

Aderenza terapeutica nella persona anziana

Lara Perrella, Sara Mucherino, Valentina Orlando, Enrica Menditto
CIRFF, Centro di ricerca in Farmacoutilizzazione e Farmacoeconomia, Università degli Studi di Napoli Federico II

Enza Agostino, Elisa Bidese, Lorenza Giordano, Jacopo Luboz, Ilaria Russo
Azienda USL Valle d'Aosta

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse in relazione all'argomento trattato

Riassunto

L'aderenza terapeutica, uno degli elementi fondamentali per l'efficacia delle cure e la sostenibilità sanitaria, è definita come la concordanza tra il comportamento del paziente e le raccomandazioni del medico. La sua inadeguata attuazione, particolarmente rilevante nella persona anziana con malattie croniche trattata con più farmaci, influenza negativamente gli esiti clinici ed economici. La mancata aderenza al trattamento è dovuta a molti fattori, comprendendo aspetti socioeconomici, sanitari, legati alla malattia, terapeutici e individuali. La sua gestione richiede strategie mirate, spaziando da interventi farmacologici personalizzati a programmi di educazione terapeutica all'integrazione nei percorsi di cura multidisciplinari. Nuove linee guida promuovono la trasparenza e la confrontabilità degli studi sull'aderenza terapeutica, rappresentando un riferimento metodologico internazionale per garantire l'efficacia farmacologica e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Giugno 2025

© 2025 COSIsiFA

Questo documento è stato prodotto nell'ambito del progetto COSIsiFA (Cittadini e Operatori Sanitari sempre in-formati sul Farmaco) finanziato con i fondi regionali di farmacovigilanza gestiti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le informazioni e le opinioni contenute in questo documento sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale dell'AIFA. L'AIFA non garantisce l'accuratezza dei dati inclusi in questo documento e declina ogni responsabilità per l'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui contenute.

Introduzione

L'aderenza terapeutica, cioè il rispetto delle raccomandazioni per assumere i farmaci concordato con l'operatore sanitario, è elemento cruciale nel percorso di cura ed è in grado di influenzarne gli esiti. La mancata aderenza può, infatti, comportare la riduzione dell'efficacia e della sicurezza della terapia con conseguenze negative da un punto di vista sia clinico sia economico.¹

Il fenomeno della scarsa aderenza è diffuso e trasversale a molte condizioni cliniche. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nei Paesi sviluppati circa la metà dei pazienti con malattie croniche non segue correttamente le terapie prescritte,² con conseguenze rilevanti sulla sanità pubblica a livello globale.

I dati

I dati dell'Osservatorio Nazionale sui Medicinali (OsMed) dell'AIFA evidenziano, nel nostro Paese, una scarsa aderenza alle terapie a lungo termine, soprattutto quelle per malattie polmonari come l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (51,0% dei casi), o il diabete con i farmaci antidiabetici (23,9% dei casi).³ Inoltre, è stato osservato che solo il 53% dei pazienti ipertesi e circa il 43% dei pazienti in terapia con farmaci per ridurre i lipidi seguono regolarmente il trattamento prescritto. La bassa aderenza tende ad aumentare con l'età (quanto più si è anziani quanto meno si rispetterebbero le indicazioni date dal medico) ed è più frequente nelle donne rispetto agli uomini.³

L'OMS ha individuato cinque categorie di fattori che influenzano negativamente l'aderenza terapeutica,⁴ fondamentali nella valutazione delle strategie di intervento:

1. fattori **socioeconomici**: oltre al reddito, un basso *status* socioeconomico è associato non solo a una minore aderenza, ma anche a un accesso ridotto ai servizi sanitari
2. fattori legati agli operatori sanitari e al **sistema sanitario**: visite troppo brevi, limitata educazione sulle terapie e mancato *follow up*, indisponibilità di una rete di supporto territoriale
3. fattori correlati alla **patologia**, specie la gravità dei sintomi, la rapidità di progressione della malattia e il grado di disabilità che ne consegue

4. fattori legati alla **terapia**, in particolare la complessità e la cronicità del trattamento, le modifiche frequenti alla terapia, la mancata percezione dell'efficacia clinica e la comparsa di effetti indesiderati
5. fattori legati al **paziente**, che includono le sue conoscenze e convinzioni sulla malattia e sul trattamento, le sue attitudini e le sue aspettative.

La scarsa aderenza terapeutica incide sulla salute del paziente e aumenta i costi sanitari, richiedendo trattamenti aggiuntivi e un maggior numero di ospedalizzazioni. Si è calcolato che in Europa la mancata aderenza alle terapie costi circa 125 miliardi di euro all'anno,⁵ di cui circa 2 miliardi in Italia. Si stima che un ipotetico incremento dell'aderenza del 15% potrebbe ridurre i costi sanitari di oltre 18 miliardi in Europa e di 300 milioni in Italia, senza considerare il beneficio sociale. Pertanto investire in interventi volti a migliorare l'aderenza terapeutica è una strategia costo-efficace a lungo termine, capace di produrre significativi risparmi per la sanità e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

La questione

La mancata aderenza terapeutica è un importante problema di salute pubblica che assume maggiore rilevanza nelle persone anziane con più malattie (multimorbilità) e che devono assumere più farmaci (polifarmacoterapia). Sebbene ci siano interventi in grado di migliorare l'aderenza alle terapie, questi sono spesso sviluppati e valutati in studi strettamente controllati, spesso ben lontani dal conteso reale.⁶

La mancata aderenza può essere intenzionale, legata a una scelta consapevole del paziente di non seguire la terapia, oppure non voluta, riferita a dimenticanze, salti di dosi, cambiamenti nella quantità o orario di somministrazione.

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) del Ministero della Salute prevede una serie di interventi per la gestione dei malati cronici, mirati a migliorare la loro qualità di vita, rallentare la progressione della malattia, prevenire le complicanze e migliorare l'aderenza terapeutica.⁷ Tra questi ci sono:

1. gli interventi farmacologici, basati sulla diagnosi, sulle caratteristiche del malato e sulla risposta individuale al trattamento
2. gli interventi non farmacologici, come programmi di educazione terapeutica, supporto psicologico e *counseling*

3. i servizi di telemedicina, inclusi il telemonitoraggio dei parametri vitali e il teleconsulto (consultazione medica a distanza)
4. gli interventi di natura organizzativa, nello specifico percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) o piani assistenziali individuali (PAI), percorsi strutturati che definiscono i passaggi chiave per la gestione della cronicità.

Negli ultimi decenni, a questo proposito, sono state sviluppate strategie per affrontare la scarsa aderenza terapeutica in modo organico, mediante un approccio multidimensionale che coinvolga gli operatori sanitari, i familiari e i *caregiver*, per supportare attivamente il malato.

In primo luogo, per gestire efficacemente il trattamento di una malattia cronica e promuovere l'aderenza terapeutica, servono gli **interventi educativi** volti a una migliore comprensione, da parte del paziente, dei rischi correlati alla malattia e dei benefici attesi dalla terapia prescritta.⁸

Considerati i limiti di un approccio esclusivamente educativo, l'implementazione di **interventi cognitivo-comportamentali e motivazionali** è un'area di crescente interesse, con strumenti di *counseling* come l'intervista motivazionale, il *feedback* comportamentale e il supporto sociale.

Ancora, gli **interventi tecnologici** possono migliorare l'aderenza alle terapie tramite promemoria, oltre a monitorare e supportare i pazienti, abbattendo ove necessario le barriere geografiche e di accesso all'assistenza.

Anche il **costo della terapia**, in forma di acquisto diretto dei farmaci o di compartecipazione alla spesa, può influire negativamente sull'aderenza al trattamento, tuttavia, in Paesi ad alto reddito come l'Italia la copertura del sistema sanitario e l'organizzazione dell'assistenza farmaceutica rendono questi fattori di rilevanza secondaria.

Anche il coinvolgimento attivo degli **operatori sanitari** è strategico per migliorare l'aderenza terapeutica e superare le difficoltà incontrate dai pazienti.

Infine è auspicabile, laddove possibile, la semplificazione del **regime terapeutico**, selezionando farmaci che prevedano un'unica assunzione quotidiana o che siano formulati in un'associazione fissa precostituita con un altro farmaco per ridurre il numero.

Dalla letteratura

Secondo la definizione dell'OMS, l'aderenza terapeutica è *“il grado in cui il comportamento di una persona – nell'assumere i farmaci, nel seguire una dieta e/o nell'apportare cambiamenti al proprio stile di vita – corrisponde alle raccomandazioni concordate con l'operatore sanitario”*.⁴

Questa definizione ha segnato un passaggio concettuale importante, superando la visione passiva della “*compliance*” e riconoscendo il ruolo attivo del paziente come parte integrante del processo terapeutico. Per una maggiore coerenza nel linguaggio relativo all’aderenza e coesione dei metodi applicati nella sua misurazione, la Società Internazionale per l’Aderenza Terapeutica (ESPACOMP) ha formalizzato, tramite le linee guida **EMERGE**,⁹ la terminologia da utilizzare. L’aderenza viene identificata come un processo dinamico, che coinvolge direttamente il paziente, e si articola in tre fasi distinte:

1. **inizio della terapia**: il momento in cui il paziente assume la prima dose del farmaco prescritto
2. **implementazione della terapia**: la misura in cui le dosi assunte corrispondono a quelle prescritte durante il trattamento
3. **interruzione della terapia**: il termine del trattamento, volontario o meno. A questa fase si associa anche il concetto di **persistenza**, ovvero la durata in cui il paziente prosegue correttamente la terapia senza interruzioni.

Le linee guida EMERGE forniscono, infine, anche un sistema strutturato (*TEOS: Timelines, Events, Objectives, Sources*) per favorire trasparenza e comparabilità degli studi sull’aderenza, rappresentando lo standard metodologico riconosciuto a livello internazionale.¹⁰

Ricadute pratiche

Il corretto **monitoraggio dell’aderenza terapeutica** è essenziale per migliorare concretamente la qualità dell’assistenza nei malati con patologie croniche. Ci sono diversi metodi di valutazione dell’aderenza:¹¹

- **metodi diretti**, come la misurazione dei livelli di farmaco nel sangue o nelle urine, oppure l’osservazione diretta dell’assunzione del farmaco
- **metodi indiretti**, più utilizzati nella pratica, come questionari, autovalutazioni dei pazienti, conteggio delle pillole residue o l’uso di dati amministrativi (prescrizioni e dispensazioni farmaceutiche), da cui si ricavano indicatori oggettivi.

Disporre di dati di aderenza terapeutica a livello di popolazione permette di individuare gruppi a maggior rischio di mancata aderenza e pertanto di orientare le decisioni cliniche e gli interventi specifici in modo più efficace. Infatti è dimostrato come l’aderenza vari sensibilmente in malattie diverse come ipertensione, diabete o malattie respiratorie. Per questo motivo sono

necessari **interventi specifici**, che includano l'educazione terapeutica, il coinvolgimento dei farmacisti, la semplificazione dei regimi terapeutici (con la riduzione ove possibile del numero dei farmaci o delle loro dosi) o l'uso di tecnologie digitali. Una gestione efficace del paziente con malattie croniche deve necessariamente tener conto di comorbidità e politerapia.

Tutto ciò **migliora la qualità delle cure e gli esiti clinici**; numerosi studi dimostrano infatti che interventi mirati sull'aderenza riducono efficacemente gli eventi avversi, le complicanze e le ospedalizzazioni evitabili,¹² generando anche sostanziali risparmi per il sistema sanitario.¹³ È perciò essenziale integrare la promozione dell'aderenza nei percorsi di cura e nei modelli di presa in carico dei pazienti cronici in una logica multidisciplinare e interprofessionale.

Bibliografia

1. Sokol M, McGuigan K, et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Med Care 2005;43:521-30. [ooo](#)
2. World Health Organization (WHO). Medication adherence: policy brief. Geneva. World Health Organization, 2023. [ooo](#)
3. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Rapporto OsMed 2023 “L’uso dei Farmaci in Italia”. 2024. [ooo](#)
4. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization, 2003. [ooo](#)
5. European Commission/Medi-Voice. MEDI-VOICE Report Summary. Project ID: 17893. European Union/European Commission. 2011. [ooo](#)
6. Zullig LL, Deschodt M, et al. Moving from the trial to the real world: improving medication adherence using insights of implementation science. Annu Rev Pharmacol Toxicol 2019;59:423-45. [ooo](#)
7. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità – Aggiornamento 2024. [ooo](#)
8. Kini V, Ho P. Interventions to improve medication adherence: a review. JAMA 2018;320:2461-73. [ooo](#)
9. De Geest S, Zullig L, et al. ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). Ann Intern Med 2018;169:30-5. [ooo](#)
10. Dima A, Allemann S, et al. TEOS: a framework for constructing operational definitions of medication adherence based on Timelines-Events-Objectives-Sources. Br J Clin Pharmacol 2021;87:2521-33. [ooo](#)
11. Elseviers M, Wettermark B, et al. Drug utilization research: methods and applications. John Wiley & Sons, 2nd edition, 2024. [ooo](#)
12. Walsh C, Cahir C, et al. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2019;85:2464-78. [ooo](#)
13. Khan R, et al. Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency. OECD Health Working Paper No. 105. 2018. [ooo](#)

Legenda

- ○ ○ assenza di conflitti di interesse
- ○ ○ presenza di lievi conflitti di interesse
- ● ○ presenza di conflitti d'interesse dichiarati e/o fondi da aziende farmaceutiche
- ● ● presenza di importanti conflitti d'interesse (per esempio firmatari dell'articolo dipendenti di aziende farmaceutiche)
- ND conflitti non dichiarati