

17 MARZO 2021

FOCUS NORD OVEST

WEBINAR
**ADERENZA
E APPROPRIATEZZA
TERAPEUTICA**

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

È stato oramai ampiamente dimostrato che lo scarso successo nel raggiungimento dei target terapeutici nelle principali patologie (ipertensione, scompenso, dislipidemie, diabete) in buona parte è proprio dovuto ad una insufficiente aderenza terapeutica: dimenticanza di assumere farmaco, non ritenere così importante la patologia di cui una persona soffre e il continuo cambiamento di strategie terapeutiche ne sono la principale causa.

Indubbiamente l'avvento di terapie di associazione prefissate dove in un'unica pastiglia possono essere contenuti più composti della medesima area terapeutica o di diverse, ha in alcuni campi migliorato l'aderenza stessa. Ad esempio, per l'ipertensione arteriosa si è passati negli ultimi 10 anni da un'aderenza del 40% circa a più del 60%.

LA BASSA ADERENZA TERAPEUTICA: impatto assistenziale ed economico e cause e il quadro in Lombardia e Piemonte

Per aderenza terapeutica si intende la misura in cui il comportamento di un soggetto corrisponde alle raccomandazioni suggerite del proprio medico, questo è valido sia per le raccomandazioni terapeutiche farmacologiche sia per quelle inerenti alle modifiche dello stile di vita.

- Secondo l'OMS l'aderenza alle prescrizioni mediche è piuttosto bassa, raggiunge al massimo al 50% in particolare per i pazienti affetti da malattie croniche di cui il diabete ne è il paradigma. Le evidenze della letteratura sono ormai solide nel riconoscere alla ridotta aderenza un forte impatto negativo sui outcomes terapeutici sui costi assistenziali.
- La bassa aderenza si associa a un peggioramento del compenso metabolico, ad un aumentato rischio di complicanze, ad un aumento delle ospedalizzazioni, ad un aumento della mortalità, ad una riduzione della qualità di vita, ad un aumento dei costi sanitari e sociali stimato in Italia in circa di 19 miliardi di euro l'anno e di circa 100 miliardi di euro l'anno negli Stati Uniti.
- Le **cause** di una scarsa aderenza da parte del paziente sono: la mancaza di fiducia o di conoscenza dei benefici immediati o futuri del farmaco; il timore di effetti collaterali negativi; l'incapacità di capire il senso della terapia; switch; la *medical literacy*; il livello socio-culturale; l'atteggiamento e le convinzioni relative alla propria salute; la semplice dimenticanza dell'assunzione delle dosi; la scarsa fiducia in se stessi; la presenza di disturbi psichici quali ansia e depressione; motivazioni inconscie; fattori sociali che condizionano l'assunzione della terapia
- Le **cause esterne** sono: complessità del regime terapeutico e polifarmacologia, frequenze elevate di somministrazione e vie di somministrazione del farmaco, effetti indesiderati, interferenza con lo stile di vita, costi e fattori economici, organizzazione dell'azienda sanitaria, scarsa o nulla comunicazione da parte del MMG o dello specialista, assenza o insufficienza del caregiver.

In **Liguria** è stato molto difficile riuscire a rendere compatibili le attività rivolte al Covid con la normale attività programmata delle altre patologie. Se nella prima fase dell'esplosione della pandemia (marzo 2020) sembrava che le altre patologie fossero quasi annullate, da aprile in avanti, e anche in questo nuovo picco pandemico, le cose continuano a coesistere. La cosa più difficile è riuscire a rendere possibile il normale espletamento riuscendo a dislocare risorse umane per fare sì che il sistema di cura vada avanti, nonostante l'emergenza sanitaria in corso. Fa bene sperare poter dare avvio a momenti di confronto tra regioni, perché c'è bisogno di riuscire a ricavare tempo e risorse per parlare di innovazioni, di nuove tecnologie e metodiche e per non perdere di vista il progresso che in sanità è importante. La Regione Liguria auspica una ripresa il più possibile precoce di una normalizzazione dello sviluppo in tema sanitario.

In **Lombardia** è attivo un **modello organizzativo basato su cooperative di MMG**:

- ✓ il 42% dei medici hanno aderito, sono operativi il 24% di loro
- ✓ il modello prevede un patto di cura stipulato con il paziente e una presa in carico con la stesura di un piano assistenziale individuale, inoltre il medico e il paziente vengono supportati da un centro servizi
- ✓ i risultati dell'aderenza terapeutica dei pazienti diabetici: dal 48% al 44%; risultati promettenti anche per i pazienti asmatici;
- ✓ aumentata di +4% della spesa farmaceutica;
- ✓ riduzione dal 42% al 28% di ricoveri e di accesso in PS
- ✓ non c'è aderenza terapeutica se non c'è una riconciliazione dei percorsi terapeutici che in questo modello è *un aspetto del quale si tiene conto*
- ✓ è stata implementata la televisita e l'uso dei devices che hanno permesso di monitorare sul territorio i pazienti cronici;
- ✓ attività di presa in carico domiciliare di pazienti Covid: sono stati trattati più di 2mila pazienti sul territorio

Il **Piemonte** si sta distinguendo per le cure domiciliari:

- ✓ è stato **aggiornato** il protocollo per la **presa in carico a domicilio dei pazienti Covid** effettuata dalle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.
- ✓ è prevista inoltre la possibilità di attivare 'ambulatori Usca' per gli accertamenti diagnostici altrimenti non eseguibili o difficilmente eseguibili al domicilio, ottimizzando le risorse professionali e materiali disponibili.
- ✓ altra novità è la possibilità di istituire degli "**ambulatori Usca**" **ospedalieri/distrettuali**, in modo da consentire il controllo dei pazienti a cadenza regolare ed offrire un pacchetto di prestazioni per una diagnosi e una stadiazione più appropriata della malattia.
- ✓ alle Usca è previsto anche l'affiancamento di un servizio psicologico, svolto in modalità remoto utilizzando le postazioni di telemedicina attivate in sede distrettuale e costituito da colloqui in videochiamata con il paziente e il nucleo familiare.

CONCLUSIONI

Favorire la fusione di buone pratiche organizzative finalizzate a favorire l'aderenza terapeutica è l'obiettivo che si sono prefissati i partecipanti al tavolo di lavoro, professionisti che si dedicano alla cura delle patologie più diffuse quali medici specialisti, farmacisti, medici di medicina generale.

Pertanto il panel di esperti concorda su queste premesse:

- a. l'aderenza terapeutica è un'importante modificatore dell'efficacia dei sistemi sanitari: aumentare l'aderenza terapeutica può avere un impatto sulla salute della popolazione molto maggiore di ogni miglioramento di specifici trattamenti terapeutici, pertanto è importante utilizzare gli strumenti tecnologici per migliorare l'aderenza
- b. il tema della continuità delle cure, in particolare per quanto riguarda le malattie long-term, non può prescindere da una corretta aderenza ed appropriatezza terapeutica, non solo relativa ai farmaci ma anche alla diagnostica
- a. spesso i professionisti, a qualsiasi livello del contesto sanitario, ospedaliero o territoriale, danno per scontato che il paziente assuma correttamente le terapie a lui prescritte, ma sovente si osserva, tramite verifiche o, ancora peggio, per recidive della patologia (forse anche indotte da un'informazione sempre meno orientata al singolo cittadino ma tendente ad un processo di globalizzazione), che alcuni pazienti si scompensano e ricorrono frequentemente alle cure dei sanitari
- b. In una città come Milano ci sono 80mila anziani fragili, soli, chiusi in casa e difficili da raggiungere; Milano ha più della metà dei posti di Rsa di tutta Italia e reparti di medicina interna occupati di pazienti anziani. Gli anziani saranno sempre di più nei prossimi anni e non si può non prevedere un diverso modo di residenzialità per gli anziani. E la telemedicina ben si sposa nella logica di seguire i pazienti al proprio domicilio.
- c. l'avvento di terapie di associazione prefissate è una strada pratica da continuare a seguire senza prescindere da un sempre più maggiore coinvolgimento dei pazienti
- d. portare avanti il concetto della telemedicina sul tutto il territorio considerando che una regione come il Piemonte è composto di 1.200 piccoli comuni molto spesso difficili da raggiungere, la medicina a distanza è perciò un supporto strategico
- e. l'attenzione che si sta dando al Covid devia dalle effettive necessità del Paese in termini di assistenza sanitaria; l'aderenza terapeutica chiede strumenti e presa in carico, ha uno strano percorso a seconda della gravità della patologia cronica; investire in sanità conviene anche economicamente; abbiamo necessità di nuove tecnologie sanitarie anche perché è doveroso recuperare aspettativa di vita persa.

CALL TO ACTION del panel di esperti:

1. avviare con i pazienti delle **attività di informazione e counselling** relativamente alla patologia di cui sono portatori e condividere con loro anche un cambiamento degli stili di vita: un percorso virtuoso che coinvolga non solo MMG e specialisti ma anche infermieri di famiglia e farmacisti di comunità, potrebbe essere inserire i pazienti all'interno di percorsi specifici di sanità di iniziativa e follow-up che prevedono controlli periodici, counselling e incontri relativi a stili di vita, educazione terapeutica e, soprattutto, alla gestione delle terapie. Tali misure dovranno essere adeguate alle necessità cliniche e culturali dei pazienti affinché si perfezioni sempre di più il concetto di appropriatezza, non solo in termini economici. Mettere insieme gli attori del sistema salute con l'impiego di strumenti ACT
2. ripensare una modalità di assistenza dei pazienti anziani: pensare a **case albergo**, a **case alloggio** (es. housing sociale del Nord Europa) in cui prevedere anche assistenza sociale. Questo messaggio interessa sia l'aspetto dell'assistenza sanitaria e sociale sia l'edilizia sanitaria. Siamo di fronte ad una sfida che il Covid ci ha lasciato e ci lascerà nei prossimi 20 anni
3. avviare una **medicina organizzata** non solo dal punto di vista territoriale ma supportata anche da software dedicati all'assistenza territoriale (GPG)
4. **altre azioni possibili** e utili ad aumentare l'aderenza terapeutica: partnership con associazioni e farmacie territoriali, semplificazione delle terapie, dispensatori elettronici, Home Care Team, comunicazione attenta da parte dei medici e controllo dell'aderenza, formulazioni farmaceutiche easy da parte delle aziende comprese le vie di somministrazione, la telemedicina, EBM, lotta alle fake news
5. **investire in organizzazione, in strumenti telematici** (diagnostica di primo livello, telemedicina), **in creazioni di micro-team** (assistenti di studio e infermieri) per permettere alla Medicina Generale di operare al massimo dell'efficienza per creare una infrastruttura territoriale che risponda efficacemente ai bisogni del paziente e ottenere gli obiettivi preposti

Sono intervenuti:
(i nomi sono riportati in ordine alfabetico)

Lorenzo Angelone, Direttore Sanitario AOU Città della salute e della Scienza ,Torino

Andrea Cane, Vice Presidente della IV Commissione Salute, Consiglio Regionale del Piemonte

Brunetto Brunello, Presidente Commissione Salute Consiglio Regionale Liguria

Stefano Carugo, Direttore e Professore Cardiologia Policlinico, Milano

Davide Croce, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School Castellanza (VA)

Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico

Sebastiano Marra, Direttore Dipartimento di Cardiologia Maria Pia Hospital GVM, Torino

Emanuele Monti, Presidente III Commissione Salute, Consiglio Regionale della Lombardia

Giuseppe Noberasco, Presidente SIMG Liguria

Laura Poggi, Responsabile Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica Regione Piemonte

Franco Ripa, Dirigente “Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria” Direzione Sanità e Welfare, Regione Piemonte

Giovanna Scienza, Segretario Provinciale SIMG Varese

Roberto Venesia, Segretario Regionale FIMMG Piemonte

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Il webinar è stato organizzato da Motore Sanità e con il contributo non condizionato di Daiichi-Sankyo

Con il patrocinio di:



CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONATO DI:



Daiichi-Sankyo

FINE DOCUMENTO DI SINTESI

