

## L'aderenza alla terapia nel post-infarto: un problema di sistema?

A colloquio con **Mirko Di Martino**

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario del Lazio

*L'infarto miocardico acuto aumenta notevolmente il rischio di morbilità e mortalità. Le linee guida per una corretta gestione della prevenzione secondaria dell'infarto raccomandano il trattamento combinato e continuativo con quattro farmaci: antiaggreganti, betabloccanti, ACE-inibitori/sartani e statine. Nonostante queste raccomandazioni siano supportate da solide evidenze scientifiche, uno studio condotto dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio ha documentato una ridotta aderenza alla politerapia cronica, come emerge dalle risposte di Mirko Di Martino.*

*Per supportare il paziente nella gestione del post infarto è stato realizzato, nell'ambito di questo stesso studio e in stretta collaborazione con la Direzione Sanitaria della ASL Roma 1, un decalogo, di cui quello dell'aderenza alla terapia è il primo e fondamentale punto. Alla redazione del decalogo ha contribuito il dottor Giovanni Peliti, medico di medicina generale.*

### Quali sono i punti chiave dello studio dal punto di vista metodologico?

Abbiamo svolto un progetto di ricerca parzialmente finanziato dal Ministero della Salute e condotto su tre Regioni italiane: Lazio, Toscana e Sicilia. Il primo obiettivo era misurare l'aderenza al trattamento farmacologico evidence-based nella prevenzione secondaria dell'infarto miocardico acuto in un contesto di reale pratica clinica. Stiamo quindi parlando di real world data. Abbiamo poi cercato di analizzare il fenomeno per capire l'andamento dell'aderenza nel tempo rispetto al momento della dimissione ospedaliera nonché la variabilità intraregionale e inter-regionale, tracciando anche un identikit del paziente aderente al trattamento. Nel complesso, abbiamo valutato approssimativamente 52.000 pazienti con pregresso infarto: tutte persone al primo episodio di infarto che, nei nove anni precedenti, non avevano avuto alcun ricovero per cause riconducibili all'area cardiovascolare. Questi 52.000 pazienti erano seguiti da circa 11.000 medici di medicina generale nelle tre Regioni partecipanti.

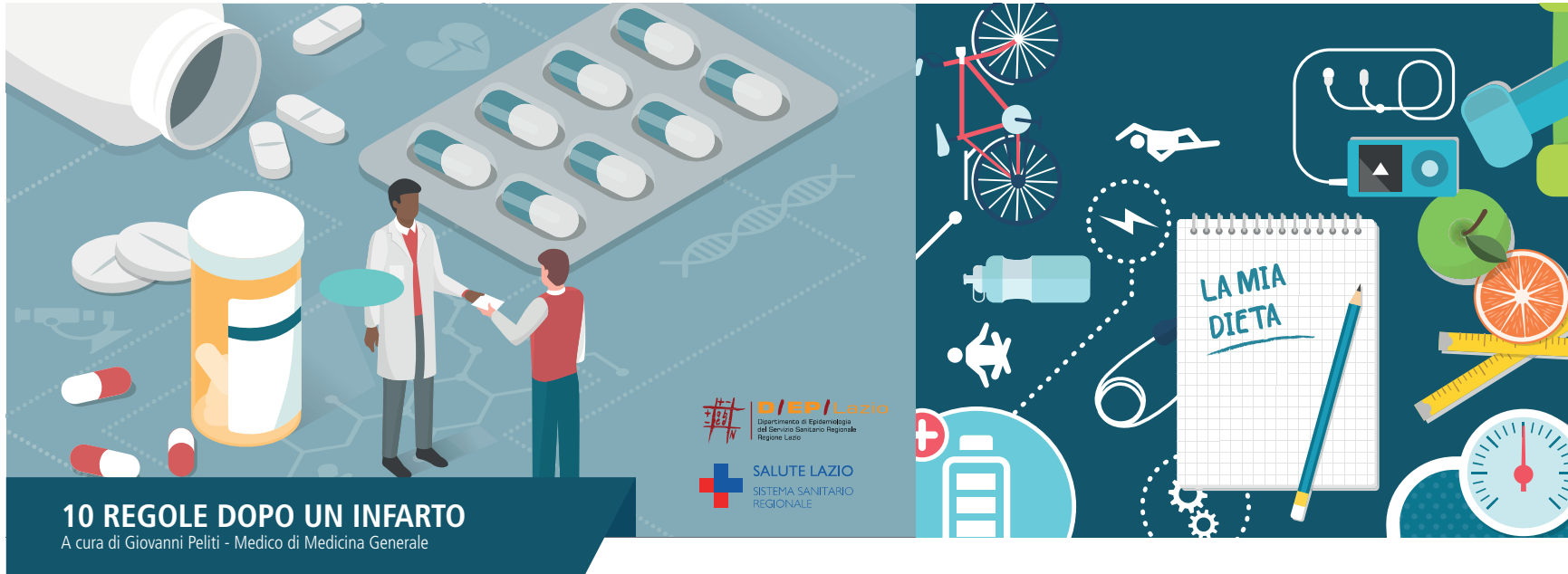
### E i principali risultati ottenuti?

Il primo dato allarmante è che, pur avendo definito come "aderente" il paziente che aderiva ad almeno tre dei quattro farmaci salvavita (antiaggreganti, betabloccanti, ace-inibitori/sartani e statine), solo il 63% dei pazienti a due anni dalla dimissione risultava aderente al trattamento farmacologico. Per quel che riguarda l'identikit del paziente aderente, la prima caratteristica che abbiamo ritenuto particolarmente rilevante è l'età. La relazione tra aderenza ed età non è lineare: piuttosto è una "j-shaped relation", ovvero aumenta fino ai 73-75 anni e poi inizia a diminuire. Addirittura, passando dagli anziani ai grandi anziani, abbiamo osservato una riduzione di 20 punti percentuali nella proporzione di pazienti aderenti al trattamento farmacologico. Questo dato pone il problema delle barriere fisiche all'accesso e quindi del passaggio da un'assistenza sanitaria a un'assistenza sociosanitaria che suggerirebbe di prendere in considerazione – in base al *chronic care model* – delle forme alternative di assistenza come l'assistenza domiciliare oppure l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

### Dal punto di vista organizzativo, dalla ricerca sono emersi dati interessanti?

Certamente. Si è evidenziato che un altro fattore molto rilevante, con un impatto fortissimo sull'aderenza ai trattamenti, è riconducibile alla qualità del percorso intraospedaliero che il paziente segue durante il trattamento della fase acuta. In particolare, è dirimente la specialità del reparto che dimette il paziente. Infatti, c'è una differenza abissale tra i pazienti dimessi dai reparti di cardiologia rispetto ai malati dimessi da reparti di medicina interna oppure di geriatria. Chi viene dimesso da reparti specialistici ha una probabilità di aderenza di circa il 60% maggiore rispetto ai pazienti dimessi da reparti non specialistici. Il principale driver di questa evidenza è la capacità organizzativa: la possibilità di programmare al momento della dimissione le visite successive per il monitoraggio del paziente, preferibilmente nella stessa struttura di dimissione.

Ancora, la presenza di patologie concomitanti rende più difficile instaurare un corretto regime terapeutico. Il problema può essere affrontato con un respiro molto ampio, per esempio



## 10 REGOLE DOPO UN INFARTO

A cura di Giovanni Peliti - Medico di Medicina Generale

- 1 ASSUMI I FARMACI PRESCRITTI DAL MEDICO
- 2 RECATI CON REGOLARITÀ ALLE VISITE DI FOLLOW-UP PER IL MONITORAGGIO DELLA PATOLOGIA
- 3 SEGUI LE INDICAZIONI DEL MEDICO PER UNA CORRETTA TERAPIA RIABILITATIVA
- 4 MODIFICA GLI STILI DI VITA
- 5 SE SEI IN SOVRAPPESO, PERDI I CHILI NECESSARI
- 6 SMETTI DI FUMARE
- 7 SEGUI LA DIETA MEDITERRANEA
- 8 FAI 20-30 MINUTI DI ATTIVITÀ FISICA OGNI GIORNO
- 9 EVITA SFORZI FISICI ECCESSIVI
- 10 MANTIENI UNA VITA SOCIALE ATTIVA

riferendosi al Piano Nazionale della Cronicità del Ministero della Salute, che può tutelare il paziente multicronico. Nei risultati dello studio da noi coordinato, il 75% dei pazienti con un primo episodio di infarto presentava almeno una patologia cronica concomitante: le più frequenti erano ipertensione, diabete, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva. Nella pratica clinica abbiamo attualmente un problema molto grande: esistono dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), ma sono patologia-specifici ovvero sono orientati all'assistenza di un paziente portatore di una specifica patologia. Non essendo multidimensionali, non sono in grado di gestire un paziente multicronico. Emerge dunque fortemente la necessità di istituire sul territorio delle reti in *primary care* basate su team multiprofessionali e multidisciplinari coordinati, che siano in grado di valutare in maniera olistica e globale la complessità clinica del paziente e garantirne la continuità assistenziale.

### L'aderenza cambia allontanandosi dall'episodio acuto?

Non è facile né per un medico di medicina generale né per uno specialista ambulatoriale o ospedaliero mantenere il paziente sui livelli di aderenza al trattamento osservati immediatamente dopo la fase acuta. Considerando un periodo di osservazione di 4 anni dalla dimissione, passiamo da un 70% ad un 48% di pazienti aderenti. Subito dopo l'evento acuto il paziente è spaventato e ancora traumatizzato dagli effetti di grande rilevanza clinica che ha appena subito, ma il suo comportamento evolve gradualmente e progressivamente verso regimi terapeutici di saltuarietà, occasionalità e ciclicità fino all'interruzione definitiva del trattamento.

### Quale può essere una soluzione?

L'unico modo per tenere elevata l'aderenza al trattamento del paziente è quello di sottoporlo a monitoraggi sistematici, continuativi e strutturati nel tempo. Per quanto riguarda infine la variabilità nello spazio e nel territorio, nel nostro studio abbiamo osservato che c'è una variabilità enorme sia all'interno delle stesse Regioni sia tra Regioni diverse. Ad esempio, se facciamo un'analisi per distretto sanitario di assistenza nella Regione Lazio, scopriamo che i numeri variano da un 49% di pazienti aderenti fino ad un 70%. Se in Regione Lazio la proporzione di pazienti aderenti si è attestata intorno al 63% e in Toscana era molto simile (59%), in Sicilia il dato precipita al 27%. È lecito chiedersi se una variabilità così marcata sia compatibile con un sistema sanitario nazionale che ambisce ad essere universalistico ed equo. ■ ML