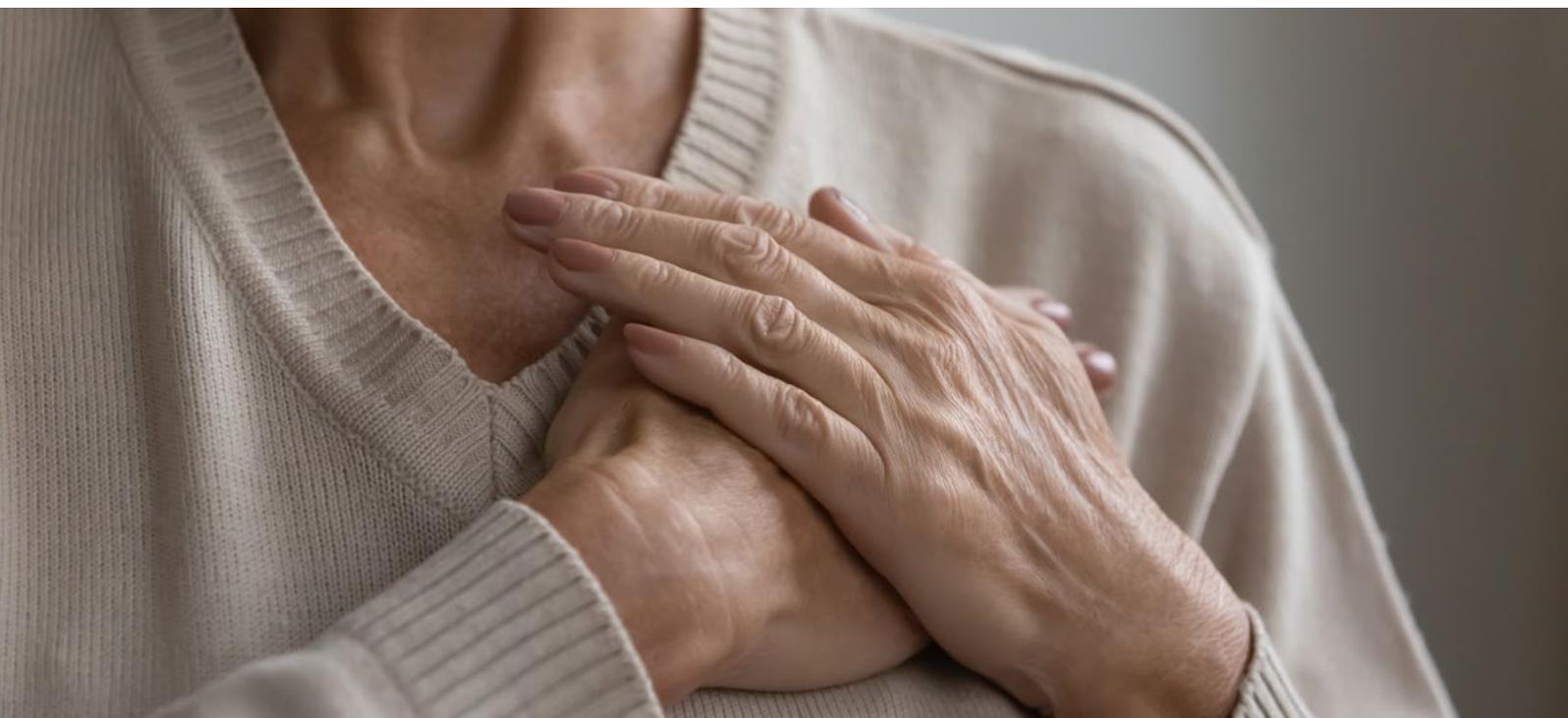


L'aderenza terapeutica: elemento cardine nel trattamento delle malattie cardiovascolari

Piercarlo Salari

Medico e divulgatore medico scientifico – Milano



“Nel 2021 sono stati 230.283 i decessi dovuti alle **malattie cardiovascolari, prima causa di invalidità e di ricovero**, con un costo nazionale annuale di 24 miliardi di euro, di cui 19 dovuti alle ospedalizzazioni”. A ricordare questi dati è stata Elena Murelli, capogruppo in Commissione X Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale e Presidente dell’Intergruppo parlamentare sulle malattie cardio-, cerebro- e vascolari, Senato della Repubblica, in occasione del tavolo interregionale *Rischio cardiovascolare e aderenza terapeutica: focus su dislipidemia e ipertensione arteriosa*, promosso da Fondazione Onda. Come suggerisce lo stesso titolo dell’evento, **l’aderenza è un presupposto essenziale**: “È importante fare chiarezza su alcuni termini spesso erroneamente utilizzati come sinonimi” ha precisato Massimo Volpe, Presidente della Società Italiana per la Prevenzione cardiovascolare (SIPREC). “La compliance, infatti, indica la disponibilità del

paziente ad assumere le pillole ed è un pilastro dell'aderenza, che comprende anche le prescrizioni relative alle visite e al cambiamento dello stile alimentare e di vita. Un altro concetto importante è quello di persistenza, inversamente correlata alla discontinuazione della terapia nel corso del tempo e purtroppo tristemente bassa nei pazienti affetti da malattie croniche e politrattati. Per rendersi conto dell'impatto dell'aderenza basta richiamare i dati della letteratura: una diminuzione di soli 10 mmHg della pressione sistolica può ridurre del 20% l'incidenza di eventi cardiovascolari e un calo di 1 millimole di colesterolemia LDL (pari a circa 39 mg/dl) si associa a una riduzione rispettivamente del 22% degli eventi cardiovascolari maggiori e del 23% degli eventi coronarici maggiori. Appare quindi evidente che i due interventi congiunti, sulla pressione e sul colesterolo, sono di particolare efficacia. Purtroppo, però, a distanza di un anno dalla prescrizione, soltanto il 50-60% dei pazienti risulta aderente: qualcuno si riduce la dose o la posologia, arrogandosi la facoltà di attribuire arbitrariamente la priorità ai farmaci da assumere”.

Come promuovere l'aderenza terapeutica

Per promuovere l'aderenza si possono distinguere **tre livelli di intervento: il medico, il paziente e il servizio sanitario**. “Spetta al medico:

- fissare e rispettare gli appuntamenti dati al paziente;
- affinare la comunicazione;
- spiegare quanto i farmaci modifichino la storia della malattia cardiovascolare;
- fornire delle istruzioni personalizzate;
- tenere presente il livello di cultura e di comprensione del paziente;
- parlare apertamente delle conseguenze della non compliance;
- coinvolgere i familiari o i caregiver;
- sottolineare i risultati favorevoli della terapia;
- discutere gli eventuali effetti collaterali;
- semplificare il più possibile lo schema terapeutico, identificando gli orari della giornata più consoni e ricorrendo alle combinazioni in prevenzione sia primaria sia secondaria.

Il paziente deve cercare di diventare partner della terapia e, a tale scopo, deve comprendere quanto essa sia importante per la sua qualità e aspettativa di vita; va poi sottolineato che non mancano oggi degli strumenti ad uso sia del medico, per il monitoraggio dell'aderenza, sia del paziente, per ricordarsi l'assunzione dei farmaci. Il servizio sanitario, infine, dovrebbe promuovere l'accesso alle cure: non si tratta soltanto di gestire le liste d'attesa, ma anche di assicurare l'accesso alle prescrizioni, per esempio rivedendo la durata dei piani terapeutici che hanno ormai 8 se non 10 anni di anzianità. La peggiore terapia, in definitiva, è quella efficace che non viene assunta”. Di opinione del tutto concorde è Ovidio Brignoli, Vice Presidente della Società Italiana Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG): **“Il medico di medicina generale ha oggi una quota significativa di assistiti a rischio cardiovascolare o già malati e deve cambiare la gestione del proprio ambulatorio**. Non basta soltanto destinare più tempo alle visite, ma servono una maggiore vicinanza al paziente e l'attuazione di strategie concrete: per esempio, può essere utile scrivere su un foglio di carta le istruzioni terapeutiche, rileggendole con il paziente per verificarne la comprensione, annotando di volta in volta le impressioni. Elementi fondamentali sono una medicina di iniziativa, il coinvolgimento del farmacista, che è un soggetto di prossimità, e la promozione di studi clinici in Medicina Generale, per dimostrare in maniera convincente l'importanza e l'efficacia della semplificazione della terapia con la polipillola, tuttora oggetto di ingiustificato scetticismo da parte dei medici di famiglia”.

Raccomandazioni conclusive

“Una cattiva aderenza si traduce inevitabilmente in un aumento dei costi, mentre un suo aumento del 20% si traduce in una riduzione del 9% dei rischi di ictus e di eventi cardiovascolari” ha commentato

Davide Grassi, componente del Direttivo regionale della Società Italiana dell'Ipertensione arteriosa (SIIA). "Come suggeriscono le linee guida dell'*European Society of Hypertension* appena pubblicate, **è opportuno incoraggiare l'uso di terapie antipertensive in combinazione**, soprattutto in caso di target pressori ambiziosi, **promuovere le terapie combinate basate su una singola pillola**, per supportare la persistenza a lungo termine al trattamento, **e raccomandare un trattamento iniziale di combinazione nella maggior parte dei pazienti ipertesi**, essendo disponibili delle evidenze favorevoli a questo criterio di approccio". Senza poi contare che una terapia di combinazione ab initio, oltre a permettere di sfruttare differenti meccanismi d'azione e, grazie a un dosaggio di impiego inferiore, di ridurre l'incidenza di effetti indesiderati, può anche contribuire a prevenire quella situazione, meglio nota come inerzia terapeutica, in cui un paziente a lungo sottoposto a un trattamento inadeguato e conseguentemente inefficace si sentirebbe poco motivato a mantenersi aderente.

Bibliografia

- Mancia Chairperson G, Kreutz Co-Chair R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens* 2023. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>
- Kalantzi V, Kalafati IP, Belitsi V, et al. Cardiometabolic Patient-Related Factors Influencing the Adherence to Lifestyle Changes and Overall Treatment: A Review of the Recent Literature. *Life (Basel)* 2023;13:1153. <https://doi.org/10.3390/life13051153>
- Sedhom R, Hamed M, Tan W, et al. Meta-Analysis on the Clinical Outcomes With Polypills for Cardiovascular Disease Prevention. *Am J Cardiol* 2023;201:211-218. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2023.06.001>
- Araújo F, Caldeira D, Aguiar C, et al. Polypill use for the prevention of cardiovascular disease: A position paper. *Rev Port Cardiol* 2023;S0870-2551(23)00267-6. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.02.011>

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>