

Il paziente e l'accettazione attiva del percorso di cura nel setting della MG

Possiamo affermare con certezza che l'aderenza terapeutica è un tematica estremamente rilevante per chi esercita la professione di medico di medicina generale.

A testimoniare sono alcuni contributi spontanei che sono arrivati all'attenzione della redazione dopo la pubblicazione sul numero 6 di M.D. *Medicinae Doctor* dell'intervista al vice **presidente della Simg, Ovidio Brignoli**, su tale problematica che implica molteplici competenze: gestionali, cliniche, farmacologiche ed empatiche. Ma la persistenza terapeutica, soprattutto nella cronicità, rappresenta una vera emergenza in tutti i campi della medicina. Di seguito proponiamo una sintesi di due articoli sull'argomento, corredati da QR CODE per scaricare il PDF dell'articolo integrale inviatici

L'aderenza terapeutica nella pratica del medico di famiglia

■ A cura di **Saffi Giustini** già *Mmg Pistoia e consulente Regione Toscana; Docente Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale - Firenze*

Il contesto nel quale "facciamo" assistenza. I prossimi anni saranno cruciali sia per il futuro della Medicina di Famiglia (Mdf/MG) sia, più in generale, per quello del sistema della assistenza primaria. Il centro dell'assistenza si è già spostato fuori dall'ospedale, costretto ad una forte cura dimagrante, con la diminuzione del numero dei posti letto e dei giorni di degenza.

Questo cambiamento, già in atto in alcune regioni non potrà certo essere gestito dal Mmg che lavori singolarmente e in modo isolato, ma governato da una organizzazione molto più complessa di quella finora realizzata e di cui si cominciano solo ora a vedere elementi iniziali e di sistema (Aft, Case di Comunità, Infermieri di Famiglia).

È prevedibile che il Mmg resterà come l'unico professionista "generalista" in una professione ormai fatta solo di tecnici e solo se inserito in un team specializzato all'assistenza ter-

ritoriale che sia in grado, in un contesto organizzativo multiprofessionale, di prendere in carico i pazienti cronici, potrà garantire una buona sanità a costi compatibili con la sopravvivenza del servizio sanitario pubblico.

L'attuale evoluzione demografica in Italia è caratterizzata da una persistente bassa natalità e da una longevità sempre più marcata. All'allungamento dell'età media di vita consegue un aumento delle malattie croniche: il 65% della popolazione anziana con più di 65 anni ha una o più malattie croniche, come l'ipertensione, il diabete mellito, le cardiopatie, le malattie renali, la bronchite cronica ostruttiva.

Le due componenti principali nel *management* delle malattie croniche sono le prescrizioni farmacologiche e l'efficacia dei farmaci.

I benefici a lungo termine di queste dipendono fortemente dall'aderenza alle prescrizioni.

Alla fine rimangono sul campo proble-

mi che già conosceamo come:

- assente definizione di chi debba essere diversamente assistito in quanto malato "complesso" o affetto da "multimorbilità";
- implementazione di diversi modelli assistenziali a seconda dei bisogni espressi;
- assenza di figure intermedie (*care-manager*, per es) operative in percorsi codificati istituzionalmente;
- necessità di una formazione per il Mmg dedicata al paziente complesso, con particolare riguardo alla politerapia.

Infatti, il rischio di interazione tra farmaci cresce con il numero dei farmaci assunti ed aumenta anche la probabilità di sviluppare reazioni avverse, che necessitano di ospedalizzazione e che nella maggior parte dei casi sono evitabili (*tabella*).

Dagli anni novanta, sono stati sviluppati degli strumenti per aiutare il medico nella scelta di una prescrizione

TABELLA

Numerosi fattori concorrono a determinare una condotta non-aderente

Tipi di non-aderenza	Fattori correlati a				
	Paziente	Farmaco	Prescrittore	Farmacista	Sistema Sanitario
Non segue la terapia	✓		✓	✓	✓
Dimentica di prendere il farmaco	✓	✓			✓
Assume una dose non corretta	✓		✓	✓	
Assume il farmaco all'ora sbagliata	✓	✓		✓	
Sospende la terapia troppo presto	✓	✓	✓		✓

Tabella modificata

appropriata per il paziente anziano, come i criteri di Beers, partendo da semplici domande:

- ci sono duplicazioni (esempio farmaci della stessa classe)?
- è ancora presente l'indicazione per la quale il farmaco è stato prescritto originariamente?
- sono stati valutati i rischi e i benefici del farmaco?
- si può sospendere il farmaco che ha originato la reazione avversa?
- si può adattare la posologia in rapporto alla funzionalità renale?

Nella pratica quotidiana, sembra/è più facile aggiungere un farmaco che toglierne uno.

► La pleora di linee guida

Ci troviamo di fronte a una pleora di linee guida specifiche per ciascuna patologia, spesso inapplicabili a pazienti anziani con multiple comorbidità. Ed il sistema non aiuta il Mmg in quanto si trova a affrontare:

- Indicatori di qualità e meccanismi incentivanti (*pay-for-performance*) derivati dalle stesse linee guida.
- Eccessive aspettative di pazienti e familiari.
- Limitate conoscenze di farmacologia e tossicologia geriatrica.
- Attenzione terapeutica concentrata sulla condizione acuta, trascurando la rivalutazione dei farmaci già prescritti per patologie croniche.
- Reazioni avverse interpretate erro-

neamente come nuove malattie da trattare con ulteriori farmaci.

I pazienti a rischio maggiore di reazioni avverse (ADR) sono quelli a cui viene prescritto il numero più elevato di farmaci (82% di rischio per chi assume ≥ 7 farmaci) o che assumono antitrombotici, insulina, ipoglicemizzanti orali, farmaci cardiovascolari o per il sistema nervoso centrale, ad alto rischio di eventi avversi. I medici devono identificare segni di pre-esistente tossicità farmacologica (cadute, confusione mentale, letargia), spesso impropriamente attribuiti all'età avanzata.

L'utilità di un farmaco si colloca in un *continuum* tra due estremi:

- da utilità elevata (benefici provati e misurabili in tutti i pazienti anziani virtualmente eleggibili, facilità di somministrazione e monitoraggio, potenziali effetti avversi limitati);
- a bassa utilità (indicazioni discutibili, difficoltà di somministrazione e monitoraggio, elevato rischio di effetti avversi in molti o addirittura tutti i pazienti).

All'aumentare del numero dei farmaci prescritti, aumenta sia il rischio di potenziali ADR, sia la probabilità di non compliance (sino a 85%).

Una volta condiviso con il paziente il processo di *de-prescription*, i farmaci selezionati possono essere sospesi, o gradualmente ridotti, uno alla volta, mantenendo uno stretto monitoraggio per verificare eventuali recidive della malattia o l'insorgenza di sin-

dromi da astinenza o da *rebound*.

Gli anziani sono particolarmente esposti al rischio di patologia da farmaci: nel 2001, le persone di età superiore ai 65 anni rappresentavano il 16% della popolazione e consumavano il 39% dei farmaci prescritti nelle aree urbane.

A oltre 13 anni di distanza la situazione fotografata dallo studio condotto dal Geriatrics Working Group (GWG) dell'Aifa ci riferisce che:

- un anziano su due, oltre i 65 anni, assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno;
 - quasi il 60% della popolazione ultra-65enne manifesta scarsa aderenza alle terapie per malattie come depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi;
 - 36.000 anziani sono esposti a possibili rischi per assunzione di 2 o più farmaci aritmogenici;
 - 22.000 sono esposti a pericoli di sanguinamento per uso contemporaneo di 3 farmaci pro-emorragici;
 - 85.000 anziani sono a rischio di insufficienza renale per uso contemporaneo di 3 farmaci dannosi per i reni.
- Ed è con queste informazioni, con questi dati che ci alziamo la mattina e andiamo in ambulatorio.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf dell'articolo originale di Saffi Giustini

Aderenza terapeutica: una sfida per il medico

■ A cura di **Arcangelo Minei** Medico di medicina generale, Taranto

La questione della aderenza alla terapia è una problematica che riguarda tutti i campi della medicina, molto spesso trascurata dal personale sanitario e si riferisce non solo alla terapia farmacologica. Rappresenta una sfida per il medico, specie per il medico di medicina generale.

Le patologie croniche colpiscono circa 24 milioni di persone e più della metà di queste ha già più di una patologia cronica. Il prossimo trentennio sarà caratterizzato da un aumento delle patologie croniche e della multimorbilità che incideranno notevolmente sull'economia e sulla sostenibilità del Ssn. La non aderenza terapeutica rappresenterà un motivo di danno clinico e socio-economico non trascurabile. Tale aspetto già oggi, ma soprattutto in prospettiva, richiede l'attenzione e l'impegno di tutti. L'OMS ha affermato che *"aumentare l'efficacia di adesione alla terapia potrebbe avere un impatto molto maggiore sulla salute della popolazione di qualsiasi miglioramento medico specifico"*. Molto spesso vengono utilizzati in modo improprio, sia dai clinici sia dai pazienti, termini come aderenza, *compliance*, persistenza, concordanza. Bisogna fare chiarezza, è bene definire il significato dei termini per utilizzarli in modo corretto.

► Uso corretto dei termini

Il termine aderenza dal latino *Adhaerere* significa aggrapparsi, restare vicini o rimanere costanti. Nell'*Oxford English Dictionary* è definito come *persistenza in una pratica o principio; costante osservanza o mantenimento*. Tale definizione evoca la tenacia che i pazienti devono avere attenendosi a un regime terapeutico. Secondo l'OMS l'aderenza terapeutica può essere definita come il *"grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante"*. Le tradizionali bar-

riere all'adesione alla terapia comprendono la complessità del regime e l'incapacità da parte del paziente di comprendere l'importanza dell'aderenza, che, a sua volta, può derivare da una scarsa comunicazione da parte del sanitario. Fattori predittivi di aderenza terapeutica sono:

- **fattori legati al paziente** (attitudini, abitudini, convinzioni, contesto socio-economico);
- **fattori legati al prescrittore** (competenza, conoscenza, attitudini, convinzioni, contesto professionale);
- **fattori inerenti il Sistema Sanitario di riferimento** (accessibilità ed equità delle cure).

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

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

I due aspetti possono essere disgiunti. Il paziente può essere persistente (prosegue la cura nel tempo), ma non aderente (assume il farmaco in dosi inferiori a quelle prescritte).

La non aderenza terapeutica può essere distinta in intenzionale:

- il paziente comprende cosa dovrebbe fare ma decide diversamente per convinzioni errate circa la natura della malattia, per dubbi circa il valore delle terapie farmacologiche o per paura dei possibili effetti avversi o degli effetti collaterali dei farmaci.

E non intenzionale caratterizzata da difetti di comunicazione tra medico e paziente:

- il paziente non comprende completamente la necessità della cura, il paziente non è in grado di seguire le prescrizioni o dimentica di assumere il farmaco nella modalità prescritta.

Bisogna tener presente che gran parte della popolazione anziana assume da 5 a 9 farmaci quotidianamente. In totale 7,5 milioni di italiani anziani assumono 5 o più farmaci al giorno. La scarsa aderenza alla terapia causerebbe 194.500 morti all'anno in Europa con un costo di circa 125 miliardi di euro/anno sempre in Europa, costo stimato negli USA circa 300 miliardi di dollari/anno. L'aderenza risulta più elevata quando il paziente è ben informato sulla propria condizione per cui deve assumere uno o più farmaci, ha un dialogo aperto con il proprio medico curante in cui ripone la sua fiducia, crede nell'efficacia del trattamento prescritto, per esempio, perché ne rileva i benefici.

Compliance. *Compliance* deriva dal latino *Complire* (riempire, completare un'azione, una transazione, un processo). Nell'*Oxford English Dictionary* la definizione è *l'agire in accordo con, o il cedere ad una richiesta desiderio, condizione ecc.* Secondo alcuni questa parola è usata per definire il comportamento di una persona che vuole compiacere o conformarsi ai desideri dell'altro. L'atteggiamento attuale nei confronti di questo termine è che *tradisce un atteggiamento paternalistico nei confronti del paziente da parte di chi prescrive la terapia*. In campo clinico le dimensioni della compliance sono individuate in modo approssimativo, all'interno di quel *continuum* che presenta ad un estremo la massima "ubbidienza" alle direttive di chi prescrive la terapia e a quello opposto il completo rifiuto del trattamento: *sopra l'80% è alta, sotto il 40% è bassa e dal 20% in giù si parla di resistenza*.

Concordance significa *essere d'accordo o l'essere concorde*. Il concetto di concordanza sottende che prescrittore e paziente dovrebbero raggiungere un accordo sul regime della terapia che il paziente assumerà. Ne deriva che i pazienti dovrebbero assumersi maggiori responsabilità nella loro gestione, anche se non tutti sono disposti a farlo. La differenza fondamentale rispetto alla *compliance* è che la *concordance* richiede la partecipa-

zione attiva di due soggetti: l'operatore sanitario e il paziente. La concordanza necessita del coinvolgimento attivo del paziente da parte del medico. Un approccio interamente centrato sul medico è responsabile, con elevata probabilità, di non aderenza. Un approccio centrato sul paziente facilita l'identificazione e la gestione delle condizioni di rischio. Una buona comunicazione migliora l'aderenza, la soddisfazione e la prognosi clinica.

La persistenza terapeutica. Dal latino *per-sistere* (persistere, protrarsi nel tempo per una durata notevole) di una situazione che nello specifico riguarda la terapia. La persistenza terapeutica è il mantenimento nel tempo di una terapia farmacologica.

Persistenza al trattamento: *"tempo intercorrente fra l'inizio e l'interruzione di un trattamento farmacologico prescritto"*. Gli indicatori di aderenza e persistenza si possono calcolare per periodi di tempo estremamente brevi ed è necessario seguire il soggetto nel tempo. Vari studi, ai quali si rimanda, si sono occupati del problema che è diverso per aree geografiche, categoria terapeutica, genere, fascia di età ecc.

Il tema dell'aderenza/persistenza diventa un problema in particolare *quando il paziente diventa fragile*: il paziente deve essere informato della sua malattia, motivato all'assunzione del farmaco e percepire chiaramente sicurezza da parte del medico che conosce il farmaco e ha esperienza del suo utilizzo.

È altresì importante spiegare con parole semplici come assumere un farmaco e perché, illustrare l'uso di un eventuale *device*, dire al paziente che cosa esattamente ci si aspetta da quella terapia e perché, cercare di anticipare al paziente cosa succederà dopo l'inizio della terapia, informare sui tempi di comparsa dell'effetto, su eventi avversi comuni e il loro andamento nel tempo. In occasione di ogni visita di controllo deve essere dedicato un po' di tempo alla verifica dell'intera terapia in corso (ricognizione).

Il termine empowerment è difficile da tradurre in italiano. Il concetto che si avvicina maggiormente alla parola inglese è il *"dare potere"* ossia il permettere a qualcuno di impossessarsi di qualcosa che lo rende più capace, forte, resistente o felice. L'empowerment per la salute è il processo attraverso il quale le persone e le comunità acquisiscono un maggiore controllo circa le decisioni e le azioni che riguardano la propria salute. Obiettivi primari sono:

- *promuovere l'equità sanitaria*: opportunità uguali per tutti verso la salute, in termini di accesso a servizi e struttura sanitarie;
- *stimolare la crescita e l'espressione delle potenzialità della persona e della comunità di cui fa parte*.

L'**engagement** termine inglese entrato nella pratica clinico/terapeutica, significa *coinvolgimento dell'utente in problemi sociali, politici e, nella fattispecie, sanitari*. Parlare di *patient engaged* significa parlare di una persona consapevole dei suoi diritti e dei suoi doveri di salute, in grado di interloquire con il sistema sanitario in modo più costruttivo e proattivo. L'*engagement* del paziente non è uno strumento, ma l'obiettivo finale di un nuovo modo di concepire i percorsi di prevenzione, assistenza e cura che può determinare maggiore sostenibilità economica ed efficacia. Sicuramente per arrivare all'implementazione di un modello assistenziale partecipativo in ambito sanitario è necessario un cambiamento socio-culturale in cui il paziente diventa parte attiva del percorso di cura.

In ambito sanitario il concetto dell'*engagement* riguarda in modo particolare il settore della cronicità e della fragilità in cui bisogna considerare altri elementi importanti:

- la capacità del paziente di interagire con il sistema di cura e gestire la sua condizione di salute (*patient activation*);
- la capacità del paziente di raggiungere conoscenze, abilità personali e fiducia in sé stessi (*Health Literacy*) in grado di mi-

gliorare la salute propria e, con la modifica degli stili e delle condizioni di vita individuali, coinvolgere la Comunità,

- la possibilità da parte del paziente di essere coinvolto nella prescrizione terapeutica con la consapevolezza di scegliere, in modo condiviso, un indirizzo in presenza di varie opzioni terapeutiche (*Shared decision making*).

È necessario quindi, in una visione olistica qual è quella della Medicina Generale, passare dal concetto dell'*empowerment* a quello di *engagement* che permetta, soprattutto nell'ambito della cronicità, di passare dal modello centrato sulla cura della malattia e dal modello centrato sul paziente e sulla gestione della cura nel contesto sanitario, al modello centrato sulla persona e sulla gestione della cura in un contesto allargato.

In conclusione, l'aderenza e la persistenza terapeutica, soprattutto nella cronicità, sono una emergenza in tutti i campi della Medicina. Il successo dell'adesione alle terapie deriva da un impegno quotidiano non solo del medico curante, ma anche di tutti i componenti del servizio sanitario che, operando in sinergia, coinvolgeranno il paziente nella ottimizzazione del percorso di cura.

► I doveri del medico

Il medico deve:

- agire precocemente per prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche;
- favorire l'uso di combinazioni farmacologiche che migliorino l'impatto terapeutico, economico e sociale del paziente;
- semplificare la modalità di comunicazione per la migliore sensibilizzazione e comprensione da parte del paziente per il percorso di cura.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf dell'articolo originale di Arcangelo Minei