

OBIETTIVO ADERENZA

**ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE
E GESTIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE
NEL SETTING DELLE AFT**

Educazione Continua in Medicina

Sabato 4 Ottobre 2025



Sala Ex presidio ospedaliero Monte Laureto
Ex Strada Statale per Putignano 8, Noci (BA)

Responsabile Scientifico:
Dr. Trifone Lombardo

RAZIONALE SCIENTIFICO

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia (30,8% di tutti i decessi nel 2021) con 217 mila decessi; nonostante sia possibile evitare l'80% dei decessi dovuti a queste patologie il **41% degli italiani tra 18 e 69 anni ha almeno tre fattori di rischio**.

Il corretto uso delle terapie farmacologiche e l'aderenza alle terapie hanno un ruolo cruciale nella prevenzione delle malattie cardiovascolari di natura aterosclerotica (atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD), quali la cardiopatia ischemica (CI), l'ictus ischemico e l'arteriopatia periferica.

Le cause di queste malattie sono multifattoriali, alcune modificabili con gli interventi sullo stile di vita, come l'inattività fisica, il fumo e le cattive abitudini alimentari, altre, invece, richiedono un trattamento farmacologico specifico, come le dislipidemie, l'elevata pressione arteriosa (PA) e il diabete mellito (DM) e, per la corretta cura l'aderenza terapeutica rappresenta un presupposto essenziale. Infatti, i dati della letteratura ci danno riscontro dell'impatto dell'aderenza: una diminuzione di soli 10 mmHg della pressione sistolica può ridurre del 20% l'incidenza di eventi cardiovascolari e un calo di 1 millimole di colesterolemia LDL (pari a circa 39 mg/dl) si associa a una riduzione rispettivamente del 22% degli eventi cardiovascolari maggiori e del 23% degli eventi coronarici maggiori. Pertanto, i due interventi congiunti, sulla pressione e sul colesterolo, sono di particolare efficacia.

In generale, nella pratica clinica, la prevenzione e la cura delle ASCVD deve sempre procedere sulla base delle caratteristiche individuali del singolo paziente così come la formulazione di percorsi terapeutici personalizzati, fondati sulla stima del rischio individuale di ASCVD, rispecchia meglio le differenze tra pazienti, che si osservano nella pratica clinica.

Gli interventi terapeutici volti a controllare i principali fattori di rischio e patogenetici della MCV rivestono fondamentale importanza, sia per la prevenzione degli eventi acuti che per il controllo delle condizioni croniche, sono oggi un caposaldo nelle strategie di prevenzione primaria e secondaria delle MCV, soprattutto in relazione al ruolo di "disease-modifiers" e "life-savers" di questi interventi terapeutici.

La terapia farmacologica per le MCV è sostenuta da chiare e robuste evidenze derivate da molteplici vasti trial condotti negli ultimi 30 anni. Una rigorosa aderenza alla terapia cronica costituisce un principio fondamentale di tutte le strategie terapeutiche, l'affermazione della centralità dell'aderenza terapeutica fu fatta dal U.S. General Surgeon: "La peggiore terapia è quella che, sebbene efficace, non viene assunta dai pazienti".

Il semplice aumento dell'aderenza dei pazienti alla terapia prescritta, che di per sé può comportare un inevitabile aumento dei costi legati alla terapia farmacologica, conferisce un enorme miglioramento dello stato di salute, riducendo in realtà fortemente i costi sanitari complessivi.

Nella relazione del 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affermò infatti che "aumentare l'efficacia di aderenza alla terapia potrebbe avere un impatto molto maggiore sulla salute della popolazione rispetto a qualsiasi miglioramento medico specifico". La scarsa aderenza alla terapia, al contrario, potrebbe essere responsabile di circa 200.000 morti all'anno in Europa e si stima che possa comportare costi attorno ai 125 miliardi di euro/anno in Europa e 300 miliardi di dollari/anno negli Stati Uniti. La soglia ottimale di aderenza può variare tra i diversi farmaci cardiovascolari in relazione alle proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche, ma soprattutto agli obiettivi terapeutici e quindi in relazione a certe indicazioni. Il tasso di adeguata aderenza si riduce ancor di più nell'ambito della prevenzione primaria o in condizioni croniche che determinano trattamenti molto protratti o perenni come l'ipertensione arteriosa o le dislipidemie (soprattutto l'ipercolesterolemia). Purtroppo i dati dimostrano che a distanza di un anno dalla prescrizione, soltanto il 50-60% dei pazienti risulta aderente: alcuni si riducono la dose o la posologia, arrogandosi la facoltà di attribuire arbitrariamente la priorità ai farmaci da assumere.

La classificazione delle problematiche attinenti alla aderenza è basata su tre fattori:

- Aderenza ai farmaci (adherence to medications): legata alla modalità di assunzione dei farmaci;
- Gestione dell'aderenza (Management of adherence), include il processo di monitoraggio e di supporto ai pazienti, messo in piedi dai sistemi di assistenza sanitaria e dalle reti sociali, per il raggiungimento ottimale dell'aderenza ai farmaci;
- Discipline connesse all'aderenza (Adherence-related sciences), ovvero quelle che cercano di comprendere le cause e/o le conseguenze delle difformità tra quanto prescritto e quanto realmente assunto dai pazienti.

Per promuovere l'aderenza è fondamentale:

- L'informazione adeguata al paziente circa la patologia da cui è affetto e la necessità di assumere farmaci e l'esigenza di consultare il medico prima di qualsiasi decisione a modificare/interrompere la terapia e degli eventuali effetti collaterali dei farmaci.
- Lo schema terapeutico deve essere concordato tra medico e paziente nel rispetto della vita sociale e lavorativa del paziente e, coinvolgendo altre figure dal microTeam del MAP alla famiglia;
- Lo stato psicologico del paziente deve essere preso in considerazione nella scelta della terapia, lo schema terapeutico deve essere semplificato quanto più possibile e devono essere limitate il numero di modificazioni del piano terapeutico;
- È utile l'uso di reminder da parte del MAP e/o dal suo microTeam, del farmacista o del paziente stesso.

OBIETTIVO COMPLESSIVO

Con l'avvento dell'Aggregazioni Funzionali del Territorio AFT viene a configurarsi un modello di continuità dell'assistenza, dove viene mantenuto il rapporto fiduciario tra il MAP e il proprio assistito.

La nuova organizzazione consentirà una prevenzione più mirata e una presa in cura globale del paziente affetto da patologia cronica, attraverso l'attivazione di una medicina di iniziativa con ambulatori dedicati, la condivisione della cartella clinica informatizzata e la collaborazione tra le varie figure coinvolte nell'assistenza primaria con un approccio multidisciplinare.

In considerazione che la mancata aderenza si traduce inevitabilmente in un aumento dei costi, mentre un suo aumento del 20% si traduce in una riduzione del 9% dei rischi di ictus e di eventi cardiovascolari si sensibilizzerà, come suggeriscono le recenti linee guida dell'European Society of Hypertension, l'uso di terapie in combinazione.

Per rafforzare tale concetto viene citato lo studio randomizzato UMPIRE (Use of Multidrug Pill to Reduce Cardiovascular Events), disegnato per valutare nel lungo termine l'efficacia di una strategia "fixed-dose combination" nel migliorare l'aderenza dei pazienti ai farmaci nella prevenzione cardiovascolare, l'aderenza nel gruppo "polipillola" era dell'85%, rispetto al 60% rilevato nel gruppo che seguiva uno standard di cura con una differenza altamente significativa.

OBIETTIVI SPECIFICI

Migliorare l'identificazione dei soggetti ad alto rischio e la gestione dei soggetti ad alto rischio di MCV.

Focalizzare l'attenzione sull'aderenza terapeutica dei pazienti con rischio o malattia CV ottimizzando la prevenzione non farmacologica e la terapia farmacologica attraverso un Confronto/Dibattito con esperti:

- Aggiornamento sull'uso dei farmaci anti-ipertensivi nei pazienti cardiopatici
- Cosa devo conoscere per l'appropriata indicazione?
- Cosa devo sapere prima di prescrivere una terapia anti-ipertensiva?
- Il corretto utilizzo della "Polipillola"
- Le Linee Guida.

FACULTY

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr. Trifone Lombardo. *Spec. Medicina Nucleare, Management della Sanità - MMG Rutigliano (BA).*

MODERATORE

Dr. Nicola Calabrese. *MMG, Vicesegretario Nazionale e Segretario Generale Provinciale FIMMG Bari, MMG Bari (BA).*

RELATORI

Dr. Tommaso Donvito. *Spec. Oncologia, MMG - Gioia del Colle (BA).*

Dr.ssa Maria Fonte Petruzzelli. *Spec. Radioterapia, MMG - Polignano (BA).*

Dr.ssa Caterina Trisciuzzi. *Cardiologo Specialista presso Ambulatorio di cardiologia PTA di Fasano (BR).*

Patrocinato da



Inquadrare il QR code
per effettuare
la pre-iscrizione al corso



<https://forms.gle/DesoZmkLzT61mnMW7>

Provider FORMED ID 1862

PROVIDER NAZIONALE
ECM ACCREDITATO

Responsabile Scientifico
Dr.ssa Maria Zamparella

Segreteria organizzativa
Via Santi Cirillo e Metodio,
5/B - 70124 Bari

Tel. 080/5043779
Cell. 3925151667

formedbari@gmail.com
formed@pec.it



PROGRAMMA

Ore 8.30 *Registrazione partecipanti*

Ore 9.00 Presentazione e obiettivi del corso: le ragioni del Corso.
T. Lombardo

SESSIONE 1 - Moderatore: **N. Calabrese**

Ore 9.30 Rischio cardiovascolare: valutazione e gestione nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale
T.V. Donvito

Ore 10.00 Ipertensione e dislipidemie: percorsi terapeutici e il ruolo delle associazioni fisse, alla luce delle più recenti Linee Guida.
C. Trisciuzzi

Ore 10.30 L'importanza di un'adeguata aderenza terapeutica e le difficoltà per raggiungerla: il punto di vista del MAP
M.F. Petruzzelli

Ore 11.00 *Coffee break*

SESSIONE 2

Ore 11.15 Aderenza terapeutica e associazioni precostituite: dalla teoria alla pratica. Presentazione Casi clinici.
T.V. Donvito, M.F. Petruzzelli, C. Trisciuzzi

Ore 12.15 Le Query: Dibattito/Confronto l'Esperto risponde:
MAP e Cardiologo a confronto sugli strumenti a disposizione per la prevenzione cardiovascolare e per l'ottimizzazione dell'aderenza.

- Come scegliere la giusta associazione terapeutica in base al rischio cardiovascolare del paziente?
- Quali strategie per garantire un'adeguata continuità assistenziale per il paziente ad alto rischio?
- L'importanza del monitoraggio della patologia cardiovascolare

T.V. Donvito, M.F. Petruzzelli, C. Trisciuzzi

Ore 13.15 *Compilazione Questionario ECM*

Ore 13.45 *Conclusioni Lavori*