sempre buttato li nel letto.

SG: e lei che lavoro faceva?

Sig.: io mi adattavo, non ero a posto con i libretti. Comunque facevo le pulizie per una signora a gassino. Ci ho lavorato per 14 anni da lei. Quando l'ho lasciata di punto in bianco, poverina si è trovata persa. Perché eravamo diventate come due sorelle. E in più avevo la nonnina della L. che guardavo. G il marito e poi la nonnina che anche lei è morta l'anno scorso. Guardavo anche lei.

Reference 14 - 0,16% Coverage
e cosa fanno per risolverlo?

Reference 15 - 1,24% Coverage

Sig: ma io una pensione la prendo, quella sociale. 280 € mi danno.
Pz: perche avendo io 650 dell'invalidita. Ho più di 11000 all'anno ma marito e moglie non lo possono prendere e quindi allora ho portato a lei 280.