

LA NECESSITÀ DI UNA ALLEANZA TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE PER AFFRONTARE LE MALATTIE CRONICHE

G. Gambaro

Divisione di Nefrologia, Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgiche, Università di Verona-Ospedale Maggiore, Verona

La nostra specialità sta affrontando da almeno un decennio, un cambiamento epocale che, con tutta probabilità, si acuirà ancor di più: il passaggio da una popolazione di pazienti in larga parte acuta e/o sintomatica, ad una composta da cronici spesso asintomatici. Aumentano i dializzati e quelli in predialisi, è vero, ma questi costituiscono solo la punta dell'iceberg. Nel Veneto, dei primi il registro RVDT ne ha censiti 3837 nel 2005. Tuttavia dallo studio INCIPE da noi condotto nella popolazione generale > 40 anni di età possiamo stimare che siano almeno 250000 i Veneti con nefropatia cronica, la metà dei quali con CKD stadio 3 o gradi di insufficienza renale cronica più severa. Queste persone sono quasi completamente ignare della loro condizione. Non solo, per lo più stanno bene, spesso hanno la sindrome metabolica e in genere sono nel pieno delle loro attività. Hanno com'è noto un rischio CV elevato. Intervenire su questi pazienti inconsapevoli significa:

- 1) ricorrere a modalità organizzative diverse dalle attuali e studiate ad hoc per affrontare una vera epidemia che non può certo essere affrontata da poche centinaia di Nefrologi nel chiuso dei loro ambulatori divisionali;
- 2) agire a 360° con farmaci (politerapia) e sugli stili di vita;
- 3) farli partecipi della loro cura, sviluppare l'alleanza terapeutica, cioè una partnership speciale tra medico e paziente che veda il secondo attore della sua cura.

Quest'ultimi due punti richiedono che la questione della relazione e della comunicazione medico-paziente sia "scientificamente" affrontata. Si può fare molto per migliorare l'aderenza dei pazienti alla politerapia come è stato recentemente dimostrato con dei "trucchi" relativamente semplici (1, 2). Ad esempio, il trial "Federal Study of Adherence to Medications in the Elderly" (FAME) ha messo in luce che un programma educativo dei pazienti, con visite regolari di *follow-up* e l'utilizzazione di *blister* personalizzati dei farmaci assunti dai singoli pazienti, consente di passare dal 61 ad oltre il 96% di aderenza alla terapia antiipertensiva e della dislipidemia con un parallelo significativo miglioramento dei corrispondenti parametri.

Anche la semplificazione del trattamento combinando due farmaci nella stessa pillola, nel caso specifico l'amlodipina e l'atorvastatina, può essere una semplice ed efficace strategia per migliorare l'aderenza al trattamento come è stato recentemente affermato al Congresso della Società Americana di Cardiologia (3).

Queste diverse strategie per affrontare due tra le più importanti condizioni di rischio CV sono probabilmente cruciali per il successo del nostro intervento sulle malattie croniche. Infatti, una "microsimulazione" per confrontare il tasso di eventi CV in una popolazione di ipertesi con fattori di rischio CV multipli simile a quella dello studio ASCOT-LLA secondo i livelli di aderenza al trattamento con antiipertensivi e statine, ha chiaramente messo in luce che il RR passa da circa 20 eventi CV ogni 1000 pazienti-anno nel braccio con aderenza *standard* (assunzione regolare dei farmaci nel 20-80% dei giorni) a 13 nel braccio con aderenza ideale (> 80%) (4).

Tuttavia agire su ipertensione e dislipidemie, per quanto importante queste condizioni siano, significa agire sul ventre molle del rischio CV e cardiorenale. Esse sono, infatti, ben note al grande pubblico, vi sono state campagne di sensibilizzazione, e i media ne hanno, e ne parlano regolarmente. Ben più difficile può essere agire sugli altri fattori di rischio CV e cardiorenale e completare così l'arco dei 360° cui si accennava in precedenza. Già complesso può essere ottenere l'adesione alla politerapia che spesso è necessaria in questi soggetti, e purtroppo il miraggio della polipillola (5) è giusto un'utopia, un bell'esercizio speculativo. Certamente assai più difficile è agire sugli stili di vita.

Ma credo non ci sia alcun trucco possibile che ci consenta di ottenere l'adesione ad un trattamento a 360° (politerapia, modifica degli stili di vita). Non penso ci siano dubbi che le campagne sociali, gli interventi pubblici sul fumo, iniziati dal ministro Veronesi e conclusi con successo dal Prof. Sirchia, e l'iniziativa sulla prevenzione dell'obesità sulla quale si sta impegnando il ministro Livia Turco sono molto importanti. Ma per quanto ci riguarda, come medici, sono convinto che la via da perseguire sia l'alleanza terapeutica tra medico e paziente. È su questo aspetto che forse ci gio-

cheremo il successo o l'insuccesso del nostro ruolo di medici per affrontare l'epidemia di nefropatie croniche asintomatiche.

In un interessante commento su JAMA, Halsted Holman (6) ha affrontato il tema della necessità di una nuova educazione dei medici alla cura delle malattie croniche. La nostra formazione nelle Facoltà di Medicina è stata per lo più orientata sulle malattie acute, cioè su condizioni che il paziente non ha mai sperimentato precedentemente, per le quali spesso c'è una cura che ne consente la guarigione e nei confronti delle quali e della loro cura egli è passivo. Ben diversa è la situazione per le patologie croniche. Esse sono un continuo, si modificano, sono un divenire, raramente hanno una cura definitiva. Il paziente deve vivere indefinitamente con esse e i loro sintomi, venendo curato cronicamente ed andando incontro a complicanze multiple, con la necessità di adattamenti alle mutanti condizioni di vita, con problemi sociali, economici ed emozionali. Con le malattie croniche, il ruolo del paziente cambia; egli inevitabilmente diviene uno degli attori della sua cura visto che essa non ha termine, implica cambiamenti comportamentali ed adeguamenti alle condizioni di vita che cambiano.

Noi conosciamo bene questi malati e sappiamo che per le molteplici facce dei loro problemi l'intervento più efficace è quello multidisciplinare. Abbiamo ad esempio l'esperienza degli ambulatori di pre-dialisi, ma siamo, non credo di poter essere smentito, degli autodidatti.

Ritengo che vi sia la necessità di una preparazione organica sull'argomento, di un modo "scientifico" di affrontarlo. A tale scopo è stato organizzato il *Focus Group* che viene pubblicato in questo numero (7). Con esso si è cercato, credo con successo, di individuare i temi caldi della nostra relazione con i pazienti al fine di programmare una serie di articoli scritti da esperti per affrontare con sistematicità il tema della relazione e della comunicazione da pubblicare nei prossimi numeri del GIN.

Nel realizzare questo progetto sarò coadiuvato da due specialisti che nei loro diversi ambiti, l'uno da Psicologo clinico, l'altro da esperto Nefrologo, hanno maturato significative esperienze: il Dr. Gaetano Trabucco e il Prof. Gherardo Buccianti.

✉ **Indirizzo degli Autori:**

Prof. Giovanni Gambaro
Divisione di Nefrologia
Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgiche
Università di Verona - Ospedale Maggiore
Piazzale Stefani, 1
37126 Verona
e-mail: giovanni.gambaro@univr.it

BIBLIOGRAFIA

1. Petrilla AA, Benner JS, Battleman DS, et al. Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertensive and lipid-lowering medications. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 1441-51.
2. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 2563-71.
3. Patel BV, Leslie RS, Thiebaud P, et al. Adherence benefits in older patients of a single pill combining amlodipine and atorvastatin compared with multi-drug calcium channel blocker and statin combinations. *Circulation* 2006; 114 (Suppl. 18): II-829. A3868.
4. Cherry SB, Hussein MA, Niuchol M, et al. Short-term clinical consequences of nonadherence in patients with hypertension and multiple risk factors. *Circulation* 2006; 114 (Suppl. 18): II-906. A4198
5. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003; 326: 1419.
6. Holman H. Chronic disease. The need for a new clinical education. *JAMA* 2004; 292: 1057-9.
7. Trabucco G, Bravi E. "Focus Group" vecchi e nuovi bisogni del paziente nefropatico. *G Ital Nefrol* 2007; 24: 159-64.