

## **ADERENZA ALLA TERAPIA SOSTITUTIVA**

La complessità del regime terapeutico legata alla durata della terapia stessa e alle vie di somministrazione, la percezione spesso distorta della malattia e l'assenza di un immediato riscontro costituiscono un limite all'accettazione della terapia sostitutiva e fanno emergere problematiche relative all'aderenza (1)

L'OMS nel 2003 ha stabilito il concetto di aderenza come: "il livello di comportamento dell'individuo che assume un farmaco, segue una dieta e/o cambia stile di vita in seguito alle raccomandazioni del sanitario" .

Non è possibile individuare un classico profilo di paziente aderente o non aderente alla terapia perché diversi fattori possono entrare in gioco di volta in volta: alcuni di essi sono legati al paziente, altri al medico, altri ancora alla malattia stessa e all'intervento terapeutico.

Tra i fattori legati alla malattia occorre considerare la complessità del regime terapeutico, la necessità di lunghi periodi di trattamento e le somministrazioni quotidiane per via sottocutanea ad orario prestabilito rappresentano di per sé un motivo di scarsa aderenza amplificato dalla possibile apatia e "stanchezza terapeutica" che si riscontra nelle terapie croniche.

### **Misurare l'aderenza: è possibile?**

È possibile misurare l'aderenza anche se non esiste un *gold standard* per la misurazione.

I diversi metodi, infatti, presentano tutti delle limitazioni che ne compromettono l'utilizzo:

- L'intervista al paziente, o i diari, risentono molto della soggettività perché i pazienti sono spesso restii ad ammettere di essere poco aderenti
- Il conteggio delle fiale mancanti nella confezione non forniscono indicazioni certe sull'assunzione
- I presidi elettronici sono utili e permettono di identificare alcune barriere sull'aderenza, ma al momento non vengono applicati su larga scala per via dei costi spesso elevati
- La valutazione della risposta clinica non può essere considerata un metodo per la misurazione dell'aderenza perché è influenzata da molteplici variabili legate al manifestarsi della patologia nel singolo paziente.

Un approccio combinato di diversi strumenti per misurare il grado di aderenza potrebbe offrire probabilmente i risultati migliori (2, 6).

### **Interventi terapeutici e assistenza domiciliare integrata**

La scarsa aderenza persiste diffusamente perché è un problema complesso e resistente ad approcci "generici". Il filo conduttore di qualsiasi approccio terapeutico deve definire la priorità dell'intervento, la pianificazione e la realizzazione di strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute.

Uno strumento è l'educazione terapeutica : un nuovo approccio alla malattia che, superando l'attuale assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria, sappia creare un vero e proprio *network* tra i diversi erogatori di prestazioni sanitarie, affermare e concretizzare la centralità del paziente accompagnandolo nel difficile percorso della malattia, ed aiutandolo nell'elaborazione psicologica della sofferenza che la malattia comporta tramite l'instaurazione di atteggiamenti terapeutici ragionati e condivisi con il paziente stesso.

Vari studi hanno mostrato che la qualità della relazione terapeutica è determinante nell'adesione al trattamento.

Una relazione efficace si verifica quando esiste un'atmosfera positiva in cui sono esplorate le alternative terapeutiche, il trattamento è negoziato, la possibilità di adesione è discussa ed è programmato un follow up con l'operatore sanitario (medico e/o infermiere) (3, 6-8).

La relazione è il "cuore" e la sostanza del rapporto di aiuto dove gioca il livello di comunicazione sempre basato sull'attenzione, l'ascolto, la comprensione, l'educazione alla salute, la responsabilizzazione e la scelta del metodo di cura.

## **Conclusioni**

Gli effetti della scarsa aderenza sono clinici e psicosociali, con un impatto negativo sul decorso della malattia e, di conseguenza sulla qualità di vita dei pazienti.

Richiamare l'attenzione sull'aderenza alla terapia mediante un rinnovamento delle prestazioni, che tengano conto anche di un'efficiente educazione sanitaria, rappresenta una necessità medica, sociale ed economica.

In Italia l'educazione terapeutica non presenta ancora una diffusione capillare ed è poco praticata dagli stessi medici, che talvolta ammettono una sorta di inadeguatezza nei confronti delle nuove strategie terapeutiche basate su prevenzione e informazione.

Soltanto il raggiungimento di un'alleanza terapeutica tra gli operatori sanitari ed il paziente potrà portare l'assistenza sanitaria ad ottenere una maggiore aderenza alle terapie, quindi, una maggiore efficienza terapeutica.

## **Bibliografia**

Haverkamp F, Johansson L, Dumas H, Langham S, Tauber M, Veimo D, Chiarelli F. Observations of nonadherence to recombinant human growth hormone therapy in clinical practise. Clin Ther 2008;30(2):307-16

Krueger KP, Berger BA, Felkey B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. Adv Ther 2005;22(4):313-56

Bartolini F, Caputi AP, Cianfarani S, Corti F, Loche S, Messina R, Pisanelli C, Terranova L. Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica sul territorio italiano, 30 gennaio 2013

Norgren S. Adherence remains a challenge for patients receiving growth hormone therapy. Pediatr Endocrinol Rev 2009;6 Suppl 4:545-8

Teusch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am 2003 ;87(5) :1115-45