

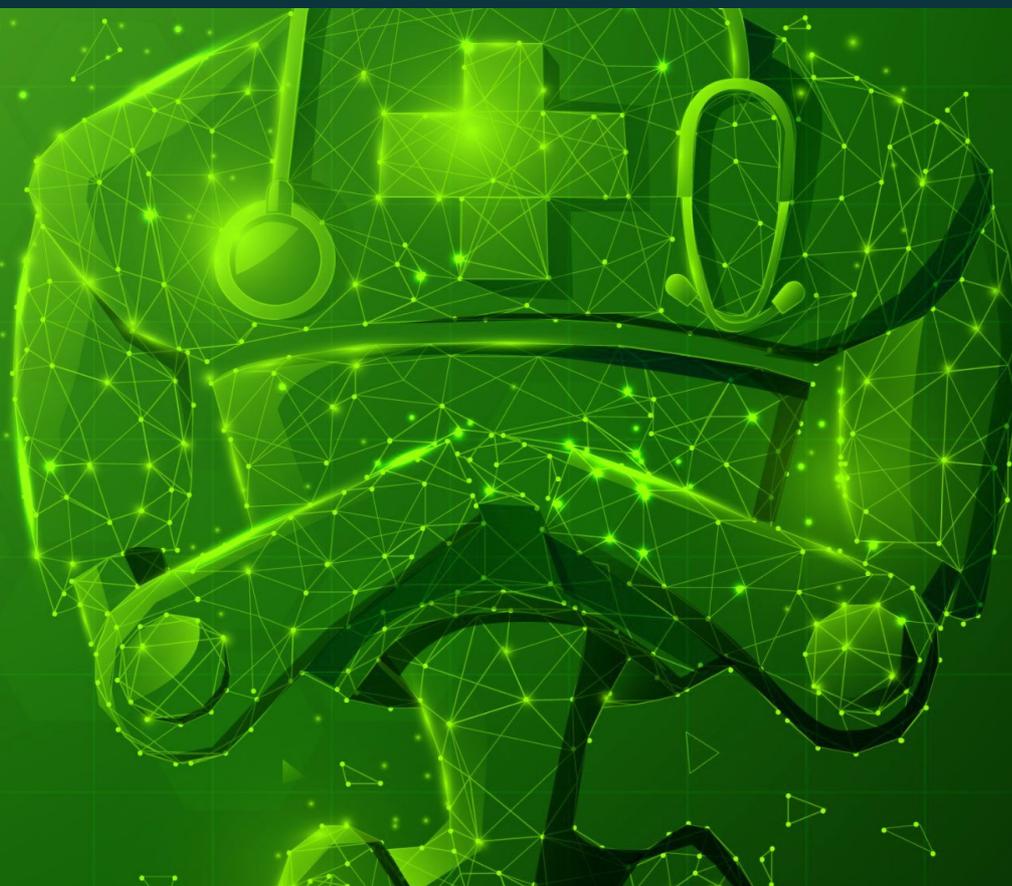
15 GIUGNO 2021

WEBINAR

PUGLIA/SICILIA/CALABRIA

IL VALORE DELL'ADERENZA PER I SISTEMI SANITARI REGIONALI DAL BISOGNO ALL'AZIONE

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

L'OMS definisce come aderenza terapeutica il grado in cui il paziente segue le raccomandazioni del medico riguardanti dosi, tempi e frequenza dell'assunzione di una terapia per l'intera durata di essa.

Ma il problema dell'aderenza terapeutica riguarda oltre i farmaci, ogni atto assistenziale volto a modificare le abitudini e la routine terapeutica dei pazienti, cosa che spesso incontra forte resistenza al cambiamento non solo nel breve ma anche nel lungo termine. E questo purtroppo avviene sia che si tratti di pazienti acuti che di pazienti cronici. Dalle analisi contenute nel Rapporto OsMed, poco più della metà dei pazienti (55,1%) affetti da ipertensione arteriosa assume il trattamento antipertensivo con continuità. Da studi osservazionali è emerso che oltre il 70% dei pazienti sospende il trattamento nei primi 6 mesi. Anche nel caso di altre patologie l'aderenza terapeutica si dimostra bassa in maniera allarmante: si parla, infatti, di appena il 52-55% per pazienti in trattamento per osteoporosi, il 60% per artrite reumatoide, 40-45% nel caso della terapia per diabete di tipo II, 36-40% per insufficienza cardiaca e solo il 13-18% per asma e BPCO. Per il futuro sarà interessante misurare questo fenomeno in alcune aree dell'oncologia o in altre patologie complesse ad alto impatto assistenziale ormai cronicizzate come HIV, HCV e malattie epatiche collegate (es° Cirrosi). Considerando i 7 milioni di persone in Italia colpite da malattie croniche si stima che solo la metà di queste assuma i farmaci in modo corretto e che fra gli anziani le percentuali superino il 70% (OMS), questo ci fa comprendere la portata dello spreco generatosi per i notevoli costi clinici e sociali (ad es° dopo infarto cardiaco rispettare le indicazioni di assunzione dei farmaci prescritti riduce del 75% la probabilità di recidive). Maggior aderenza significa minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. L'aderenza alle terapie è fondamentale per la sostenibilità del SSN. 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 ed alla concomitanza di poli-patologie. Ad ognuno degli attori in campo (politici, tecnici programmatori sanitari regionali e nazionali, medici, pazienti, industria) è quindi richiesto un preciso impegno riguardo a questo tema che valutando le future prospettive demografiche ed epidemiologiche avrà intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria e la sostenibilità del SSN.

SICILIA

In Regione Sicilia si registra una crescita delle malattie croniche e del diabete, con un forte eccesso di mortalità. A questo si aggiunge la disuguaglianza del fattore socio economico, tema che riguarda in generale le Regioni meridionali, il cui peso si riflette sia sulla prevenzione, sull'accesso alle cure e sulla qualità dell'assistenza, nonché l'aumento della quota di popolazione anziana che richiede sempre maggiore risorsa per l'assistenza. All'impatto delle malattie croniche si aggiunge l'interazione che il Covid ha avuto nella gestione di tali malattie, una doppia sfida a cui il SSR deve prepararsi per il futuro. Gli esperti però sono convinti che vada rivisto il modello di spesa incentrato unicamente sull'assistenza mentre andrebbero rafforzati gli interventi orientati da un lato alla riduzione dell'incidenza intervenendo sui fattori di rischio comportamentali (cattiva alimentazione, sedentarietà, ovvero stili di vita errati che incidono sui fattori di rischio cardiovascolari) e agire sul contrasto alle disuguaglianze. Fondamentali sono l'appropriatezza nella gestione di queste condizioni (implementazioni dei percorsi diagnostici assistenziali) e la qualità (vanno sviluppati accanto a questi percorsi strumenti di valutazione e misurazione dell'efficacia di questi programmi).

PUGLIA

La Regione Puglia registra un'aderenza di appena il 13%, dotandosi in alcune circostanze dei servizi per la BPCO, per l'asma e per le patologie legate al sonno che permettono in un unico accesso la gestione di questi pazienti evitando il ricovero ospedaliero: si è registrato un azzeramento dei ricoveri inappropriati e un notevole miglioramento della condizione clinica dei pazienti.

CALABRIA

I dati del rapporto OsMED 2018 evidenziano come la Calabria abbia fatto registrare una spesa territoriale di classe A di € 287,1 pro-capite rispetto a una media nazionale di €242,9. La spesa convenzionata lorda pro-capite pesata è stata di € 190,72 rispetto a una media nazionale di € 166,46 risultando la terza Regione con la più elevata spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN (scostamento di +14,6% rispetto alla spesa media lorda pro-capite pesata italiana). La Regione Calabria ha una spesa pro-capite lorda pesata di € 190,72 superiore del 14,6% alla media lorda pro-capite pesata italiana pari a €166,46. L'Agenzia Italiana del Farmaco ha supportato la Regione Calabria nella definizione delle possibili strategie di azione che mirano ad agire sui consumi (DDD per 1000 ab./die) e sull'allineamento dei prezzi alla media nazionale. Su tali basi il potenziale risparmio graduale della spesa farmaceutica previsto nel programma Operativo 2019-2021 stimato sulla base dei dati AIFA, rispetto alla spesa del 2018, è stato calcolato in circa 43 mln€.

PROBLEMI APERTI NELLE MALATTIE CRONICHE: L'ADERENZA ALLA TERAPIA

In molte patologie i SSR sono diventati estremamente efficienti a curare la fase acuta della malattia, ma nei mesi a seguire spesso il paziente abbandona le cure assegnategli in modo del tutto arbitrario ed autonomo. È noto che già dopo 3 mesi da un ricovero per infarto circa il 30% dei pazienti ha sospeso almeno uno dei farmaci della propria cura, il che comporta un peggioramento della prognosi: se la mortalità per infarto in fase acuta è ormai ridotta al 10% o meno, ad un anno dalla dimissione i tassi crescono in modo preoccupante (dati PNE degli ultimi anni). Le possibili spiegazioni includono la scarsa consapevolezza del paziente e di chi lo assiste, riguardo l'importanza del mantenere la terapia assegnata alla dimissione, che spesso non viene illustrata in maniera esaustiva per una serie di problemi. È fondamentale, nell'assegnare una terapia, spiegare bene al paziente e ai caregiver modo e orari di assunzione di un farmaco, il perché, il beneficio e quali possano essere effetti collaterali da attendersi e quali eventualmente debbano destare preoccupazione. In Sicilia da tempo è stato creato un tavolo tecnico dedicato, in collaborazione con l'Assessorato della Sanità, da cui è nato un Decreto Assessoriale sulla Lettera di dimissione, primo esempio sul territorio nazionale e un progetto di PSN per la sua implementazione.

VALORE CLINICO DELL'ADERENZA

L'aderenza terapeutica risulta fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e per il conseguimento dei risultati clinici. Purtroppo, nelle patologie croniche circa la metà dei pazienti sospende i trattamenti raccomandati e ciò succede anche per patologie gravi come, ad esempio, infarto del miocardio o trattamento dell'ipertensione arteriosa o delle dislipidemie. L'età dei pazienti, lo stato sociale, la complessità del trattamento, gli effetti collaterali dei farmaci, la mancata presa in carico dei pazienti cronici sono tra i principali elementi associati alla scarsa aderenza terapeutica. La scarsa aderenza ai farmaci è associata a conseguenze negative sulla salute procurando uno scarso controllo dei fattori di rischio, quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia o diabete, ma determina anche uno spreco di risorse con aumento dei costi nella gestione delle malattie croniche. La scarsa aderenza è inoltre responsabile di un aumento del 40% della mortalità e di circa il 20% delle ospedalizzazioni.

SOLUZIONI PER MIGLIORARE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E ADERENZA ALLA TERAPIA

Quanto più la cronicità diventa complessa, ovvero su pazienti fragili e multi patologici, più il tema diventa critico. Il ruolo della medicina di base costituisce un riferimento importantissimo. L'appropriatezza e l'aderenza si compongono di diversi indicatori e gli step per monitorarla sono la completezza informativa, l'interoperabilità dei sistemi e la gestione del cambiamento. Questo cambio culturale è stato avviato e il Covid ha dato un'accelerazione fortissima. La telemedicina deve essere sempre molto presente e c'è bisogno di ridisegnare percorsi assistenziali.

IL VALORE DELL'ADERENZA NEI MODELLI ORGANIZZATIVI

Il valore dell'aderenza prima ancora che praticato deve essere spiegato ai pazienti ed è il primo indicatore della reale condivisione di qualunque patto di cura tra medico e paziente. Se manca adesione al piano di cura è segno di un gap della relazione comunicativa, non di limiti culturali ed educativi dei pazienti. Soprattutto, l'aderenza terapeutica è una componente importante e pratica degli approcci sanitari basati sul valore che, senza di essa, perderebbero il catalizzatore assistenziale anche degli interventi più innovativi.

IL VALORE ECONOMICO DELL'ADERENZA

- Negli USA la mancata aderenza causa ogni anno sprechi per circa 100 miliardi di dollari.
- In Europa, il rapporto Pharmaceutical Group Europe del 2012, stimava 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».

L'impatto economico della non aderenza:

- Spreco di risorse (acquisto di unità non consumate)
- Ridotta efficacia del trattamento
- Aumento degli accessi al SSN per l'aggravarsi della patologia
- Costo di gestione delle complicanze
- Effetto negativo sulla qualità di vita dei pazienti e sulla loro produttività costo sociale

CONCLUSIONI

Dal webinar è emersa la necessità di una call to action, una necessità di azioni concrete per migliorare l'aderenza ai percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti. L'aderenza rappresenta infatti un fattore chiave di successo per la salute pubblica e per la governance del Sistema Sanitario Regionale, una garanzia di efficienza delle cure e della sostenibilità economica. Dai diversi rappresentanti delle istituzioni pubbliche, dai clinici e dalle associazioni di cittadini è arrivata la proposta di sviluppare strumenti di valutazione concreti dell'aderenza per monitorare e correggere i comportamenti che impattano sulla scarsa aderenza e l'implementazione delle tecnologie che facilitano i pazienti a seguire il percorso di cura. La proposta dell'inserimento di un indicatore sintetico di aderenza nel nuovo sistema di garanzia può rappresentare un'opportunità di valore e di indirizzo per tutti gli attori chiave.

IL PANEL CONDIVIDE

- L'aderenza alle terapie è una sfida fondamentale per il SSN. Il suo impatto sulla salute e sui costi all'interno del SSN fa sì che non si possa più trascurare ma necessita di una mobilitazione sia da parte dei decisori a livello nazionale sia dei decisori regionali.
- Esiste evidenza che l'aderenza alle terapie sia un fattore cruciale per l'efficacia stessa della terapia ed ha provati impatti sullo stato di salute conseguente alla terapia stessa.
- 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 poli pillole (una compressa che unisce diversi farmaci)
 - 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)
- L'aderenza alle cure farmacologiche negli studi disponibili non sempre viene misurata in maniera univoca, gli indicatori attuali dell'aderenza terapeutica in Italia vengono raccolti da banche dati provenienti da flussi amministrativi che non sempre riescono a misurare e tengono conto dei motivi della discontinuità per cambio di terapia o per eventi avversi.
- Il MMG deve decidere insieme al paziente cosa fare: nel momento in cui si fa un patto terapeutico si possono avere buoni risultati di persistenza e di aderenza terapeutica. Infatti, l'aderenza non è solo aspetto organizzativo e tecnologico, ma è anche comunicativo, rapporto medico-paziente, ingaggio vero, fiducia, affidamento totale.
- È necessario focalizzare l'attenzione nel periodo immediatamente successivo l'inizio di una nuova terapia o alla sua modifica, i primi 30-90 giorni sono cruciali, perciò è importante spiegare bene e domandare sempre se tutto sia chiaro e rivalutare insieme lo schema terapeutico periodicamente. L'aderenza terapeutica passa attraverso nuovi modelli organizzativi che consentano una ottimizzazione delle risorse, dalle aree vaste alle reti regionali. Occorre ridefinire la continuità ospedale-territorio, garantire accesso, appropriatezza e direzione unitaria. Pertanto, si rende sempre più necessario pensare ad una cartella clinica trasversale "alimentata" da tutti (MMG, caregiver, specialista territoriale e specialista ospedaliero).

ACTION POINTS

1. È necessario attuare il PNC su tutto il territorio nazionale.
2. È fondamentale creare indicatori, unici e condivisi, per misurare l'aderenza terapeutica dei pazienti. È fortemente auspicabile l'inserimento della promozione dell'aderenza nei Lea ai fini della sostenibilità del sistema di cure. Altresì importante è la costruzione di un indicatore del livello di aderenza nelle popolazioni regionali che sia semplice e standardizzato. L'aderenza ai percorsi di cura deve essere orientata anche alla prevenzione.
3. Devono essere creati percorsi formativi mirati per il personale sanitario, per il caregiver familiare e per i caregiver professionali.
4. Le nuove tecnologie di telemonitoraggio e telemedicina offrono importanti opportunità per misurare l'aderenza alle terapie da parte del paziente. Occorre investire nella tecnologia innovativa di valore e la qualità dei farmaci.
5. Riuscire a coinvolgere maggiormente le associazioni nei processi decisionali può essere di grande importanza per riuscire a migliorare l'aderenza dei pazienti.

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

Salvatore Amato, Presidente OMCeO Palermo Vincenzo Amodeo, Componente ANMCO

Vincenzo Amodeo, Componente ANMCO

Daniele Amoroso, Giornalista Scientifico

Stefania Antonacci, Responsabile Servizio Farmaceutico ASL Bari

Ettore Attolini, Direttore Area Programmazione Sanitaria AReSS Agenzia Regionale Strategica della Salute e Sociale, Regione Puglia

Maurizio Averna, Professore Ordinario Promozione della Salute, Materno-Infantile, di Medicina Interna e specialistica di eccellenza Università degli Studi di Palermo

Marco Benvenuto, Ricercatore Economia Aziendale Dipartimento Scienza dell'Economia, Università del Salento, Lecce

Pasquale Cananzi, Dirigente Farmacista Centro Regionale di Farmacovigilanza e Vaccinovigilanza, Regione Sicilia

Antonella Caroli, Servizio Strategie e Governo Assistenza Ospedaliera, Gestione Rapporti Convenzionali, Regione Puglia

Rosalbino Cerra, Segretario Regionale FIMMG Calabria

Francesco Colasuonno, Responsabile Servizio politiche del Farmaco Regione Puglia

Salvatore Corrao, Direttore UOC Medicina Interna ARNAS Civico Palermo - Presidente Regionale AMD

Nunzio Crimi, Professore ordinario Malattie Respiratorie Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Catania

Luigi D'Ambrosio Lettieri, Presidente Fondazione Cannavò, Vicepresidente Federazione Ordine Farmacisti Italiani, Presidente Ordine Interprovinciale Farmacisti di Bari e BAT, Senatore XVII legislatura.

Marco Di Franco, Segretario Nazionale ANCE (Associazione Nazionale Cardiologi Extra Ospedalieri)

Luigi Galvano, Segretario Regionale FIMMG Sicilia

Giovanna Geraci, Presidente Regionale ANMCO Sicilia

Giovanni Gorgoni, Direttore Generale AReSS Puglia

Ignazio Grattagliano, Presidente Regionale SIMG Puglia

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Ciro Indolfi, Professore ordinario di Cardiologia, Direttore Centro Ricerche Malattie Cardiovascolari dell'Università Magna Graecia, Catanzaro

Vincenzo Inzirillo, Dirigente Dipartimento Servizi Farmaceutici ASP Catania

Pietro Leoci, Responsabile Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione Risorse Strumentali e Tecnologiche-Servizio Politiche del Farmaco Regione Puglia

Sergio Licata, Presidente Regionale A.R.C.A. Sicilia (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali)

Rosa Moscogiuri, Direttore Dipartimento Farmaceutico ASL Taranto

Alessandro Palumbo, Dirigente Medico UO Malattie Apparato Respiratorio Università degli Studi di Bari

Maurizio Pastorello, Direttore Dipartimento Farmaceutico ASP Palermo

Luca Pinto, Principal Real World InsightsI, IQVIA Italia

Barbara Polistena, Professore Università degli studi di Roma Tor Vergata, Collaboratrice di CREA Sanità (Centro per la ricerca Economica Applicata in Sanità)

Carmelo Pullara, Vice Presidente VI Commissione Salute, Servizi Sociali e Sanitari Regione Siciliana

Luigi Santoiemma, Farmacologo Clinico e Medico di Medicina Generale Bari

Salvatore Scondotto, Dirigente Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato Salute, Regione Siciliana

Nicola Silvestris, Professore associato di Oncologia medica IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” Bari - Dima Università degli Studi di Bari e Membro Direttivo Nazionale AIOM

Giammarco Surico, Coordinatore Regionale Rete Oncologica Regione Puglia

Roberto Tobia, Segretario Nazionale Federfarma

Caterina Trevisan, Clinica Geriatrica, Dipartimento di Medicina, Università di Padova - Consulente Scientifico Italia Longeva

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Puglia, A.N.M.C.O., A.R.C.A., AREeSS Puglia, Policlinico di Bari, ASL Bari, Cittadinanzattiva, Federfarma, FIMMG Sezione Provinciale Palermo, FIMMG Sezione Regionale Puglia, FNOMCeO, OMCeO Palermo, Rete Oncologica Pugliese, Università degli Studi di Bari Aldo Moro***

Con il contributo incondizionato di:

