

**IL VALORE DELL'ADERENZA PER I SISTEMI
SANITARI REGIONALI *VENETO - FVG***

GIOVEDÌ 18 MARZO 2021



Claudio Zanon
Direzione Scientifica Motore Sanità



Paolo Guzzonato
Direzione Scientifica Motore Sanità

ADERENZA TERAPEUTICA: COSA DICE L'OMS

- **L'OMS** definisce come **Aderenza terapeutica non più solo** *“il grado in cui il paziente segue le raccomandazioni del medico riguardanti le dosi, i tempi e la frequenza dell'assunzione di una terapia per l'intera durata di essa”*. Ma già nel 2001, l'organizzazione ha adottato una definizione più ampia (di Haynes e Rand) che definisce questa come la **“misura in cui il comportamento di una persona, nell'assumere farmaci, seguire una dieta e/o attuare cambiamenti nello stile di vita, corrisponde alle raccomandazioni di professionisti sanitari”**
- Riguarda tutte le **patologie croniche e acute** (es° patologie infettive, dal raffreddore, all'HIV) ed è **il suo non rispetto la principale causa di inefficacia delle terapie**, comportando uno spreco *«dovuto ad aumento degli interventi assistenziali, della morbilità e della mortalità, con un danno palese per pazienti e società» (OMS).*

ADERENZA TERAPEUTICA: COSA DICE AIFA RAPPORTO OSMED

- Il suo impatto è stato particolarmente evidente **nelle terapie croniche**:
 - Ad es° **dopo un infarto cardiaco**, rispettare le indicazioni di assunzione riduce del **75% la probabilità di recidive**
 - Mentre **nell'ipertensione** non aderire gli **antiipertensivi** aumenta di circa il **30% il rischio di infarto o ictus**.
- Purtroppo dalle analisi contenute nel **Rapporto OsMed** di AIFA, è evidenziato che assume il trattamento con continuità:
 - 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**
 - il **50%** dei pazienti **in trattamento con antidepressivi** sospende il trattamento entro 3 mesi ed oltre il **70%** entro 6 mesi.

Per il futuro sarà interessante misurare questo fenomeno in alcune aree dell'**oncologia/oncoematologia** o nel post-trapianto o in patologie complesse oramai cronicizzate, come **HIV**, le malattie epatiche (es° **Cirrosi**).

Il rapporto evidenzia **DISEGUAGLIANZA** per tutte le classi terapeutiche (differenze Nord- Sud e di genere)



4. L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

4.1	Indicatori di aderenza e persistenza
4.1.1	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci antidepressivi
4.1.2	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci glicemizzanti
4.1.3	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci per il trattamento dell'osteoporosi
4.1.4	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco (antiipertensivi)
4.1.5	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna
4.1.6	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci inibitori la formazione dell'acido urico
4.1.7	Aderenza e persistenza al trattamento con anticoagulanti
4.1.8	Aderenza e persistenza al trattamento con antidiabetici
4.1.9	Aderenza e persistenza al trattamento con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie

MALATTIE CRONICHE, VALORE DELL'ADERENZA, SOSTENIBILITÀ

- **Negli USA** la mancata aderenza causa ogni anno sprechi per circa **100 miliardi \$**,
- **In Europa** Il rapporto Pharmaceutical group europe del 2012, stima **194.500 decessi e 125 miliardi €** l'anno (costi dei ricoveri).
- **La stessa Aifa*** nel suo sito riportando le indicazioni dell'OMS aggiunge: «***Maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi. L'aderenza alle terapie è pertanto fondamentale per la sostenibilità del SSN***»

(AIFA insieme alle autorità di Scozia e Spagna, **guida il Gruppo d'Azione** sull'aderenza costituito nell'ambito della Partnership europea sull'invecchiamento attivo e in salute).

OUTCOME DELLA PREVENZIONE E OUTCOME DELL'ADERENZA

- **Ranieri Guerra** (OMS) ha fornito alcuni importanti dati di impatto **sulla cronicità**: *Il 63% di tutte le morti a livello globale è correlato alle malattie croniche (cardiovascolare, oncologica, respiratoria e al diabete).*
 - > **se la prevenzione** rimane un presidio fondamentale (1 \$ investito 7 risparmiati in patologie evitabili)
 - > **la terapia clinica** rallenta il progresso delle malattie croniche e salva vite
 - > **la scarsa aderenza** è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche.
- **I ricercatori del Cochrane*** hanno proposto un lavoro che riassume le evidenze di 75 revisioni sistematiche sugli effetti degli interventi attuati nella pratica clinica per migliorare efficacia e sicurezza d'uso dei farmaci di malattie acute e croniche in popolazioni e contesti differenti. **L'aderenza ai farmaci è l'outcome più comunemente riportato.**
-

*dal nome dell'epidemiologo britannico Archie Cochrane) è un network internazionale indipendente e no-profit nato nel 1993 con lo scopo di raccogliere e sintetizzare evidenze scientifiche accurate e aggiornate sugli effetti degli interventi sanitari.



ADERENZA: VALORE CLINICO ED ECONOMICO

159.033 pazienti ospedalizzati (2013–2016) over 65 anni in Liguria con diagnosi collegate al Sistema Circolatorio

TABLE 3 Adherence, mortality, and excessive use of other medical services for cardiovascular diseases

Dependent variables	Adherent	Nonadherent	
Mortality	9.37%	26.81%	***
Excessive use of hospitalization	10.00%	12.40%	***
Excessive use of emergency departments	7.19%	9.52%	***

^{*} $p < 0.05$.

^{**} $p < 0.01$.

^{***} $p < 0.001$.

- La scarsa aderenza comporta un **aumento di accessi al pronto soccorso e re-ospedalizzazioni**
- **Il passaggio da ospedale a domicilio** rappresenta un momento molto vulnerabile per l'aderenza.

VALORE DELL'ADERENZA E PANDEMIA: PROPOSTE

- **Durante la recente pandemia** si è compreso come sia importante l'implementazione di strumenti utili a sostenere/semplificare l'aderenza. **Interventi costo-efficaci:**
 - > utilizzo di polipillole
 - > interventi educativi rivolti ai pazienti e al personale sanitario,
 - > coinvolgimento delle farmacie e del personale sanitario
 - > sistemi di monitoraggio dell'aderenza (Devices e telemedicina).
- **Innovazione in aderenza= investimento e non spesa**Le stime dei risparmi pro capite sono*:
 - > **Ipertensione:** aderenza 80% risparmio mediano annuo di € **462 pro-capite** (IQR € 414-1.020);
 - > **Dislipidemia:** aderenza 80% risparmio mediano annuo di € **659 pro-capite** (IQR € 357-1.497);
 - > **Insufficienza cardiaca:** aderenza 80% risparmio mediano annuo di € **572 pro-capite** (IQR € 183-992)

Proposta aderenza nei LEA

*Link: <https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2020/11/Paper-aderenza-2020-def.pdf>

COME PASSARE DALLA TEORIA ALL'AZIONE?

Le proposte di cittadinanza attiva



8 Raccomandazioni

1. Attuazione del PNC su tutto il territorio nazionale
2. Cittadino protagonista del proprio percorso di cura
3. Misurare l'aderenza terapeutica
4. Semplificare e ridurre la burocrazie inutile
5. Fiducia e stabilità nel rapporto equipe cura e cittadino
6. Aderenza per garantire più sicurezza
7. Formazione a personale sanitario, caregiver familiare e professionale
8. Valorizzare tutte le professionalità (impegno congiunto)

PNC	
TERAPIE E ADERENZA TERAPEUTICA	
<p>OBIETTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche • Migliorare l'aderenza terapeutica • Garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi e monitorando nel tempo l'adeguatezza e la qualità 	<p>LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valutare le buone pratiche presenti al fine di individuare un modello nazionale di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, coinvolgendo e responsabilizzando le istituzioni competenti (AIFA, ISS, Agenas...) 2. promuovere studi di ricerca applicata e soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l'aderenza terapeutica 3. valutare l'utilizzo delle linee guida e promuoverne l'implementazione per migliorare l'appropriatezza terapeutica e disincentivare l'utilizzo di farmaci non appropriati 4. diffondere le conoscenze sul rischio aumentato di reazioni avverse ai farmaci nei pazienti affetti da patologia cronica e in politerapia 5. sviluppare iniziative per far conoscere i criteri di Beers e di START and STOPP tra gli operatori sanitari 6. favorire l'implementazione di strumenti di ICT di aiuto alla prescrizione con warning per interazioni e controindicazioni 7. adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie) 8. definire modalità organizzative che consentano equità di accesso alle terapie e alle tecnologie, valorizzando le competenze dei centri specializzati a più alto livello di organizzazione 9. formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti sull'uso appropriato delle terapie e delle tecnologie
<p>RISULTATI ATTESI</p> <p>Incremento di soluzioni organizzative che favoriscano l'adesione alle prescrizioni, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie)</p>	



LIMITI ATTUALI E DIFFICOLTÀ

- L'aderenza alle cure farmacologiche negli studi disponibili **non sempre viene misurata** in maniera univoca(80%)
- Gli **indicatori attuali** dell'aderenza in Italia vengono raccolti da banche dati provenienti **da flussi amministrativi** che non sempre riescono a misurare e tengono conto dei motivi della discontinuazione per cambio di terapia o per eventi avversi
- L'indicatore LEA (%consumo annuo espresso in DDD = Dosi Definite Die per **farmaci inseriti nel PHT** =prontuario terapeutico della distribuzione diretta per la continuità assistenziale Ospedale-Territorio)
- **Più semplice da realizzare un unico indicatore o un indicatore x aree terapeutiche?**

QUESITI PER IL PANEL

ORGANIZZAZIONE E ADERENZA

- > Quali **cause della mancata o della scarsa** aderenza ai trattamenti? Perché non si realizzano indicazioni PNC?
- > Quali sono le **necessarie azioni** che ogni Stakeholder dovrebbe mettere in campo per implementarla?
- > Potrebbe essere interessante la creazione di una **figura dedicata** che attraverso l'utilizzo di **moderni supporti**, sia in grado di aiutare il paziente e tenere informati tutti gli attori della filiera di cura?
- > Quale ruolo del **distretto sanitario, dell'infermiere, del MMG, del farmacista Ospedaliero, del paziente INFORMATO?**
- > **Esperienze pratiche nelle regioni** su: Patient Support Programm/Farmacia dei servizi? **Quali risultati?**
- > **Disequità nelle possibilità di cura** per i cittadini (vedi differenze tra regioni): potrebbe essere utile **un incentivo alle regioni** attraverso il nuovo sistema di Garanzia come proposto da Italia Longeva

VALORE E ADERENZA

- > Il Valore della tecnologia che migliora l'aderenza viene riconosciuto **nelle gare d'acquisto?**
- > Il supporto delle nuove tecnologie: **investimento o costo ma l'HTA** come misura di valore viene davvero usata?
- > **Aderenza terapeutica nei LEA: Sviluppo di algoritmo e di raccolta dati uniformi per poter inserire**

«CALL TO ACTION ADERENZA»