

L'aderenza terapeutica al tempo della crisi economica e dei social network

È noto che il beneficio completo della maggioranza dei farmaci a disposizione non dipende solo da un'appropriata prescrizione medica, ma anche dal comportamento del paziente nell'aderire, in maniera corretta, al regime terapeutico prescritto. Per aderenza terapeutica si intende il grado di adesione del paziente alle raccomandazioni del medico. Più precisamente, con il termine adesione si fa riferimento al conformarsi attivo e non passivo del paziente alle indicazioni del prescrittore riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia¹.

In maniera più precisa, è possibile scomporre il concetto di aderenza in due componenti: *compliance* e persistenza, ossia qualità e durata dell'assunzione del farmaco. Il concetto di *compliance* fa riferimento alle modalità di assunzione di un farmaco in un numero sufficiente di dosi, in accordo con la prescrizione del medico. La persistenza riguarda invece il periodo di tempo in cui il paziente assume il farmaco prescritto in modo continuativo. Per ottenere una copertura terapeutica ottimale, sia in termini di *compliance* che di persistenza, bisognerebbe avere un livello di aderenza pari ad almeno l'80 per cento dell'intero periodo di trattamento. Chiaramente questo cut-off dipende strettamente dalla malattia che si vuole trattare. Ci sono infatti trattamenti farmacologici (per esempio, la terapia della BPCO) per i quali una buona aderenza alla terapia si raggiunge con percentuali superiori all'80%. Oltre alla variabilità di significato di un livello di aderenza terapeutica rispetto ad un altro in relazione ad una specifica malattia, una delle principali difficoltà con le quali i sistemi sanitari si devono confrontare riguarda proprio la quantificazione dell'aderenza.

La misurazione dell'aderenza

I metodi per misurare l'aderenza possono essere diretti o indiretti. Tra i metodi diretti van-

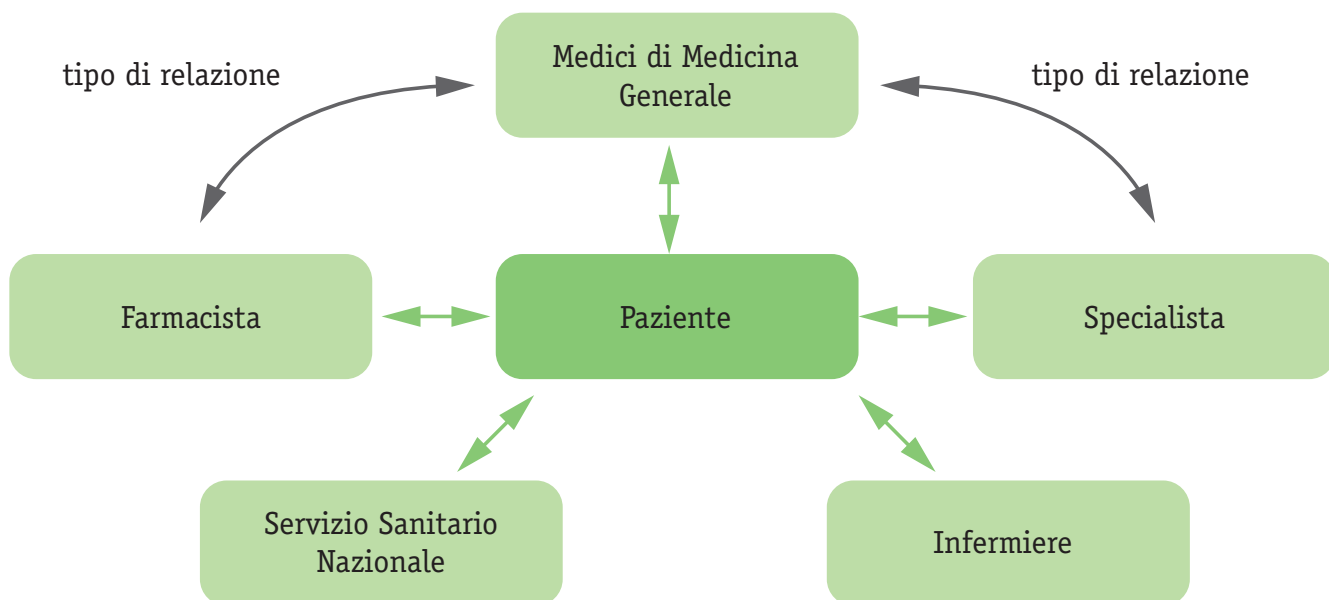
no ricordati: la terapia direttamente osservata (DOT) e la misurazione della concentrazione del farmaco o di un suo metabolita nel sangue o nelle urine. Essendo queste metodiche molto costose, si ricorre più spesso ai cosiddetti metodi indiretti, quali: chiedere al paziente se ha preso i farmaci prescritti, valutare le risposte cliniche, usare monitor elettronici, misurare gli indicatori fisiologici, contare le compresse, etc. La scarsa adesione alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria e della mortalità, rappresentando un danno in termini sia di salute dei pazienti che di sostenibilità economica per i sistemi sanitari, soprattutto in un contesto di limitatezza delle risorse².

Un basso grado di aderenza si correla infatti ad un aumentato rischio di ospedalizzazione, complicanze associate alla malattia, minore sicurezza ed efficacia dei trattamenti. Ne consegue pertanto un aumento dei costi sanitari. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si stima che, in Europa, il costo della non aderenza alle terapie farmacologiche sia pari a 125 miliardi di euro l'anno³.

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.

Favorire e mantenere alto il grado di aderenza alle terapie farmacologiche risulta particolarmente importante, soprattutto nella popolazione con un'età superiore ai 65 anni. I pazienti anziani sono esposti ad un maggior rischio di eventi acuti, specie in presenza di più patologie per le quali è spesso necessaria l'assunzione cronica di più farmaci. È noto infatti che regimi di polifarmacoterapia sono associati ad una maggiore probabilità di non aderire al regime terapeutico prescritto. Se si pensa che il nostro Paese è ai primi posti in Europa per indice di vecchiaia⁴, è facile intuire le conseguenze della scarsa aderenza sulla sostenibilità dell'assistenza sanitaria.

Dalle analisi contenute nel Rapporto OsMed 2016, più del 40% dei pazienti italiani affetti da



ipertensione arteriosa non assume il trattamento antipertensivo con continuità⁵, percentuale elevata ma in diminuzione rispetto all'anno precedente, grazie anche alle strategie messe in atto a livello nazionale e internazionale.

Prima di mettere in campo iniziative tese alla promozione e al miglioramento dell'aderenza, è fondamentale vigilare sull'appropriatezza d'uso dei farmaci, stimolando una vera e propria cultura del farmaco, diffondendo tra gli operatori sanitari e la popolazione generale un'informazione rigorosa, semplice e scientificamente valida sul corretto utilizzo dei medicinali.

I percorsi per ottimizzare l'uso dei farmaci

I risultati di oltre 70 revisioni sistematiche della letteratura in ambito di aderenza suggeriscono che ci sono molti potenziali percorsi per ottimizzare l'uso dei farmaci⁶.

Le azioni di base che possono essere intraprese sono: valutare il numero di farmaci e la complessità del regime terapeutico per ciascun paziente, cercare di ridurre il numero di somministrazioni, definire il regime farmacologico sulla base della percezione della capacità del paziente di aderire al protocollo prescritto, fornire al paziente/familiari dei promemoria che elenchi-

no i farmaci prescritti, oltre che le modalità e i tempi di assunzione.

In questo contesto, anche il foglietto illustrativo dei farmaci potrebbe diventare, nel rispetto delle normative vigenti, strumento e opportunità per illustrare il valore dell'adesione alla terapia prescritta.

Nell'ottica di ridurre la complessità del regime terapeutico, soprattutto nel campo delle malattie cardiovascolari (CVD), una valida strategia potrebbe essere quella della polipillola. Negli ultimi anni è stato studiato in dettaglio l'effetto delle polipillole sull'aderenza al trattamento⁷. In particolare, i risultati degli studi UMPIRE, IMPACT, Kanyini GAP e FOCUS hanno dimostrato che la polipillola aumenta significativamente l'aderenza al trattamento rispetto alla somministrazione dei singoli farmaci separatamente o rispetto alla terapia standard⁸. Oltre a garantire vantaggi significativi in termini di aderenza, la polipillola fornisce al prescrittore un migliore strumento per attenersi alle sempre più restrittive e rigide linee guida sulla prevenzione. Ad oggi, la polipillola CNIC-Ferrer è l'unica per cui è stata concessa un'autorizzazione all'immissione in commercio nell'UE⁹. Questa combinazione a dose fissa è costituita da un ace-inibitore (ramipril), una statina (atorvastatina) e acido acetilsalicilico, ai dosaggi stabiliti per raggiungere il



miglior rapporto sicurezza/efficacia. I prescrittori dovrebbero considerare l'approccio polipillola tra le opzioni disponibili (in associazione alle modifiche degli stili di vita) nel contesto delle esigenze individuali del paziente. La strategia basata sull'utilizzo della polipillola si avvale di un razionale non solo farmacologico ma anche economico, riducendo, grazie alla prevenzione degli eventi associati alle malattie croniche (per esempio, le patologie cardiovascolari), anche i costi che questi ultimi hanno sui sistemi sanitari nazionali. Tale vantaggio economico può risultare particolarmente utile in un contesto di crisi economica globale come quello attuale.

Alla luce di quanto appena descritto, e come recentemente affermato anche in un editoriale della Società Italiana di Farmacologia², la soluzione per migliorare l'aderenza alle terapie mediche non può prescindere da un approccio multidisciplinare, che veda direttamente coinvolti nella gestione dei farmaci non soltanto la classe medica (per esempio, medici di medicina generale, specialisti, etc) ma tutti gli operatori sanitari.

Come è emerso durante la IV edizione del Congresso nazionale FarmacistaPiù (Milano, 17-19 marzo 2017), anche il farmacista territoriale può svolgere un ruolo fondamentale nell'aumentare e mantenere l'aderenza alla terapia. Da sempre infatti il paziente che si vede prescrivere e dispensare una terapia si trova in un rapporto

relazionale complesso, nel quale la figura del farmacista 'di fiducia' può rappresentare un ulteriore alleato per garantire la salute dei cittadini ed ottimizzare le risorse economiche.

Infine, nella società moderna, un ruolo di primo piano nella gestione dell'aderenza terapeutica potrebbe essere affidato alle nuove tecnologie, applicate a programmi di automonitoraggio e autogestione dei medicinali, come ad esempio l'utilizzo di applicazioni su smartphone, di confezioni promemoria o di alert elettronici.

Uno scenario non lontano potrebbe vedere la classe medica favorevole e coinvolta nell'utilizzo dei social network (Facebook, Twitter, Instagram, etc) allo scopo di promuovere la cultura della salute, di monitorare l'efficacia degli interventi sanitari, nonché di migliorare gli stili di vita e l'aderenza ai trattamenti farmacologici¹⁰.

Niccolò Lombardi e Alessandra Bettiol

Unità di Ricerca in Farmacovigilanza

e Farmacoepidemiologia, Dipartimento

di Neurofarba, Università degli Studi di Firenze

BIBLIOGRAFIA

1. www.aifa.gov.it.
2. Aderenza alla terapia: la via dopo l'appropriatezza. Quaderni della SIF, anno XIII, n 42, gennaio 2017.
3. Volpe M, Degli Esposti L, Romeo F et al, Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento intersocietario di consenso. *G Ital Cardiol* 2014; 15 (10 Suppl 1): 3S-10S.
4. www.istat.it
5. *OsMed* 2016.
6. Ryan R, Santesso N, Lowe D et al, Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, Apr 29; (4): CD007768.
7. Fuster V, Gambús F, Patriciello A et al, The polypill approach. An innovative strategy to improve cardiovascular health in Europe. *BMC Pharmacol Toxicol* 2017; 18 (1): 10.
8. Bramlage P, Sims H, Minguet J, Ferrero C, The polypill: An effective approach to increasing adherence and reducing cardiovascular event risk. *Eur J Prev Cardiol* 2017; 24 (3): 297-310.
9. Tamargo J, Castellano JM, Fuster V, The Fuster-CNIC-Ferrer cardiovascular polypill: a polypill for secondary cardiovascular prevention. *Int J Cardiol* 2015; 201 (Suppl 1): S15-22.
10. Chretien KC, Kind T, Social media and clinical care: ethical, professional, and social implications. *Circulation* 2013; 127 (13): 1413-21.