

Nota su aderenza e continuità terapeutica nel paziente iperteso: il setting della Medicina Generale

Damiano Parretti

Responsabile Area della Cronicità SIMG

Nel setting della Medicina Generale il monitoraggio dell'aderenza e della continuità terapeutica riveste particolare rilevanza, soprattutto in riferimento alla gestione dei fattori di rischio cardiovascolari (CV) e delle patologie croniche, per il forte impatto che un'adeguata aderenza e continuità hanno nella riduzione di incidenza di complicanze ed eventi, come evidenziato anche nell'articolo, presente su questo numero della Rivista SIMG, a firma di Massimo Volpe e Giovanna Gallo.

In questa nota poniamo l'attenzione soprattutto sull'ipertensione arteriosa, condizione a elevata prevalenza (25-30% dell'intera popolazione), che rappresenta una dei motivi di più frequente accesso degli assistiti negli ambulatori di Medicina Generale.

Anche le linee guida ESC/ESH (*European Society of Cardiology/European Society of Hypertension*) 2013 per la gestione e il trattamento dell'ipertensione arteriosa trattano il problema, affermando che *"la bassa aderenza al trattamento è la più importante causa di cattivo controllo della pressione arteriosa perché coinvolge un largo numero di pazienti, e la sua correlazione con la persistenza di elevati valori di pressione arteriosa è stata ampiamente documentata"*¹.

Il rapporto OSMED (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali), in tutte le ultime edizioni, evidenzia infatti che solo il 60% circa dei soggetti ipertesi è aderente alla terapia, e che l'aderenza aumenta, seppure in modo assolutamente insoddisfacente, in caso di copresenza di ipertensione con diabete, malattie CV o renali.

Il forte impatto della scarsa aderenza terapeutica nel management dei soggetti assistiti nella Medicina Generale ha indotto la progettazione e la realizzazione di numerosi studi, resi possibili soprattutto grazie ai dati forniti da Health Search, Istituto di Ricerca

della SIMG. Tra questi ne citiamo alcuni.

Uno studio pubblicato su *Circulation* nel 2009², con dati su oltre 18.000 pazienti ipertesi di nuova diagnosi assistiti da circa 400 medici di medicina generale (MMG), ha evidenziato che oltre la metà dei soggetti osservati presentavano una bassa aderenza al trattamento anti ipertensivo, e che la bassa aderenza si correlava a un aumento statisticamente significativo di eventi CV.

La rivista *Journal of Hypertension* nel 2010³ ha pubblicato uno studio, in cui si evidenzia che una corte di pazienti ipertesi su cui si era impostata all'inizio una monoterapia con diuretici tiazidici aveva presentato una maggior discontinuità al trattamento rispetto a una corte omologa di pazienti in cui si era iniziata la terapia con una associazione di due farmaci, comprendenti o non comprendenti un diuretico.

Su *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*⁴ è stato pubblicato uno studio in cui si evidenziava che soggetti ipertesi trattati con un'associazione preconstituita di olmesartan e amlodipina avevano dimostrato un'aderenza e continuità terapeutiche superiori a soggetti a cui erano stati prescritti i due farmaci in associazione estemporanea. Al di là dei singoli farmaci considerato per lo studio, dobbiamo considerare che quando è possibile, il ricorso alle associazioni preconstituite riduce il numero di assunzioni giornaliere di farmaci, e questa semplificazione, come ampiamente dimostrato, migliora sia l'aderenza sia la continuità delle cure.

Quali possibilità di miglioramento? In Medicina Generale devono essere messe in atto azioni efficaci volte a migliorare aderenza e l'aderenza e la continuità terapeutica. Per prima cosa è importante instaurare con il paziente un'*alleanza terapeutica* attraverso

una buona comunicazione, un atteggiamento empatico e di ascolto attivo, e attraverso una spiegazione e concertazione degli obiettivi di ogni trattamento.

Molto importante è la *gestione della prescrizione dei farmaci*: sorveglianza della terapia (soprattutto nei soggetti in politerapia), gestione degli effetti collaterali, revisione periodica della terapia prescritta e della continuità prescrittiva rilevabile nel software, semplificazione (quando possibile) degli schemi terapeutici e delle modalità di assunzione dei farmaci, istruzioni scritte sulla posologia, le modalità di assunzione e la durata del trattamento.

In ultimo, la conoscenza del paziente da parte del MMG deve essere un elemento in più: il livello socio-culturale, le motivazioni, la disponibilità a collaborare, la fiducia nei riguardi del proprio medico, sono variabili che devono essere prese in considerazione in un approccio individualizzato che miri a ottenere la migliore aderenza e continuità possibili.

Bibliografia.

- ¹ 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of arterial hypertension. Eur Heart J 2013;34:2159-19.
- ² Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. Circulation 2009;120:1598-605.
- ³ Corrao G, Parodi A, Zambon A, et al. Reduced discontinuation of antihypertensive treatment by two-drug combination as first step. Evidence from daily life practice. J Hypertens 2010;28:1584-90.
- ⁴ Levi M, Pasqua A, Cricelli I, et al. Patient adherence to olmesartan/amlodipine combinations: fixed versus extemporaneous combinations. J Manag Care Spec Pharm 2016;22:255-62.