

Aderenza alla terapia e inerzia terapeutica: i dati lombardi real life

La Regione Lombardia raccoglie da 20 anni dati sulle prescrizioni dei medici (quali, quante, costo, frequenza di rinnovo), costruendo un database che fornisce informazioni per valutare l'aderenza dei pazienti a una terapia farmacologica e il fenomeno dell'inerzia terapeutica

Giuseppe Mancia - Professore Emerito - Medicina Interna, Università di Milano Bicocca

I trial clinici se da un lato rappresentano la forma più elevata di raccolta di evidenze cliniche, hanno anche dei grossi limiti: esclusione dall'arruolamento dei pazienti più vulnerabili, durata limitata per ragioni logistiche e di costo, consapevolezza da parte di pazienti e medici di essere sotto costante osservazione, fanno sì che i dati ottenuti non sempre sono applicabili alla vita reale. Emerge così la necessità di integrare le informazioni dei trial con dati provenienti dalla vita reale.

La Regione Lombardia ha iniziato circa 20 anni fa a raccogliere dati sulle prescrizioni dei medici (quali, quante, con quale costo, con quale frequenza di rinnovo), costruendo un database in grado di fornire informazioni per valutare l'aderenza dei pazienti a una terapia farmacologica e il fenomeno dell'inerzia terapeutica. Per farmaci forniti gratuitamente o quasi gratuitamente dal servizio sanitario come gli antipertensivi e gli ipolipemizzanti è possibile avere un'idea del livello di aderenza valutando il tempo coperto dalla prescrizione rispetto all'intero tempo di osservazione: se osservando l'andamento delle prescrizioni per 5 anni si verifica che il tempo coperto è limitato a 2.5 anni il paziente ha un'aderenza del 50%. E l'assenza di rinnovo prolungato della prescrizione di 3-6 mesi significa che il paziente ha smesso di trattarsi. Su 800mila pazienti lombardi nuovi ipertesi senza una pre-

scrizione nei 5 anni precedenti è risultato che i pazienti che per periodi prolungati non erano coperti da prescrizione erano più del 62% che solo il 24% aveva un tempo di copertura prescrittiva superiore al 75% dell'intero tempo di osservazione. Il medesimo fenomeno si è osservato in relazione alla terapia con statine. Il database è stato messo in correlazione con i ricoveri ospedalieri totali rivelando un'associazione tra aderenza e riduzione di ricoveri per infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco. Un altro fenomeno che i dati real life permettono di studiare è quello relativo ai fattori della vita reale che si associano a una maggiore o minore aderenza terapeutica. Alcuni di questi sono facilmente spiegabili: dopo un ricovero per malattia renale o cardiovascolare vi è una maggiore probabilità che l'aderenza alla terapia antipertensiva sia buona, probabilmente perché i pazienti sono consci dell'utilità del trattamento. Invece i pazienti che sono stati ricoverati per malattie reumatiche, respiratorie, oncologiche, hanno livelli di aderenza alla terapia antipertensiva decisamente minori, verosimilmente perché le priorità sanitarie sono altre. Sono stati anche osservati fenomeni totalmente sconosciuti in passato. Per esempio è emersa una relazione tra aderenza e densità di popolazione dell'area di residenza, dove le aree metropolitane sono quelle a minore ade-

renza rispetto alle aree rurali, verosimilmente perché entrano in gioco anche fattori "umani": nelle zone a minore densità abitativa è più probabile che si instauri un rapporto più stretto tra medico e paziente, facilitato anche da incontri occasionali fuori dello studio.

I fenomeni descritti sono stati osservati anche nei soggetti anziani e superanziani: studiando una coorte numerosa di soggetti con età media di 90 anni è emersa la medesima correlazione tra buona aderenza e riduzione del rischio cardiovascolare, allargando la portata delle evidenze che l'aderenza alla terapia conferma il beneficio preventivo anche in popolazioni particolari.

In conclusione va aggiunto però che anche questo tipo di studi ha delle limitazioni e presenta dei fattori confondenti: in primis il fatto che rinnovare una prescrizione non è garanzia di assunzione del farmaco da parte del paziente. E questo vuol dire che i dati reali sono ancora più drammatici di quanto non sia stato descritto. E sottolinea una volta di più quanto è grande il lavoro che ancora deve essere fatto in campo preventivo.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giuseppe Mancia