

Aderenza terapeutica in medicina generale: al centro la relazione col paziente

La questione dell'aderenza terapeutica nelle cronicità è cruciale sia per la salute del paziente che per l'erario dello Stato. Abbiamo chiesto a Ovidio Brignoli, vice-presidente Simg, di illustrarci il punto di vista del Mmg, le osservazioni e le possibili strategie per migliorare la situazione

Livia Tonti

Il tema dell'aderenza terapeutica è stato di recente riportato alla ribalta da una survey dell'Anmar (Associazione Nazionale Malati Reumatici), che ha mostrato come più di un terzo delle persone con malattie croniche dichiarari di non aderire correttamente alle terapie prescritte dal medico curante. Abbiamo colto questo spunto per chiedere il punto di vista dei Mmg su questo argomento, e a questo scopo abbiamo interpellato **Ovidio Brignoli**, vice-presidente della Simg, che nel rispondere alle nostre domande ci ha offerto una panoramica su questa tematica in Medicina Generale, su cosa osservano i Mmg dal loro punto di vista e quali potrebbero essere alcune strategie per migliorare la situazione.



Dottor Brignoli, anche nella vostra esperienza di Mmg potete riscontrare il fenomeno della scarsa aderenza alle terapie prescritte? E con quali caratteristiche?

“Eh sì, è un fenomeno che conosciamo bene e che, per alcuni aspetti specifici, abbiamo anche studiato nel dettaglio.

L'Anmar parla di 1/3 dei pazienti, e noi sappiamo con certezza che in ambito respiratorio, per esempio, per quel che riguarda la bronchite cronica, a un anno di distanza dall'inizio terapia abbiamo addirittura solo il 13% di aderenza, che vuol dire che 87 pazienti su 100 smettono la terapia entro un anno. Abbiamo dati molto solidi in tema di ipertensione, di malattie cardiovascolari e di dislipidemia, dove sicuramente la situazione va meglio. Praticamente abbiamo sostanzialmente una persona su due non

aderente e non persistente al trattamento.

È un tema assolutamente importante innanzitutto per i pazienti: smettere una terapia cronica significa quasi sempre esporsi a un rischio di ricaduta della malattia, e qualche volta anche a un rischio di eventi gravi associati alla malattia stessa. Se noi smettiamo la terapia per lungo tempo per una dislipidemia, per esempio, il rischio di avere un evento cardiovascolare o cerebrovascolare aumenta in maniera significativa. Il discorso vale anche per chi cessa una terapia di natura respiratoria, perché le performance senza terapia sono decisamente peggiori rispetto a quelle di chi assume la terapia, con un danno soggettivo, per il paziente, ma anche oggettivo, per l'erario dello Stato, perché cessare una terapia vuol dire vanificare il costo dei farmaci che vengono assunti in maniera non propria. Come si dice: “i farmaci non funzionano, soprattutto se non li prendi”.



Sempre la ricerca Anmar enumera tra i principali motivi di scarsa aderenza la dimenticanza e la paura di eventi avversi: rispecchia quello che notate anche nella vostra esperienza? Ci sono altri motivi che vi vengono riportati?

“Il primo motivo di scarsa aderenza che di solito rileviamo è la **politerapia**. Quando uno comincia ad avere 5, 6, 7 farmaci diversi al giorno, che significa spesso avere 10, 12, 14, fino a 20 assunzioni giornaliere, si stufa, non è che si dimentica, dice: “non vivo più.. non è vita questa”. E questo ci sta, credo sia un problema noto, tanto che da anni le multinazionali stanno cercando di mettere insieme in una sola pillola più farmaci, ad esempio in tema



Ovidio Brignoli

Medico di famiglia dal 1980, è stato segretario provinciale della Fimmg a Brescia dal 1995 al 1998 e poi segretario regionale negli anni 1996-1997. Dal 1988 al 1991 è stato coordinatore responsabile della Simg Lombardia e dal 1998 ricopre la carica di Vice-Presidente nazionale. Dal 1990 al 1992 e dal 1999 a oggi è consigliere dell'Ordine dei Medici di Brescia.

di ipertensione e di diabete, mentre è già stato fatto per l'Hiv.

Il secondo tema è la **dimenticanza**, di sicuro una questione da considerare.

C'è un terzo aspetto, molto interessante, che riguarda il fatto di dover **assumere farmaci per patologie che non danno disturbi**. Per esempio i sintomi della pressione alta praticamente non esistono, o meglio esistono ma se la pressione ha già combinato qualche danno, quindi diventa facile, in questo caso, dire: ma perché devo assumere la terapia, visto che non ho nessun disturbo?

Ancora in coda, c'è il motivo del **costo**. Non tutte le patologie sono esenti da ticket, alcune costringono i pazienti ad assumere farmaci costosi, quindi se sono una persona anziana, che ha la pensione minima, di 600 € al mese, e devo spenderne 30 in farmaci, questo incide significativamente sulla mia situazione di vita e quindi riduco i farmaci più costosi. Poi ci sono gli aspetti legati agli **eventi avversi** e all'**interazione farmacologica**. Si tratta di 6 o 7 tematiche: abbastanza per capire che i motivi della mancata aderenza e persistenza sono numerosi ”.



Quali sono i farmaci a maggior rischio di "dimenticanza"?

“ Ci sono alcune categorie di farmaci che i pazienti non amano e sono quelli che prenderli o non prenderli per loro non dà nessuna differenza. Se io ho la febbre e prendo la tachipirina la febbre mi passa, e quindi è difficile che se uno dice al paziente “prendi la tachipirina tre volte al giorno”, lui non la prenda, perché ha un beneficio immediato: sulle malattie acute il paziente si dimentica poco. Sulle malattie croniche che non danno sintomi, il paziente ha qualche ragionevole problema. Le dislipidemie sono un classico esempio di questo, difatti le statine per anni sono state uno degli elementi centrali della mancata aderenza terapeutica. A questi si aggiungono i farmaci che danno disturbi, quelli per patologie che non hanno creato nella testa del paziente un rischio e pericolo e anche quelli di difficile uso ”.



Come monitorare l'aderenza terapeutica da parte del Mmg?

“ Da quando sono arrivati i sistemi elettronici, e quindi le schede sanitarie in medicina generale, è abbastanza semplice monitorare la terapia. Quindi la risposta a questa domanda è: tutti i Mmg che usano un sistema informatico hanno la possibilità di valutare, in tema di patologie croniche, se il paziente ha ancora farmaci a casa, se li sta finendo o li ha finiti. Questo non è un problema, ma lo è nel momento in cui il medico, per esempio, faccia fare le ricette o le faccia in assenza di paziente, cosa che può succedere. Voglio dire: quando per es. il paziente telefona in studio e dice alla segretaria che ha finito il farmaco, o addirittura, come fanno alcuni, mandano un Whatsapp o un messaggio o una mail al medico, quest'ultimo ha lo stesso contezza se lui ha finito le pastiglie, ma non vedendo il paziente diventa difficile costruire un percorso di aderenza e di persistenza alla terapia, di eventuale modifica e di spiegazione. Quindi il tema è: gli strumenti ci sono, è facile farlo, però bisogna costruire una relazione. È meno difficile di una volta, ma impegna tempo e risorse da parte del paziente e del medico. Io appartengo alla categoria di persone che ritengono che i pazienti cronici debbano comunque essere visti con una certa periodicità che decide il medico. La patologia non sta ferma, anche se è cronica e controllata, quindi c'è la necessità che, all'atto della prescrizione o dalla riprescrizione, il medico guardando negli occhi il paziente, magari anche visitandolo, capisca se va tutto

bene o no. Le patologie croniche hanno bisogno di un contatto continuo fisico fra medico e paziente ”.



Cosa si può fare per aiutare i vostri pazienti a seguire meglio le prescrizioni?

“ Ci sono alcune cose molto pratiche. Quando il medico eroga o riprescrive una terapia a un paziente cronico dovrebbe avere tempo per spiegargli che cosa fa ogni singolo farmaco e come va assunto, spiegandolo in maniera che il paziente capisca, e verificare che abbia capito. Il secondo problema è che per ogni singolo farmaco andrebbero segnalate la posologia in maniera corretta e le modalità di assunzione, scrivendole su un foglietto poi consegnato al paziente, dopo averlo guardato insieme. La terza questione riguarda il poter stabilire una connessione con i farmacisti. Il medico e il farmacista sono infatti le persone più vicine alla terapia del paziente. Un altro aspetto potrebbe essere la presenza di un’infermiera all’interno dello studio dei Mmg, che permetterebbe di affidare a questa figura l’educazione sanitaria sull’uso corretto dei farmaci, senza ulteriore investimento di tempo del medico su questa pur importante questione ”.



A suo avviso possono le istituzioni da una parte e le associazioni di pazienti dall’altra aiutare a creare le condizioni per favorire una migliore aderenza terapeutica? E in che modo?

“ Sì, certo, facendo cultura, e relazionandosi con gli operatori sanitari, ma il grosso carico è su questi ultimi. Le associazioni hanno quasi sempre fatto ottimamente il loro compito, educativo e informativo, in collaborazione con gli specialisti e con i Mmg. Queste hanno la forza e la capacità di fare riunioni per spiegare ai malati che cosa significa assumere alcuni tipi di farmaci, come funzionano, perché bisogna rispettare i tempi, ecc. Potrebbero educare i pazienti al corretto uso dei farmaci in una patologia cronica. Lo stesso discorso si potrebbe fare salendo di grado con campagne ministeriali, soprattutto per farmaci costosi. Va aggiunto inoltre che talvolta i limiti posti dall’ente regolatorio sono devastanti. Faccio un esempio: non posso scrivere la triplice per il paziente con BPCO perché lo deve fare lo specialista. Però posso scrivere la duplice, più il cortisone, cioè sempre la triplice ma che costa molto di più. Inoltre, sarà più aderente uno che fa un puff al mattino e alla sera con una triplice o uno che ne deve fare quattro perché ha due device diversi? ”.



Il Manifesto per l’aderenza alla terapia farmacologica, redatto qualche anno fa, poneva l’accento sulla relazione medico-paziente: quanto conta a suo avviso questo aspetto, e in che cosa consiste nel concreto? Quali difficoltà esistono per implementarlo nella pratica quotidiana?

“ Sono assolutamente d’accordo col Manifesto; peraltro io mi riferivo anche a quello, quando ho fatto le mie affermazioni precedenti. Che cosa bisogna fare? Questo in qualche modo l’abbiamo detto: è compito del medico quello di accompagnare il paziente nella corretta assunzione del farmaco, spiegandogliela e utilizzando strumenti che aiutino a memorizzare. Questo lavoro andrebbe integrato con la collaborazione dei farmacisti e del personale infermieristico, in termini di educazione all’uso corretto dei farmaci. I pazienti cronici sono tanti, ma non sono infiniti, quindi potremmo fare un buon lavoro se il medico fa esattamente quello che deve fare, oppure potremmo anche usare strumenti che piacciono molto ai sindacalisti: ti do 1 € per ogni piano che mi scrivi e che consegni al paziente. Però servono risorse e serve tempo ”.



Le nuove tecnologie quanto possono influire sull’aderenza terapeutica? E in che modo?

“ Questo è un tema spinosissimo, perché siamo tutti convinti che una maglietta che misura frequenza, temperatura, battito cardiaco, peso, altezza, sudorazione, risolve i problemi delle persone, ma in realtà questo ci dà solo qualche dato in più: i problemi delle persone si risolvono vedendo le persone. La Ict [Information and Communications Technology, ndr] facilita alcune questioni, ma qualche volta le complica. Se io dovessi dare libero sfogo ai pazienti dicendo loro: scrivetemi su Facebook, su Whatsapp, sulla mail e sugli Sms del telefono, passerei tutta la mia giornata a leggere quello che mi scrivono. La tecnologia è quindi un vantaggio o uno svantaggio? Bisogna capire: questi strumenti ci sono, ma vanno usati correttamente. Mentre può essere utile un’App che mi ricorda quando devo assumere il farmaco, avere montagne di dati è interessante, ma che mi serve? Quali sono i pazienti che hanno veramente bisogno di un monitoraggio continuo? La tecnologia ci può far fare passi da gigante, però deve essere usata correttamente. Io la guardo con l’occhio del vecchio clinico e la uso per quello che mi serve. Per cui benissimo la tecnologia, ma benissimo anche a tutte le regole che devono essere messe in campo perché questa venga usata correttamente, sennò diventa una devastazione ”.