

Aderenza e Medicina Generale

- Aderenza come elemento cruciale, soprattutto per i soggetti ad alto rischio
- Problemi
- Inadeguata prescrizione
- Inerzia terapeutica
- Scarsa continuità e aderenza

Antefatto

L'allungamento dell'età media di vita vede un aumento delle malattie croniche e il 65% della popolazione anziana con più di 65 anni ha una o più malattie croniche, come l'asma, il diabete, malattie cardiache e malattie renali¹. Componenti importanti nel management delle malattie croniche sono le prescrizioni farmacologiche e l'efficacia dei farmaci.

I benefici a lungo termine dipendono dall'aderenza alle prescrizioni dei farmaci², che viene definita come "la capacità delle persone di seguire le prescrizioni farmacologiche"³.

Le problematiche legate all'assunzione dei farmaci, come la difficoltà ad aderire ai regimi prescritti e gli effetti avversi degli stessi, possono essere più fastidiosi per i pazienti rispetto agli stessi trattamenti^{4,5}. La **non aderenza ai farmaci è un evento pericoloso per la salute**, riduce il benessere dei pazienti e aumenta i costi sanitari; negli USA la non aderenza ai farmaci causa circa 125.000 morti l'anno.

Inoltre anche la continuità terapeutica non è ottimale e sembra riguardare il primo

anno dopo l'evento, contribuendo in maniera negativa al grosso problema della non-aderenza farmacologica.

Premessa

L'aderenza alle prescrizioni farmacologiche rappresenta un comportamento individuale che comprende:

1. assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta);
2. persistenza terapeutica, ossia prosecuzione della cura per il periodo di tempo consigliato dal medico.

Migliorare l'aderenza e l'inerzia terapeutica si può anche se è difficile senza il supporto di altre figure professionali (ad es. infermieri e farmacisti facilitatori).

Gli studi che misurano sia l'aderenza all'assunzione che gli outcome di salute contribuiscono meglio a comprendere se il paziente aderisce all'assunzione dei farmaci.

Benché l'aderenza ai farmaci sia una problematica a livello mondiale, non esistono a tutt'oggi linee guida, raccomandazioni o indirizzi che ci portano in una direzione specifica.

Nonostante l'aumento di pazienti che assumono giornalmente più tipi di farmaci, ci sono minime evidenze a supporto di interventi che possono migliorare l'aderenza all'assunzione⁵. Tutti gli interventi valutati si sono avvalsi della collaborazione di farmacisti.

Gli approcci di intervento utilizzati sono stati:

1. adozione di un promemoria per i farmaci;
2. semplificazione del regime farmacologico;
3. educazione terapeutica;
4. telefonate per valutare l'aderenza ai farmaci;
5. counselling e counselling telefonico;
6. pianificazione degli orari di assunzione dei farmaci;
7. confezionamento personalizzato dei farmaci;
8. follow-up finalizzato per migliorare l'aderenza all'assunzione dei farmaci.

La non aderenza

Le misure volte a facilitare l'aderenza dei pazienti all'assunzione dei farmaci dovrebbero essere considerate parte integrante della cura delle persone anziane; tuttavia la compromissione delle funzioni cognitive può compromettere in modo sostanziale il comportamento di aderenza.

I fattori che portano alla **non aderenza** si possono riassumere in:

- presenza di problemi psicologici, in particolare la depressione;
- presenza di disturbi cognitivi;
- trattamento di malattie asintomatiche;
- effetti collaterali del farmaco;
- mancanza di convinzione da parte del paziente sui benefici del trattamento;
- mancanza di conoscenze sulla malattia da parte del paziente,
- scarsa relazione fra medico e paziente;

- presenza di barriere per il trattamento;
- complessità del trattamento;
- eventuale pagamento del medicamento.

Migliorare l'aderenza nell'assistenza primaria

I metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza possono essere raggruppati in 4 categorie:

- l'educazione del paziente: non vi è dubbio che gli interventi educativi/informativi sulla famiglia e sul paziente possono avere un effetto favorevole sull'aderenza alla prescrizione;
- il miglioramento della comunicazione fra medico e paziente: l'aumento della comunicazione fra paziente e medico è la chiave di un'efficace strategia nel potenziare la capacità del paziente e della famiglia nel seguire il regime terapeutico;
- il miglioramento dello schema di trattamento: si basa sull'uso di contenitori di compresse, divisi in scomparti, nei quali suddividere i farmaci a seconda dell'ora di somministrazione. Il miglioramento prevede inoltre l'uso di farmaci a lento assorbimento, che riducono la somministrazione di più dosi nell'arco delle 24 ore;
- l'aumento delle ore nelle quali il medico è a disposizione del paziente: ritardare l'appuntamento con un paziente può avere come conseguenza diretta quella di una sospensione o di un diradamento della somministrazione di un farmaco, in attesa della visita.

Poiché molti fattori contribuiscono alla bassa aderenza all'assunzione farmaci e l'impiego di una sola strategia può non essere efficace per tutti i pazienti, è necessario adottare un sistema multifattoriale ^{6,7}.

Un esempio per migliorare

Le malattie cardiovascolari sono il più elevato fattore di mortalità nel mondo. Agli elevati costi sanitari che esse comportano sono da aggiungere i pesanti costi indiretti generati dalle perdite di produttività – perdite inflitte dalla stessa mortalità o dalle disabilità conseguenti. Di tutti

questi costi è responsabile in buona misura anche la non-compliance alla terapia farmacologica. A questo proposito, i dati di due studi indicano che una compliance di oltre il 75% consente una diminuzione nel numero degli eventi coronarici e degli infarti miocardici, mentre analisi retrospettive hanno mostrato che il tasso medio della compliance non raggiunge, in realtà, il 60%.

I costanti progressi compiuti nel trattamento della fase acuta dell'infarto miocardico (IMA) hanno determinato una consistente riduzione della mortalità intra-ospedaliera e un progressivo aumento del numero dei pazienti post-infartuati.

Per non vanificare nel breve-medio termine i risultati di tali interventi è necessario tuttavia garantire ai pazienti un'altrettanto efficace continuità terapeutica e assistenziale

FIGURA 1.

Trattamento farmacologico in seguito a un infarto miocardico acuto dal 2001 al 2006: una ricerca italiana in prevenzione primaria (da Filippi et al., 2009, mod.).

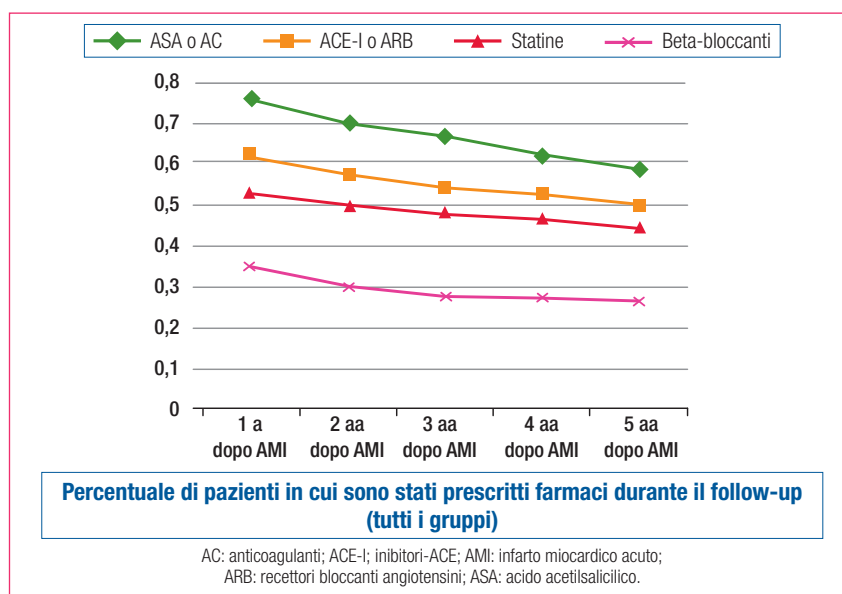


FIGURA 2.

Trattamento farmacologico in seguito a un infarto miocardico acuto dal 2001 al 2006: una ricerca italiana in prevenzione primaria (da Filippi et al., 2009, mod.).

	ASA	Beta-bloccanti	Statine	ACE-I o ARB
Mai prescritto	26,5%	61,5%	27,9%	33,7%
1 anno in 5	8,7%	7%	9,8%	6,4%
2 anni in 5	6,9%	5,4%	26,1%	7,7%
3 anni in 5	8,2%	5,4%	17%	7,5%
4 anni in 5	8,8%	5,1%	5,9%	9%
Tutti e 5 gli anni	40,9%	15,6%	13,3%	35,7%

ACE-I: inibitori-ACE; ARB: recettori bloccanti angiotensini; ASA: acido acetilsalicilico.

dopo la dimissione dalla fase acuta, anche nell'ottica di un uso razionale delle risorse. Purtroppo, in tale ambito le strategie non sono altrettanto definite e soprattutto non altrettanto ben implementate.

Da una survey nazionale condotta da medici di medicina generale (MMG) è emerso che la prescrizione delle terapie raccomandate nei soggetti con pregresso IMA è aumentata dal 2001 al 2006, ma resta ancora sotto-dimensionata. Particolarmente rilevante appare la scarsa utilizzazione dei beta-bloccanti e delle statine.

La percentuale di pazienti che seguiva il trattamento per tutti i 5 anni esaminati è risultata del 16% per i beta-bloccanti, del 41% per gli anti-aggreganti, del 36% per gli ACE-inibitori (o sartani) e del 13% per le statine⁸ (Figg. 1, 2).

Un paziente, per essere realmente consapevole – nella misura in cui può esserlo chi non sia un “tecnico” e sempre che lo stato di salute non lo impedisca – ha bisogno di disporre di adeguate conoscenze.

Al di là del personale bagaglio di base – che si dovrebbe accrescere attraverso un'articolata educazione sanitaria – la conoscenza dipende soprattutto dall'informazione data dai professionisti sanitari.

Crediamo fermamente che l'interazione con il sanitario debba incentrarsi su un flusso bidirezionale, tale da permettere al paziente di esternare dubbi, preoccupazioni ma anche di portare a conoscenza il professionista di elementi potenzialmente rilevanti per l'impostazione diagnostica o terapeutica.

Nell'odierno contesto di una medicina ipertecnologica e frammentata in una molteplicità di discipline, è comune il rilievo di insufficienza di dialogo con il paziente.

L'invocazione che da più parti si leva è di recuperare il rapporto con il malato, riguardandolo nella sua interezza e stabilendo con lui quella sintonia che alcuni bioeticisti chiamano “alleanza terapeutica”, altri negoziazione – per trasformare la conflittualità nasosta nella relazione tra paziente e sanitario in un compromesso che soddisfi entrambi e permetta un'aperta collaborazione –, altri ancora *patient's centered care*^{9,10}.

Su questo solco si pone la pletorica serie di foglietti informativi – sempre più a vocazione enciclopedica – specifici per prestazione diagnostica o terapeutica¹¹.

FIGURA 3. L'audit clinico con MilleGPG.



FIGURA 4. Le aree critiche dell'assistenza.

Indicatore	Personale	LAP
Prevalenza diabete mellito tipo 2	6,96%	4,5%
Pazienti con almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi	45,28%	80%
Pazienti con dato abitudine al fumo registrato	100%	90%
Pazienti con almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni	80,19%	60%
Pazienti con ultimo valore di emoglobina glicata < 7% negli ultimi 365 giorni	70,15%	50%
Pazienti con un esame di fondo oculare a/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi	74,53%	80%
Pazienti con almeno una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 15 mesi	0%	30%
Pazienti con almeno una misurazione di pressione arteriosa negli ultimi 365 giorni	48,11%	70%
Pazienti con ultimo valore di pressione arteriosa negli ultimi 365 giorni <= 130/80 mmHg	49,02%	40%
Pazienti con almeno un dosaggio della microalbuminuria negli ultimi 15 mesi	63,21%	60%
Pazienti con almeno un dosaggio della creatinemia negli ultimi 15 mesi	71,7%	70%
Pazienti con diagnosi di ipertensione con almeno una prescrizione di ACE-inibitori/Sartani negli ultimi 365 giorni	89,16%	90%
Pazienti con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	52,83%	70%
Pazienti con ultimo valore di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi < 100 mg/dl	45,45%	50%
Pazienti con vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni	0%	70%

FIGURA 5. Migliorare la qualità assistenziale.

Richiamo del paziente che non effettua i controlli necessari per la sua patologia

Generazione di avvisi in MilleWin (alert warning)

Atteggimento proattivo del medico di medicina generale

Elenco stampato per il personale di studio

Le cronicità

Nelle cronicità i sintomi, condivisi da molte patologie benché riconducibili a meccanismi fisiopatologici diversi, convergono spesso in sindromi cliniche comuni.

A queste sindromi è possibile rispondere mediante protocolli di assistenza definiti, il cui contenuto dovrà prevedere: indicazioni per una corretta valutazione; misure di trattamento generali (ad es. corretta postura, alimentazione, stili di vita adeguati ecc.); trattamenti farmacologici.

Le aree problematiche che più frequentemente richiedono interventi assistenziali sono rappresentate da situazioni che impediscono o limitano il normale svolgimento delle attività di vita, che sono caratterizzate da segni e sintomi ricorrenti quali: stipsi, diarrea, vomito problemi del cavo orale, disturbi respiratori, piaghe da decubito, ansia, depressione, dolore.

Possiamo fare di meglio, noi MMG?

Migliorare ancora la prescrizione attraverso:

1. sistemi telematici e informatici con "ricordo" (cellulare, Ipad, ecc.), ad esempio in Figure 3, 4, 5;
2. indicatori e standard personali (le reti);
3. audit personali;
4. ridurre inerzia terapeutica.

Migliorare l'aderenza:

- sperimentare nuove strategie;
- migliorare l'organizzazione di studio.

La valutazione della cartella clinica e l'introspezione dei dati risultano essenziali ai fini del miglioramento continuo della qualità assistenziale. Un aspetto particolarmente interessante della sezione appropriatezza statine riguarda la possibilità di identificare agevolmente i pazienti che hanno subito eventi cardiovascolari o sono diabetici, ma che non sono in trattamento con statine, oppure ancora quei pazienti che potrebbero essere affetti da una dislipidemia familiare e necessitare di una terapia con statine, pur non avendo subito eventi cardiovascolari e avendo un profilo di rischio cardiovascolare, valutato secondo l'algoritmo del Progetto Cuore ISS, relativamente basso.

- Singolo paziente ad alto rischio
- Popolazione assistita ad alto rischio (> 100 soggetti)
- Popolazione assistita ad alto rischio nei prossimi 10-20 anni di lavoro
- La popolazione assistita ad alto rischio della forma associativa/gruppo, ad esempio 50 MMG -> 6.500 pazienti -> circa 130 eventi/anno
- Vogliamo evitarne 30 nel 2011 e 300 nei prossimi 10 anni?

Bibliografia di riferimento

Banning M. *Older people and adherence with medication: a review of the literature*. Int J Nurs Stud 2008;45:1550-61.

Bonito V. *Negoziare oggi per agire domani*. Janus 2004;14:28-32.

Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, et al. *Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care*. J Cardiovasc Med 2009;10:714-8.

Haynes RB, Yao X, Degani A, et al. *Interventions to enhance medication adherence*. Cochrane Database Systematic Reviews 2005;4:CD000011.

Lamberto A, Levaggi R. *La comunicazione fra medico e paziente: aspetti di costo efficacia*. Politiche sanitarie 2004;1:52-9.

Negrini G, La Pietra L, Marchisio S. *L'informazione al paziente*. De Qualitate 2003;(lug-ago):49-54.

Ruppar TM, Conn VS, Russell CL. *Medication adherence interventions for older adults: literature review*. Res Theory Nurs Pract 2008;22:114-47.

Sabatè E, ed. *Adherence to Long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization 2003, pp. 1-209.

Williams A, Dunning T, Manias E. *Continuity of care and general wellbeing of patients with comorbidities requiring joint replacement: an Australian study* J Adv Nurs 2007;57:244-56.

Williams A, Manias E, Walker R. *Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review*. J Adv Nurs 2008;63:132-43.

Wolff JL, Starfield B, Anderson G. *Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly*. Arch Intern Med 2002;162:2269-76.