



COMUNICATO STAMPA

Ancora troppo bassi i livelli di aderenza terapeutica. Le conseguenze sono drammatiche: decessi e costi altissimi per il SSN

Cittadinanzattiva: «Serve più tempo da dedicare ai pazienti, *formazione a personale sanitario, caregiver familiare e professionale e attuare il Piano della Cronicità su tutto il territorio*».

Il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende i farmaci entro 3 mesi, oltre il 70% entro 6 mesi; solo il 13,4% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie.

I pazienti che hanno una bassa aderenza (inferiore al 50%) al trattamento farmacologico prescritto mostrano un rischio aumentato di mortalità per cardiopatia ischemica, emorragie cerebrali, ictus cerebrale rispetto ai pazienti che avevano una buona aderenza; nell'ipertensione non aderire gli antipertensivi aumenta di circa il 30% il rischio di infarto o ictus; e di 7-8 anni è la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in controllo glicemico.

Un sondaggio USA: l'8% dei partecipanti è disposto a rinunciare a due anni di vita pur di evitare medicine da assumere ogni giorno, il 13% pur di evitarle accetterebbe anche un minimo rischio di mortalità, il 21% pagherebbe 1.000 dollari pur di evitare la pillola quotidiana-

15 aprile 2021 - Dalle analisi contenute nel Rapporto OsMed di AIFA, è evidenziato che **è aderente alle terapie il 55,1% dei pazienti con ipertensione, il 52-55% dei pazienti con osteoporosi, il 60% dei pazienti con artrite reumatoide, il 40-45% dei pazienti con diabete di tipo II, il 36-40% dei pazienti con insufficienza cardiaca, il 13-18% dei pazienti con asma e BPCO, e il 50% dei pazienti in trattamento con antidepressivi sospende il trattamento entro 3 mesi ed oltre il 70% entro 6 mesi. Altro dato: solo il 13,4% dei pazienti è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie nel 2016, evidenziando un trend sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (13,6%).**

In un sondaggio dell'American Heart Association, **l'8% dei partecipanti si è detto disposto a rinunciare a due anni di vita pur di evitare medicine da assumere giornalmente, il 13% dei soggetti ha dichiarato che pur di evitarle accetterebbe anche un minimo rischio di mortalità, il 21% pagherebbe più che volentieri 1.000 dollari o anche di più se questo consentisse di evitare la pillola quotidiana.**

È allarme: sono ancora troppo bassi i livelli di aderenza alle terapie e i rischi sono altissimi: morti per complicanze della malattia e costi altissimi per il SSN. Quello della non aderenza terapeutica è un tema che continua a persistere con conseguenze importanti sulla salute dei pazienti con malattie croniche soprattutto (colpiscono il 40% della popolazione italiana, pari a circa 24 milioni di persone e più della metà di loro, 12,6 milioni, ha due o più patologie croniche) e per il Sistema sanitario Nazionale. Basti pensare che in Europa si stimano 194.500 decessi e 125 miliardi di euro l'anno per i costi dei ricoveri dovuti a questo problema. In USA si stima che su 25 miliardi di dollari spesi all'anno per gli inalatori, 5-7 miliardi siano sprecati a causa del loro uso scorretto.

L'innovazione in aderenza, raggiungendo una percentuale pari all'80%, farebbe risparmiare a livello pro capite una media annua di € 462 pro-capite per l'ipertensione, di € 659 per la dislipidemia e di € 572 per insufficienza cardiaca.

Le **cause** della mancata o della scarsa aderenza ai trattamenti sono di varia natura e comprendono tra gli esempi più comuni la **complessità del trattamento**, l'**inconsapevolezza della malattia**, il **follow-up inadeguato**, **timore di potenziali reazioni avverse**, il **decadimento cognitivo** e la **depressione**, la **scarsa informazione in merito alla rilevanza delle terapie**, il **tempo mancante all'operatore sanitario** spesso oberato da pratiche burocratiche che sottraggono spazio fondamentale al confronto con il paziente. Tutti aspetti che si complicano in base all'età del paziente e alla concomitanza di poli-patologie.

L'**impatto della aderenza** è particolarmente evidente, come detto, nelle terapie croniche: dopo un infarto cardiaco, rispettare le indicazioni di assunzione riduce del 75% la probabilità di recidive, mentre **nell'ipertensione non aderire gli antipertensivi aumenta di circa il 30% il rischio di infarto o ictus; e di 7-8 anni è la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in controllo glicemico**. Uno studio condotto su 7.337 pazienti Covid-19 ricoverati di cui 952 aveva un diabete di tipo 2 preesistente ha dimostrato che nei malati di diabete la probabilità di essere sottoposti a ossigenoterapia con ventilazione non invasiva è del 10,2% vs 3,9% o invasiva del 3,6% vs 0,7%. Un migliore controllo glicemico sembra essere associato a significative e molto evidenti riduzioni degli esiti gravi e della morte. Questo spiega che la terapia clinica rallenta il progresso delle malattie croniche e salva vite, mentre la scarsa aderenza è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche.

Durante la recente pandemia si è compreso come sia importante l'implementazione di strumenti utili a sostenere e semplificare l'aderenza, come l'utilizzo di **polipillole**, **interventi educativi** rivolti ai pazienti e al personale sanitario, il **coinvolgimento delle farmacie e del personale sanitario e sistemi di monitoraggio dell'aderenza** (devices e telemedicina). Per fare il punto in **Toscana e Emilia-Romagna**, **Motore Sanità** ha organizzato il Webinar **'IL VALORE DELL'ADERENZA PER I SISTEMI SANITARI REGIONALI, DAL BISOGNO ALL'AZIONE'**. Secondo di 5 appuntamenti, il road show, realizzato grazie al contributo incondizionato del Gruppo Servier in Italia, Sanofi, Iqvia e Intercept, coinvolgerà sul tema dell'aderenza alle cure i principali interlocutori a livello locale: clinici, istituzioni, cittadini e pazienti.

*"Il tema dell'aderenza diventa un problema quando il paziente diventa fragile – ha rimarcato **Anna Baldini**, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Emilia Romagna -. **Abbiamo a cuore la risoluzione di questo problema perché attraverso l'aderenza terapeutica passa un sistema sanitario efficace**".*

Le proposte di Cittadinanzattiva per migliorare la situazione sono otto: è necessario attuare il Piano Nazionale della Cronicità su tutto il territorio nazionale; rendere il cittadino protagonista del proprio percorso di cura poiché il suo coinvolgimento migliora la cura e porta risultati più soddisfacenti, allontanando il rischio della non aderenza; misurare l'aderenza terapeutica; semplificare e ridurre la burocrazie inutili; dare fiducia e stabilità nel rapporto équipe di cura e cittadino; garantire l'aderenza per garantire più sicurezza; fare formazione a personale sanitario, caregiver familiare e professionale; valorizzare tutte le professionalità.

*"Per rimarcare ulteriormente questi punti, **il 28 aprile apriremo un tavolo nazionale per lanciare una call e coinvolgere tutte le regioni** e con esse il personale sanitario, le associazioni di pazienti e le istituzioni per poter arrivare ad una aderenza terapeutica che auspichiamo potrà essere gestita da tutti gli attori coinvolti nel sistema salute".*

Migliorare la continuità ed aderenza terapeutica in **Medicina generale** è un passo importante.

*“È necessario focalizzare l’attenzione nel periodo immediatamente successivo all’inizio di una nuova terapia o alla sua modifica, i primi 30-90 giorni sono cruciali – ha spiegato **Elisabetta Altì**, MMG Vice Segretario FIMMG Provinciale Firenze -. Perciò è importante spiegare bene perché si prende quel farmaco, il dosaggio quanto e quando (scrivere!), quando ci si aspetta che inizi l’effetto e come si misura, le reazioni avverse più comuni e cosa fare se compaiono, domandare sempre se tutto è chiaro e se ci sono domande, rivalutare insieme lo schema terapeutico periodicamente. Voglio ricordare che nel diabete mellito l’adesione al trattamento orale antidiabetico (metformina e altri ipoglicemizzanti orali) è compresa tra il 36% e il 93%; che l’aderenza alla terapia insulinica oscilla tra il 20 e l’80%; che l’adesione alle raccomandazioni dietetiche è circa 65%; l’autocontrollo della glicemia è attuato nel 50% dei pazienti e l’attività fisica è praticata da meno del 30% dei pazienti”.*

*“La non aderenza e la non persistenza comportano un danno importante della salute dei cittadini e all’erario dello Stato, anche con l’emergenza sanitaria in corso devono continuare gli impegni su questi fronti – ha spiegato **Mauro Ruggeri**, Medico di Medicina Generale Responsabile Sede Nazionale SIMG -. Ci vuole l’impegno del cittadino e bisogna mettere nelle condizioni gli stessi pazienti di essere aderenti e persistenti alla terapia. La Medicina Generale si è impegnata da tempo nel monitoraggio e nella valutazione con strumenti informativi, come la cartella clinica informatizzata, per avere un cruscotto aggiornato dei pazienti e delle terapie in uso. È vero che ci sono una serie di indicatori di esito che ci permettono di valutare le terapie e l’aderenza, ma i dati dicono che c’è ancora molto da fare. **Bisogna avere degli strumenti che possano facilitare il lavoro del medico**, vale a dire infrastrutture informatiche che ci possano guidare nella prescrizione, chiarire quanto il paziente sia aderente e c’è bisogno di confrontare i dati”.*

Secondo **Giancarlo Casolo**, Direttore SC Cardiologia Nuovo Ospedale Versilia, Lido di Camaiore (LU). Presidente Regionale ANMCO *“si può migliorare l’aderenza terapeutica con **educazione al paziente e più tempo da dedicargli**, puntando sulla qualità dei farmaci (minori effetti collaterali) e sul numero dei farmaci (polipill), nonché prediligere blister e contenitori disegnati ad hoc e inviando promemoria attraverso sms e l’impiego di APPs dedicate, e infine incrociando i dati personali con flussi di spesa e impiegando nuove tecnologie a supporto. È importante garantire l’aderenza terapeutica perché riduce la mortalità e migliora la qualità della vita dei pazienti, riduce i ricoveri ospedalieri e le recidive, comporta risparmi per il SSN e risponde a criteri di appropriatezza clinica e allocazione risorse”.*

*“In uno scenario in cui l’incidenza di nuove cronicità per età rimane costante e auspicabilmente aumenta l’aspettativa di vita alla diagnosi, la prevalenza di malati cronici nella popolazione è destinata ad aumentare – ha spiegato **Francesco Profili**, Responsabile P.O. Epidemiologia per la Sanità Pubblica e i Se Socio Sanitari, ARS Regione Toscana -. Al momento non sono noti gli effetti del Covid-19 della riduzione dell’assistenza territoriale sull’insorgenza di nuove cronicità e il peggioramento di quelle già in essere ma prudentemente dobbiamo attenderci effetti negativi in termini di sostenibilità e di salute individuale pubblica. C’è bisogno di assicurare l’aderenza e PDTA e la prevenzione primaria va considerata una componente essenziale del percorso di presa in carico di una patologia. **Dobbiamo incidere sulla prevenzione e lavorare sui fattori di rischio** se non vogliamo che questa popolazione aumenti in maniera vertiginosa e i servizi vadano in difficoltà rischiando così di non operare adeguatamente sull’aderenza e di generare ingenti costi per il sistema sanitario”.*

*“La mancata aderenza alla terapia rappresenta sia un problema economico rilevante per lo spreco delle risorse sia un problema sanitario per l’effetto prognostico negativo dovuto alla sospensione intempestiva di farmaci fondamentali – ha spiegato **Gabriele Guardigli**, Direttore UO Cardiologia AOU S. Anna di Ferrara - Presidente ANMCO Emilia-Romagna -. Sono necessari interventi multidirezionali che vanno dalla sensibilizzazione del sistema sanitario, per esempio **counseling e semplificazione burocratica**, alla preparazione del personale sanitario in termini di **comunicazione al coinvolgimento diretto dei pazienti con campagne informative mirate**”.*

*“Nell’ultima decade nella popolazione italiana il livello di aderenza terapeutica è stato stimato principalmente mediante l’uso di dati amministrativi. L’eterogeneità rispetto alle stime di aderenza terapeutica rafforza la necessità di **un approccio condiviso e specifico per setting di cura e trattamento al fine di fornire dati solidi e confrontabili**” ha spiegato **Graziano Onder**, Direttore Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità.*

*“Incentivare le politiche tesi ad aumentare l’aderenza dei pazienti dovrebbe essere una delle priorità della sanità pubblica sia per gli effetti ottenibili sulla salute sia per il potenziale risparmio economico per il sistema sanitario nazionale – ha spiegato **Barbara Polistena**, Professore Università degli studi di Roma Tor Vergata, Collaboratrice di CREA Sanità (Centro per la ricerca Economica Applicata in Sanità) -. L’inserimento della promozione della aderenza fra i Lea è necessaria per incentivarne il perseguimento e altresì **importante è la costruzione di un indicatore del livello di aderenza nelle popolazioni regionali che sia un semplice e standardizzato**”.*

Anche in **Oncologia** l’attenzione è alta perché sono cambiate le esigenze dei pazienti.

*“I cambiamenti in Oncologia riguardano le caratteristiche dei pazienti oncologici (invecchiamento, multimorbilità, composizione delle famiglie e il reddito), l’impatto dell’innovazione e delle nuove terapie, il miglioramento della sopravvivenza, la cronicizzazione della malattia e la durata delle cure attive, i survivors e i guariti, che comportano strategie di controllo, continuità assistenziale e integrazione multiprofessionale – ha spiegato **Carmine Pinto**, Direttore Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate, IRCCS Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, Reggio Emilia -. L’esigenza di controllo non riguarda solo la possibilità di recidiva ma occorre considerare le nuove tossicità, le tossicità tardive dei trattamenti, il rischio di seconde neoplasie, le comorbilità e gli stili di vita, la riabilitazione e l’impatto psico-sociale. L’aderenza terapeutica passa anche **attraverso modelli organizzativi e l’ottimizzazione delle risorse**, quindi dalle aree vaste alle reti oncologiche regionali, continuità ospedale-territorio, definizione di territorio, garanzia di accesso, qualità, compliance e appropriatezza e diversità amministrative, coordinamento e direzione unitaria, razionalizzazione delle risorse e digitalizzazione”.*

Il tema dell'aderenza sta dentro il tema del ridisegno dell'organizzazione oncologica, secondo **Gianni Amunni**, Direttore Generale Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) Regione Toscana.

*“In oncologia abbiamo sempre più cure in grado di migliorare la prognosi, abbiamo cure più semplici che hanno profondamente modificato l'organizzazione, abbiamo cure per cronici e cure per anziani e per soggetti che non hanno caregiver e che utilizzano anche altri farmaci e poi abbiamo cure ad alto costo. Il tema dell'aderenza in oncologia è un tema nuovo perché il controllo dell'aderenza, per anni, era ospedaliero, oggi l'obiettivo è presidiare anche il territorio con un governo unico del percorso e con nuovi strumenti di controllo. Dobbiamo quindi sempre più pensare ad una cartella clinica trasversale “alimentata” da tutti, medici di medicina generale, caregiver, specialista territoriale e specialista ospedaliero; dobbiamo rafforzare l'infrastruttura telematica perché diventi efficace ed efficiente e di uso quotidiano, e dobbiamo pensare al caregiver, quale figura centrale, sostenuta dal mondo associazionistico, che deve stare a pieno titolo nel dipartimento oncologico e che quando necessario non può essere facoltativo. Il Covid ci porterà ad un aumento della domanda oncologica sia qualitativa che quantitativa soprattutto. **Il tema della oncologia territoriale è centrale** in questa nuova organizzazione in cui rientra il tema stesso dell'aderenza terapeutica”.*

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Francesca Romanin - Cell. 328 8257693

Marco Biondi - Cell. 327 8920962

www.motoresanita.it

