

Aderenza al trattamento con CPAP in pazienti OSA: strategie di supporto e intervento

Elisa Morrone

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹ l'aderenza terapeutica è definibile come "il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante".

Il termine "aderenza" viene dalla parola latina *adhaerere* che significa: aggrapparsi, restare vicini o rimanere costanti in una pratica o principio, nell'osservanza o mantenimento di una indicazione; una definizione che evoca il ruolo attivo del paziente ad attenersi a un regime terapeutico indicato.

Si ritiene, erroneamente, che il termine aderenza sia sinonimo di *compliance*.

Compliance deriva dal latino *complire*, ovvero completare un'azione, soddisfare una promessa, cedere a un desiderio, a una richiesta: per definire il comportamento di una persona, *compliant* è chi tende a essere accondiscendente, compiacente, capace di conformarsi ai desideri e alle indicazioni dell'altro. In campo clinico il termine *compliance* descrive una condotta del paziente, ovvero la sua acquiescenza nei confronti delle prescrizioni. Per questo motivo, al termine *compliance* si preferisce quello di

aderenza, un termine sicuramente più appropriato, che esprime meglio un'alleanza terapeutica, un lavoro collaborativo tra terapeuta e paziente, potenti fattori predittivi dell'esito del trattamento.

Il nuovo concetto di aderenza, con un ruolo attivo e partecipativo del paziente, è la base di ciò che suggerisce l'approccio bio-psico-sociale, approccio che pone al centro il paziente con le sue peculiarità psicologiche, caratteristiche mediche e contesto sociale.

È in questa nuova definizione di aderenza che il modello bio-psico-sociale² si inserisce anche nell'ambito della Medicina del Sonno, come modello di gestione del paziente, con l'obiettivo di definire le caratteristiche caso-specifiche e migliorare gli *outcome* e l'aderenza alla terapia.

Secondo questo modello ogni paziente dovrebbe essere valutato dal punto di vista:

- ▶ biomedico, con variabili che descrivono il paziente clinicamente dal punto di visita medico;
- ▶ sociale, con variabili che descrivono il *network* del paziente e l'impatto della patologia su tale *network*;
- ▶ psicologico, con variabili che descrivono l'atteggiamento del paziente e le caratteristiche personali.



Le apnee ostruttive durante il sonno (OSA) sono un disturbo respiratorio caratterizzato da ostruzione intermittente, parziale o completa, delle vie aeree superiori durante il sonno. I pazienti OSA possono presentare diversi sintomi tra cui russamento, sonno non ristoratore, cefalea al risveglio, nicturia, stanchezza, sonnolenza diurna, *deficit* neurocognitivi. Il trattamento più ampiamente prescritto per i pazienti con OSA è l'applicazione di una pressione positiva continua alle vie aeree (CPAP).

L'aspetto dell'aderenza alla terapia con CPAP rappresenta il punto chiave della gestione del paziente OSA. Il 15-30% dei pazienti ha una scarsa *compliance* (non accetta il trattamento), l'8-15% prova a usarla ma ne rifiuta l'utilizzo dopo una prima notte, il 25-50% dei pazienti che accetta il trattamento non ha una buona aderenza a lungo termine. L'aderenza diminuisce al 50% a distanza di un anno, al 25% a distanza di tre anni. I motivi che portano a una scarsa aderenza possono essere diversi: un

miglioramento del quadro sintomatologico che induce a ritenere di non averne più bisogno, oppure esser correlata al fatto che durante l'inquadramento clinico non sono state prese in considerazione alcune comorbidità, come l'insonnia che interessa il 50-75% dei pazienti con disturbi respiratori nel sonno³, la presenza di claustrofobia, ansia e depressione, patologie molto frequenti nei pazienti con disturbi respiratori nel sonno, ma che spesso vengono ignorate³. Esistono dei fattori positivi che influenzano e condizionano l'aderenza al trattamento: la presenza di sintomi sicuramente è un fattore che influisce positivamente^{4,5}. Il paziente avverte subito quanto e come cambia la sua qualità della vita utilizzando la CPAP, migliora la qualità del sonno, la concentrazione, la sonnolenza diurna, la libido, segnali che incentivano l'aderenza.

Esistono anche dei fattori che condizionano in modo negativo l'aderenza, come per esempio l'età e il sesso: i pazienti giovani e le donne presentano maggiore difficoltà

tà ad accettare l'utilizzo del dispositivo^{4,5}. Esistono anche fattori negativi legati per lo più a "effetti indesiderati della CPAP" quali irritazioni cutanee provocate dalla maschera, irritazione degli occhi dovuta a perdite dall'interfaccia, il rumore del dispositivo che disturba il compagno di letto.

Sono state sviluppate e proposte diverse strategie per aumentare l'aderenza al trattamento con CPAP^{5,6}. Strategie "tecniche": ventilatori più silenziosi, maschere sempre più confortevoli, uso dell'umidificatore.

Sono stati sviluppati dei veri e propri percorsi educativi e di supporto per i pazienti, percorsi che prevedono informazione ed educazione sulla patologia e sul trattamento, attraverso gruppi psicoeducativi, utilizzo di materiale informativo sulle cause e conseguenze della patologia e di un suo mancato trattamento, sul funzionamento del ventilatore. La base comune delle strategie terapeutiche e di supporto è quella di fornire un *feedback* positivo al paziente, ascoltarlo in modo attivo e rinforzarlo positivamente sugli obiettivi raggiunti, soprattutto durante le prime notti di trattamento. L'aderenza al trattamento si gioca infatti proprio nei primi mesi di utilizzo del dispositivo. Molti studi hanno sottolineato l'importanza del primo impatto con la CPAP come fattore predittivo significativo di futura aderenza al trattamento, suggerendo che i benefici percepiti già dopo la prima notte siano rilevanti nel determinare l'aderenza alla terapia^{4,6}.

L'approccio che ha dato più risultati nel migliorare l'aderenza al trattamento è la terapia cognitivo-comportamentale che ha lo scopo di sensibilizzare, istruire e seguire il paziente nell'accettazione della malattia, nella conoscenza della stessa e nell'utilizzo del dispositivo. Il percorso di supporto prevede una parte dedicata alla psico-edu-

cazione sulla patologia e sul trattamento. Durante questa fase si racconta al paziente qual è la differenza tra sonno normale e sonno patologico, che cos'è il disturbo respiratorio nel sonno, quali sono le complicanze dello stesso, quali sono i trattamenti possibili per questo tipo di disturbo, il perché della scelta di un tipo di trattamento, la spiegazione dei rischi per la salute associati all'OSA non trattata. Si lavora sugli aspetti cognitivi, sull'individuazione dei pensieri disfunzionali, ovvero pensieri non adeguati che il paziente ha in relazione al suo problema e che influenzano la sua aderenza. Individuati i pensieri inadeguati si mettono in discussione insieme al paziente. Un esempio di pensiero non adeguato potrebbe essere la errata convinzione che il russamento sia una fisiologica manifestazione del sonno. Partendo da questo pensiero si racconta al paziente cosa sia in realtà il russamento, perché si russa e cosa succede durante il russamento, per arrivare a portarlo a mettere in discussione e non esser più convinti che quel pensiero sia corretto. Si lavora per individuare i comportamenti inadeguati che il paziente mette in atto, per esempio usare la CPAP da sveglia, o non seguire le norme di igiene del sonno. Anche in questo caso si discute con il paziente del perché questi comportamenti non sono corretti, dandone una motivazione scientifica, ma con termini adeguati al paziente⁵.

Anche nell'approccio cognitivo-comportamentale si integra il modello bio-psico-sociale. Nel modello bio-psico-sociale² il paziente è al centro del percorso diagnostico-terapeutico e ne è parte attiva. Il paziente viene visto come persona con un disturbo respiratorio (Figura 1), con le sue variabili biomediche: severità delle apnee; sesso; presenza di sintomi diurni e notturni; tipo di dispositivo prescritto; maschera in dota-

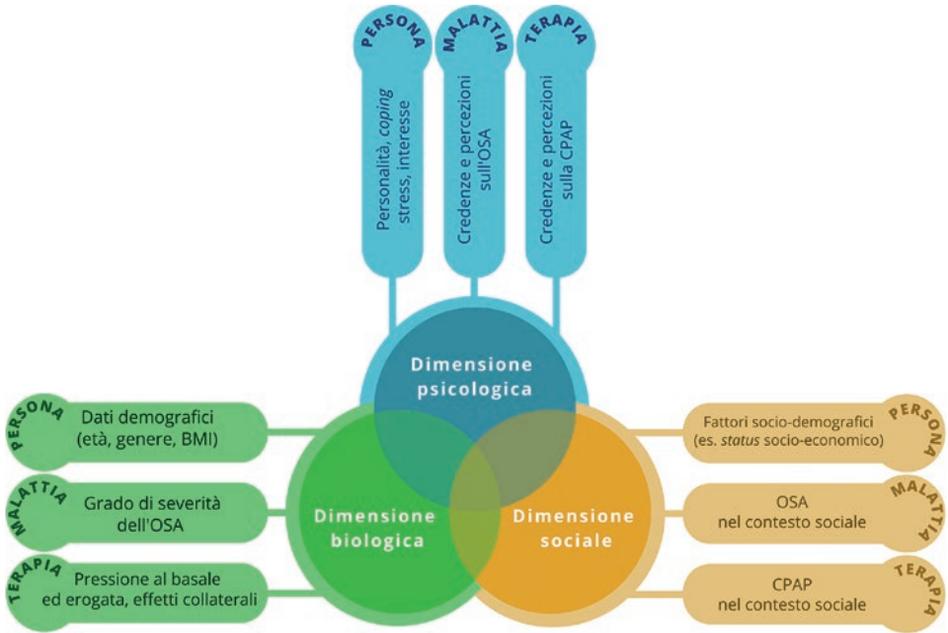


Figura 1. Modello bio-psico-sociale (mod. da Crawford et al.).²

zione; variabili psicologiche; sue strategie di *coping* o gestione dello stress; copresenza di altri disturbi come insonnia e ansia; pensieri e percezioni relativi alla sua patologia. Poi con le variabili sociali che descrivono il *network* del paziente, l'impatto della patologia sulle sue relazioni sociali.

I pazienti hanno bisogno di essere sostenuti, coinvolti nella scelta terapeutica, e l'empatia comunicativa, nonché l'approccio bio-psico-sociale possono aiutarli nel loro percorso di cura.

Bibliografia

- 1) World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneve: World Health Organization, 2003.
- 2) CRAWFORD MR, ESPIE CA, BARTLETT DJ, GRUNSTEIN RR. *Integrating psychology and medicine in CPAP adherence – new concepts?* Sleep Med Rev 2014;18:123-39.
- 3) EYSTEINSDOTTIR B, GISLASON T, PACK AI, ET AL. *Insomnia complaints in lean patients with obstructive*

sleep apnea negatively affect positive airway pressure treatment adherence. J Sleep Res 2017;26:159-65.

- 4) LO BUE A, SALVAGGIO A, IACONO ISIDORO S, ET AL. *OSA and CPAP therapy: effect of gender, somnolence, and treatment adherence on health-related quality of life.* Sleep Breath 2020;24:533-40.
- 5) WOZNIAK DR, LASSERSON TJ, SMITH I. *Educational, supportive and behavioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnoea.* Cochrane Database Syst Rev 2014;CD007736.
- 6) MORRONE E, GIORDANO A, CARLI S, ET AL. *Something is changing in adherence to CPAP therapy: real world data after 1 year of treatment in patients with obstructive sleep apnoea.* Eur Respir J 2020;55:1901419.