



UNANNO INSIEME
F O R M A Z I O N E • E C M • F A D

15 CREDITI ECM

Ruolo dell'aderenza terapeutica nella prevenzione cardiovascolare

ONLINE
FINO AL 31 DICEMBRE 2022

www.unannoinsieme.it

Informazioni generali sul corso

Il Corso FAD è fruibile sul sito www.unannoinsieme.it fino al 31 dicembre 2022.

È stato accreditato per la categoria di **Medico Chirurgo (tutte le specializzazioni)** e **Farmacista territoriale** e sono stati attribuiti 15 crediti ECM. Una volta visionati *online* i moduli formativi, il discente, per ricevere i crediti ECM, dovrà compilare i questionari direttamente sul sito e, successivamente, potrà scaricare l'attestato ECM. Il materiale didattico del Corso è disponibile in versione PDF.

Ruolo dell'aderenza terapeutica nella prevenzione cardiovascolare

Le patologie croniche non trasmissibili rappresentano la problematica sanitaria più impattante nei Paesi Occidentali con un alto tenore di vita e costituiscono oggi una sfida importantissima in termini di sostenibilità economica nonché di gestione clinica e sociale del sistema sanitario, sia a livello locale che nazionale. Le malattie cardiovascolari (MCV), caratterizzate da un andamento cronico-progressivo e spesso asintomatico, assieme al diabete mellito, costituiscono oggi la principale causa di morbidità e mortalità nella popolazione generale, soprattutto se si considerano gli anziani. Di conseguenza, essere in grado di poter monitorare e controllare i fattori di rischio CV diventa fondamentale nel trattamento delle malattie CV. Tra le terapie che più comunemente i pazienti a rischio CV si trovano a dover assumere, ci sono gli antiaggreganti, tra cui l'acido acetilsalicilico (ASA) a basso dosaggio. I benefici legati al suo utilizzo sono riconosciuti da decenni e gli obiettivi terapeutici possono essere raggiunti solo attraverso l'aderenza e la persistenza terapeutica.

Sebbene siano stati messi in campo diversi strumenti, sia informatici che comportamentali, per migliorare questo aspetto così importante, studi clinici osservazionali indicano come circa un terzo dei pazienti con fattori di rischio CV interrompe la terapia farmacologica prescritta ad 1 anno dalla prima prescrizione ed oltre la metà entro i 2 anni. Tali soggetti sono considerati a rischio molto elevato (in quanto non trattati e non controllati) di sviluppare un evento CV maggiore. Le motivazioni di una scarsa aderenza possono essere diverse, come la dimenticanza, la complessità della terapia, la durata e gli eventuali effetti collaterali del trattamento e la mancata percezione sulle potenziali conseguenze della non aderenza. Inoltre, le comorbidità, spesso presenti, fanno sì che il numero di farmaci da assumere aumenti e con esso la difficoltà ad aderire correttamente al piano terapeutico. I dati relativi all'aderenza ai bassi dosaggi di ASA sono rilevanti, variano infatti tra il 60% ed il 90%, a seconda degli studi considerati.

La scarsa aderenza, l'assunzione intermittente o addirittura l'interruzione di tali terapie sono associate ad una diminuzione del loro effetto "cardioprotettivo" con un aumento della probabilità di andare incontro ad eventi CV avversi (infarto, ictus...).

Un efficace rapporto medico-paziente, una corretta informazione sui benefici derivanti dalla terapia e sui rischi causati dalla sua interruzione, nonché il supporto dei moderni strumenti elettronici per un monitoraggio continuo dei fattori di rischio CV e della terapia farmacologica, potrebbero consentire di ridurre al minimo le sospensioni autonome ed ottimizzare l'aderenza terapeutica. Scopo della presente iniziativa è quello di fornire al medico di medicina generale strumenti e soluzioni che possano consentire il miglioramento del controllo dei principali fattori di rischio cardiovascolare e di ridurre il carico di malattia correlato ai fattori di rischio cardiovascolare in un contesto di pratica clinica quotidiana.

15 CREDITI ECM

Online fino al 31 dicembre 2022

FIGURE PROFESSIONALI ACCREDITATE:

**Medico Chirurgo (tutte le specializzazioni)
e Farmacista territoriale**

INDICE



Giovambattista Desideri

Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Divisione di Geriatria, Università degli Studi de L'Aquila



Augusto Zaninelli

Specialista in Medicina Interna e Cardiologia, Medico di Medicina Generale a Romano di Lombardia (BG), Docente presso The System Academy, Firenze

- **MODULO 1 - L'aderenza cardiovascolare: una nuova sfida di rilevanza clinica, sociale ed economica** **3**
- **MODULO 2 - Aderenza cardiovascolare nella pratica clinica: magnitudo del fenomeno, come misurarla e come gestirla** **8**
- **MODULO 3 - Aderenza cardiovascolare - Focus su ASA** **13**
- **Questionario ECM** **17**

L'aderenza cardiovascolare: una nuova sfida di rilevanza clinica, sociale ed economica

Giovambattista Desideri, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Divisione di Geriatria, Università de L'Aquila

Il termine *aderenza* alla terapia definisce il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.^{1,2} La parola *aderenza* deriva, infatti, dal latino *ad haerere* (stare attaccato, appoggiarsi) ed indica, quindi, un'attività che prevede la partecipazione del soggetto, perché si aderisce a qualcosa se ci si crede o se si ritiene utile. Il termine *aderenza* ha progressivamente sostituito quello di *compliance*, molto usato fino alla fine degli anni '90, che definisce, invece, il grado in cui il comportamento di una persona (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico.³ L'aderenza alle terapie è, quindi, un patto che viene stabilito tra il paziente, il familiare o il *caregiver* – se si tratta di pazienti anziani, cronici, con polipatologie – e un operatore sanitario e dipende da diversi fattori che riguardano la malattia in sé, il numero di farmaci, la complessità degli schemi terapeutici che vengono prescritti, le caratteristiche socio-demografiche del paziente e del contesto in cui vive o anche la presenza di qualcuno che si faccia carico della gestione delle terapie, laddove il paziente anziano abbia delle difficoltà nel gestire così tanti farmaci.

Aderenza terapeutica: prevenzione cardiovascolare

Le patologie cardiovascolari rappresentano, senza dubbio, l'ambito di intervento in cui l'implementazione delle aderenze terapeutiche si potrebbe tradurre nel più ampio guadagno di salute individuale e collettiva, e nel maggior contenimento della spesa sanitaria. Le patologie cardiovascolari rappresentano, infatti, la principale causa di morte nel mondo con 17,3 milioni di morti l'anno. Questa stima è destinata a crescere a 23,6 milioni entro il 2030.^{4,5} In Italia, oltre 1/3 della popolazione adulta

e più della metà degli ultrasessantacinquenni richiede un trattamento farmacologico per la prevenzione delle patologie cardiovascolari. Non sorprende, quindi, che i farmaci cardiovascolari rappresentino quasi la metà di tutti i farmaci usati in Italia (48% delle prescrizioni espresse in DDD/1000 ab/die), anche in considerazione del fatto che le malattie cardiovascolari sono al primo posto, oltre che per prevalenza, anche per disponibilità di trattamenti efficaci. La terapia farmacologica con farmaci antipertensivi, statine ed antiaggreganti rimane l'intervento più importante per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari, essendo responsabile di almeno il 50% della riduzione della mortalità per cardiopatia ischemica nel corso degli ultimi 20 anni, almeno nei Paesi Occidentali.⁶ Il ruolo centrale di questi farmaci nella terapia delle malattie cardiovascolari è sostenuto da chiare evidenze derivate da molteplici *trial* di intervento condotti negli ultimi 20 anni. Purtroppo, l'efficacia di queste strategie terapeutiche non di rado viene vanificata da un'assunzione non completamente - o affatto - corretta dei farmaci prescritti, anche se l'attenzione sull'aderenza ottimale al trattamento nelle malattie cardiovascolari è comunque sempre molto alta, in considerazione delle conseguenze, anche a breve termine, che possono derivare da valori pressori non controllati o da livelli di colesterolemia alti, ad esempio in un paziente con cardiopatia ischemica.⁷⁻⁹ I dati dello studio *Prospective Registry Evaluating Myocardial Infarction: Event and Recovery* (PREMIER) danno un'idea della rilevanza del problema in termini di frequenza e di conseguenze cliniche. Lo studio, che ha coinvolto 19 ospedali americani ed ha incluso 2498 pazienti dimessi dopo infarto miocardico, ha evidenziato una notevole frequenza della non aderenza alla terapia con statine, ASA e beta-bloccanti (**Figura 1**).¹⁰ Nel gruppo dei pazienti che alla dimissione avevano ricevuto la prescri-

zione di tutti e 3 i farmaci in studio e che avevano completato la valutazione ad 1 mese dalla dimissione (n=1521) il 66,3% aveva continuato ad assumere tutti e 3 i farmaci, il 12,1% aveva interrotto tutti i trattamenti, il 3,7% aveva interrotto 2 dei 3 trattamenti e il 17,9% aveva interrotto 1 dei 3 trattamenti. Nei pazienti che ad 1 mese dalla dimissione avevano sospeso tutti e 3 i trattamenti, la sopravvivenza ad 1 anno è risultata significativamente inferiore rispetto ai pazienti che avevano continuato l'assunzione di almeno 1 farmaco (**Figura 2**).¹⁰ È interessante notare come al crescere del numero di farmaci a cui i pazienti non erano aderenti si osservava un parallelo aumento del rischio di eventi, risultati che indicano l'importanza di un adeguato rapporto medico-paziente che rinforzi il concetto dell'aderenza all'intero progetto terapeutico, soprattutto in alcuni contesti critici, quale quello del paziente coronaropatico. Risultati analoghi sono stati osservati anche nella coorte *Kaiser Permanente of Colorado* (KPCO) che ha incluso 15767 pazienti con malattia coronarica.¹¹ Il tasso di non aderenza è risultato pari al 28,8% per i beta-bloccanti, al 21,6% per gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina e al 26,0% per le statine. La non aderenza è risultata associata ad un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause, mortalità per cause cardiovascolari, ospedalizzazioni per infarto miocardico o scompenso cardiaco, e procedure di rivascularizzazione coronarica.¹¹ Non meno rilevanti appaiono le conseguenze della sospensione della terapia antiaggregante. Una metanalisi che ha analizzato i dati di oltre 50000 pazienti ad alto rischio o con malattia coronarica ha dimostrato come la non aderenza o la sospensione dell'assunzione di ASA fosse associata ad una triplicazione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori (*odds ratio* 3,14, intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,75 e 5,61, p=0,0001), rischio che risultava particolarmente amplificato nei pazienti

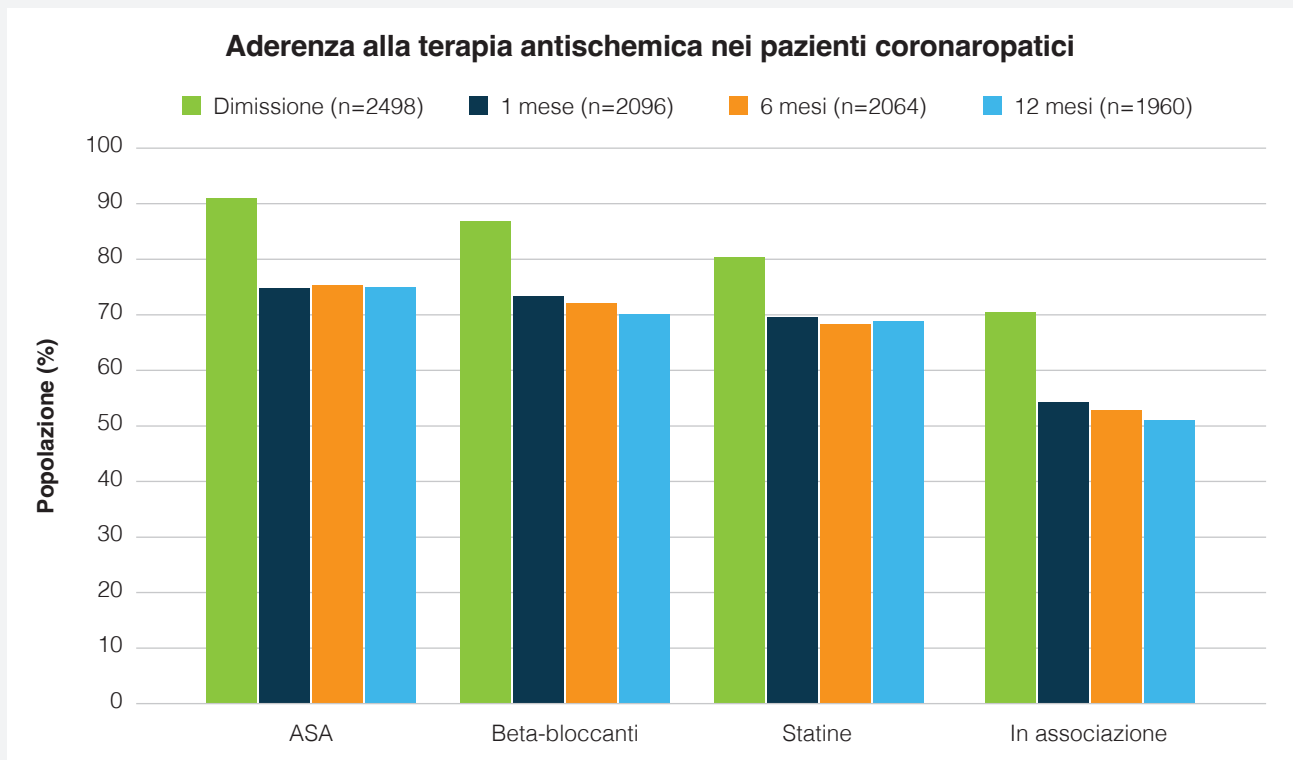


Figura 1.

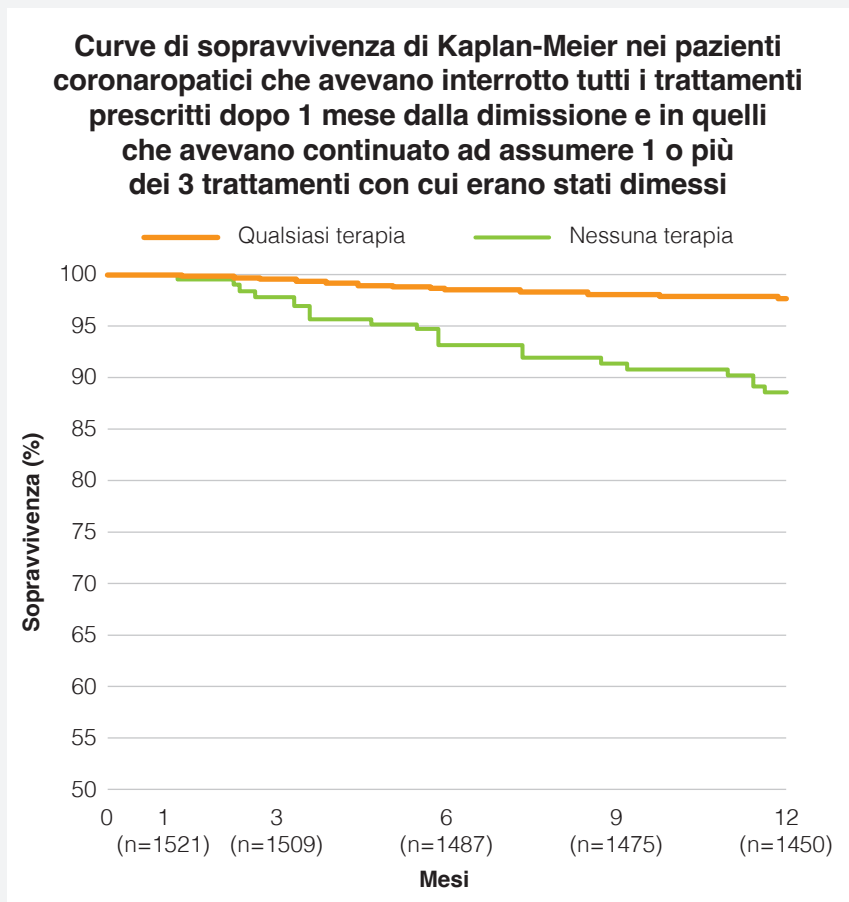


Figura 2.

con *stent* intracoronarico, nei quali la discontinuazione dell'assunzione della terapia antiaggregante era associata con un aumento ancora maggiore del rischio di eventi (*odds ratio* 89,78, intervallo di confidenza al 95% compreso tra 29,90 e 269,60, $p=0,0001$).¹² In linea con queste evidenze, i dati di un interessante studio nazionale condotto dai medici di medicina generale dimostrano come poco più del 50% dei pazienti coronaropatici riceva un trattamento con ASA e che soltanto il 15% dei pazienti senza malattie cardiovascolari, ma comunque eleggibili da Linee Guida al trattamento con ASA, assumano una terapia antiaggregante.¹³ Se, quindi, la terapia cronica con statine, farmaci antipertensivi ed antiaggreganti è attualmente l'intervento più importante per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari, è evidente che l'implementazione di queste terapie rappresenti un elemento centrale per la sostenibilità del nostro sistema sanitario.

Impatto economico della non aderenza

La non aderenza alle terapie prescritte determina un considerevole aggravio di costi per il sistema assistenziale e si stima

che il 4,6% di tutte le spese assistenziali potrebbe essere evitato con una migliore aderenza terapeutica. L'aumento della spesa farmaceutica, dovuto al maggior consumo di farmaci legato ad una maggiore aderenza, viene, infatti, largamente controbilanciato dalla riduzione dei costi assistenziali che una prevenzione più efficace consente di ottenere. Un recente studio europeo ha dimostrato che il miglioramento dell'aderenza terapeutica nel 70% dei pazienti di 5 Paesi europei (Italia, Germania, Francia, Spagna ed Inghilterra) potrebbe tradursi in un risparmio di 332 milioni di euro in un arco temporale di 10 anni ed in 82235 eventi cardiovascolari in meno.¹⁴ Alcune stime statunitensi portano ad ipotizzare che, incrementando l'aderenza al 100% tra i pazienti ipertesi, si otterrebbe un risparmio di 72 miliardi di dollari ed una riduzione del numero dei casi di ictus, infarto miocardico e di eventi cardiaci e renali di circa 8,5 milioni.¹⁵ Gli studi che hanno valutato l'impatto economico della non aderenza terapeutica non sono, comunque, molto numerosi e presentano una qualità non sempre elevata¹⁶, con alcune limitazioni, quali la natura retrospettiva o l'impossibilità di definire il contributo di un atteggiamento globalmente più partecipativo al messaggio salutistico che i pazienti più aderenti possono presentare. Peraltro, queste valutazioni economiche sono spesso sottovalutate, in quanto non tengono conto dei costi indiretti della scarsa aderenza quali, ad esempio, quelli legati ad una riduzione della produttività. Una revisione del 2010, che ha confrontato il rapporto costo-efficacia delle varie strategie di intervento per migliorare l'aderenza ai trattamenti antipertensivi ed ipolipemizzanti, ha evidenziato come l'approccio gestionale più efficace sia quello che prevede il coinvolgimento attivo di farmacisti e/o infermieri, in associazione a programmi educazionali di automonitoraggio e a strumenti telematici ed informatici di "ricordo".¹⁷

Possibili interventi di miglioramento dell'aderenza terapeutica cardiovascolare

Dialogo medico-paziente

Numerosi sono i possibili interventi proposti per migliorare l'aderenza alla terapia. La

Possibili misure volte al miglioramento del rapporto medico-paziente al fine di aumentare l'aderenza alla terapia

- Informazione estesa del paziente circa la patologia da cui è affetto e la necessità di assumere farmaci.
- Il paziente non deve decidere di modificare/interrompere la terapia senza consultare il medico.
- Il paziente deve informare il medico circa gli eventuali effetti collaterali dei farmaci.
- Lo schema terapeutico deve essere concordato da medico e paziente anche sulla base delle esigenze lavorative e sociali di quest'ultimo.
- Lo stato psicologico del paziente deve essere preso in considerazione nella scelta della terapia.
- Deve essere limitato il numero di modificazioni del piano terapeutico e l'introduzione di farmaci sconosciuti al paziente.
- È utile coinvolgere l'*entourage* del paziente e le altre figure professionali (farmacista, infermiere, ecc.) nel processo terapeutico.
- È utile l'uso di *reminder* da parte del medico, del farmacista o del paziente stesso.
- Lo schema terapeutico deve essere semplificato quanto più possibile.

Tabella 1.

maggior parte di questi interventi è diretto al superamento dei fattori riconducibili al paziente o al medico prescrittore, o ancor di più al loro rapporto. Un maggior numero di colloqui motivazionali, l'uso di promemoria, tramite chiamate telefoniche o *sms*, o di sistemi di controllo telematici, l'utilizzo di semplici diari, l'educazione circa l'utilità dei farmaci, i potenziali danni derivanti da una scarsa o incostante assunzione ed una descrizione ragionevole dei loro possibili effetti avversi, la conoscenza della propria malattia ed una maggiore attenzione allo stato di depressione sono solo alcuni dei metodi che si sono dimostrati efficaci (**Tabella 1**). Un importante fattore che influenza positivamente l'aderenza è lo sviluppo di una consapevolezza da parte del paziente della necessità e dell'efficacia della terapia assunta: il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (es. il controllo dei valori pressori o di colesterolemia) e il miglioramento della sintomatologia motivano il paziente ad assumere i farmaci prescritti.¹⁸

Alcuni benefici aggiuntivi possono essere utili e si sono dimostrati dei buoni *driver* di aderenza terapeutica, come per esempio quello legato al beneficio oncologico di ASA nel paziente con malattie cardiovascolari. Infatti, una recente pubblicazione

del 2019, ha dimostrato come i pazienti consapevoli del possibile beneficio oncologico di ASA mostravano un'aderenza ad ASA circa due volte superiore rispetto al gruppo di pazienti ignari di tale beneficio preventivo.¹⁹

Nuovi sistemi di supporto digitale ed il loro ruolo nell'aderenza terapeutica

Il continuo sviluppo e la conseguente implementazione delle nuove tecnologie per la valutazione del rischio cardiovascolare e la gestione a distanza delle malattie cardiovascolari ha consentito di raggiungere elevati livelli di assistenza e garantire la continuità assistenziale tra strutture ospedaliere, centri di riferimento e medicina generale del territorio. Tale tipo di sistema integrato potrebbe consentire in un prossimo futuro di ottenere un miglioramento del controllo dei principali fattori di rischio cardiovascolare, tra cui soprattutto l'ipertensione arteriosa, e di ridurre il carico di malattia correlato ai fattori di rischio cardiovascolare in un contesto di pratica clinica quotidiana.

La cartella clinica elettronica e la telemedicina/telemonitoraggio da una parte, e le *app* dedicate alla salute dall'altra, costituiscono gli strumenti di *e-Health* più importanti per il medico e per il paziente.²⁰

Meta-analisi sugli esiti degli interventi di *app* dedicate all'aderenza terapeutica

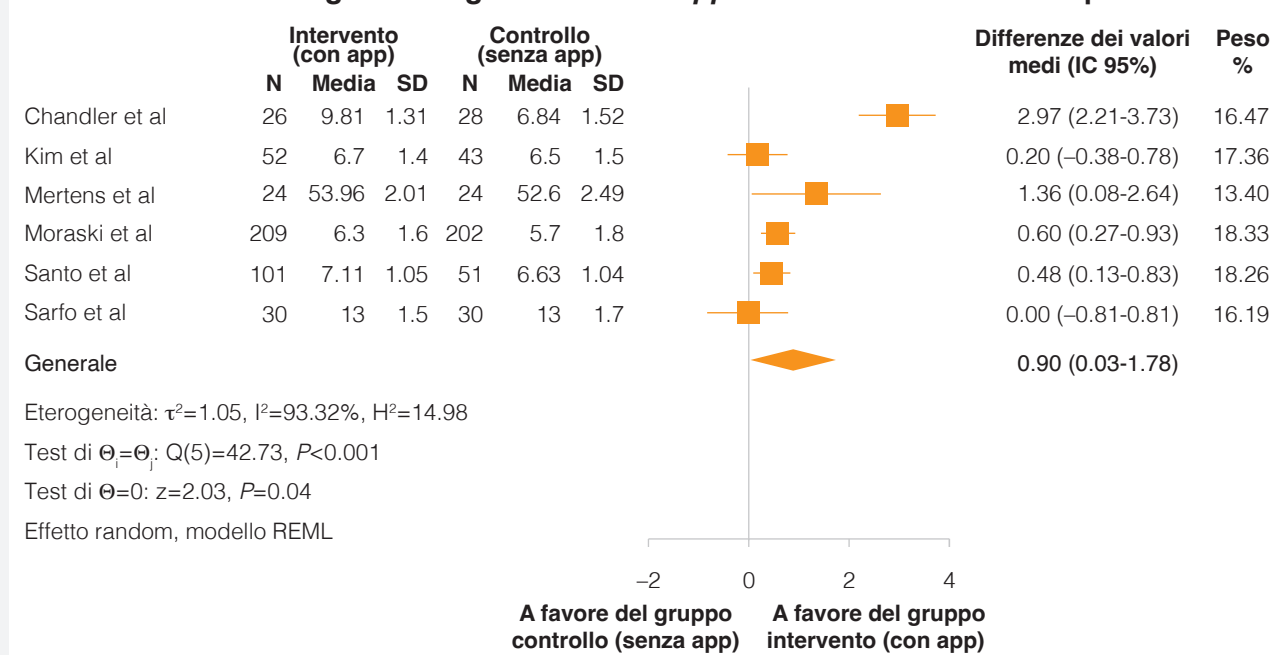


Figura 3.

Infatti, una recente metanalisi del 2021 ha mostrato come l'utilizzo di *app* dedicate tra i pazienti con malattie cardiovascolari migliorava l'aderenza terapeutica (Figura 3).²¹

La terapia di combinazione

Il drastico miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria a cui abbiamo assistito negli ultimi decenni ha comportato un aumento dell'età media della popolazione, seguito dall'incremento del numero di pazienti affetti da patologie croniche²² e da quadri polipatologici.²³ Quadri che necessitano spesso di schemi terapeutici includenti più farmaci da assumersi cronicamente, farmaci non scevri da effetti collaterali ed, in molti casi, da interazioni. In quest'ottica, è fondamentale la buona aderenza del paziente alle terapie; il ruolo del medico nel momento prescrittivo diventa, quindi, più ampio, dovendo considerare non solo la miglior terapia in termini clinici, ma anche quanto questa possa essere accettata da parte del paziente. Il 75% degli ultrasessantacinquenni assume 4 o più farmaci al giorno ed il 20% ne assume 10 o più.²⁴

La terapia di combinazione in associazione preconstituita rappresenta un'opzione terapeutica di indiscutibile utilità per mi-

gliorare l'aderenza, in quanto consente di ridurre il numero di pillole e di semplificare lo schema terapeutico.²⁵ L'approccio terapeutico con la polipillola è attualmente agevolato dalla disponibilità di differenti associazioni precostituite di farmaci antipertensivi a diversi dosaggi. Peraltro, un'ulteriore semplificazione della strategia terapeutica di volta in volta più opportuna nel paziente iperteso potrebbe essere garantita dalla disponibilità di combinazioni fisse di alcuni antipertensivi con una statina e una bassa dose di ASA, con il razionale che il paziente iperteso spesso presenta anche dislipidemia e frequentemente ha un elevato rischio cardiovascolare.²⁶ Il ricorso alla polipillola, indicato una volta che sia stata stabilita la necessità d'impiego di ciascuno dei suoi componenti, non deve essere considerato solo in casi isolati, ma come parte integrante della strategia per la prevenzione degli eventi cardiovascolari.²⁷ Devono, ovviamente, essere superate alcune problematiche farmacologico-regolatorie, ad esempio avere la disponibilità di formulazioni di polipillola con dosaggi diversi dei vari componenti, in modo da renderla adattabile su base individuale e in grado, quindi, di sostituire le combinazioni estemporanee, potendo sempre garantire dosaggi dei

singoli principi attivi che siano adeguati alle necessità del singolo paziente.

Conclusione

La non aderenza alla terapia è un problema tante volte sottovalutato e scarsamente preso in considerazione nella pratica clinica. I pazienti più esposti al rischio della non aderenza sono i soggetti con patologie croniche, a rischio di eventi potenzialmente evitabili dovuti all'assunzione errata della terapia, che si traduce in ricadute cliniche più o meno gravi per la salute del singolo individuo e in costi aggiuntivi per il servizio sanitario. È opportuno che il medico comunichi col paziente, al fine di capire se vi è una non aderenza intenzionale, che spesso può essere evitata, rendendo il paziente adeguatamente partecipe dei ragionamenti che hanno portato alla decisione di consigliare una determinata terapia, con i vantaggi e gli svantaggi che questa può avere, senza che venga percepita come un'imposizione. Un efficace rapporto medico-paziente ed una corretta informazione sui benefici derivanti dalla terapia e sui rischi causati dalla sua interruzione rappresentano i cardini su cui poggiare ogni strategia di intervento, che miri a ridurre al minimo le sospensioni

autonome ed ottimizzare l'aderenza alla terapia farmacologica prescritta. Anche l'utilizzo di sistemi digitali a suppor-

to dell'aderenza ha dimostrato una certa efficacia; tuttavia, è importante, però, che questi siano presentati al paziente, e/o

al *caregiver* dal medico e farmacista di fiducia, affinché possa esserci un coinvolgimento maggiore.

Bibliografia

1. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health* 2008;11:44-47.
2. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-497.
3. Haynes RB. Compliance in health care. John Hopkins University Press, Baltimore, 1979.
4. Mendis S, Puska P, Norrving B (eds). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization, 2011.
5. Smith SC Jr, Collins A, Ferrari R, et al. European Society of Cardiology. Our time: World Heart Federation; American Heart Association; American College of Cardiology - a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke). *J Am Coll Cardiol* 2012;60:2343-2348.
6. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013;34:2949-3003.
7. Fonarow GC, Gawlinski A, Watson K. In-hospital initiation of cardiovascular protective therapies to improve treatment rates and clinical outcomes: the University of California-Los Angeles, Cardiovascular Hospitalization Atherosclerosis Management Program. *Crit Pathw Cardiol* 2003;2:61-70.
8. Kotseva K, Stagmo M, De Bacquer D, et al; EUROASPIRE II Study Group. Treatment potential for cholesterol management in patients with coronary heart disease in 15 European countries: findings from the EUROASPIRE II survey. *Atherosclerosis* 2008;197:710-717.
9. Rapezzi C, Biagini E, Bellis P, et al.; EASY Investigators. Exploring the gap between National Cholesterol Education Program guidelines and clinical practice in secondary care: results of a cross-sectional study involving over 10 000 patients followed in different specialty settings across Italy. *J Cardiovasc Med* 2008;9:878-887.
10. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2006;166:1842-1847.
11. Ho PM, Magid DJ, Shetterly SM, et al. Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2008;155:772-779.
12. Biondi-Zoccai GGL, Lotrionte M, Agostoni P et al. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50 279 patients at risk for coronary artery disease. *European Heart Journal* 2006;27:2667-2674.
13. Filippi A, Bianchi C, Parazzini F, et al. A national survey on aspirin patterns of use and persistence in community outpatients in Italy. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2011;18:695-703.
14. Mennini FS, Marcellusi A, von der Schulenburg JM, et al. Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries. *Eur J Health Econ* 2015;16:65-72.
15. Koçkaya G, Wertheimer A. Can we reduce the cost of illness with more compliant patients? An estimation of the effect of 100% compliance with hypertension treatment. *J Pharm Pract* 2011;24:345-350.
16. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e016982.
17. Chapman RH, Kowal SL, Cherry SB, et al. The modeled lifetime cost-effectiveness of published adherence-improving interventions for antihypertensive and lipid-lowering medications. *Value Health* 2010;13:685-694.
18. Volpe M et al. *G Ital Cardiol* 2014;15(10 Suppl 1):3S-10S
19. Singh Ranger The Permanente Journal 2019; <https://doi.org/10.7812/TPP/19.116>
20. Pengo M and Parati F. *G Ital Cardiol* 2021;22(5 Suppl 1):e92-e95.
21. Shahd Al-Arkee et al. *J Med Internet Res* 2021; 23(5): e24190.
22. Burch JB, Augustine AD, Frieden LA, et al. Advances in geroscience: impact on healthspan and chronic disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69:S1-3.
23. Chronic disease management in ageing populations. *Lancet* 2012; 379:1851.
24. Rapporto Nazionale OsMed 2020 sull'uso dei farmaci in Italia. https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2017_AIFA.pdf
25. Poulter NR, Borghi C, Parati G, et al. Medication adherence in hypertension. *J Hypertens* 2020;38:579-587.
26. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-3104.
27. Volpe M, Chin D, Paneni F. The challenge of polypharmacy in cardiovascular medicine. *Fundam Clin Pharmacol*. 2010;24:9-17.

Aderenza cardiovascolare nella pratica clinica: magnitudo del fenomeno, come misurarla e come gestirla

Augusto Zaninelli, *Specialista in Medicina Interna e Cardiologia, Medico di Medicina Generale a Romano di Lombardia (BG), Docente presso The System Academy, Firenze*

Introduzione

Le ultime edizioni delle Linee Guida Internazionali sul trattamento dell'ipertensione arteriosa, delle dislipidemie e del diabete, dopo aver introdotto nelle precedenti versioni, soprattutto per le seconde due, classi di farmaci innovativi, hanno spostato l'attenzione sugli aspetti gestionali della terapia come il perfezionamento dell'appropriatezza prescrittiva, il miglioramento dell'aderenza e il superamento del fenomeno dell'inerzia terapeutica.

Utilizzare il farmaco più adeguato per le varie tipologie di pazienti e per il controllo dei vari fattori di rischio, che spesso sono presenti contemporaneamente, è il principio fondamentale che sta alla base dell'appropriatezza prescrittiva. Oramai, nella moderna farmacologia la tendenza è quella di scegliere il giusto farmaco, per il giusto paziente, alla giusta dose, secondo uno dei principi che più di tutti dovrebbe assicurare l'appropriatezza, che è quello della personalizzazione del trattamento. Per quanto concerne l'aderenza alla terapia, le azioni rivolte al miglioramento della *compliance* del paziente e l'uso più esteso delle associazioni razionali di farmaci, costituiscono un possibile e concreto approccio alla gestione del problema.

Dimensioni e definizioni del problema

Da un punto di vista epidemiologico, la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare risulta essere molto elevata nella popolazione: per l'ipertensione arteriosa, ad esempio, pur assumendo un atteggiamento prudente, sia a livello nazionale sia internazionale, si assiste ad una crescente tendenza che varia dal 18,4% al 22,0%.¹ In Italia, la prevalenza risulta essere maggiore nella popolazione maschile: il 33% degli uomini contro il 31% delle donne è iperteso, con valori pressori di PA \geq 160/95 mmHg, o in trattamento farmacologico.²

Il carico di lavoro per un Medico di Medicina Generale italiano con un numero di 1500 assistiti adulti (di età superiore ai 18 anni) corrisponde alla gestione di circa 448 soggetti ipertesi.³ Si conferma, poi, una relazione positiva tra aumento dell'età e aumento della prevalenza, con il picco nella fascia degli ultra 85enni sia per le donne (80,2%) sia per gli uomini (74,7%). La **Figura 1** riassume la prevalenza dell'ipertensione arteriosa nel setting della Medicina Generale italiana.³ Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'aderenza terapeutica è definibile come "il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante".⁴ Questo concetto si riferisce tanto alle prescrizioni farmacologiche che alle indicazioni relative alla dieta ed allo stile di vita. Tra le problematiche da considerare quando si tratta di aderenza vanno distinte le condizioni di non aderenza non intenzionale da quella intenzionale.

Non aderenza non intenzionale:⁵

- Mediocre qualità di comunicazione tra medico e paziente
- Il paziente non comprende completamente la necessità della cura
- Il paziente non è in grado di seguire le prescrizioni e dimentica di assumere il farmaco come prescritto

Non aderenza intenzionale:⁵

- Il paziente comprende cosa dovrebbe fare ma decide diversamente
- Convinzioni erranee circa la natura della malattia (causa, durata e complicanze)
- Convinzioni erranee circa il valore delle terapie farmacologiche
- Paura dei possibili effetti collaterali e delle reazioni avverse da farmaci

L'aderenza al trattamento terapeutico rappresenta un elemento chiave per una terapia efficace, ma la mancata aderenza rappresenta un diffuso problema in tutto il mondo, soprattutto per quanto riguarda i pazienti affetti da malattie croniche.

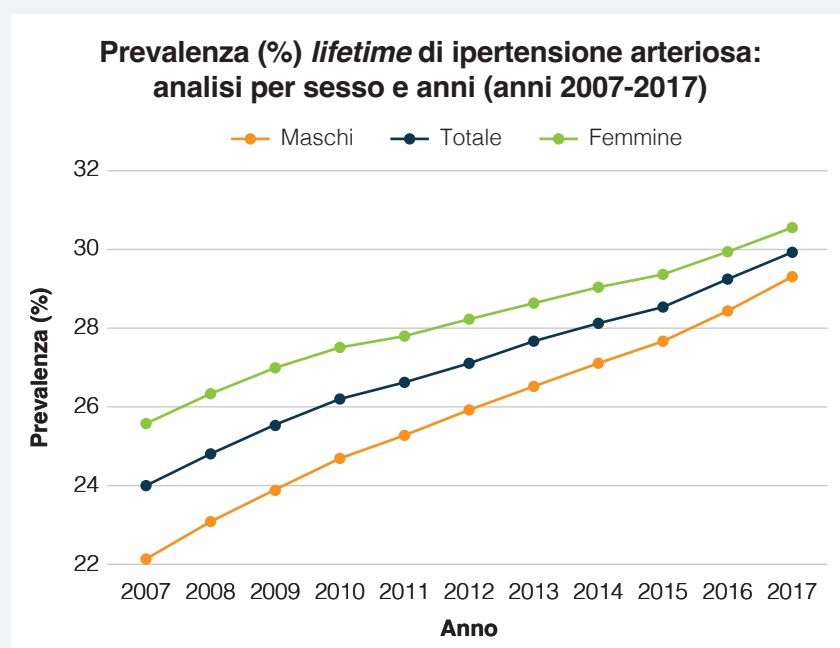


Figura 1.

Comportamenti utili per la gestione clinica del paziente iperteso
Azioni

- Condivisione di un progetto di *follow-up* circa:
 - comunicare immediatamente riscontro valori pressori elevati con PAS >180 e PAD >110, in particolare se associati a sintomi
 - modalità di misurazione: automisurazione domiciliare con apparecchio validato con specifiche istruzioni per misurazione biquotidiana, per una settimana/mese (inviare modello di registrazione e specifiche istruzioni per le modalità di misurazione pressoria). Invio mensile dato
 - registrazione peso corporeo ed invio dato trimestrale
 - media ore di attività fisica settimanale, invio dato trimestrale
- Teleconsulto periodico programmato secondo piano assistenziale (variabile per livello di rischio CV o in base a necessità anche con esito esami di *follow-up* (invio ricetta dematerializzata)
- Video consulto necessario per rinforzo *compliance* e verifica modalità misurazione pressoria
- Esecuzione “protetta” esami *in office*, con o senza personale infermieristico
 - Ecg
 - *Holter* pressorio
 - POCUS (aorta addominale-carotidi)
 - *Fundus oculi* digitale
- Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di:
 - Pressione arteriosa
 - Frequenza cardiaca
 - Peso corporeo
 - Livello attività fisica (media settimanale)
 - Teleconsulto/Videoconsulto programmato e/o richiesto
- Programmato dal MMG per monitoraggio concordato da piano assistenziale individuato

Tabella 1.

Per questo motivo, le varie Linee Guida sottolineano molto questo problema e lo affrontano in maniera sistematica, suggerendo, fra le possibili soluzioni, anche quella di utilizzare le combinazioni fisse precostituite di farmaci che, riducendo il numero di compresse giornaliere da assumere, perlomeno, affrontano e cercano di risolvere uno degli ostacoli alla corretta *compliance* favorendo, quindi, la persistenza, cioè il rispetto della durata complessiva della terapia che, nel campo del controllo dei fattori di rischio, è cronica e a vita.

Strumenti di governo clinico

Gli obiettivi della gestione in Medicina Generale del soggetto/paziente con malattia cardiovascolare, o dei suoi fattori di rischio, sono quelli di monitorare i valori pressori, impostare un'adeguata terapia,

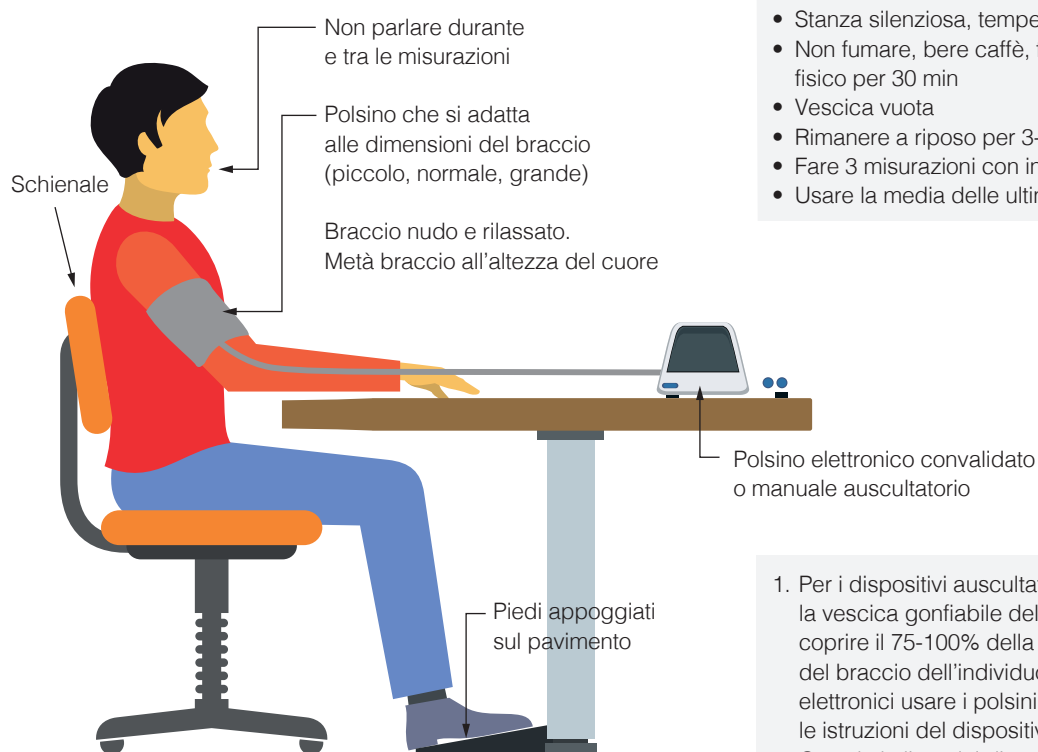
prevenire la comparsa di danno d'organo e delle malattie cardio e cerebrovascolari, stratificando il rischio globale, nel caso della prevenzione primaria, o di evitare le recidive, nel caso della secondaria.⁶ In aggiunta, rispetto al passato, occorre verificare e migliorare le capacità di autogestione da parte del paziente stesso o del *caregiver*, soprattutto nell'accuratezza e frequenza del monitoraggio domiciliare dei valori pressori. Il teleconsulto e il telemonitoraggio sono le azioni nuove da attuare, sviluppate nella fase emergenziale della pandemia da COVID-19, così come le modalità di rilascio elettronico delle prescrizioni, attraverso *e-mail*, sistemi di messaggistica o attivando il Fascicolo Sanitario Elettronico. Alcune piattaforme, particolarmente studiate per il governo della cardiopatia ischemica o dello scompenso cardiaco sul territorio, prevedono l'installazione a domicilio del paziente di una vera

e propria stazione di controllo in remoto, con sfigmomanometro, saturimetro, bilancia e contapassi, collegati con un *tablet* in grado di effettuare e ricevere videochiamate. La **Tabella 1** desunta dal documento Organizzazione del Lavoro e Assistenza in Medicina Generale nella Fase II Post COVID -19⁷, edito dalla Società Italiana di Medicina Generale, riassume una serie di comportamenti utili per il governo clinico del soggetto/paziente iperteso. Mentre in **Figura 2** vengono riassunte le raccomandazioni per una corretta rilevazione domiciliare dei valori.¹

Il paziente cardiopatico nel suo complesso

Un Medico di Medicina Generale con 1500 assistiti maggiorenni ha in carico, nella popolazione assistita, circa il 6% di diabetici, il 30% di ipertesi, il 10% di pa-

Raccomandazioni per una corretta rilevazione domiciliare dei valori pressori



- Stanza silenziosa, temperatura confortevole
- Non fumare, bere caffè, fare esercizio fisico per 30 min
- Vescica vuota
- Rimanere a riposo per 3-5 min
- Fare 3 misurazioni con intervalli di 1 min
- Usare la media delle ultime 2 misurazioni

1. Per i dispositivi auscultatori manuali la vescica gonfiabile del polsino deve coprire il 75-100% della circonferenza del braccio dell'individuo. Per i dispositivi elettronici usare i polsini secondo le istruzioni del dispositivo.
2. Guarda la lista dei dispositivi elettronici convalidati sul sito www.stridebp.org

Figura 2.

zienti con pregressi eventi cardiovascolari (IMA, ictus, interventi di rivascularizzazione, arteriopatia aterosclerotica, ecc.), il 2% con scompenso cardiaco cronico. A questo si aggiunge la crescente incidenza di malattie respiratorie e BPCO (terza causa di morte in Italia), patologie oncologiche, malattie osteoarticolari degenerative, demenza senile, disturbi psichiatrici; non ultimo, il problema dell'assistenza ai pazienti in fase terminale e delle cure palliative.⁸ La medicina attuale, e ancor più quella del futuro, è spostata verso la complessità, un tema trascurato al momento nella formazione universitaria, ma tra le problematiche più sentite a livello di Servizi Sanitari Nazionali e Mondiali.⁹

Il paziente iperteso complesso è, in generale, anziano e assume più di 3-5 farmaci, e questo comporta diversi rischi: riduzione dell'aderenza ai trattamenti, interazioni farmacologiche, prescrizioni inappropriate o inutili, comparsa di reazioni avverse ai farmaci, elevati costi sanitari e sociali. Spesso, oltre all'ipertensione, vi è, in con-

temporanea, la presenza di dislipidemia, di diabete mellito (soprattutto nel soggetto obeso o in sovrappeso), di abitudini legate al fumo (nel soggetto più giovane), di sedentarietà o di aumento di ingestione del sodio. La presenza di pluripatologie o della contemporanea presenza di più fattori di rischio costringe il malato cronico a consultare numerose figure mediche specialistiche (cardiologo, geriatra, ortopedico, diabetologo, nefrologo...) con il rischio di una gestione discontinua ed interventi frammentati per una mancanza di comunicazione tra i vari specialisti. Il Medico di Medicina Generale appare la figura professionale più adatta per essere esperto in medicina della complessità. Gli obiettivi di cura del paziente con malattia cardiovascolare cronica o con più fattori di rischio sono finalizzati non alla guarigione, bensì al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, a minimizzare la sintomatologia, a prevenire le disabilità e a migliorare la qualità della vita quotidiana.¹⁰

Il controllo dell'aderenza terapeutica nella nuova medicina del territorio

Il nuovo approccio sulla gestione del paziente con malattia cardiovascolare descritto in precedenza potrebbe trovare nel controllo dell'aderenza del paziente alla terapia, un punto di notevole criticità. La riduzione dei controlli "in presenza", la ripetizione *online* delle prescrizioni e l'incentivo all'automisurazione domiciliare dei valori pressori producono, fatalmente, una riduzione dei controlli ambulatoriali per le note esigenze di contenimento della possibile diffusione del COVID. Ciò determina, da un lato, una migliore valutazione del rischio prognostico, ad esempio del soggetto iperteso, in quanto l'automisurazione ottiene valori più adesi alla realtà rispetto a quelli registrati durante una visita ambulatoriale ma, dall'altro, un aumentato rischio di allontanamento del paziente dalla consapevolezza di controllare i fattori di rischio e, di conseguenza, di avere un approccio meno

Scala di Morisky		
Qualche volta dimentica di prendere la pillola per ... (patologia principale)?	SI (0)	NO (1)
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per ...?	SI (0)	NO (1)
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perché si sentiva male quando le prendeva?	SI (0)	NO (1)
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con sé i farmaci?	SI (0)	NO (1)
Ha preso ieri le sue medicine per ...?	SI (1)	NO (0)
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine?	SI (0)	NO (1)
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)	SI (0)	NO (1)
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia? <ul style="list-style-type: none"> • mai/molto raramente (4) • raramente (3) • a volte (2) • spesso (1) • sempre (0) 		
Punteggio: < 6 = poco aderente; 6-8 = mediamente aderente; > 8 = molto aderente		

Figura 3.

preciso, puntale e rigoroso all'assunzione della terapia. Per questo, fra i controlli a distanza da porre in essere con il sistema del teleconsulto periodico va applicata l'intervista telefonica per la somministrazione di questionari validati di valutazione dell'aderenza terapeutica. Nel campo delle malattie cardiovascolari e del controllo dei fattori di rischio, il più conosciuto è la Scala di Morisky (**Figura 3**).¹¹

Le tecnologie innovative per la valutazione del rischio cardiovascolare

Negli ultimi anni si è assistito ad un importante sviluppo della cosiddetta *e-Health*, cioè l'utilizzo di strumenti derivati dalla *Information and Communication Technology* in campo medico, al fine di migliorare la salute e le cure disponibili per i pazienti. Le *e-Health* si avvalgono di tecnologie all'avanguardia derivate da diverse scienze, quali per esempio informatica, ingegneria biomedica ed elettronica, e ovviamente, la medicina. Il suo ruolo nella pratica clinica è sempre più riconosciuto.

Le *e-Health* consentono la raccolta e la conservazione di vari dati (parametri biometrici, parametri vitali, ecc.) e la trasmissione degli stessi dal paziente al curante e viceversa, tramite telefoni, *smartphone*, *computer*. Inoltre, numerosi "sensori", abbinabili in particolare agli *smartphone*, sono stati recentemente sviluppati per la registrazione continua di vari parametri (es. ore e tipo di attività, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.).¹²

Le *e-Health* sono un valido strumento per il clinico in quanto:¹²

- consentono la memorizzazione e talvolta anche la rilevazione di parametri vitali e altre informazioni sanitarie, sia nel singolo che su larga scala, e la loro rielaborazione e analisi (es. variazione di un parametro nel tempo, calcolo della media della pressione arteriosa divisa per fasce orarie, ecc.);
- rappresentano uno strumento educativo, per il medico e/o per il paziente, e possono assistere il clinico nel processo diagnostico/decisionale;
- consentono di fornire servizi basati sul *web* che raggiungono un elevato nu-

mero di persone e sfruttano il concetto di *community* (es. programmi interattivi educazionali sullo stile di vita o piattaforme per gruppi di discussione *online*);

- consentono di praticare la cosiddetta "medicina virtuale" (teleconsulti, diagnosi remota);
- supportano la ricerca medica;
- consentono la gestione di informazioni amministrative e cliniche;
- offrono possibilità di effettuare servizi di telemedicina (es. nel caso di pazienti portatori di *pacemaker*/defibrillatore impiantabile).

Nel tentativo di migliorare il rapporto medico-paziente e di aumentare nella popolazione la consapevolezza dei rischi che accompagnano una pressione arteriosa elevata, la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa in collaborazione con la *European Society of Hypertension* ha realizzato un'*APP* dedicata per *smartphone* e *tablet*.

Oggigiorno, sono presenti molte *app* che supportano l'aderenza terapeutica dei pazienti con malattie cardiovascolari, tra queste una di recente creazione che si è

rivelata alquanto interessante è TeraPiù. Essa si distingue dalle altre *app* presenti oggi sul mercato in quanto permette di ottenere una profilazione psicologica-comportamentale dei pazienti. Infatti, grazie ad una serie di informazioni che il paziente deve inserire, l'algoritmo matematico di TeraPiù è in grado di profilare il paziente suggerendo una serie di interventi mirati e specifici. Inoltre, il sistema di intelligenza artificiale su cui si basa TeraPiù consente di adattare il supporto al paziente sulla base di quanto il sistema di IA (Intelligenza Artificiale) abbia imparato dai comportamenti dello stesso paziente.

L'inerzia terapeutica

Un fenomeno, invece, non certo di recente insorgenza, ma solo ultimamente evidenziato, codificato e sottolineato è quello dell'inerzia terapeutica del medico. Si tratta di un atteggiamento del medico che, pur nella consapevolezza che il paziente non stia raggiungendo gli obiettivi del trattamento oppure stia assumendo una terapia obsoleta, inadeguata o sottodosata, non adotta gli interventi atti a raggiungere il controllo dei vari fattori di rischio, entro i limiti raccomandati. Tale fenomeno dell'inerzia terapeutica può avvenire per svariati motivi, non tanto o non solo culturali, ma soprattutto legati alla demotivazione professionale o alla medi-

cina difensiva, intesa ad evitare controlli esasperati sulla spesa sanitaria pubblica, indotta dalle prescrizioni.

Diverse sono le possibili soluzioni a questo tipo di problema, tra cui spicca la formazione continua del medico, l'organizzazione del lavoro e dei sistemi di cura finalizzati alla gestione di patologie croniche, secondo le indicazioni delle Linee Guida (*treating to target*).

Molto importante è pure l'adozione di strumenti (meglio se elettronici e inseriti nelle cartelle cliniche) che allertino di fronte al problema e suggeriscano soluzioni adeguate, unitamente all'utilizzo di sistemi di *feedback* che forniscano una valutazione periodica e dinamica della propria *performance* (indicatori di processo e di esito delle cure), confrontabile con gli *standard* di cura.

Conclusioni

Il fenomeno della scarsa aderenza alla terapia suggerita, con situazioni di autosospensione o autoriduzione delle posologie da parte dei pazienti, ha radici molto antiche, ma è sempre stato presente, accentuato, ultimamente, anche dai problemi di comunicazione e di *follow-up* delle malattie cardiovascolari, indotti dalla pandemia virale da COVID-19 che, come è noto, ha prodotto un profondo cambiamento nell'approccio del Medico

di Medicina Generale verso la medicina del territorio. Una volta terminata la fase acuta dell'epidemia, il periodo post-emergenziale, da un lato, continua a presentare i rischi di possibili reinfezioni e, quindi, la necessità di mantenere rigide procedure di prevenzione del contagio ma, dall'altro, presenta la necessità di riprendere il governo clinico della cronicità e della gestione dei fattori di rischio cardio e cerebrovascolari, compreso il rischio di scarsa aderenza e persistenza alla terapia.

Teleconsulto, telemonitoraggio, *digital health, empowerment* del paziente, dotazione domiciliare di strumenti per l'automisurazione dei valori pressori e di altri parametri utili per la gestione a distanza, costituiscono le parole chiave per un nuovo approccio alla medicina territoriale e alla medicina di prossimità. Per questo, il Medico di Medicina Generale del futuro prossimo dovrà sempre di più lavorare in un *team* delle cure primarie, disporre di strumenti diagnostici di primo livello dedicati alla medicina generale, dovrà avvalersi di sistemi informatici estremamente avanzati, dovrà comunque operare in rete con le altre professioni sanitarie e con gli specialisti e dovrà perseguire, come da sempre, la formazione, l'informazione e l'aggiornamento scientifico con i nuovi strumenti, sempre più raffinati ed incisivi, dell'educazione medica a distanza.

Bibliografia

1. Unger T et al. International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020;75:1334-1358.
2. Volpe M et al. Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia 2018. *G Ital Cardiol*. 2018;19(2 Suppl 1):5S-7S.
3. XII Report Health Search. Edizione 2019 (www.healthsearch.it)
4. Sabate E, ed, Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva, WHO, 2003
5. Colvicchi F et al. *G Ital Cardiol*. 2010;11(S Suppl 3):1245-75.
6. Maso G et al. Riorganizzazione del lavoro e della attività assistenziale in medicina generale nella fase post COVID-19. *Italian Journal of Primary Care*, in press. Documento reperibile sul sito www.siiicp.it
7. Parretti D et al. Organizzazione del Lavoro e Assistenza in Medicina Generale nella Fase II post COVID. SIMG, in press. Documento reperibile al sito www.simg.it
8. Contursi V. Dalla medicina basata sulle evidenze alla medicina basata sulle "esigenze": nuovi paradigmi e nuove criticità in una sanità che cambia. *Italian Journal of Primary Care*, 2016, Vol 6, No 3, pagina 11.
9. Gensini GF, Fabbri LM, Fini M, Nozzoli C: *La Medicina della Complessità*, ISBN 978-88-6453-205-9 (print) ISBN 978-88-6453-209-7 (online), Firenze University Press, 2010
10. Zaninelli A. La medicina della complessità. *Coagulum Report*. 2019. <http://www.coagulumreport.it/2019/05/la-medicina-della-complessita/>
11. Morisky DE et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54.
12. Pengo M and Parati F. *G Ital Cardiol* 2021;22(5 Suppl 1):e92-e95.

Aderenza cardiovascolare - Focus su ASA

Giovambattista Desideri, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Divisione di Geriatria, Università de L'Aquila

Da oltre cento anni dalla sua scoperta, l'acido acetilsalicilico (ASA) è ancora un farmaco di riferimento in prevenzione cardiovascolare. Un gran numero di studi clinici sull'efficacia di ASA nella prevenzione cardiovascolare ha dimostrato inequivocabilmente il beneficio di questo farmaco nel ridurre la mortalità e/o nuovi eventi cardiovascolari con un rischio di sanguinamento accettabile, tanto da giustificare la raccomandazione dell'uso in prevenzione cardiovascolare con specifiche indicazioni.

Di seguito, una serie di dati sull'utilizzo di ASA a basse dosi e su come la scarsa aderenza a questo farmaco possa impattare negativamente in prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria.

ASA in prevenzione primaria

In prevenzione primaria, l'uso di ASA a basse dosi (75-100 mg) è raccomandato dalle Linee Guida ESC^{1,2} (classe IIb, livello A) in pazienti diabetici di tipo 1 o 2 che abbiano i seguenti criteri: evidenza di almeno un danno di organo (rene o retina) oppure tre o più fattori di rischio tradizionali, indipendentemente dalla durata di malattia oppure durata di malattia ≥ 10 anni senza danno di organo ed almeno un fattore di rischio tradizionale oppure diabete di tipo 1 da >20 anni. Questa raccomandazione poggia sui risultati dello studio ASCEND (*A Study of Cardiovascular Events in Diabetes*), il più grande trial controllato vs placebo sull'efficacia e sicurezza di ASA in prevenzione primaria, condotto in 15480 pazienti, con diabete di tipo 1 e 2, di età ≥ 40 anni senza pregressa tromboasi arteriosa e con follow-up >7 anni.³ ASA ha ridotto significativamente l'incidenza di infarto, ictus ischemico, attacco ischemico transitorio o morte cardiovascolare (9,6% braccio placebo, 8,5% ASA, $p < 0,01$) e le procedure di rivascularizzazione (periferica o coronarica). Una recente meta-analisi, che ha incluso anche dati tabulari di ASCEND, ha confermato che la riduzione assoluta

del rischio cardiovascolare associato ad ASA nei pazienti diabetici è superiore al rischio emorragico assoluto.⁴ L'uso di ASA in prevenzione primaria è anche raccomandato nei pazienti diabetici asintomatici che, però, abbiano una chiara evidenza strumentale o marcatori di patologia aterosclerotica coronarica, carotidea o agli arti inferiori, indipendentemente da età, durata di malattia e altri fattori di rischio. In particolare, l'evidenza mediante *imaging* (ecografia o risonanza magnetica) di stenosi significative carotidee, femorali, coronariche, o un punteggio di calcio coronarico elevato o un indice caviglia-braccio ridotto ($< 0,9$) vengono considerati "modificatori del livello di rischio" che aumentano il livello di rischio cardiovascolare e rendono il paziente eleggibile alla prevenzione primaria.⁵ Questo non solo nella popolazione diabetica, ma anche in quella non diabetica.⁵ In ogni caso, deve essere valutato il rischio emorragico che tende a crescere con il rischio ischemico, con il quale condivide i determinanti più importanti.⁶ I modelli di analisi proposti finora circa il rapporto rischio/beneficio attribuiscono la stessa importanza agli eventi ischemici (ictus e infarto) ed a quelli emorragici. Tuttavia, gli eventi emorragici prevalentemente a livello gastrointestinale sono spesso di modesta entità, o anche se di maggiore entità, sono gestibili nella generalità dei casi e prevenibili con farmaci gastroprotettori, il cui uso è incoraggiato dalle Linee Guida per ottimizzare il rapporto rischio/beneficio della terapia antitrombotica.^{5,7-9} Inoltre, l'ictus emorragico rappresenta meno del 20% dei sanguinamenti maggiori. Pertanto, il rischio emorragico prevalentemente gastrointestinale è prevenibile e gestibile, mentre un infarto o un ictus, spesso disabilitanti, hanno sicuramente un impatto ed una valenza maggiore nella qualità di vita di un paziente.^{8,10} Coerentemente, l'*American Diabetes Association* sottolinea l'importanza di discutere con il paziente l'impatto di avere un ictus o un infarto miocardico rispetto ad un evento emor-

ragico gastrointestinale, che è prevenibile e, in genere, meno disabilitante nel lungo termine.⁸ Appare, inoltre, condivisibile la posizione della *U.S. Preventive Service Task Force* di condividere con il paziente la decisione terapeutica.¹¹ In questo contesto la riduzione dell'incidenza e della mortalità per cancro, soprattutto del colon-retto, che il trattamento protrato con ASA a basse dosi parrebbe poter offrire, potrebbe essere di grande rilevanza per estendere l'indicazione del trattamento con ASA in più ampie fasce di pazienti in prevenzione primaria.^{7,11}

ASA in prevenzione secondaria

Le Linee Guida Internazionali ne raccomandano l'uso in chi ha già avuto un evento.¹ L'assunzione di ASA a basse dosi, infatti, riduce mediamente di un quinto gli eventi cardiovascolari (infarto miocardico non fatale, ictus non fatale e morte per cause vascolari) nei pazienti con pregresso infarto miocardico, ictus o attacco ischemico transitorio. In termini assoluti, si tratta di una riduzione dell'incidenza annuale di eventi non fatali pari a circa 10-20 eventi per 1000 pazienti con una riduzione più contenuta, ma comunque significativa, della mortalità per cause vascolari.^{12,13} In questi pazienti, il beneficio netto derivante dall'assunzione di ASA in termini di protezione cardiovascolare viene solo minimamente inficiato dall'aumento del rischio emorragico, soprattutto rappresentato dai sanguinamenti gastrointestinali, in quanto quest'ultimo è nettamente inferiore, in media dalle 20 alle 50 volte, rispetto alla riduzione degli eventi cardio e cerebrovascolari.^{12,13}

ASA e aderenza terapeutica

La documentata efficacia protettiva di ASA a basse dosi in prevenzione cardiovascolare ne impone un uso che, come per tutte le problematiche cliniche croniche, deve necessariamente prevedere da parte del paziente un'assunzione regolare e continuativa, al fine di sfruttarne

Il rischio di eventi cresce con il crescere del numero di farmaci non assunti in modo continuativo

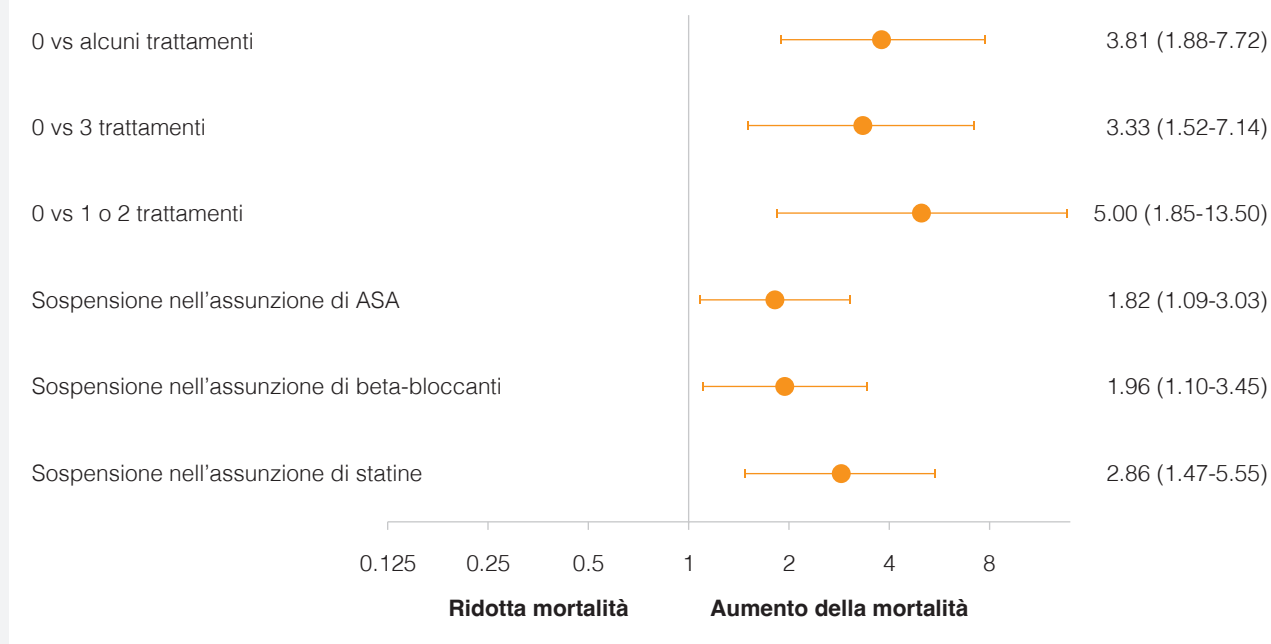


Figura 1.

appieno l'efficacia terapeutica. Invero, come per tutte le terapie assunte cronicamente in prevenzione cardiovascolare, anche nel caso di ASA l'aderenza non è elevatissima, pari al 65% (intervallo di confidenza al 95% compreso tra 53 e 77) in prevenzione secondaria.¹⁴ Le evidenze della letteratura scientifica ben documentano come un'aderenza terapeutica non adeguata all'assunzione di ASA, sia in prevenzione primaria che secondaria, si associ ad un significativo aumento del rischio cardiovascolare. Dopo dimissione per infarto miocardico, ad esempio, la mortalità ad un anno è significativamente maggiore nei pazienti che interrompono 1 o 2 o tutti e 3 i trattamenti prescritti alla dimissione (ASA, beta-bloccanti, statine).¹⁵ In particolare, in caso di sospensione dell'assunzione di ASA è stato descritto un aumento del rischio di evento fatale dell'86% (*Hazard ratio* pari a 1,82 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,09 e 3,03) (**Figura 1**).¹⁶

Un'importante conferma del considerevole aumento del rischio di eventi cardiovascolari legato alla sospensione dell'assunzione di ASA deriva da un ampio studio di coorte svedese che ha analizzato i dati relativi a 601527 pazienti

che assumevano ASA a basse dosi in prevenzione primaria o secondaria, di età >40 anni, con una documentata evidenza di un'aderenza terapeutica, nel primo anno di trattamento, almeno dell'80%.¹⁷ Nel corso di un *follow-up* mediano di 3 anni, sono stati registrati 62690 eventi cardiovascolari, la cui frequenza è risultata maggiore nei pazienti che avevano discontinuato ASA, con un aumento del rischio di eventi cardiovascolari del 37% (*Hazard ratio* aggiustato con analisi multivariata pari a 1,37 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,34 e 1,41) nei pazienti che avevano interrotto l'assunzione del farmaco rispetto a quelli che l'avevano regolarmente continuata, corrispondente ad 1 evento cardiovascolare aggiuntivo osservato ogni 74 pazienti tra i pazienti che discontinuavano l'assunzione di ASA. Questo significativo incremento del rischio è stato osservato precocemente dopo l'interruzione del trattamento e non ha mostrato alcun *trend* verso la riduzione nel corso del *follow-up* (**Figura 2**).

Come intuibile, la probabilità di ottenere un livello adeguato/elevato di aderenza e con esso un controllo efficace dei fattori di rischio cardiovascolare dipende da

una serie integrata di fattori che contribuiscono al successo della terapia preventiva e riconducibili a tre soggetti: il paziente, il medico e le caratteristiche dello schema posologico. Il ruolo della posologia non è rilevante solo per le dosi di ogni singolo farmaco, ma coinvolge anche il grandissimo problema della polifarmacoterapia che è tipico delle strategie di prevenzione cardiovascolare e moltiplica il problema della *compliance* per tutti i trattamenti raccomandati per lo stesso paziente. In presenza di terapia multifarmaco, la *compliance* appare più spesso ridotta, incompleta, incostante e con una ricaduta diseguale nei confronti dei diversi farmaci con un risultato complessivo che, rispetto all'efficacia terapeutica, può apparire buono per alcuni farmaci e assolutamente deficitario per altri. Non sorprende, quindi, che anche per la terapia antiplastrinica l'aderenza sia significativamente maggiore nel caso dei trattamenti che prevedono la monosomministrazione (+41,7%).¹⁸ La riduzione dell'efficacia preventiva dei diversi trattamenti di comune utilizzo in prevenzione cardiovascolare, compresa ASA a basse dosi, legata ad una non adeguata aderenza, comporta inevitabilmente un

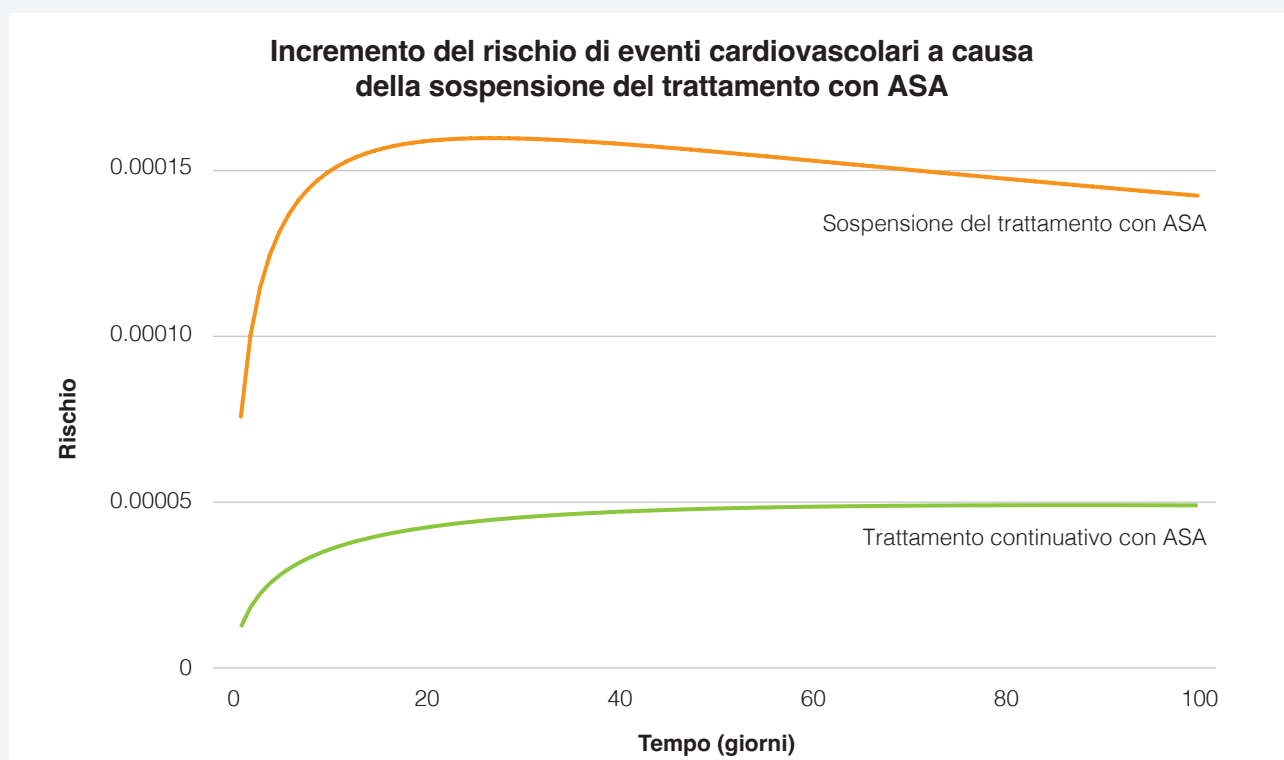


Figura 2.

aumento dei costi assistenziali legati alla lievitazione delle spese attribuibili agli eventi cardiovascolari non prevenuti. La semplicità dello schema terapeutico rappresenta, quindi, uno dei principali determinanti del successo terapeutico, in quanto garantisce una maggiore aderenza. Non sorprende, quindi, che nel corso degli anni un numero crescente di evidenze scientifiche abbiano portato prima a teorizzare¹⁹ e, poi, a verificare l'efficacia di una terapia di combinazione con farmaci di classi diverse, riuniti in una sola compressa, con la finalità di sfruttare la sinergia tra le diverse molecole e, al tempo stesso, semplificare la terapia.^{20,21} Una recente metanalisi di 3 *trial* randomizzati controllati, che prevedevano l'uso della polipillola, in prevenzione primaria, su un totale di 18162 pazienti con un rischio cardiovascolare a 10 anni pari a 17,7%, ha confermato l'efficacia protet-

tiva di questa strategia di intervento.²¹ Nel corso di un *follow-up* mediano di 5 anni, è stata osservata una significativa riduzione dell'*outcome* primario (morte cardiovascolare, infarto miocardico, ictus, procedure di rivascolarizzazione) del 38% (*hazard ratio* 0,62 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0,53 e 0,73, $p < 0,0001$). La riduzione dell'*outcome* primario è risultata ancora più ampia per le combinazioni terapeutiche che prevedevano la concomitante assunzione di ASA a basse dosi (*hazard ratio* 0,53 con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0,41 e 0,67, $p < 0,0001$). I sanguinamenti gastrointestinali sono risultati poco frequenti sia con che senza ASA (0,4% vs 0,2%, $p = 0,15$). In conclusione, l'aderenza alla terapia farmacologica prescritta rimane ancora oggi un problema rilevante nella gestione clinica delle malattie cardiovascolari,

dal momento che è in grado di condizionare in modo marcato la prognosi dei pazienti e contribuire a mantenere elevata l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori ed ospedalizzazioni per cause cardiovascolari. ASA non sfugge a questa rilevante criticità nella prevenzione cardiovascolare che impone necessariamente l'adozione di strategie che valgano a preservare i vantaggi protettivi derivanti dall'assunzione di ASA dalla "naturale" inclinazione del paziente a non assumerlo con l'adeguata regolarità. Le robuste evidenze sull'efficacia di ASA in prevenzione cardiovascolare, opportunamente recepite dalle diverse Linee Guida di prevenzione cardiovascolare, non lasciano spazio, infatti, all'inerzia prescrittiva in contesti clinici di rischio cardiovascolare alto o molto alto, nei quali è fondamentale l'ottimizzazione della resa di ogni strategia di prevenzione.

Bibliografia

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227-3337.
2. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2020;41:255-323.
3. Bowman L, Mafham M, Wallendszus K, et al. ASCEND Study Collaborative Group. Effects of aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2018;379:1529-1539.

4. Zheng SL, Roddick AJ. Association of aspirin use for primary prevention with cardiovascular events and bleeding events: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2019;321:277-287.
5. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2020;41:407-477.
6. Volpe M, Battistoni A, Gallo G, et al. Executive summary of the 2018 Joint Consensus Document on Cardiovascular Disease Prevention in Italy. *High Blood Press Cardiovasc Prev* 2018;25:327-341.
7. Patrono C, Morais J, Baigent C, et al. Antiplatelet agents for the treatment and prevention of coronary atherothrombosis. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:1760-1776.
8. American Diabetes Association. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of medical care in diabetes – 2021. *Diabetes Care* 2021;44(Suppl 1):S125-50.
9. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2021;42:1289-1367.
10. Battistoni A, Gallo G, Aragona CA et al. Prevenzione Italia 2021 - Un update del Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia. *G Ital Cardiol* 2021;22(5 Suppl. 1):e1-e105.
11. Bibbins-Domingo K; U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2016;164:836-845.
12. Trialist Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative metaanalysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.
13. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373:1849-1860.
14. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med* 2012;125:882-7.e1.
15. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2006;166:1842-1847.
16. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005;43:521-530.
17. Sundström J, Hedberg J, Thuresson M, et al. Low-Dose Aspirin Discontinuation and Risk of Cardiovascular Events: A Swedish Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Circulation* 2017;136:1183-1192.
18. Bae JP, Dobesh PP, Klepser DG, et al. Adherence and dosing frequency of common medications for cardiovascular patients. *Am J Manag Care* 2012;18:139-146.
19. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326:1419.
20. Yusuf S, Joseph P, Dans A et al. Polypill with or without Aspirin in Persons without Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2021; 384:216-228.
21. Joseph P, Roshandel G, Gao P, et al. Polypill Trialists' Collaboration. Fixed-dose combination therapies with and without aspirin for primary prevention of cardiovascular disease: an individual participant data meta-analysis. *Lancet* 2021;398:1133-1146.

Questionario ECM

Per ottenere i crediti ECM il questionario dovrà essere compilato direttamente *online* collegandosi al sito **unannoinsieme.it** e dopo aver visionato i moduli formativi obbligatori

La riduzione dei decessi per cardiopatia ischemica in Italia negli ultimi anni è da ricondurre principalmente al miglior controllo di:

- Ipertensione e colesterolemia
- Ipertensione e diabete
- Diabete e fumo di tabacco
- Diabete ed obesità

Secondo i dati dell'osservatorio sull'uso dei farmaci in Italia (anno 2019) un'adeguata aderenza al trattamento antipertensivo si osserva in una percentuale di:

- ≈30%
- ≈40%
- ≈50%
- ≈60%

Secondo i dati dell'osservatorio sull'uso dei farmaci in Italia (anno 2019) un'adeguata persistenza al trattamento antipertensivo si osserva a 6 mesi in una percentuale di:

- ≈30%
- ≈40%
- ≈50%
- ≈60%

Secondo i dati dell'osservatorio sull'uso dei farmaci in Italia (anno 2019) un'adeguata aderenza al trattamento ipolipemizzante si osserva in una percentuale di:

- ≈30%
- ≈40%
- ≈50%
- ≈60%

Secondo i dati dell'osservatorio sull'uso dei farmaci in Italia (anno 2019) un'adeguata persistenza al trattamento ipolipemizzante si osserva a 6 mesi in una percentuale di:

- ≈30%
- ≈40%
- ≈50%
- ≈60%

La percentuale di pazienti ipertesi che necessitano di un solo farmaco antipertensivo è pari:

- ≈20%
- ≈40%
- ≈60%
- ≈80%

Secondo i dati dell'osservatorio sull'uso dei farmaci in Italia (anno 2017) la quota di individui ultrasessantacinquenni che assumono 4 o più farmaci è pari a:

- ≈75%
- ≈30%
- ≈35%
- ≈40%

Tra i principali determinanti della scarsa aderenza ad un trattamento antipertensivo va considerato:

- Disponibilità di nuovi farmaci
- Interazioni farmacologiche
- Inadeguato controllo pressorio
- Nessuno dei fattori sopra indicati

La terapia con polipillola è associata ad un miglioramento dell'aderenza di:

- ≈35%
- ≈40%
- ≈44%
- ≈50%

La terapia con polipillola non è indicata:

- Nei pazienti non aderenti ad uno o più componenti dello schema terapeutico
- Nei pazienti aderenti ad uno o più componenti dello schema terapeutico
- Nei pazienti con pressione e colesterolemia non controllati dai farmaci in combinazione estemporanea
- Nei pazienti con pressione e colesterolemia adeguatamente controllati dai farmaci in combinazione estemporanea

Nello studio Polycap 3 il trattamento con una polipillola contenente statina + ACE inibitore + beta-bloccante + diuretico ha determinato una riduzione degli eventi cardiovascolari pari a:

- ≈20%
- ≈30%
- ≈40%
- ≈50%

Nello studio Polycap 3 il trattamento con una polipillola contenente statina + ACE inibitore + beta-bloccante + diuretico ha determinato una riduzione degli eventi cardiovascolari ricorrenti pari a:

- ≈25%
- ≈30%
- ≈35%
- ≈40%

Al crescere dell'aderenza terapeutica:

- Aumentano i costi assistenziali
- Si riducono i costi assistenziali
- Aumenta la spesa farmaceutica
- Aumenta la spesa farmaceutica ma si riducono i costi assistenziali

La sospensione del trattamento con ASA in un paziente coronaropatico:

- Aumenta di circa 2 volte il rischio di sviluppare un evento
- Aumenta di circa 3 volte il rischio di sviluppare un evento
- Aumenta di circa 4 volte il rischio di sviluppare un evento
- Non aumenta significativamente il rischio di sviluppare un evento

Un'aderenza bassa alla terapia antipertensiva comporta già a 6 mesi un aumento del rischio di eventi cardiovascolari rispetto ad un'aderenza ottimale di:

- ≈25%
- ≈30%
- ≈35%
- ≈40%

Quale delle seguenti affermazioni è vera:

- La complessità è un tema che sostanzialmente non è al momento presente in modo organico nella formazione curricolare e post-curricolare
- La complessità è un tema che è al momento molto presente in modo organico nella formazione curricolare e post-curricolare
- La complessità è un tema che non è al momento presente in modo organico nella formazione curricolare, mentre è presente in quella post-curricolare
- La complessità è un tema che è al momento presente in modo organico nella formazione curricolare, mentre non lo è in quella post-curricolare

Quale delle seguenti affermazioni NON è valida per una adeguata gestione del sovraffollamento terapeutico?

- Aumentare del 30% il tempo di visita medica, per migliorare la comunicazione con il paziente
- Utilizzare un linguaggio adeguato al fine di far meglio comprendere i messaggi
- Distribuire i farmaci ogni 30 minuti per evitare che il paziente assuma più di una compressa alla volta
- Provvedere affinché le istruzioni siano circostanziate e contingenti, non generiche

Quale delle seguenti affermazioni NON è valida per una adeguata gestione del sovraffollamento terapeutico?

- Favorire la consapevolezza del paziente nei confronti dell'importanza della terapia prescritta
- Verificare la comprensione dei messaggi da parte del paziente, facendogli ripetere i punti chiave
- Costatare la congruità delle ripetizioni delle prescrizioni con i *software* gestionali della pratica clinica quotidiana
- Non utilizzare mai le combinazioni fisse di più farmaci

Quali dei seguenti determinanti non biologici influenza lo *status* di paziente complesso?

- Situazione socio-familiare
- Aspetti economici
- Fattori ambientali
- Tutte le risposte sono corrette

Completare in modo corretto la frase "Gli obiettivi di cura nei pazienti complessi con problemi cronici, non potendo essere rivolti alla guarigione,..."

- Sono finalizzati al maggior risparmio possibile di risorse
- Sono finalizzati al solo controllo del dolore
- Sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita
- Sono finalizzati al miglioramento dei sintomi

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'aderenza terapeutica individuale è definibile come....

- Il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante
- Il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento di un gruppo di pazienti e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante
- Il grado di effettiva discordanza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante
- Il grado di effettiva dimenticanza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante

Sono fattori che influenzano la non aderenza NON intenzionale...

- Mediocre qualità di comunicazione tra medico e paziente
- Il paziente non comprende completamente la necessità della cura
- Il paziente non è in grado di seguire le prescrizioni e dimentica di assumere il farmaco come prescritto
- Tutte le risposte sono corrette

Sono fattori che influenzano la non aderenza intenzionale...

- Convinzioni erranee circa la natura della malattia (causa, durata e complicanze)
- Convinzioni erranee circa il valore delle terapie farmacologiche
- Paura dei possibili effetti collaterali e delle reazioni avverse da farmaci
- Tutte le risposte sono corrette

Quale variabile è da attribuire ai farmaci, per indurre una scarsa aderenza ai trattamenti?

- Uso nel breve termine
- Regimi terapeutici semplici in monosomministrazione
- Effetti collaterali
- Foglietti illustrativi chiari e leggibili

Quale affermazione attribuibile ai pazienti può indurre una scarsa aderenza ai trattamenti?

- L'uso protratto dei farmaci non è dannoso
- La malattia non è mai curata abbastanza
- Ho perfettamente chiaro per cosa mi servono i farmaci
- L'assunzione di farmaci comporta sintomi (effetti collaterali)

Quale variabile è da attribuire all'atteggiamento del medico, per indurre una scarsa aderenza ai trattamenti?

- Scarsa interazione medico-paziente
- Colloqui lunghi con molte domande
- Informazione sempre individualizzata
- Comunicazione molto chiara

Quali fattori non di malattia sono considerati come elementi influenzabili l'aderenza alla terapia?

- Il basso livello di educazione
- La mancanza di un adeguato supporto familiare ed economico
- Il mancato accesso alle cure
- Tutte le risposte sono corrette

Quali delle seguenti risposte costituisce una caratteristica delle malattie croniche?

- Insorgenza improvvisa
- Insorgenza graduale nel tempo
- Cura specifica ad intento risolutivo
- Assistenza sanitaria di breve durata

Quale tra i seguenti elementi può ridurre l'impatto preventivo delle strategie di intervento nel paziente iperteso?

- Insufficiente livello culturale
- Classe economica
- Scarsa *compliance* ed aderenza alla terapia
- Costo dei farmaci

Le caratteristiche del medico moderno oggi derivano essenzialmente da:

- Competenza clinica
- Capacità di dialogare con esperti
- Capacità di lavorare in squadra
- Tutte le risposte sono corrette

ASA a basse dosi è raccomandata dalle Linee Guida in prevenzione secondaria con classe di raccomandazione:

- I
- IIa
- IIb
- III

ASA a basse dosi è raccomandata dalle Linee Guida nei pazienti diabetici a rischio cardiovascolare alto/molto alto con classe di raccomandazione:

- I
- IIa
- IIb
- III

ASA a basse dosi è raccomandata dalle Linee Guida nei pazienti diabetici a rischio cardiovascolare moderato con classe di raccomandazione:

- I
- IIa
- IIb
- III

L'uso di inibitori della pompa protonica, nei pazienti diabetici per i quali sussistono le indicazioni alla prescrizione di ASA a basse dosi, è indicato con classe di raccomandazione:

- I
- IIa
- IIb
- III

Nella proposta di polipillola teorizzata da Law e Wald quale dei seguenti farmaci non era contemplato?

- ASA a basse dosi
- Statina
- Diuretico
- Calcio antagonista

La sospensione di ASA in prevenzione primaria e secondaria comporta un aumento del rischio di eventi cardiovascolari pari a circa:

- 30%
- 40%
- 50%
- 60%

L'aumento del rischio di eventi cardiovascolari legato alla sospensione di ASA in prevenzione primaria e secondaria si osserva dopo circa:

- 1-2 settimane
- 1 mese
- 2 mesi
- 3 mesi

La sospensione dell'assunzione di ASA in paziente con un evento coronarico comporta un aumento del rischio di nuovi eventi di circa:

- 2 volte
- 3 volte
- 4 volte
- 5 volte

La sospensione dell'assunzione di statina in paziente con un evento coronarico comporta un aumento del rischio di nuovi eventi di circa:

- 2 volte
- 3 volte
- 4 volte
- 5 volte

La sospensione dell'assunzione di beta-bloccante in paziente con un evento coronarico comporta un aumento del rischio di nuovi eventi di circa:

- 2 volte
- 3 volte
- 4 volte
- 5 volte

La presenza di ASA a basse dosi nella polipillola usata in prevenzione primaria non è associata a:

- Una superiore protezione nei riguardi dell'infarto miocardico
- Una superiore protezione nei riguardi dell'ictus
- Un aumento dei sanguinamenti gastrointestinali
- Una riduzione delle procedure di rivascolarizzazione

In quale tra i seguenti trattamenti la somministrazione *bis in die* impatta maggiormente sull'aderenza?

- Antipiastrinici
- Ipoglicemizzanti
- Ipolipemizzanti
- Agenti cardiaci

Nelle raccomandazioni USPSTF l'uso di ASA a basse dosi per la prevenzione degli eventi cardiovascolari e del tumore del colon-retto viene proposto nei soggetti di età compresa tra 50 e 59 anni e rischio cardiovascolare a 10 anni >10% come raccomandazione di grado:

- A
- B
- C
- D

Nelle raccomandazioni USPSTF l'uso di ASA a basse dosi per la prevenzione degli eventi cardiovascolari e del tumore del colon-retto viene proposto nei soggetti di età compresa tra 60 e 69 anni e rischio cardiovascolare a 10 anni >10% come raccomandazione di grado:

- A
- B
- C
- D

La sospensione dell'assunzione di beta-bloccante+statina+ASA in paziente con un evento coronarico comporta un aumento del rischio di nuovi eventi di circa:

- 2 volte
- 3 volte
- 4 volte
- 5 volte

Come ottenere i crediti ECM

Il corso FAD è fruibile sul sito www.unannoinsieme.it.

Una volta visionati i moduli formativi il discente, per ricevere i crediti ECM, dovrà compilare i questionari di valutazione e gradimento direttamente sul sito e scaricare poi l'attestato ECM.

Per eventuali informazioni contattare il provider ECM al n. 02 36692 890
o via mail all'indirizzo assistenza@unannoinsieme.it



Progetto realizzato con il
contributo non condizionante di



89103142