

# NadirPonte

CONOSCERE  APPLICARE

Strumento per trasmettere in modo semplice gli aggiornamenti della ricerca e stabilire un raccordo tra essi e la loro applicabilità nella gestione dell'HIV quale chiave del successo clinico a lungo termine.

## ADERENZA E COMUNICAZIONE MEDICO PAZIENTE: UNA RELAZIONE IMPORTANTE

nadir 

## Introduzione

L'aderenza alle terapie farmacologiche croniche in genere e nello specifico nell'infezione da HIV è un fenomeno che non solo è soggetto alle priorità esistenziali individuali a breve, medio e lungo termine, ma anche alla capacità di gestione della

terapia nella propria vita quotidiana. Storicamente questa problematica è stata attribuita, in modo errato, unicamente al paziente sostenendolo in maniera insufficiente nella realizzazione di questo impegnativo e complesso compito.

## Che cos'è l'aderenza alla terapia?

E' la capacità di assumere i farmaci che sono stati prescritti secondo quanto indicato dal medico curante, ossia

l'assunzione di tutte le dosi previste, con o senza cibo e agli orari stabiliti.

## Perché è così importante?

E' stato dimostrato che essa ha effetto sulla efficacia dei farmaci anti-HIV: quando si salta una dose di un farmaco, la sua concentrazione nel sangue diminuisce e il virus ha l'opportunità di riprodursi, cosa che avviene molto velocemente. Quando ciò accade, la carica virale (il numero di copie di virus HIV nel sangue) aumenta,

alzando il rischio di sviluppo di problemi collegati all'AIDS e alla vita della persona. Spesso la mancanza di aderenza può causare anche la resistenza ai farmaci assunti, in quanto le copie di virus che si riproducono derivano proprio dal fatto che il virus riesce a superare la barriera di quei farmaci.

## Aderenza, paziente e medico

L'aderenza è l'aspetto della terapia controllabile dal paziente, il quale deve essere sensibilizzato sulla sua importanza e non deve essere lasciato solo in questo compito. Da parte del medico, invece, vi è il difficile compito di individuare "la posologia e il tipo di farmaco ideale", bilanciando l'efficacia e la tossicità del trattamento.

Infatti, se abbiamo già visto che la mancanza di aderenza comporta il rischio che la quantità del farmaco nel sangue sia

insufficiente e vi sia una moltiplicazione di ceppi di virus resistenti, è anche vero, viceversa, che se la concentrazione del farmaco è eccessiva (a causa dell'interazione con altri farmaci o di dosaggi non corretti), vi è un maggior rischio di tossicità/effetti collaterali. E' dunque fondamentale individuare la "posologia ideale", ossia le quantità e la frequenza di assunzione dei farmaci che permettano di avere il livello corretto di farmaci nel sangue.

## Aderenza, semplicità, effetti collaterali

La complessità dei regimi antiretrovirali correla con livelli di aderenza inferiori [1-3] e con rischi più elevati di mancato raggiungimento della soppressione virologica e di ricombinazione virologica [4]. Diversi studi [5-6] hanno, infatti, mostrato un beneficio nell'impiego di regimi terapeutici basati su coformulazioni di farmaci oppure sulla mono-sommini-

strazione quotidiana. Altri studi hanno evidenziato una forte associazione tra sintomi e/o effetti collaterali da un lato e una corretta assunzione della terapia antiretrovirale [7-9] dall'altro. Durante la visita clinica è quindi importante verificare la presenza di sintomi soggettivi e, se associabili alla terapia, considerare la modifica del regime terapeutico.

## Interventi sull'aderenza

Studi randomizzati hanno dimostrato l'efficacia di compiere interventi specifici per incrementare l'aderenza del paziente, in particolare se sono multidimensionali, impiegati nel contesto del paziente non-aderente e ripetuti nel tempo [10-15]. L'identificazione dell'intervento più appropriato si fonda sull'esperienza dello staff medico-infermieristico e su un approccio individualizzato combinando

strategie riguardanti la terapia antiretrovirale con approcci educazionali, comportamentali e di supporto.

Di seguito sono riportate le possibili strategie per il supporto alla corretta assunzione dei farmaci antiretrovirali, precisando che questi argomenti sono affrontati nel dettaglio in una parte specifica delle Linee Guida Italiane [16].

STRATEGIA	ESEMPI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzare un approccio basato su un gruppo multidisciplinare</li> <li>Far sì che il personale sanitario sia accessibile e di fiducia</li> </ul>	Infermieri, assistenti sociali, psicologi, farmacisti
Stabilire un rapporto di fiducia con il paziente	
Preparare il paziente alla terapia	
Identificare potenziali barriere per una corretta aderenza prima dell'inizio della terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspetti psicosociali</li> <li>Abuso attivo di sostanze o presenza di fattori di rischio per la ricaduta</li> <li>Basso livello di istruzione</li> <li>Scheda quotidiana intensa e/o frequenti viaggi</li> <li>Mancata dichiarazione della condizione di HIV-positività</li> <li>Scetticismo rispetto alla terapia</li> <li>Mancato accesso all'assistenza sanitaria</li> </ul>
Fornire al paziente indicazioni chiare	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inviare presso un servizio di igiene mentale e/o per il trattamento di dipendenza da sostanze</li> <li>Indicazioni per l'approvvigionamento di farmaci</li> <li>Porta-pillole o "strategie di ricordo" personalizzate</li> </ul>
Coinvolgere il paziente nella selezione del regime antiretrovirale	Per ogni possibilità, illustrare i potenziali effetti collaterali, la frequenza delle somministrazioni, il carico di pillole, i requisiti di conservazione dei farmaci, le indicazioni dietetiche, le conseguenze della non-aderenza
Misurare l'aderenza in occasione di tutte le visite cliniche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una semplice checklist da compilare nella sala d'attesa</li> <li>Coinvolgere altre figure professionali della equipe sanitaria</li> <li>Porre domande "aperte" (es. per favore, mi sa raccontare come ha assunto la terapia negli ultimi tre giorni?)</li> </ul>
Identificare la tipologia di non-aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancato approvvigionamento dei farmaci</li> <li>Mancata assunzione della pillola al corretto orario</li> <li>Non-aderenza alle indicazioni dietetiche</li> </ul>
Identificare i motivi per la non-aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effetti collaterali da farmaci</li> <li>Complessità del regime, carico di pillole, numero di somministrazioni, ecc.</li> <li>Difficoltà a deglutire pillole di grandi dimensioni</li> <li>Dimenticanza</li> <li>Mancata comprensione della prescrizione</li> <li>Insufficiente conoscenza sulle resistenze ai farmaci e la relazione tra queste e l'aderenza</li> <li>Fatica da trattamento</li> <li>Altre potenziali barriere già citate sopra</li> </ul>
Verificare e semplificare il regime, se possibile	

## Aderenza e colloquio medico-paziente

Cercando di affrontare la difficile problematica degli interventi volti a migliorare l'aderenza alla terapia antiretrovirale [17-20], uno studio statunitense, cui hanno partecipato un ampio numero di persone in terapia con viremia plasmatica rilevabile, ha dimostrato che fornire al medico curante un dettagliato report sulla aderenza non rappresentava un efficace intervento nel migliorare l'assunzione della terapia, pur aumentando, nel dialogo medico-paziente, i contenuti riferibili alla terapia e all'aderenza. Quest'ultima osservazione dimostra la natura molteplice della aderenza, collocandola senza dubbio all'interno del rapporto medico-paziente. E' dunque proprio in questo contesto che si devono incontrare e integrare due competenze specifiche: quella "teorico-scientifica" del medico e quella "pratico-esperenziale" del paziente. Siccome il medico generalmente applica un modello comunicativo (indagine, soluzione, ecc.) volto alle proprie finalità, le priorità del paziente emergono solo con estrema difficoltà. Certamente le buone capacità comunicative del medico impattano fortemente sulla aderenza alle terapie, influenzano i contenuti del colloquio e condizionano la qualità

del rapporto medico-paziente. Studi scientifici italiani e non hanno dimostrato che:

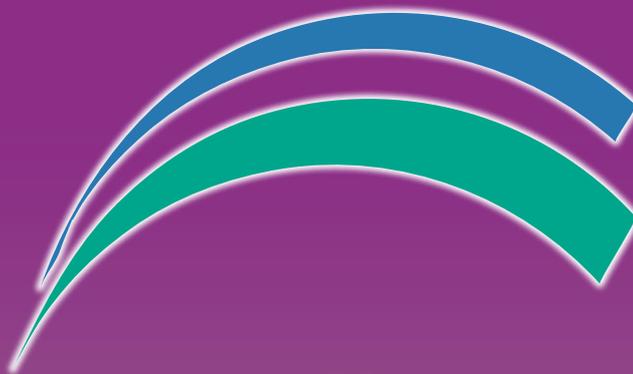
- Una migliore aderenza alla terapia antiretrovirale si associa a tempi di visita clinica significativamente più lunghi;
- I pazienti aderenti alla propria terapia riferiscono di essere maggiormente soddisfatti delle competenze e delle capacità empatiche del proprio medico;
- I pazienti che si sentono riconosciuti nella propria "unicità" di persona, più frequentemente riferiscono maggiormente di essere coinvolti in un progetto di cura;
- La fiducia nel proprio medico favorisce una capacità decisionale corretta del paziente, ma non è una condizione immodificabile nel tempo.

L'aumento delle conoscenze nella persona con infezione da HIV costituisce il fondamento essenziale per fargli acquisire un ruolo attivo, propositivo e incentrato sulle esigenze del paziente stesso nella scelta della cura, nel rapporto medico-paziente e nello svolgimento del colloquio clinico. Favorire un'autodeterminazione responsabile è la base per una relazione medico-paziente etica.

Autore: Adriana Ammassari, INMI L. Spallanzani, IRCCS - Roma  
Supervisione: Nadir

#### Bibliografia

1. Stone VE, Hogan JW, Schuman P, et al. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:124-131.
2. Trotta MP, Ammassari A, Cozzi-Lepri A, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy is better in patients receiving non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor-containing regimens than in those receiving protease inhibitor-containing regimens. *AIDS*. 2003;17:1099-1102.
3. Stone VE, Jordan J, Tolson J, et al. Perspectives on adherence and simplicity for HIV-infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens in predicting adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;36:808-16.
4. Bartlett JA, Fath MJ, Demasi R, Hermes A, Quinn J, Mondou E, Rousseau F. An updated systematic overview of triple combination therapy in antiretroviral-naïve HIV-infected adults. *AIDS*. 2006 Oct 24;20(16):2051-64.
5. Parienti JJ, Bangsberg DR, Verdon R, Gardner. Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2009 Feb 15;48(4):484-8.
6. McKinnon JE, Mellors JW, Swindells S. Simplification strategies to reduce antiretroviral drug exposure: progress and prospects. *Antivir Ther* 2009;14:1-12.
7. Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, et al. Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28:445-9
8. Duran S, Spire B, Raffi F, et al. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clin Trials* 2001;2:38-45.
9. Heath KV, Singer J, O'Shaughnessy MV, et al. Intentional nonadherence due to adverse symptoms associated with antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31 : 211-217.
10. Amico KR, Harman JJ, Johnson BT. Efficacy of antiretroviral therapy adherence interventions: a research synthesis of trials, 1996 to 2004. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;41:285-97.
11. Remien RH, Stirratt MJ, Dognin J, Day E, El-Bassel N, Warne P. Moving from theory to research to practice. Implementing an effective dyadic intervention to improve antiretroviral adherence for clinic patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 Dec 1;43 Suppl 1:S69-78.
12. Simoni JM, Pearson CR, Pantalone DW, Marks G, Crepaz N. Efficacy of interventions in improving highly active antiretroviral therapy adherence and HIV-1 RNA viral load. A meta-analytic review of randomized controlled trials. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 Dec 1;43 Suppl 1:S23-35.
13. Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi AM, Tynan AM, Antoniou TA, Rourke SB, Glazier RH. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3:CD001442.
14. Simoni JM, Amico KR, Smith L, Nelson K. Antiretroviral adherence interventions: translating research findings to the real world clinic. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010 Feb;7(1):44-51.
15. Hart JE, Jeon CY, Ivers LC, Behforouz HL, Caldas A, Drobac PC, Shin SS. Effect of Directly Observed Therapy for Highly Active Antiretroviral Therapy on Virologic, Immunologic, and Adherence Outcomes: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010 Apr 2.
16. Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Available at: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1301\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1301_allegato.pdf)
17. Marvel MK, et al. Soliciting the Patient's Agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281:283-87.
18. Schneider J, et al. Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *J Gen Intern Med* 2004;19:1096-1103.
19. Beach C, et al. Is the Quality of the Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV? *J Gen Intern Med* 2006;21:661-665.
20. Wilson IB, et al. Provider-Focused Intervention Increases Adherence-Related Dialogue but Does Not Improve Antiretroviral Therapy Adherence in Persons With HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53:338-347.



**nadir**

[www.nadironlus.org](http://www.nadironlus.org)

Data di pubblicazione marzo 2011  
Ringraziamo Gilead Sciences per il supporto a questa iniziativa

Associazione Nadir Onlus  
Via Panama n. 88 - 00198 Roma  
C.F.: 96361480583 - P.IVA: 07478531002  
[redazione@nadironlus.org](mailto:redazione@nadironlus.org)

Progetto grafico: Simona Reniè  
Supervisione: David Osorio  
Stampa: Tipografia Messere Giordana - Via Enrico Bondi, 154/a - Roma