

Fiorenzo Sartoleri

Segretario Regionale SIFO Abruzzo – Molise; Componente ASC Farmacoutilizzazione

L'aderenza al trattamento: indice di qualità del servizio di assistenza del farmacista in farmacia

I farmacisti, come profondi conoscitori del farmaco e nella loro attività di counselling,¹ possono collaborare con i pazienti per monitorare la non aderenza al trattamento,² individuarne le cause e fornire servizi di supporto con l'obiettivo di correggere situazioni di pericolo che generano inefficacia del trattamento. È proprio in quest'ottica che sarebbe utile un cambio di prospettiva utilizzando l'aderenza, oltre che come un indice di qualità su come il paziente segue il proprio trattamento, anche come uno strumento di autovalutazione dell'operato del farmacista in farmacia.

Il presupposto che l'aderenza al trattamento sia dovuta esclusivamente alla decisione di un individuo di assumere i farmaci secondo quanto prescritto dal clinico³ è la semplificazione eccessiva di un fenomeno comportamentale complesso che imputa al sistema sanitario delle responsabilità inferiori o nulle rispetto a quelle attribuite al paziente.

Nel 2003, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'aderenza come "la misura in cui il comportamento delle persone, compresa l'assunzione di farmaci, corrisponde alle raccomandazioni concordate con il clinico"⁴ e la descrive come un problema a 5 dimensioni.⁵

Le variabili che influenzano l'aderenza al trattamento, così come elencate dall'OMS, sono:

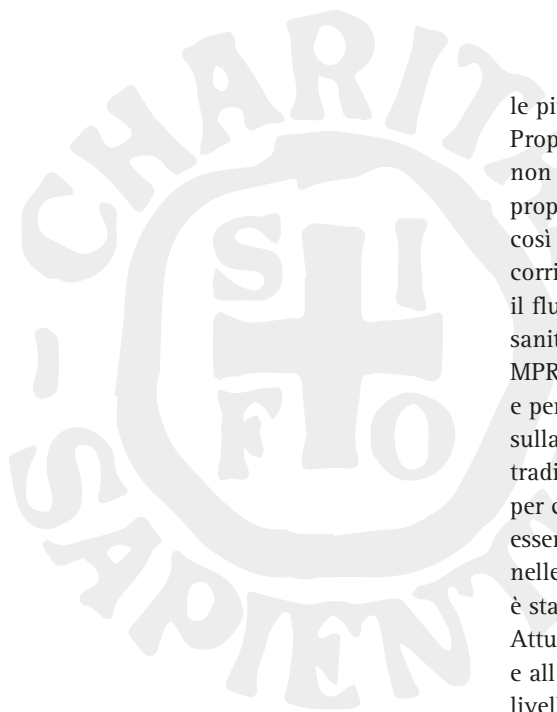
1. sociali ed economiche;
2. correlate al Sistema Sanitario;
3. correlate alle condizioni del paziente indipendentemente dalla patologia trattata;
4. correlate alla terapia in atto;
5. correlate al paziente.

Risulta chiaro come il comportamento del paziente nel seguire la propria terapia sia marginale rispetto alle altre 4 variabili che andrebbero considerate. Difatti, il personale sanitario è chiamato a costruire e mantenere nel tempo percorsi protetti e virtuosi che siano di supporto al paziente stesso.

In quest'ottica, i farmacisti rivestono una funzione determinante e l'effetto che hanno sull'aderenza è ben documentato da decenni di ricerca che ne hanno descritto l'efficacia.^{2,6,7}

Sviluppando relazioni di fiducia con i pazienti possono accertare e affrontare le barriere della non aderenza così da influenzare e ottimizzarne l'assistenza. Inoltre, i farmacisti usufruiscono di un'ampia disponibilità di dati utili a misurare i livelli di aderenza e identificare le coorti di pazienti che necessitano di maggiore attenzione.

Un aspetto fondamentale e ampiamente dibattuto è quello della metodologia da applicare per calcolare l'aderenza ai farmaci. La maggior parte delle metodiche si basa sul "pharmacy-refill" che utilizza i dati estrapolati dal flusso della farmaceutica.⁸ Esistono numerose metodiche per il calcolo dell'aderenza,⁹



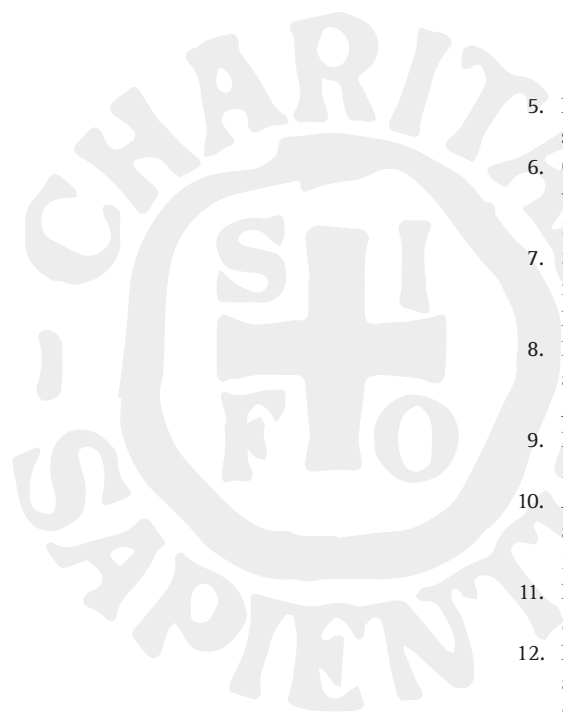
le più utilizzate sono la Proportion of Days Covered (PDC) e la Medication Proportion Ratio (MPR).¹⁰ Ogni metodica è influenzata da limitazioni e potrebbe non rappresentare perfettamente il consumo effettivo dei farmaci. A questo proposito i ricercatori tendono a consigliare ed utilizzare più metodiche insieme così da minimizzare i possibili errori, che portano a valutazioni non del tutto corrispondenti a ciò che poi accade nella vita reale. È altrettanto vero, però, che il flusso della farmaceutica rappresenta il dato più attendibile e accessibile in sanità. La misura dell'aderenza basata su metodologie del pharmacy-refill (PDC, MPR) è utilizzata per descrivere il comportamento di assunzione di farmaci e per stabilire la correlazione tra buoni livelli di aderenza e risultati positivi sulla salute e sull'economia.¹¹ Al fine di identificare i pazienti aderenti viene tradizionalmente usato il valore-soglia pari all'80%.¹² L'uso di questo cut-off per classificare l'aderenza risale agli anni '70 e domina la letteratura scientifica essendo impiegata in oltre il 90% degli studi pubblicati.¹⁰ Nonostante le differenze nelle caratteristiche di malattia, farmaco e tipologia di pazienti, la soglia dell'80% è stata costantemente utilizzata ed è stata ritenuta idonea in moltissimi studi.¹³ Attualmente, invece, la tendenza è quella di correlare l'aderenza alla patologia e all'outcome come nel caso dell'HIV¹⁴ e della leucemia mieloide cronica dove livello soglia è di almeno il 90%.¹⁵

Il calcolo dell'aderenza, se opportunamente standardizzato, fornisce un indice prontamente disponibile che i farmacisti possono sfruttare per influenzare la traiettoria della malattia e ottimizzarne i risultati. Anche se permangono critiche sulle metodiche utilizzate per calcolare l'aderenza,¹⁶ se opportunamente dichiarati e descritti i criteri adottati per il calcolo, è possibile capire gli intervalli di errore così da interpretare al meglio il dato.

Tutti questi aspetti metodologici però devono necessariamente trovare un'applicazione ripetuta e continua in maniera tale che il calcolo dell'aderenza possa diventare un metro di giudizio sulla qualità dell'operato di farmacisti, medici, infermieri e, solo in ultimo, una misura del percorso di cura del paziente. È utile e necessario sensibilizzare maggiormente il farmacista ad utilizzare i livelli di aderenza al trattamento dei pazienti afferenti la propria farmacia come metro di giudizio ed efficacia della propria attività. Sappiamo che aumentando l'aderenza al trattamento diminuiscono i costi sanitari,¹⁷ i ricoveri e le comorbidità, così come è noto che, quando i farmacisti sono impegnati in servizi che sono complementari alla dispensazione del farmaco, i risultati migliorano. Attraverso l'attenzione al percorso del paziente, con l'ausilio di servizi innovativi, i farmacisti possono svolgere un ruolo fondamentale nella cura dei pazienti. L'aderenza è un risultato che dimostra l'effetto dei servizi del farmacista e dovrebbe essere usato per misurare la qualità dell'assistenza svolta dal farmacista in farmacia. La sfida è alla nostra portata e rappresenta un'opportunità dai grandi e molteplici risvolti.

BIBLIOGRAFIA

1. Bonetti AF, Reis WC, Lombardi NF, et al. Pharmacist-led discharge medication counselling: A scoping review. *J Eval Clin Pract* 2018;24(3):570-9.
2. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract* 2018;26(5):387-97.
3. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.
4. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2(4):323.



5. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol* 2013;4:91.
6. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010;48(10):923-33.
7. Santoleri F, Lasala R, Logreco A, Ranucci E, Costantini A. Using a treatment diary to improve the medication adherence in patients with chronic myeloid leukaemia. *J Oncol Pharm Pract* 2019;25(5):1035-41.
8. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, Malone DC. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother* 2006;40(7-8):1280-88.
9. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int* 2015;2015:217047.
10. Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15(8):565-74; discussion 575-67.
11. Roebuck MC, Kaestner RJ, Dougherty JS. Impact of Medication Adherence on Health Services Utilization in Medicaid. *Med Care* 2018;56(3):266-73.
12. Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr Med Res Opin* 2009;25(9):2303-10.
13. Raebel MA, Schmittiel J, Karter AJ, Konieczny JL, Steiner JF. Standardizing terminology and definitions of medication adherence and persistence in research employing electronic databases. *Med Care* 2013;51(8 Suppl 3):S11-21.
14. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(15):e3361.
15. Santoleri F, Ranucci E, La Barba G, et al. Adherence, persistence and efficacy of dasatinib and nilotinib in the treatment of patients resistant or intolerant to imatinib with chronic myeloid leukemia in chronic phase: an Italian multicenter study over two years in real life. *Curr Med Res Opin* 2021;37(3):477-81.
16. Canfield SL, Zuckerman A, Anguiano RH, et al. Navigating the Wild West of Medication Adherence Reporting in Specialty Pharmacy. *J Manag Care Spec Pharm* 2019;25(10):1073-7.
17. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy* 2014;7:35-44.