

ADERENZA IN MEDICINA GENERALE

Medication adherence in general practice

Saffi Giustini¹, Alice Garzitto², Eleonora Bellini³, Stefano Tafi¹

¹Medico di medicina generale, ASL n. 3 Pistoia

²Tirocinante del Corso di medicina generale di Siena

³Medico Pistoia

Keywords

Adherence
Chronic disease
Elderly

Abstract

In a rapidly ageing society, chronic diseases are proportionally increasing. Dealing with these diseases is a priority for both General and Specialized medical's research.

Key elements in the management of chronic diseases are drug prescriptions and their efficacy. Long-term health benefits strongly depend on adherence to the prescription.

Doctors deal with non-adherence to therapy on a daily basis and this represents a major issue with multiple economical and health-related consequences.

Non-adherence does not only mean not following the therapy, but also taking the wrong dosage at the wrong time or interrupting the therapy before time.

A number of reasons contribute: the patient is unable to follow the therapy (i.e. an older patient or someone mentally ill), mis-communication between physician and patient, the patient is afraid of side effects, the patient does not see himself as "sick" (i.e. in silent illnesses).

Hence, fighting against non-adherence to therapy has become a priority for physicians. This can be improved by educating the patient, making the prescription easier to follow (i.e. using pill organizers), making the dosage simpler or involving pharmacists and nurses to help the patient better understand the therapy and addressing with them any doubt.

Introduzione

L'aderenza alla terapia è la chiave del successo dell'intervento farmacologico

All'allungamento dell'età media di vita consegue un aumento delle malattie croniche: il 65% della popolazione anziana con più di 65 anni ha una o più malattie croniche, come l'ipertensione, il diabete mellito, le cardiopatie, le malattie renali, la bronchite cronica ostruttiva [1]. Le due componenti principali nel *management* delle malattie croniche sono le prescrizioni farmacologiche e l'efficacia dei farmaci.

I benefici a lungo termine di queste dipendono fortemente dall'aderenza alle prescrizioni dei farmaci [2], che viene definita come "la capacità delle persone di seguire le prescrizioni farmacologiche" [3]. In altre parole, l'aderenza terapeutica rappresenta un comportamento individuale del paziente che comprende:

1. assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta);
2. persistenza terapeutica, ossia prosecuzione della cura per il periodo di tempo consigliato dal medico.

È importante inoltre precisare che il concetto di aderenza si discosta sensibilmente da quello di *compliance*: quest'ultima mette l'accento sulla obbedienza/disobbedienza del paziente alle indicazioni ricevute, essendo intesa come il passivo rispetto delle regole imposte dal medico in termini di terapia. Definire un paziente "*non compliant*" significa attribuirgli in maniera acritica la colpa del suo comportamento. Al contrario, non si può parlare di aderenza terapeutica senza presupporre la presenza della partecipazione attiva da parte del paziente al processo di cura, in un rapporto di collaborazione con il medico basato sull'informazione, sul consenso e sulla condivisione degli obiettivi di salute [4].

La non aderenza ai farmaci rappresenta un enorme problema dai multipli risvolti sanitari ed economici. I problemi legati all'assunzione dei farmaci, gli effetti avversi e le

Corrispondenza: Saffi Giustini. Medico di Medicina Generale, Azienda USL 3 Pistoia, Montale (PT).
E-mail: drsaffigiustini@gmail.com

difficoltà incontrate nell'aderire ai regimi prescritti possono essere ancor più fastidiosi per i pazienti degli stessi trattamenti [4, 5].

La scarsa aderenza terapeutica rappresenta senza dubbio un evento pericoloso per la salute, riduce il benessere dei pazienti e aumenta i costi sanitari: negli USA, ad esempio, la non aderenza ai farmaci causa circa 125.000 morti all'anno. Anche la continuità terapeutica non ottimale impatta negativamente sulla salute dei pazienti cronici e sembra riguardare maggiormente il primo anno dopo l'evento, contribuendo in maniera negativa al grosso problema della non aderenza farmacologica.

Situazioni che concorrono a determinare una condotta terapeutica non aderente

La non aderenza alla terapia da parte del paziente non vuol dire soltanto "non seguire affatto la terapia" ma anche adottare tutta una serie di comportamenti errati di assunzione che poi, in breve o in lungo tempo, possono comportare uno scarso risultato della stessa in termini di efficacia, possono esporre i pazienti a rischi sanitari e a complicanze talvolta ben peggiori della malattia in sé. Ad esempio, la dimenticanza di assumere la dose prevista del medicinale può provocare un'assunzione incongrua ad orari inopportuni, con rischio di sovradosaggio e potenziamento degli effetti collaterali. Pensiamo banalmente alla terapia anticoagulante orale o alla terapia insulinica, entrambe potenzialmente letali sia in caso di sovra- che di sotto-dosaggio. È quindi molto importante verificare che l'assunzione dei farmaci venga fatta sempre alla dose corretta controllando, ad ogni nuova richiesta da parte del paziente, la data della prescrizione precedente. Il supporto telematico aiuta il medico in questa verifica e calcola rapidamente se si tratta di una richiesta congrua o "sospetta".

Un altro tipo di non aderenza terapeutica è la variazione dell'orario dell'assunzione del farmaco, che al paziente può sembrare un evento banale. Il medico prescrittore deve avere ben chiare le curve di farmacocinetica del farmaco che propone, renderne edotto il paziente e aver cura di riportargli esattamente l'orario in cui l'assunzione deve essere fatta e perché (pensiamo agli antibiotici dose-dipendenti come le penicilline, l'assunzione dei cortisonici al mattino, ecc.).

Un altro grande problema è il "malato sano" cioè quel paziente che, sentendosi guarito, sospende autonomamente la terapia. Le conseguenze possono essere varie e disastrose sia su scala personale e che su scala di salute globale. Pensiamo allo sviluppo di nuove resistenze batteriche in seguito alla sospensione precoce delle terapie antibiotiche, all'insufficienza cortico-surrenalica da brusca sospensione di corticosteroidi, alla riacutizzazione di patologie infiammatorie come ad esempio un'artrite reumatoide resa fino ad allora silente grazie alle terapie.

Analisi delle cause della non aderenza

I fattori che portano alla non aderenza si possono riassumere in:

- Presenza di disturbi cognitivi e psicologici: complice l'aumento dell'età media della popolazione, la presenza di disturbi cognitivi (specie quelli associati alla demenza in tutte le sue forme) amplifica, come si vedrà in seguito, il problema della non aderenza terapeutica. Stesso discorso per i pazienti depressi, psicotici, affetti da disturbi somatoformi e psichiatrici in generale.
- Trattamento di malattie asintomatiche: "pochi sintomi, poca consapevolezza della patologia". Ciò comporta un'estrema difficoltà ad accettare il proprio stato di "malato" ed il fatto di "doversi comunque curare", determina nel paziente un'insofferenza verso l'assunzione del farmaco, verso l'impegno più o meno quotidiano che essa comporta, verso i temuti effetti collaterali, la cadenza delle visite di controllo, l'auto-monitoraggio.
- La paura degli effetti collaterali del farmaco (specie negli asintomatici), sia quelli imprevedibili che quelli inevitabilmente legati all'assunzione, che supera la paura delle conseguenze dalla patologia in sé.
- Difficoltà del paziente a percepire i segni dell'effetto positivo del trattamento, associata d'altra parte all'inefficienza da parte del medico nel fornire gli strumenti per poterlo percepire (ad esempio, misure oggettive per valutare il dolore o le capacità funzionali, immagini di confronto, registrazioni delle precedenti impressioni nella cartella clinica).

- Erronee aspettative circa la tempistica d'azione e la reale efficacia del trattamento, sia in senso di sovra-aspettativa che di sotto-aspettativa (“...tanto non mi funziona...”).
- Mancanza di conoscenze sulla malattia da parte del paziente, causate dall' inefficienza della comunicazione medico-assistito, dal disinteresse da parte di quest'ultimo e dalla deleteria, incontrollata e non filtrata influenza di media ed internet.
- Scarsa fiducia del paziente verso il medico e le aziende farmaceutiche: collegandosi a ciò che è stato detto sopra, sta pian piano prendendo forma una diffidenza di base da parte della popolazione verso chi produce e chi prescrive farmaci, spesso e volentieri utilizzata ed amplificata dai media “per fare notizia” (ricordiamo il caso mediatico tutt'ora in corso sull'ipotetica relazione - peraltro mai dimostrata e più volte smentita da trial clinici - tra vaccino trivalente MPR ed autismo e diabete).
- Scarsa comunicazione tra medico ospedaliero, medico specialista e medico di famiglia: spesso la terapia prescritta dallo specialista per uno specifico problema si va a sommare alle terapie che il paziente assume sotto consiglio del medico di famiglia, senza però una corretta integrazione tra le due prescrizioni (che per avvenire necessita della stretta collaborazione e alleanza tra le varie figure professionali).
- Presenza di barriere per il trattamento: prezzo del farmaco, palatabilità, via di somministrazione.
- Somministrazione di terapie tramite *device* che possono risultare difficilmente utilizzabili dal paziente, soprattutto se anziano (fenomeno tipico dei farmaci respiratori). Tale fenomeno si esacerba quando nessun operatore (medico, farmacista o infermiere) mostra in pratica l'utilizzo del *device*.
- Disponibilità di forme di medicina alternativa esercitate a vario titolo spesso da personale non medico che possono indurre i pazienti a sottoporsi a terapie la cui efficacia non è stata mai dimostrata o è peggio ancora, ad abbandonare le terapie in corso.

Focus sulla non aderenza nel paziente anziano

Nel 2013 il *Geriatric Working Group* (GWG) istituito dall'AIFA ha concluso un'indagine a tappeto sulla popolazione italiana di età superiore ai 65 anni [6]. Il GWG ha individuato un elenco di 13 indicatori della qualità delle terapie farmacologiche e ha applicato ciascuno di questi alla popolazione in esame. Tali indicatori, per ammissione degli stessi Autori, non possono essere utilizzati per valutare il trattamento farmacologico del singolo paziente, possono però fornire uno spaccato della realtà inerente l'uso dei farmaci nei pazienti anziani in Italia.

Per quanto riguarda l'aderenza alla terapia è stato osservato che il 52% dei soggetti tra 65 e 74 anni ed il 69% di quelli tra i 75 e gli 85 è sottoposto a regimi di trattamento comprendenti almeno 5 farmaci. Il 46% dei soggetti esaminati non è aderente alla terapia con antipertensivi, cioè non assume farmaci per più del 40% dei giorni di terapia; questo valore supera il 63% per gli antidepressivi e gli antidiabetici. Se si considera che deve essere raggiunto l'80% dei giorni di copertura perché si possa parlare di buona aderenza terapeutica e che, secondo una recente revisione della letteratura, l'aggiunta giornaliera di una nuova dose di farmaco comporta un aumento di rischio di “non aderenza” del 10%, è facile avere un'idea delle dimensioni che questo problema assume in questa parte della popolazione, colpita inoltre da numerosi altri determinanti di fragilità [7].

Le misure volte a facilitare l'aderenza dei pazienti all'assunzione dei farmaci dovrebbero essere considerate parte integrante della cura delle persone anziane; infatti la compromissione delle funzioni cognitive che spesso li caratterizza può pregiudicare in modo sostanziale il comportamento di aderenza. Esso a sua volta, innescando un pericoloso circolo vizioso, impatta pesantemente sulla salute dell'assistito, aumentandone il rischio di effetti collaterali, legati ad esempio alla brusca e incontrollata sospensione del farmaco, alla riacutizzazione della patologia/e di base, al sovradosaggio, alla mancanza di una corretta associazione di farmaci (es. paziente in terapia con aspirina e pregressa emorragia gastrica che cessa l'assunzione di inibitori di pompa).

Come migliorare l'aderenza

Valutazione dei percorsi e dei metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza alla prescrizione e la continuità terapeutica e focus sull'importanza del supporto di altre figure professionali (infermieri e farmacisti facilitatori).

Gli studi che valutano sia l'aderenza alla terapia che gli outcome di salute possono facilitare il personale sanitario (medici ed altre figure professionali, come infermieri e farmacisti facilitatori) a comprendere se il paziente stia seguendo correttamente le proprie prescrizioni farmacologiche oppure no. Infatti, benché l'aderenza ai farmaci sia una problematica a livello mondiale, con gravi ripercussioni di carattere sanitario ed economico, non esistono a tutt'oggi linee guida, raccomandazioni o indirizzi che aiutino il personale sanitario ed il paziente a gestire meglio il problema della "non aderenza terapeutica".

Nonostante l'aumento di pazienti che assumono giornalmente più tipi di farmaci, ci sono soltanto minime evidenze a supporto di interventi che possano migliorare l'aderenza all'assunzione [5] e molti degli interventi valutati si sono avvalsi della collaborazione di farmacisti. Gli approcci di intervento utilizzati sono stati:

1. adozione di un promemoria scritto per i farmaci;
2. semplificazione del regime farmacologico;
3. educazione terapeutica;
4. *counselling* diretto;
5. *counselling* telefonico per valutare l'aderenza ai farmaci;
6. pianificazione degli orari di assunzione dei farmaci;
7. confezionamento personalizzato dei farmaci;
8. follow-up finalizzato per migliorare l'aderenza all'assunzione dei farmaci.

Non è chiaro quale di questi possibili approcci sia il più efficace poiché gli studi che hanno preso in esame i singoli interventi sono in numero limitato e di difficile confronto. Una revisione della letteratura di Cutrona e coll. del 2010 [8] ha evidenziato una certa efficacia di alcuni di questi limitatamente all'aderenza a terapie per patologie cardiovascolari. In particolare è stato osservato che l'azione di *counselling*, svolta in contesti differenti (domicilio, farmacia, luoghi di lavoro, ambiente clinico) sia da professionisti appositamente formati che da personale sanitario, può migliorare l'aderenza. Esiste inoltre la possibilità che il *counselling* risulti più efficace qualora venga rivolto, oltre che al paziente, ad un familiare al quale viene affidato un ruolo di supporto. Tra gli interventi non dipendenti da persone fisiche, invece, hanno dimostrato effetti positivi l'uso di sistemi di promemoria, recapitati con mezzi informatici, telefonate automatizzate o perfino posta convenzionale. L'esecuzione di telefonate da parte di persone ha invece portato complessivamente a risultati deludenti [8].

I metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza possono essere riassunti nei seguenti punti:

- L'educazione del paziente: non vi è dubbio che gli interventi educativi/informativi rivolti al paziente, alla famiglia e a chi lo assiste possano avere un effetto favorevole sull'aderenza alla prescrizione. L'intervento educativo dovrà però essere personalizzato in base alle capacità intellettive e al livello d'istruzione del paziente. La non comprensione delle istruzioni ricevute può infatti rimanere celata da parte del paziente per un senso di vergogna, o generare diffidenza [7].
- Il miglioramento della comunicazione fra medico e paziente: l'aumento della comunicazione fra paziente e medico è la chiave per potenziare la capacità del paziente e della famiglia nel seguire il regime terapeutico. Questo si ottiene attraverso la messa in atto da parte del medico di un approccio centrato sul paziente e non solo sulla malattia, che permetta la partecipazione attiva dello stesso al processo di cura, che tenga conto delle sue aspettative in termini di obiettivi di salute e della tempistica in cui tali obiettivi debbano essere raggiunti e che, infine, eviti un atteggiamento accusatorio o teso a fornire giudizi riguardanti la sua cultura e le sue convinzioni [7].
- Rendere "materialmente" più semplice ed intuitiva la comprensione dello schema di trattamento: ad esempio risulta utilissimo, specie nel paziente anziano, l'uso di contenitori di compresse divisi in scomparti nei quali suddividere i farmaci a seconda dell'ora di somministrazione.
- Facilitare l'assunzione del farmaco riducendone la posologia, ad esempio attraverso l'uso di farmaci a lento assorbimento che riducono la somministrazione di più dosi nell'arco delle 24 ore.

- Aumentare le ore nelle quali il medico è a disposizione del paziente: ritardare l'appuntamento con un paziente può avere come conseguenza diretta quella di una sospensione o di un diradamento della somministrazione di un farmaco, in attesa della visita.
- Coinvolgere il farmacista nel rendere più facile la comprensione della terapia, ad esempio invitandolo a scrivere sulla confezione del farmaco orario e dose da assumere, e garantendogli una stretta comunicazione con il medico in caso di necessità.
- Coinvolgere altresì infermieri ed altre figure sanitarie che valutino la *compliance* al trattamento e aiutino il paziente - in collaborazione con medico e farmacista - a dirimere i suoi dubbi al riguardo.

Poiché molti fattori contribuiscono alla bassa aderenza all'assunzione farmaci e l'impiego di una sola strategia può non essere efficace per tutti i pazienti, è quindi necessario adottare un sistema multifattoriale [9, 10].

Un esempio di situazione problematica da migliorare

Le malattie cardiovascolari: analisi dei dati desunti da una survey nazionale sulla aderenza alla terapia nel post infarto.

Le malattie cardiovascolari sono il più elevato fattore di mortalità nel mondo. I costanti progressi compiuti nella diagnosi e nel trattamento della fase acuta dell'infarto miocardico (IMA) hanno sì determinato una consistente riduzione della mortalità intra-ospedaliera, ma hanno anche portato ad un progressivo aumento del numero dei pazienti post-infartuati che necessitano di una terapia a lungo termine. La non aderenza terapeutica nel post infarto concorre a vanificare i risultati ottenuti, creando gravi conseguenze sia da un punto di vista sanitario che da quello economico. Agli elevati costi sanitari propri e legati direttamente alla patologia sono da aggiungere i costi indiretti generati dalle perdite di produttività - perdite inflitte dalla stessa mortalità o dalle disabilità conseguenti. E di tutti questi costi è responsabile in buona misura la non-*compliance* alla terapia farmacologica nel post-infarto.

Per non vanificare nel breve-medio termine i risultati dei progressi ottenuti nel trattamento in acuto di tali patologie, è necessario quindi garantire ai pazienti una altrettanto efficace continuità terapeutica e assistenziale dopo la dimissione dalla fase acuta, anche nell'ottica di un uso razionale delle risorse. Purtroppo, in tale ambito le strategie non sono altrettanto definite e soprattutto non altrettanto ben implementate.

Da una *survey* nazionale condotta da medici di medicina generale (MMG) è emerso che la prescrizione delle terapie raccomandate nei soggetti con pregresso IMA è aumentata dal 2001 al 2006, ma resta ancora sotto-dimensionata [11]. Particolarmente rilevante appare la scarsa utilizzazione nel cronico dei beta-bloccanti e delle statine. La percentuale di pazienti che seguiva il trattamento per tutti i 5 anni esaminati è risultata del 16% per i beta-bloccanti, del 41% per gli anti-aggreganti, del 36% per gli ACE-inibitori (o sartani) e del 13% per le statine rispetto al totale dei pazienti post-IMA [11] (**Figura 1** e **Tabella 1**).

Questi dati sono in linea con i risultati di un più recente studio statunitense nel quale è stata indagata l'aderenza in un periodo di 12 mesi successivi ad un ricovero, in un campione di pazienti anziani con scompenso cardiaco cronico o riacutizzato [12]. In questo studio la non-aderenza al trattamento con ACE-inibitori/sartani, beta-bloccanti (BB) e diuretici, nei pazienti con insufficienza cardiaca (*heart failure*, HF) determina un maggior rischio di ospedalizzazione ed è associata a esiti negativi; la ricerca rivela come nonostante la copertura "mutualistica" con *Medicare part D*, l'aderenza al trattamento dopo la dimissione ospedaliera diminuiva nei primi 2-4 mesi per tutte le tre classi di farmaci, per raggiungere un plateau nell'anno successivo.

Un paziente, per essere realmente consapevole - nella misura in cui può esserlo chi non sia un "tecnico", e sempre che lo stato di salute non lo impedisca - ha bisogno di disporre di adeguate conoscenze. Al di là del personale bagaglio di base - che le istituzioni in primis dovrebbero accrescere attraverso un'articolata educazione sanitaria - la conoscenza dipende soprattutto dall'informazione data dai professionisti sanitari, medico di famiglia soprattutto.

Crediamo fermamente che l'interazione con il personale sanitario debba incentrarsi su un flusso bidirezionale, tale da permettere al paziente di esternare dubbi, preoccupazioni ma anche di portare a conoscenza il professionista di elementi potenzialmente rilevanti per l'impostazione diagnostica o terapeutica.

Figura 1 Percentuale di pazienti in trattamento farmacologico in funzione del tempo trascorso dall'evento acuto. Modificata da Filippi et al. [11].
 ASA aspirina;
 AC anticoagulanti;
 ACE-i ACE-inibitori;
 ARB sartani;
 IMA infarto miocardico acuto.

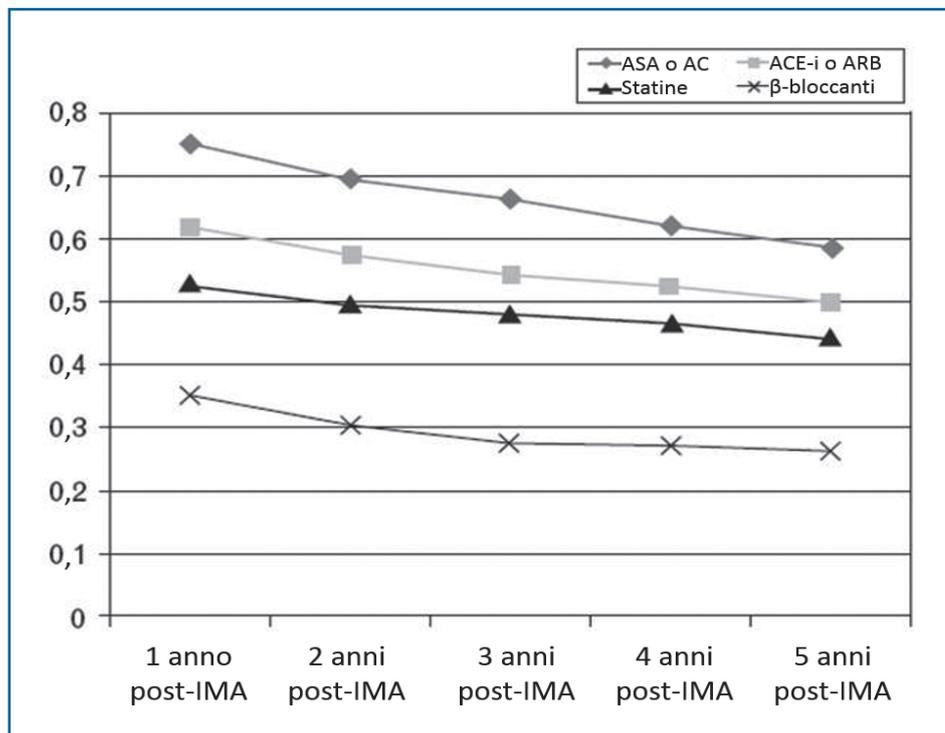


Tabella 1 Percentuale di pazienti aderenti a terapia nel post-infarto nel tempo. Modificata da Filippi et al. [11].

	ASA	β-bloccanti	Statine	ACE-i o ARB
Mai prescritto	26,5%	61,5%	27,9%	33,7%
Prescritto 1 anno su 5	8,7%	7,0%	9,8%	6,4%
Prescritto 2 anni su 5	6,9%	5,4%	26,1%	7,7%
Prescritto 3 anni su 5	8,2%	5,4%	17%	7,5%
Prescritto 4 anni su 5	8,8%	5,1%	5,9%	9,0%
Prescritto tutti i 5 anni	40,9%	15,6%	13,3%	35,7%

ASA aspirina; ACE-i ACE-inibitori; ARB sartani

Nell'odierno contesto di una medicina ipertecnologica e frammentata in una molteplicità di discipline, è comune il rilievo di un dialogo insufficiente con il paziente. Mettere al centro dell'attività del medico la relazione con il malato in una visione *patient's centered care* [13, 14] permette di stabilire quella alleanza terapeutica che diventa collaborazione consapevole e condivisione dell'atto prescrittivo [15].

Indipendentemente da una crescita effettiva del numero di pazienti con patologie croniche, il baricentro epidemiologico si è andato modificando sposandosi dall'acuzie alla cronicità; sono quindi necessarie nuove strategie per poter più adeguatamente rispondere ai bisogni del cittadino, mantenendo standard di elevata qualità, adeguati al mutare delle condizioni sanitarie e sociali, ed economicamente sostenibile.

Alcune proposte di soluzione al problema dell'aderenza terapeutica per il MMG

Il MMG, che più di ogni altro accompagna il paziente cronico durante il suo percorso di cura, potrebbe ridurre il problema della scarsa *compliance* terapeutica adottando (o semplicemente migliorando) alcuni comportamenti durante la sua attività ambulatoriale.

1. Implementare la consultazione e l'utilizzo dei sistemi telematici e informatici con "ricordo" (cellulare, Ipad, etc.); esempi sono riportati nelle **Figure 2, 3 e 4**.
2. Prestare attenzione agli indicatori e standard personali; molte cartelle cliniche informatizzate dispongono di programmi automatici per una rivisitazione periodica dei pazienti complessi, affetti da polipatologie e politrattati ai quali ad esempio da

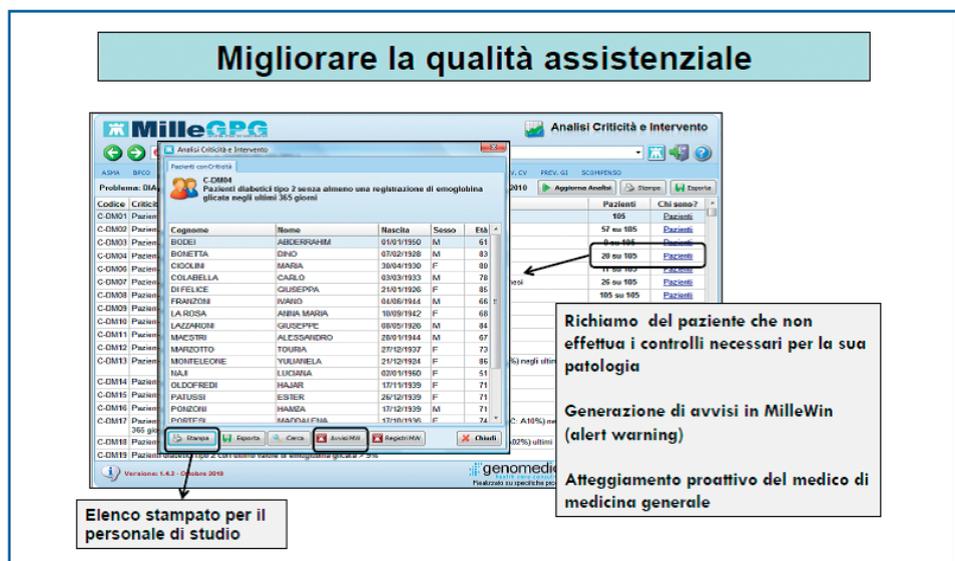
Figura 2 Audit clinico con Mille GPG. Modificata da Pasculli et al. [16].



Figura 3 Aree critiche dell'assistenza. Modificata da Pasculli et al. [16].



Figura 4 Migliorare la qualità assistenziale. Modificata da Pasculli et al. [16].



- tempo non sono effettuati periodici controlli della funzionalità renale, epatica, etc.
3. Condurre audit personali (**Box 1**).
 4. Ridurre l'inerzia terapeutica.
 5. Migliorare l'aderenza.
 6. Sperimentare nuove strategie d'intesa con il personale di segreteria e soprattutto infermieristico.
 7. Migliorare l'organizzazione di studio.

La valutazione della cartella clinica e l'introspezione dei dati risultano essenziali ai fini del miglioramento continuo della qualità assistenziale. Un aspetto particolarmente interessante della sezione appropriatezza dell'utilizzo delle statine riguarda la possibilità di identificare agevolmente i pazienti che hanno subito eventi cardiovascolari o sono diabetici, ma che non sono in trattamento con statine, oppure ancora quei pazienti che potrebbero essere affetti da una dislipidemia familiare e necessitare di una terapia pur non avendo subito eventi cardiovascolari e avendo un profilo di rischio cardiovascolare, valutato secondo l'algoritmo del Progetto Cuore ISS, relativamente basso [17].

Box 1 MilleGPG.

L'utilizzo sistematico di una cartella clinica informatizzata, la registrazione accurata dei dati clinici e strumentali di ciascun paziente sono condizioni necessarie ma non sufficienti per una gestione ottimale dei complessi processi di cura affidati al MMG. Per raggiungere questo obiettivo, infatti, è necessario disporre di una strumentazione di controllo, di un vero e proprio "cruscotto" che fornisca in tempo reale indicazioni sintetiche ed accurate sulle performances del sistema di cure che quotidianamente offriamo ai nostri assistiti. Proprio per venire incontro a queste nuove esigenze è stato rilasciato un nuovo software, denominato MilleGPG (*General Practice Governance*). Esso affianca la cartella Millewin e consentirà anche al medico meno esperto e meno propenso alle sofistiche informatiche un'analisi estremamente accurata della propria attività, con l'obiettivo di migliorare le proprie performance e quindi la qualità delle cure offerte ai propri pazienti.

Bibliografia

- [1] Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162:2269-2276.
- [2] Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization 2003; 1-209.
- [3] Haynes RB, Yao X, Degani A, et al. Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 4:CD000011.
- [4] Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008; 63: 132-43.
- [5] Williams A, Dunning T, Manias E. Continuity of care and general wellbeing of patients with comorbidities requiring joint replacement: an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57: 244-56.
- [6] Onder G, Bonassi S, Abbatecola AM, et al.; Geriatrics Working Group of the Italian Medicines Agency. High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69: 430-7.
- [7] Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 2011; 86:304-14.
- [8] Cutrona SL, Choudhry NK, Fischer MA, et al. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence. *Am J Manag Care*. 2010; 16:929-42.
- [9] Ruppert TM, Conn VS, Russell CL. Medication adherence interventions for older adults: literature review. *Res Theory Nurs Pract*. 2008; 22:114-47.
- [10] Banning M. Older people and adherence with medication: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45:1550-61.
- [11] Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, et al. Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care. *J Cardiovasc Med*. 2009; 10:714-8.
- [12] Sueta CA, Rodgers JE, Chang PP, et al. Medication Adherence Based on Part D Claims for Patients With Heart Failure After Hospitalization (from the Atherosclerosis Risk in Communities Study). *Am J Cardiol*. 2015; 116:413-9.
- [13] Bonito V. Negoziare oggi per agire domani. *Janus*. 2004; 14:28-32.
- [14] Lamberto A, Levaggi R. La comunicazione fra medico e paziente: aspetti di costo efficacia. *Politiche sanitarie* 2004; 1:52-59.
- [15] Negrini G, La Pietra L, Marchisio S. L'informazione al paziente. *De Qualitate*. 2003; 49-54.
- [16] Pasculli D, Ruggeri M. L'uso integrato della cartella clinica Millewin e del MilleGPG: potenzialità e opportunità per una Medicina Generale moderna ed efficace e corso di formazione Novembre 2010. *Rivista SIMG n. 3 giugno 2010*.
- [17] Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D, et al. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del progetto CUORE. *Ann Ist Super Sanità* 2004; 40:393-9.