



DALLE AREE - CARDIOGERIATRIA

DI DONATELLA DEL SINDACO, NADIA INGIANNI
E IRIS PARRINI
A NOME DELL'AREA CARDIOGERIATRIA ANMCO



Quando la cura si perde: le sfide dell'aderenza terapeutica nell'anziano

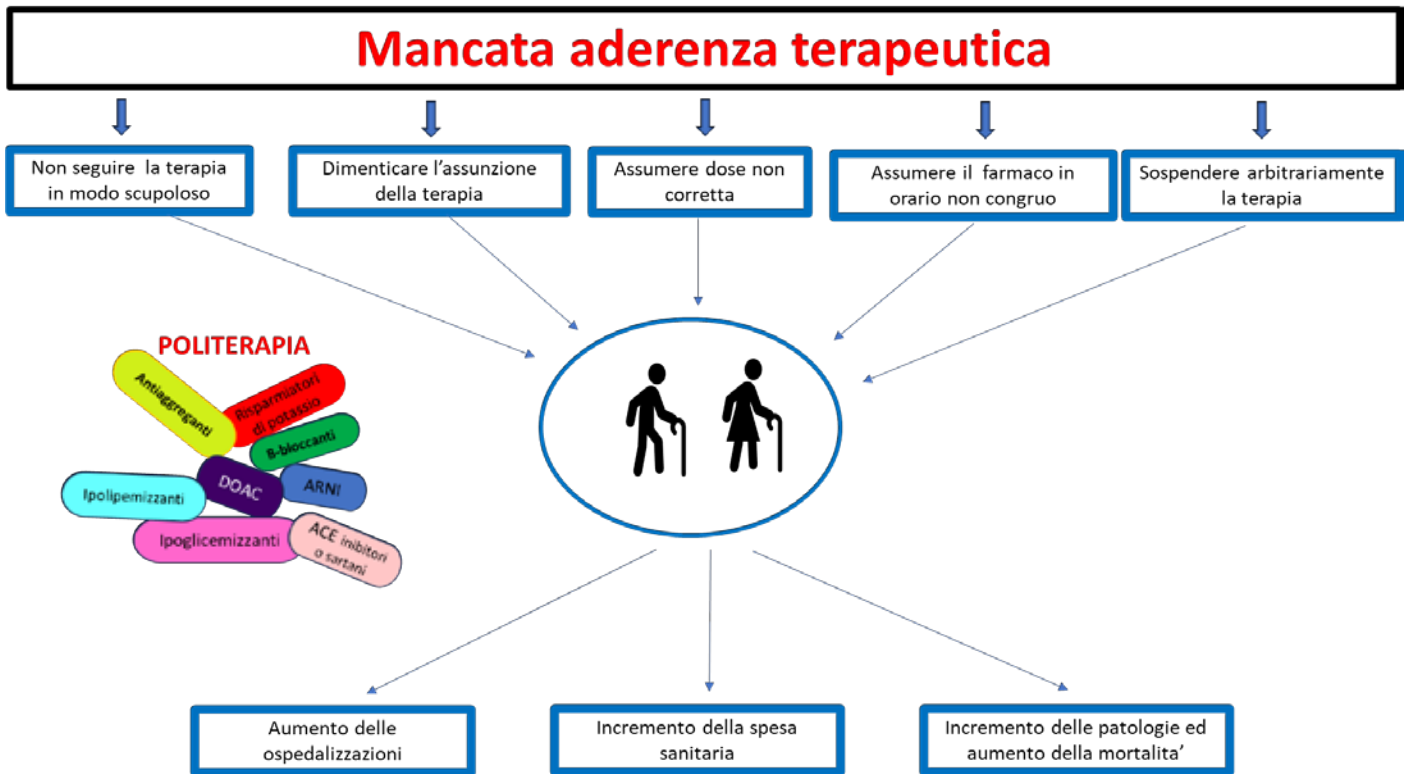
Gli anziani, spesso polipatologici, politrattati e talora anche fragili o disabili sono a rischio di non aderenza alla terapia. Negli anziani di comunità l'aderenza è generalmente inferiore al 60%. Secondo una stima dell'OMS più della metà di tutti i medicinali sono prescritti, dispensati o venduti in modo inappropriato e la metà di tutti i pazienti non li assume correttamente. L'OMS (2023), definisce l'aderenza terapeutica come: "Il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante, in termini di posologia corretta e di persistenza nella terapia". L'aderenza riguarda non solo i farmaci ma anche la modifica dei fattori di rischio, dello stile di vita e dei comportamenti relativi all'autocura. Tutto questo è necessario per: la gestione delle patologie, il miglioramento degli outcome, la riduzione del rischio cardiovascolare e delle ospedalizzazioni e, per un risparmio in termini di spesa sanitaria in aumento per l'incremento dell'età media dei pazienti che, spesso, sono anche dementi e richiedono intervento del caregiver. La mancata aderenza

è correlata all'età (più i pazienti sono anziani meno assumono la terapia), al sesso (le donne sono meno aderenti per problemi socio-culturali), al livello socio-economico, al grado di istruzione e

L'aderenza terapeutica, ovvero il rispetto delle indicazioni mediche da parte dei pazienti, rappresenta una sfida cruciale nella gestione della salute degli anziani, il miglioramento degli outcome e un risparmio della spesa sanitaria

al costo della terapia. L'aderenza e l'ottimizzazione, con la titolazione dei farmaci negli anziani cardiopatici comorbidi, sono poco attuate sia per fattori legati al sistema sanitario sia per il comportamento individuale del paziente. La mancata aderenza nell'anziano, può essere *intenzionale*, legata alla scelta consapevole del

paziente, dovuta alla convinzione che i farmaci siano inefficaci o tossici. La *sospensione arbitraria del farmaco* si può correlare, nel caso delle statine, anche ad un raggiungimento del target terapeutico ed alla scarsa chiarezza del personale sanitario sulla necessità non solo di raggiungere il target terapeutico, ma anche di mantenerlo nel tempo. Inoltre gli anziani hanno spesso deficit di memoria, depressione, demenza; sono in politerapia per comorbidità e molte volte, sono soli, non assistiti da caregiver, in grado di aiutarli. Spesso anche il livello culturale scadente non aiuta. La *mancata aderenza* alla prescrizione include sia *l'assunzione erronea dei farmaci* come dosi e tempi, sia *la non intenzionalità* (legata allo stato psico/cognitivo), sia *la persistenza* (assunzione per il tempo consigliato). Il paziente può essere inoltre persistente (proseguire la cura nel tempo), ma non-aderente (assumere la terapia in dosi ridotte). La mancata aderenza è di frequente riscontro nei pazienti depressi e può dipendere da *informazioni errate o scarsa comunicazione*. Nella mancata aderenza non intenzionale il paziente ha la volontà di assumere la terapia, ma ha difficoltà a farlo; ciò è dovuto a motivi legati al contesto socio-economico, alla fragilità e alla



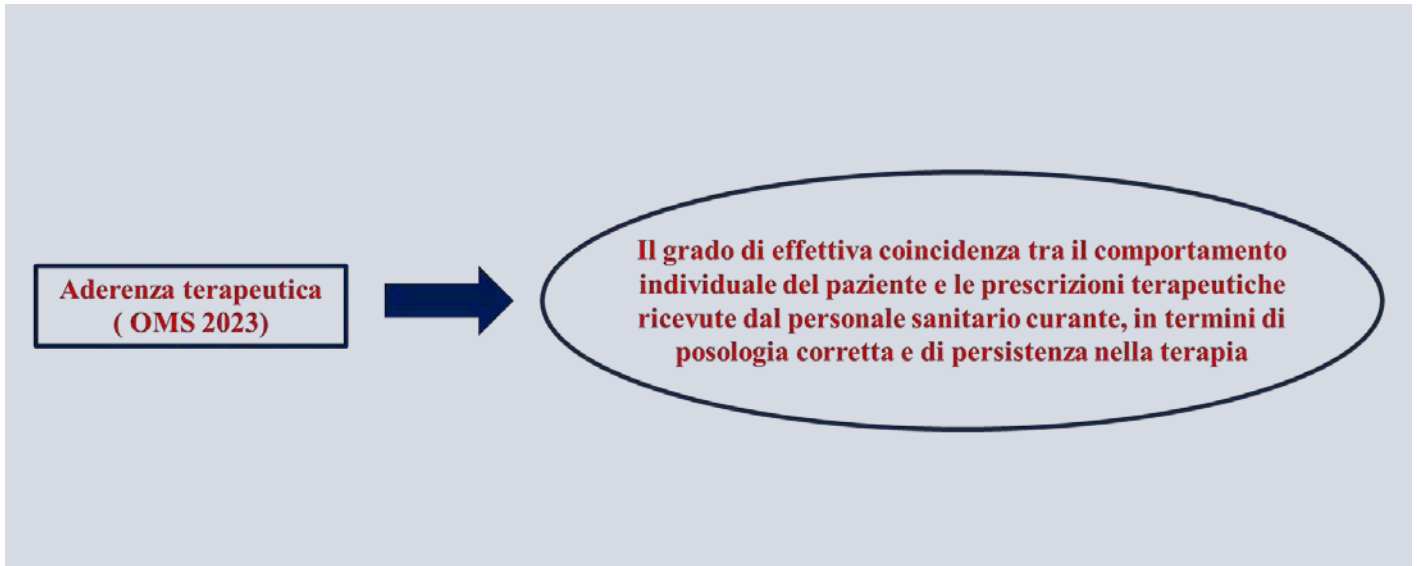
non autosufficienza. La gestione dell'assunzione giornaliera di più farmaci può rappresentare una sfida, soprattutto per gli individui più anziani e con comorbidità, portando a un elevato carico di pillole e a una farmacoterapia complessa. Tale problematica può essere maggiormente presente nelle popolazioni dei paesi a basso e medio reddito con un accesso limitato a cure mediche e farmaci, nonché a mancanza di consapevolezza riguardo ai fattori di rischio cardiovascolare. Da vari studi osservazionali si evince come la non aderenza terapeutica sia dovuta a svariati fattori come *l'elevato numero di somministrazioni e di più farmaci con gli eventuali effetti collaterali, fattori correlati al sistema sanitario* (ridotta

autorevolezza del medico prescrittore che, spesso, ha poco tempo da dedicare a spiegare l'importanza e

Nella popolazione anziana affetta da patologie croniche ed esposta a politerapia cronica è importante valutare l'aderenza e i fattori ad essa associati per le classi di farmaci prescritti

la necessità dei farmaci), la *scarsa informazione sulle patologie e sui*

farmaci, il tempo limitato durante la visita o la dimissione, la riduzione del numero dei follow-up, fattori correlati allo *stato socio-economico* (bassa scolarità, reddito ridotto, assenza di caregiver). Pertanto, al fine di migliorare l'aderenza, sono necessari interventi mirati alla comunicazione ottimale tra medico, paziente e caregiver. C'è la necessità di spiegare in modo ottimale la terapia, subito dopo il ricovero, fornendo indicazioni relative sia alla terapia prescritta sia alla necessità di follow up per la titolazione e la migliore aderenza terapeutica. Per tale motivo, il controllo post-dimissione a 30 giorni, è fondamentale. Si può inoltre migliorare l'aderenza con questionari specifici, con il recall telefonico, la telemedicina e



l'assistenza domiciliare nei pazienti non deambulanti o disabili. La semplificazione della terapia e la qualità della comunicazione tra operatori sanitari e i pazienti sono gli elementi di maggiore rilievo nel condizionare l'aderenza. Solo incontri clinici di durata congrua, con attenzione alla comunicazione, seguiti da follow-up ravvicinati e interventi di recall telefonico, sono in grado di migliorarla. In risposta all'aderenza terapeutica è stato introdotto il concetto di polipillola, che prevede la combinazione di più farmaci con lo scopo di semplificare i regimi farmacologici, di migliorare l'aderenza e di ridurre il rischio di eventi avversi associati alla politerapia. Nel contesto dell'ASCVD, la polipillola si è rivelata particolarmente interessante sia in prevenzione primaria che secondaria. Sicuramente la polipillola ha dato una svolta perché si riduce non solo il numero dei farmaci, ma anche il numero delle somministrazioni, nell'arco della giornata. Tuttavia, se guardiamo

nel mondo reale, la prescrizione della polipillola è bassa. Il suo utilizzo incontra diverse barriere, tra cui fattori legati al paziente, al medico e alla regolamentazione. Le reazioni avverse hanno storicamente limitato il suo uso anche se gli effetti collaterali dei singoli farmaci sono ben noti. Tuttavia, se si verifica

è la percezione di scarsa flessibilità nel dosaggio con opzioni limitate per i componenti e le dosi dei farmaci, che vengono considerate come un ostacolo alla terapia personalizzata. Le strategie per migliorare l'aderenza terapeutica, si possono attuare attraverso varie modalità

Interventi mirati alla comunicazione ottimale tra medico, paziente e caregiver sono necessari per migliorare l'aderenza alla terapia

Spiegare in modo ottimale la terapia alla dimissione, la riconciliazione terapeutica durante il controllo post-dimissione e la semplificazione della terapia sono fondamentali

una reazione avversa, il medico, in alternativa, può scegliere di utilizzare una polipillola con una dose inferiore dell'agente responsabile o riprendere a somministrare ogni farmaco singolarmente. L'ostacolo principale

quali interventi educativi, supporto sociale e sistemi di telemonitoraggio che possano anche utilizzare scatole di pillole con allarme o applicazioni sanitarie mobili semplici e accessibili.♥