

La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico-terapeutiche

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹ Presidente Fondazione GIMBE

La mancata aderenza (non-compliance) di un paziente alle prescrizioni farmacologiche è oggi universalmente riconosciuta come un problema frequente che aumenta i costi dell'assistenza¹. Negli USA, ad esempio, il 30-50% degli adulti non segue adeguatamente le prescrizioni di farmaci a lungo termine, con un costo evitabile stimato in circa 100 mld di dollari/anno. Nonostante l'ampia prevalenza del fenomeno e i costi correlati, la mancata aderenza alle prescrizioni farmacologiche non viene riconosciuta e adeguatamente trattata in una significativa percentuale di pazienti adulti in vari setting assistenziali. Secondo l'OMS "massimizzare l'efficacia degli interventi finalizzati ad aumentare la compliance può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni di qualunque altro progresso terapeutico".

Ma come si può migliorare la compliance alla terapia farmacologica nei pazienti adulti? Innanzitutto, tenendo conto che gli ostacoli sono molto simili a quelli riscontrati in altri comportamenti complessi legati alla salute (es. la perdita di peso) e condizionati da molteplici fattori. In secondo luogo, considerando la non-compliance come una condizione clinica diagnosticabile e trattabile.

Per curare adeguatamente una malattia è indispensabile formulare una diagnosi corretta: nel caso di patologie non riconosciute e non adeguatamente trattate come la non-compliance ai farmaci, una strategia per identificare la popolazione di interesse è rappresentata dallo screening. In effetti, i principi sui test di screening enunciati dall'OMS nel 1968 si applicano bene a questa rilevante problematica, per la quale esistono test accurati e trattamenti accettabili.

Purtroppo, i medici non ricevono una adeguata formazione per effettuare lo screening e la diagnosi della non-compliance ai farmaci, né hanno una piena consapevolezza delle opzioni terapeutiche più efficaci. Infatti, la ricerca dimostra che l'approccio diagnostico alla non-compliance farmacologica non segue chiari percorsi, ma si basa solo sull'intuito dei medici e sullo stato temporaneo delle circostanze. Ad esempio, uno dei metodi diagnostici più utilizzati consiste semplicemente nel chiedere ai pazienti se hanno difficoltà a rispettare le prescrizioni farmacologiche, considerando veritiera la loro risposta. Pertanto, in assenza di ulteriori indagini, le problematiche potenzialmente risolvibili legate alla terapia prescritta non vengono identificate e risolte.

Per migliorare ulteriormente l'accuratezza diagnostica della non-compliance ai farmaci, è necessario presta-

Box. I sei fenotipi di non-compliance alla terapia farmacologica

1. Il paziente non è consapevole dell'importanza di seguire le prescrizioni farmacologiche per la sua salute e il suo benessere a lungo termine.
2. Il paziente è convinto che i benefici legati all'assunzione dei farmaci non siano superiori all'impegno richiesto per seguire la terapia.
3. La gestione della terapia farmacologica è troppo complessa per il paziente.
4. Il paziente non è sufficientemente vigile.
5. Il paziente ha convinzioni personali sui farmaci errate, irrazionali o conflittuali.
6. Il paziente non è convinto dell'efficacia del farmaco.

re attenzione ai comportamenti che stanno alla base di tale problematica.

Esistono almeno 6 fenotipi rappresentativi della mancata aderenza alle prescrizioni di farmaci, che sottolineano le differenze dei comportamenti alla base del problema e degli ostacoli dal punto di vista del paziente (box). Ciascun fenotipo richiede strumenti diagnostici e terapie differenti, esattamente come per i sottotipi di una condizione clinica: ad esempio, analogamente al trattamento dello scompenso cardiaco (diastolico vs sistolico), senza una diagnosi corretta sulla base del fenotipo specifico di non-compliance farmacologica, non si ottengono benefici significativi; anzi si espone il paziente a rischi e si spreca risorse inutilmente.

Lo screening per identificare la non-compliance ai farmaci nei pazienti adulti in differenti setting assisten-

Citazione. Cartabellotta A. La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico-terapeutiche. Evidence 2013;5(7): e1000051.

Publicato 18 luglio 2013

Copyright. © 2013 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Antonino Cartabellotta è il Presidente della Fondazione GIMBE, organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca su alcune tematiche trattate nell'articolo.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

Tabella. Metodi e strumenti per misurare gli ostacoli alla non-compliance farmacologica negli adulti²⁻⁵

	Fenotipo di non-compliance alla terapia farmacologica					
	1	2	3	4	5	6
Valutatore di compliance	✓	✓				
Medi-Cog score			✓			
Score di Morisky				✓		
Questionario generale su convinzioni relative alla terapia					✓	
Questionario specifico su convinzioni relative alla terapia	✓	✓				
Ecologic Momentary Assessment			✓	✓		✓

ziali dovrebbe essere effettuato di routine, utilizzando metodi e strumenti standardizzati per determinare i comportamenti alla base del problema (tabella)²⁻⁵. Seguendo questo approccio, medici e ricercatori possono iniziare a concettualizzare la diagnosi e il trattamento della non-compliance ai farmaci.

L'*International Classification of Diseases (ICD-9-CM)* prevede un codice specifico (V15.81), che può essere utilizzato per documentare servizi e prestazioni sanitarie erogate per la non aderenza alle prescrizioni farmacologiche. Tuttavia, non è chiaro quanto la non-compliance sia sempre alla base dell'utilizzo di questo codice, che potrebbe pertanto risultare inaccurato. Per massimizzare l'effetto sulla salute pubblica, gli indicatori di compliance dovrebbero essere inclusi nelle cartelle cliniche, per essere condivisi tra professionisti e organizzazioni sanitarie, tracciando trend temporali e benchmarking finalizzati al miglioramento della qualità. Inoltre, è fondamentale che in questa documentazione vengano integrate le informazioni sulla compliance riportate dallo stesso paziente (es. convinzioni e valori riguardo alla terapia). Questo approccio assistenziale centrato sul paziente in USA è fortemente sostenuto dal *Patient-Centered Outcomes Research Institute*⁶.

Considerata la proposta di effettuare abitualmente lo screening per la non-compliance farmacologica negli adulti, il prossimo step consiste nell'associare agli ostacoli identificati un trattamento di provata efficacia per questa condizione. Nei decenni scorsi, i numerosi tentativi per migliorare la compliance ai farmaci negli adulti hanno determinato modesti successi. Anche se questi studi sono già stati sintetizzati, una recente revisione sistematica ha valutato l'efficacia comparativa degli interventi a livello di paziente, medico, servizi sanitari e politiche sanitarie mirati a migliorare la compliance per le patologie croniche negli Stati Uniti⁷. A livello del paziente, i risultati dimostrano che gli interventi educazionali con sostegno comportamentale attraverso un contatto continuo con il paziente per settimane o mesi migliorano la compliance

in diverse patologie croniche tra cui ipertensione, iperlipidemia, insufficienza cardiaca e infarto del miocardio⁷. Altre revisioni sistematiche hanno rilevato che solo pochi studi reclutano pazienti con una limitata compliance all'assunzione dei farmaci e orientano gli interventi in relazione agli ostacoli alla compliance dei partecipanti. Ulteriori progressi potrebbero essere ottenuti con un approccio centrato sul paziente per la diagnosi e il trattamento della non-compliance ai farmaci.

Infine, non va trascurato che il miglioramento della compliance dei pazienti è un indicatore di qualità dell'assistenza e già alcune organizzazioni prevedono di valutare questo aspetto attraverso specifici indicatori. Ad esempio, per quelli dei *Centers for Medicare & Medicaid Services Five-Star Quality Rating System*, affinché un piano sanitario ottenga il massimo della valutazione, almeno il 75% dei pazienti deve assumere almeno l'80% dei farmaci prescritti relativamente a tre classi terapeutiche (ipoglicemizzanti, statine e antipertensivi). Questo dimostra che la non-compliance ai farmaci presenta un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza e sulle politiche sanitarie⁸.

Basandosi sugli ostacoli identificati grazie allo screening sistematico, è possibile erogare in maniera sicura, efficace ed efficiente interventi personalizzati sul singolo paziente, effettuando un monitoraggio sistematico nel tempo grazie al processo dinamico della compliance^{9,10}.

BIBLIOGRAFIA

- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-497.
- McHorney CA. The Adherence Estimator: a brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. *Curr Med Res Opin.* 2009;25:215-238.
- Anderson K, Jue SG, Madaras-Kelly KJ. Identifying patients at risk for medication mismanagement: using cognitive screens to predict a patient's accuracy in filling a pillbox. *Consult Pharm.* 2008;23:459-472.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient

- setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10:348-354.
5. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medications questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999;14:1-24.
6. Selby JV, Beal AC, Frank L. The Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) national priorities for research and initial research agenda. *JAMA*. 2012;307:1583-1584.
7. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157:785-795.
8. Rosenbaum L, Shrank WH. Taking our medicine — Improving adherence in the accountability era. *N Engl J Med* 2013; 369:694-695.
9. Marcum ZA, Sevick MA, Handler SM. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA* 2013;309:2105-6.
10. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox - medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med* 2010;362:1553-1555