- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.117.183.150 Mon, 29 Apr 2024, 15:45:15

Fiorenzo Sartoleri
Segretario Regionale SIFO Abruzzo – Molise; Componente ASC Farmacoutilizzazione

Riconciliazione farmacologica, aderenza al trattamento e tecnologia per la salute

Oggi, sempre con più forza, il tema dell'aderenza ai trattamenti risulta essere centrale nella gestione del paziente sia in acuto che in cronico. Tant'è vero che è stato affermato che "*Il miglioramento dell'aderenza ai farmaci può avere un'influenza maggiore sulla salute della popolazione rispetto alla scoperta di qualsiasi nuova terapia*".[1] A tal proposito massimizzare l'aderenza ai farmaci sarà la "prossima frontiera del miglioramento della qualità in termini di assistenza farmaceutica".[2,3]

Considerato che la valutazione di un qualsiasi fenomeno è alla base della conoscenza e, di conseguenza, dell'eventuale proposta di miglioramento e ottimizzazione del processo studiato, un ruolo chiave assumono le metodiche per il calcolo dell'aderenza. In letteratura scientifica sono stati descritti vari metodi di calcolo. Gli approcci includono somministrazione di questionari, conteggio del numero di compresse rimaste inutilizzate, misura dei livelli di metaboliti circolanti nel sangue, monitoraggio elettronico delle prescrizioni contenute nelle cartelle cliniche elettroniche (EHR). Ogni metodo ha limiti intrinseci e una combinazione di più metodiche di misurazione dello stesso evento può essere considerata la scelta migliore. La letteratura recente ha utilizzato il monitoraggio delle prescrizioni e dispensazioni farmaceutiche per studiare l'aderenza ai farmaci utilizzando fonti di dati amministrativi. Questo approccio fornisce informazioni sul tasso di possesso di farmaci da parte dei pazienti, che può o meno essere correlato in modo accurato con l'assunzione effettiva di farmaci.

Oltre alla metodica utilizzata, un altro aspetto da tenere in considerazione è la forte necessità di eseguire studi che la descrivano poiché **la non aderenza ai farmaci è spesso nascosta ed il primo passo fondamentale per migliorarla è scoprire la sua presenza.**

In uno studio di Lapane et al. l'83% dei pazienti non ha mai detto al personale sanitario dei mancati rinnovi di prescrizioni, sebbene i clinici avessero riferito una stima del 9%.[4] I pazienti sono spesso riluttanti a rivelare il loro vero comportamento circa l'assunzione dei farmaci soprattutto perché timorosi della reazione del sanitario circa la non aderenza. Proprio come l'analfabetismo è spesso nascosto ai datori di lavoro e persino alla famiglia, così la non aderenza spesso rimane nascosta.

Nella pratica clinica, la valutazione dell'aderenza viene di solito effettuata mediante auto-valutazione comportando una sovrastima dell'aderenza anche del 200%.[5] Chiedere al paziente se sta assumendo i farmaci è necessario ma non sufficiente. La veridicità della risposta del paziente può dipendere da come viene posta la domanda e da chi sta effettuando la richiesta. A questo proposito la riconciliazione dei farmaci assume un ruolo cruciale. Un membro del team sanitario dovrebbe esaminare l'elenco dei farmaci e chiedere se sono necessarie prescrizioni, indagare sugli effetti collaterali e sull'accessibilità al ritiro dei farmaci indirizzando così il paziente nel luogo giusto e nei tempi opportuni. Raramente viene fornita un'opportunità per discutere se un paziente

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.117.183.150 Mon, 29 Apr 2024, 15:45:15

sta assumendo o meno regolarmente i medicinali o se ha sospeso un medicinale o se ha domande sui farmaci da assumere. L'importante questione se i farmaci vengano effettivamente assunti spesso non viene affrontata. Le decisioni terapeutiche si basano quindi su ipotesi imprecise di aderenza, che possono portare all'escalation della patologia trattata. Il modo in cui il paziente viene interpellato in merito al comportamento di assunzione dei farmaci ha una grande influenza sul fatto che il paziente condivida la propria storia di aderenza. All'atto del ricovero dovrebbe essere instaurato con il paziente un rapporto empatico e mai tendente alla colpevolizzazione affinché ci si senta a proprio agio nel condividere l'eventuale non aderenza. La valutazione dell'aderenza può essere fatta sia attraverso l'indagine diretta sia per mezzo di un questionario creato ad hoc. In caso di verifica di situazioni di non aderenza il personale sanitario non dovrebbe mai avere atteggiamenti non comprensivi o non collaborativi poiché potrebbe scoraggiare il paziente a rivelare in futuro comportamenti sbagliati. Spesso non è chiaro chi abbia la responsabilità ultima nel valutare l'aderenza in un determinato contesto di pratica clinica. Incoraggiare i pazienti a rivelare i loro comportamenti può essere impegnativo e richiede tempo, pertanto il personale sanitario che se ne fa carico si assume, oltre che a una grande responsabilità, anche un gravoso onere in termini di lavoro. Un aspetto importante è avere la fiducia del paziente. La persona più idonea per valutare l'aderenza è il membro del team sanitario di cui il paziente si fida di più e di una persona con esperienza nel sospettare e identificare la non aderenza.

Una maggiore aderenza è stata dimostrata in studi in cui vi erano interazioni sociali o culturali tra paziente e operatore sanitario, come la concordanza sessuale o il paese di istruzione. La familiarità con il personale sanitario aumenta l'aderenza, come dimostrato da studi che misurano l'influenza nella continuità delle cure, specialmente nei pazienti con diabete.[6]

Un altro aspetto chiave nel rapporto tra medico/infermiere/farmacista e paziente è quello che viene definito "Pregiudizio di desiderabilità sociale": i pazienti dicono al proprio interlocutore cosa pensano che l'operatore sanitario voglia sentire.[7] Sapendo che il personale sanitario ritiene che il farmaco debba essere assunto, la mancata osservanza delle raccomandazioni potrebbe essere considerata un affronto all'abilità e alla competenza del sanitario. Quando i pazienti non aderenti non hanno l'opportunità di discutere delle loro preoccupazioni su un medicinale, possono ritenere di non avere alternativa al discutere la "disobbedienza" alle indicazioni impartite del sanitario se non quella di nascondere le proprie azioni. Una volta identificata la non aderenza, il sanitario può rispondere emotivamente, sentirsi arrabbiato e frustrato dal fatto che il proprio consiglio non sia stato seguito. Se il sanitario si mostra preoccupato o offeso il paziente potrebbe essere riluttante ad essere onesto preferendo essere "aderente alle camice" piuttosto che ai farmaci. Balling et al.[8] hanno descritto che l'intervento del farmacista durante le dimissioni dall'ospedale ha contribuito a risolvere i problemi relativi alla disponibilità dei farmaci e comprensione delle modalità corrette di assunzione determinando anche una riduzione dei tassi di riammissione in ospedale.

La riconciliazione dei farmaci è un metodo per ridurre le discrepanze farmacologiche, che possono potenzialmente portare a eventi avversi. Alla dimissione, le eventuali modifiche al dosaggio, alla frequenza o ai nuovi farmaci devono essere chiaramente contrassegnati ai pazienti, così come i farmaci sospesi. Mueller et al.[9] hanno condotto una revisione sistematica nel 2012 e hanno scoperto che vari interventi che coinvolgono farmacia, tecnologia e team multidisciplinari (medico ospedaliero, medico di emergenza e infermieri), ha ridotto con successo discrepanze farmacologiche e potenziali eventi avversi da farmaci.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.117.183.150 Mon, 29 Apr 2024, 15:45:15

La letteratura sulla riconciliazione dei farmaci è ricca di esempi di interventi guidati dal farmacista. L'utilizzo di infermieri o farmacisti qualificati per ottenere informazioni sui farmaci assunti prima del ricovero ospedaliero ha migliorato l'accuratezza della riconciliazione del 40-95%.[10,11]
Un importante ostacolo alla realizzazione della riconciliazione terapeutica è la mancanza di risorse dedicate così che è necessario concentrarsi sulla popolazione di pazienti a più alto rischio di eventi avversi da farmaci, come gli anziani, quelli con più condizioni di comorbilità o quelli che assumono numerosi farmaci.
Un metodo emergente per migliorare e aumentare la sicurezza della riconciliazione dei farmaci è l'uso di database di monitoraggio dei farmaci soggetti a prescrizione. Molti stati attualmente dispongono di database di monitoraggio dei farmaci da prescrizione di varia utilità.[12]
Numerose evidenze stanno emergendo sull'importanza di coinvolgere i pazienti nella riconciliazione terapeutica. Heyworth et al.[13] hanno descritto che il coinvolgimento dei pazienti in fase di riconciliazione attraverso strumenti web-based volti a verificare i regimi terapeutici e chiarire le inesattezze ha identificato 108 discrepanze farmacologiche e 23 potenziali eventi avversi da farmaco, con quasi il 50% dei potenziali eventi avversi classificati come gravi. Coleman et al.[14] hanno dimostrato che innovazioni come una cartella clinica posseduta e gestita dal paziente, hanno ridotto i tassi di ospedalizzazione a 30 e 90 giorni.
Molte innovazioni sono in fase di sperimentazione.
In 1 centro negli Stati Uniti, le conversazioni alla dimissione sono registrate e fornite al paziente per riascoltarle una volta a casa, per garantire che non vengano perse importanti informazioni. Ciò ha comportato un miglioramento del 56,9% nella valutazione dei pazienti ospedalieri.
Fischer et al.[15] hanno anche riscontrato una maggiore aderenza quando vengono utilizzate le prescrizioni elettroniche.
Anche i servizi di assistenza infermieristica a domicilio per pazienti ad alto rischio possono aiutare a garantire che i farmaci in dimissione vengano ottenuti e assunti correttamente.[16]
La prescrizione farmaceutica accompagnate dall'indicazione sul motivo di assunzione del farmaco aumenta la comprensione del paziente, lo rende maggiormente partecipe del proprio percorso di cura e, consequenzialmente, più aderente alla terapia da assumere a domicilio.
Per scoprire il vero comportamento di assunzione di farmaci e la costruzione di relazioni è necessario tempo e impegno istituzionale per fornire risorse e raggiungere questo ambizioso obiettivo.
L'attuale enfasi sulla salute della popolazione e l'attenzione all'efficacia in real life, rendono essenziale che i futuri modelli di assistenza traggano pieno vantaggio dal crescente numero di medici, infermieri e farmacisti che contribuiscono tutti a migliorare la comprensione dei pazienti sulla corretta gestione della terapia domiciliare e miglioramento dell'aderenza.
Sono necessari metodi innovativi per migliorare l'aderenza. Più del 90% degli adulti negli Stati Uniti, così come in Europa, è proprietario di telefoni cellulari e oltre la metà dei proprietari di smartphone ha utilizzato il proprio telefono per ottenere informazioni sulla salute. I telefoni cellulari sono la forma di tecnologia più comunemente usata in tutto il mondo e hanno il potenziale per influenzare grandi popolazioni. Pertanto, lo sviluppo di applicazioni per migliorare l'autogestione delle malattie croniche, fornire educazione sanitaria e aiutare i pazienti a migliorare l'aderenza ai farmaci, potrebbe essere una strategia vincente.
I messaggi di testo sul cellulare possono favorire l'aderenza alla terapia anti-piastrinica entro 30 giorni dall'infarto del miocardio o dall'intervento di arteria coronarica percutanea o dopo entrambi.[17] Nei pazienti con diabete dopo la visita

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.117.183.150 Mon, 29 Apr 2024, 15:45:15

al pronto soccorso, messaggi di testo inerenti l'educazione in termini di salute quotidiana, promuovere un'alimentazione sana, l'esercizio fisico, i promemoria sull'assunzione di farmaci hanno migliorato l'aderenza terapeutica.[18] L'uso della tecnologia mobile per la salute può fornire un mezzo innovativo, pratico ed economico per promuovere l'aderenza ai farmaci.

L'aderenza alle terapie prescritte per i pazienti con malattie croniche può prevenire o ritardare l'insorgenza di complicanze, ridurre i rischi di ospedalizzazione e diminuire i costi sanitari. Come direttore dell'Agenzia per la ricerca e la qualità della sanità negli Stati Uniti d'America, Carolyn Clancy, ha dichiarato: "**L'aderenza ai farmaci è il nuovo problema dell'America**».

Gli sforzi per migliorare il riconoscimento e la comprensione da parte dei sanitari delle credenze, delle paure e dei valori dei pazienti, nonché i loro stessi pregiudizi devono essere affrontati contemporaneamente se si vogliono ottenere miglioramenti nell'aderenza e, in definitiva, nella salute della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. Am J Med Sci 2016;351(4):387-99. doi:10.1016/j.amjms.2016.01.010.
2. Heidenreich PA. Patient adherence: the next frontier in quality improvement. The American Journal of Medicine. 2004;117(2):130-2. doi:10.1016/j.amjmed.2004.03.007.
3. Heisler M. Do Patient-Centered Medical Homes Enhance Patients' Medication Adherence? Findings on the Next Frontier in Quality Improvement. Ann Intern Med 2017;166(2):146-7. doi:10.7326/M16-2397.
4. Lapane KL, Dube CE, Schneider KL, Quilliam BJ. Misperceptions of patients vs providers regarding medication-related communication issues. The American Journal of Managed Care 2007;13(11):613-8.
5. Krueger KP, Berger BA, Felkey B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. Advances in Therapy 2005;22(4):313-56. doi:10.1007/bf02850081.
6. Hong JS, Kang HC. Relationship between continuity of ambulatory care and medication adherence in adult patients with type 2 diabetes in Korea: a longitudinal analysis. Medical Care 2014;52(5):446-53. doi:10.1097/MLR.0000000000000110.
7. Marcum ZA, Gellad WF. Medication adherence to multidrug regimens. Clin Geriatr Med 2012;28(2):287-300. doi:10.1016/j.cger.2012.01.008.
8. Balling L, Erstad BL, Weibel K. Impact of a transition-of-care pharmacist during hospital discharge. Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA 2015;55(4):443-8. doi:10.1331/JAPhA.2015.14087.
9. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. Arch Intern Med 2012;172(14):1057-69. doi:10.1001/archinternmed.2012.2246.
10. Whittington J, Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. Qual Manag Health Care. 2004;13(1):53-9. doi:10.1097/00019514-200401000-00005.
11. Haynes KT, Oberne A, Cawthon C, Kripalani S. Pharmacists' recommendations to improve care transitions. The Annals of Pharmacotherapy 2012;46(9):1152-9. doi:10.1345/aph.1Q641.
12. Perrone J, Nelson LS. Medication reconciliation for controlled substances--an "ideal" prescription-drug monitoring program. The New England Journal of Medicine 2012;366(25):2341-3. doi:10.1056/NEJMp1204493.
13. Heyworth L, Paquin AM, Clark J, Kamenker V, Stewart M, Martin T et al. Engaging patients in medication reconciliation via a patient portal following hospital discharge. J Am Med Inform Assoc 2014;21(e1):e157-62. doi:10.1136/amiajnl-2013-001995.
14. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2006;166(17):1822-8. doi:10.1001/archinte.166.17.1822.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.117.183.150 Mon, 29 Apr 2024, 15:45:15

15. Fischer MA, Choudhry NK, Brill G, Avorn J, Schneeweiss S, Hutchins D et al. Trouble getting started: predictors of primary medication nonadherence. The American Journal of Medicine 2011;124(11):1081 e9-22. doi:10.1016/j.amjmed.2011.05.028.
16. Stewart S, Pearson S. Uncovering a multitude of sins: medication management in the home post acute hospitalisation among the chronically ill. Aust N Z J Med 1999;29(2):220-7. doi:10.1111/j.1445-5994.1999.tb00687.x.
17. Park LG, Howie-Esquivel J, Chung ML, Dracup K. A text messaging intervention to promote medication adherence for patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. Patient Education and Counseling 2014;94(2):261-8. doi:10.1016/j.pec.2013.10.027.
18. Arora S, Peters AL, Agy C, Menchine M. A mobile health intervention for inner city patients with poorly controlled diabetes: proof-of-concept of the TExT-MED program. Diabetes Technol Ther 2012;14(6):492-6. doi:10.1089/dia.2011.0252.