

Riflessioni sull'aderenza terapeutica

Reflections on adherence



P. Ponzani¹, S. De Riu²

Corresponding author
paola.ponzani@gmail.com

Una riflessione critica sull'aderenza terapeutica è sempre più necessaria, soprattutto da parte degli operatori sanitari che si occupano di malattie croniche, in quanto può condizionare fortemente l'efficacia della cura. Per aderenza terapeutica s'intende la misura in cui il comportamento di un soggetto corrisponde alle raccomandazioni suggerite dal proprio medico. Questo è valido sia per le raccomandazioni terapeutiche farmacologiche sia per quelle inerenti alle modifiche dello stile di vita. Secondo l'OMS l'aderenza alle prescrizione mediche è piuttosto bassa, raggiunge al massimo il 50%, in particolare per i pazienti affetti da malattie croniche di cui il diabete ne rappresenta il paradigma.

Le evidenze della letteratura sono ormai solide nel riconoscere alla ridotta aderenza un forte impatto negativo sugli outcomes terapeutici e sui costi assistenziali⁽¹⁻⁶⁾: bassa aderenza si associa infatti ad un peggioramento del compenso metabolico, un aumentato rischio di complicanze, un aumento delle ospedalizzazioni, un aumento della mortalità, una riduzione della qualità di vita e un aumento dei costi sanitari e sociali. Il trattamento migliore, infatti, può divenire, a causa della scarsa aderenza, inefficace o meno efficace, così come esporre il paziente a rischi quali effetti collaterali da repentina interruzione della terapia, sviluppo di resistenze, dipendenza farmacologica e tossicità da sovradosaggio. Le conseguenze della scarsa aderenza sono quindi cliniche e psicosociali, con un impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti, ma anche economiche, in quanto essa genera uno spreco di risorse del sistema sanitario.

L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN. Secondo l'OMS, "aumentare l'efficacia di adesione alla terapia potrebbe avere un

impatto molto maggiore sulla salute della popolazione di qualsiasi miglioramento medico specifico".

Il riconoscimento dell'importanza di questa tematica e la consapevolezza delle sue conseguenze sugli outcomes clinici e assistenziali da parte di noi professionisti sanitari non sono così scontate. Mentre ci rendiamo conto quotidianamente delle difficoltà che incontrano i nostri pazienti nel mettere in atto le modifiche dello stile di vita, forse tendiamo a sottovalutare la frequenza di comportamenti non aderenti alla terapia farmacologica prescritta. Di fronte ad un peggioramento del compenso metabolico, pensiamo più spesso ad una mancata adesione alla dieta o a motivazioni fisiopatologiche come il declino della funzione beta-cellulare piuttosto che ad una mancata assunzione della terapia. La scarsa aderenza può essere una chiave interpretativa del gap tra l'efficacia e l'*effectiveness* sul campo di molti interventi terapeutici.

Diventa allora necessario che il personale sanitario, nel corso delle visite di controllo, non si limiti alla sola valutazione degli esiti clinico-strumentali della terapia prescritta, ma indaghi sempre sull'aderenza alla terapia stessa, verificando le cause più frequenti di eventuale scarsa adesione alle prescrizioni.

Tra i fattori e le cause legati al paziente, possiamo individuare quelli elencati di seguito.

- La mancanza di fiducia o di conoscenza dei benefici immediati o futuri del farmaco.
- Il timore di effetti collaterali negativi.
- L'incapacità di capire il senso della terapia.
- La medical literacy.
- Il livello socio-culturale.
- L'atteggiamento e le convinzioni relative alla propria salute (*illness perceptions*).
- La semplice dimenticanza dell'assunzione delle dosi.
- La scarsa fiducia in se stessi.
- La presenza di disturbi psichici quali ansia e depressione.

¹ SSD Endocrinologia, Diabetologia e Malattie metaboliche - ASL 3 Genovese.

² UO Diabetologia e Malattie endocrine. ASL SA.

- Motivazioni inconscie.
- Fattori sociali che condizionano l'assunzione della terapia.

Se il paziente non è stato adeguatamente informato sui benefici che la terapia può determinare, sui suoi eventuali effetti collaterali o sui rischi correlati alla patologia in atto, sarà sicuramente meno incline ad assumerla perché non ne comprende il razionale e la necessità e non è disposto a rischiare anche un minimo effetto negativo se non ha compreso a fondo le potenzialità e i vantaggi della terapia stessa.

Riflettendo sui fattori di non aderenza legati al paziente, emerge in modo rilevante l'importanza della relazione medico-paziente che nella gestione della malattia cronica assume un ruolo diverso: da detentore della scienza ad accompagnatore nel percorso di vita, il medico deve unire competenze tecniche di tipo clinico a competenze psico-pedagogiche. Solo attraverso un coinvolgimento diretto e attivo del paziente nel processo di cura e attraverso una sua responsabilizzazione verso obiettivi condivisi, è possibile motivarlo e accompagnarlo verso una gestione efficace della patologia.

In realtà il paziente costantemente riformula la terapia prescritta in base al suo personale concetto di malattia, al significato, anche simbolico, di quella specifica malattia, in base alla sua percezione della cura, spesso frutto di esperienze passate, e al suo *locus of control*. Riconoscere il locus of control del nostro paziente ci permette di formulare richieste accettabili e percorribili, guidandolo progressivamente verso una condizione di locus interno che è l'unica a rendere possibile una efficace autogestione della malattia.

Il medico non è più chiamato ad agire esclusivamente sulla base della propria interpretazione del bene biologico in un determinato contesto clinico, ma si esige che egli prenda in considerazione e rispetti le volontà del malato e i valori che permeano la sua esistenza, dando così avvio a interazioni cliniche e umanistiche a carattere bidirezionale.

È la crisi del modello paternalistico, forse utile nel contesto di malattia acuta ma non più vincente nei nuovi scenari clinici, quelli della gestione della persona con diabete. Solo attraverso un approccio bio-psico-sociale, che accolga la persona malata pur sempre come una persona, con le sue aspettative, i suoi bisogni, le sue credenze, le sue paure, il suo contesto sociale e lavorativo, è possibile motivare il paziente e farlo diventare parte attiva della cura. Questo è un elemento cruciale: se il paziente non viene coinvolto attivamente nel processo terapeutico, informato sulle sue condizioni e sulle varie

opzioni terapeutiche e responsabilizzato nel monitoraggio della cura, l'aderenza alla terapia è sicuramente minore.

Anche il problema linguistico rimane un nodo ad oggi irrisolto se è vero che l'abbandono del medico, e spesso delle cure, avviene nella maggior parte dei casi per incomprensioni o mancata sintonia di tipo linguistico-comunicativo.

A questo si aggiunge il fatto che i soggetti con diabete mellito hanno una probabilità circa doppia rispetto alla popolazione non diabetica di sviluppare una sindrome depressiva. La presenza di depressione rappresenta una delle cause principali del fallimento del management della malattia cronica e la ridotta aderenza può spiegare gli esiti clinici peggiori.

Tra le motivazioni inconscie alla base di una ridotta aderenza vi possono essere la paura della dipendenza o la negazione della malattia. In quest'ultimo caso, il farmaco ricorda la malattia per cui viene visto come fattore negativo ed evitato.

Le motivazioni di non aderenza possono dipendere anche da fattori estranei al paziente. Tra questi:

- complessità del regime terapeutico e polifarmacologia;
- frequenza elevata di somministrazione e via di somministrazione del farmaco;
- effetti indesiderati;
- interferenza con lo stile di vita;
- costi e fattori economici;
- organizzazione dell'azienda sanitaria;

Una rassegna sistematica della Cochrane⁽⁷⁾ ha confermato come interventi efficaci per migliorare l'adesione sono la semplificazione della terapia, l'utilizzo di sistemi di avvertimento nella vita quotidiana e l'educazione terapeutica strutturata attuata da personale dedicato.

Il ruolo del team curante è fondamentale. Oltre ad attuare interventi educativi condotti in maniera strutturata e continuativa, oltre alla semplificazione delle terapie scegliendo la terapia farmacologica più consona non solo al quadro clinico ma anche alle preferenze del paziente e al suo stile di vita, è importante imparare a conoscere e riconoscere gli ostacoli cognitivi, emotivi e comportamentali messi in atto come difese conscie e inconscie alla terapia. La prescrizione terapeutica deve diventare un processo di condivisione di cura, dove entrano in campo non solo i dogmi della scienza e dell'EBM, ma anche quelli del rispetto di concetto di bene e di salute dell'interlocutore-paziente. Per aumentare l'aderenza è inoltre importante adottare metodi di comunicazione efficace e rivedere e approfondire alcune tecniche di intervento come il colloquio motivazionale per

esprimere empatia, esplorare le resistenze e supportare le soluzioni efficaci.

La comunicazione ha un ruolo determinante. La possibilità del paziente di ricordare le prescrizioni e i consigli del medico e il suo livello di comprensione sono associati alla capacità di comunicare dell'operatore sanitario, di adeguarsi al linguaggio e al livello socio-culturale del soggetto portatore di malattia cronica. Utilizzando una comunicazione efficace, definire obiettivi minimi e realistici da condividere con il paziente, esprimere empatia attraverso un ascolto attivo, evitare discussioni e favorire l'autoefficacia sono tutte strategie in grado di aumentare l'aderenza del paziente. Dovrebbero essere messe in campo con tutti i nostri pazienti, ma il poco tempo che abbiamo sempre nella nostra attività quotidiana fa sì che sia importante individuare quali sono quelli più a rischio di non aderenza e su questi concentrare gli sforzi del team curante mediante rinforzo educativo, sfruttando anche altri strumenti che la tecnologia oggi ci mette a disposizione e utilizzando una medicina di iniziativa e personalizzata.

COMPETING INTERESTS

The author(s) declared that no competing interests exist.

COPYRIGHT NOTICE

© 2018, The Author(s). Open access, peer-reviewed article, edited by Associazione Medici Diabetologi and published by Idelson Gnocchi (www.idelsongnocchi.it)

BIBLIOGRAFIA

1. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care* 27:1218-24, 2004.
2. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence; its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 119:3028-35, 2009.
3. Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL et al. The impact of treatment non-compliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes care* 35:1279-84, 2012.
4. Muszbeck N, Brixner D, Benedict A et al. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J Clin Pract* 62:338-51, 2008.
5. Asche C, LaFleur J, Conner C. A review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes. *Clin Ther* 33:74-109, 2011.
6. Kennedy-Martin T, Boye K, Peng X. Cost of medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: a literature review. *Patient Preference and Adherence* 11:1103-1117, 2017.
7. Ryan R, Santesso N, Lowe D et al. Intervention to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Collaboration*, 2014.