

29 SETTEMBRE 2021

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

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE AI LAVORI

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 la sua intera durata.

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 una 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 (es° dal rispetto del corretto utilizzo delle terapie antinfettive a quello delle terapie per il diabete, la BPCO, le malattie cardiovascolari, etc). Dalle analisi contenute nel Rapporto OsMed, poco più della metà dei pazienti (52,5%) 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. La categoria terapeutica in cui si riscontra una più alta percentuale di soggetti alto-aderenti (con una copertura al trattamento superiore o uguale all'80% del periodo osservato) è rappresentata dai farmaci per l'osteoporosi (67,7%). Nel caso di altre patologie l'aderenza terapeutica si dimostra bassa in maniera allarmante. La percentuale di soggetti con alta e bassa aderenza al trattamento con antipertensivi è stata rispettivamente pari a 52,5% e 18,1%. 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 quasi 8 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). Negli Stati Uniti la mancata aderenza causa sprechi per circa 100 miliardi di dollari ogni anno mentre in Europa si stimano 194.500 decessi e 125 miliardi di euro l'anno per i costi dei ricoveri dovuti a questo problema. La stessa AIFA nel suo sito riporta che "La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società. Maggior aderenza significa infatti 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 pertanto 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 Servizio Sanitario Nazionale.

IL PUNTO DI VISTA DELLE REGIONI

Il ruolo delle governance regionali nel contrasto alla scarsa aderenza è quello di creare una corretta e precisa programmazione e controllo. Programmazione e controllo che, in questa fase storica, deve essere concentrata sull'appropriatezza delle terapie sia a livello ospedaliero che territoriale. Inoltre le Regioni dovranno confrontarsi con i dati demografici che indicano un costante aumento della popolazione anziana e devono quindi iniziare a programmare una sanità del futuro che risponda al conseguente aumento di necessità socio-assistenziali.

IL PUNTO DI VISTA DELLO SPECIALISTA

La mancata aderenza è un fenomeno diffuso tra i pazienti con fattori di rischio o patologie cardiovascolari. Il fenomeno interesserebbe oltre il 50-60% dei pazienti in prevenzione cardiovascolare primaria ed il 30-40% di quelli in prevenzione secondaria. Importanti studi clinici condotti in tutta Europa e negli USA indicano, ad esempio, che la terapia ipolipemizzante con statine viene interrotta nel 30-40% dei casi entro soli 6 mesi dalla prescrizione iniziale. Diverse tipologie di intervento sono state proposte per migliorare l'aderenza dei pazienti alle terapie farmacologiche correttamente prescritte. La semplificazione della posologia è, ad esempio, ritenuto un intervento particolarmente efficace, soprattutto nei casi in cui si passi da due o più somministrazioni quotidiane ad una singola dose di farmaco. Anche interventi di natura formativa e comportamentale sono in grado di ottenere significativi risultati. Gli interventi di maggiore complessità, che integrano diverse strategie complementari tra loro (educazione, miglioramento della prescrizione, controllo dei comportamenti), possono migliorare l'aderenza alla terapia di più del 30%. Queste strategie di intervento richiedono tuttavia la creazione di sinergie interdisciplinari e possono avere elevati costi iniziali. Nell'insieme, la qualità della comunicazione tra gli operatori sanitari e i pazienti rappresenta l'elemento di maggiore rilievo nel condizionare l'effettiva aderenza terapeutica. Solo incontri clinici di durata congrua, con attenzione ai contenuti comunicativi, seguiti da follow-up ravvicinati sembrano in grado di ottenere un effettivo miglioramento dell'aderenza.

L'ADERENZA ALLE TERAPIE DAI DATI OSMED

Nel 2020 il rapporto OsMed ha dedicato uno spazio ancora più ampio all'approfondimento delle categorie terapeutiche. In quest'ottica l'appropriatezza prescrittiva, attraverso gli indicatori di aderenza e persistenza, è diventato un focus importante per valutare l'uso dei farmaci nelle patologie croniche. Attraverso i dati delle prescrizioni farmaceutiche, raccolti dal Flusso di Tessera Sanitaria e provenienti da tutte le Regioni italiane, è stato possibile seguire nel tempo i pazienti e valutarne l'aderenza terapeutica tramite l'indicatore Medication Possession Rate (MPR). Per la maggior parte delle categorie analizzate (antipertensivi, ipolipemizzanti, antidiabetici, anticoagulanti, antiaggreganti, antidepressivi, farmaci per asma/BPCO, per osteoporosi e per ipertrofia prostatica benigna) si evidenzia una maggiore aderenza nelle Regioni del Nord e nelle fasce di età più giovani. Nel complesso i livelli raggiunti, soprattutto per alcune categorie, non risultano però soddisfacenti. Il confronto dei dati rispetto all'anno precedente invece, non sembra evidenziare alcun impatto della pandemia sull'utilizzo dei farmaci nei pazienti cronici, mostrando addirittura un miglioramento in alcune categorie.

LA PROPOSTA DI UN INDICATORE OMOGENEO NEL NSG

L'aumento dell'aspettativa di vita ha, di riflesso, aumentato l'esposizione della popolazione a patologie croniche con ricaduta inevitabile sul sistema sanitario. Il ricorso a prescrizioni farmacologiche al fine di ridurre, contenere e prevenire i sintomi ad esse associate risulta pertanto il gold standard non solo per migliorare il modello di vita ma anche per non impattare con costi e prestazioni evitabili il SSN. L'aderenza terapeutica rappresenta, in questa ottica clinica, non solo la compliance del paziente verso il regime farmacologico prescritto, inteso come osservanza nel rispettarlo, ma restituisce, indirettamente, lo stato di salute del sistema sanitario nella sua componente informativa, assistenziale e professionale. Risulta evidente che non si può approcciare alla tematica trattata se non si ha una visione multidimensionale della problematica. Le patologie croniche, in quanto tali, richiedono una fidelizzazione del paziente che necessita di un punto di riferimento continuo, di un flusso di necessità variabili fatte di domande e risposte, di controlli clinici, di dubbi e perplessità evase, di sicurezze che rendono una prescrizione farmacologica non un semplice documento da portare in farmacia ma la garanzia di una qualità di vita migliore. La possibilità di ricercare, identificare, creare uno strumento che restituisca percezione di quanto le Regioni possano fare per implementare l'aderenza farmacologica dei propri cittadini ai piani terapeutici prescritti, rappresenta non solo una sfida ma un impegno istituzionale. La programmazione sanitaria del Ministero della Salute ha accolto con interesse lo spunto riflessivo sollevato sul nodo della scarsa aderenza terapeutica e il rischio connesso sia economico che sanitario e intende dedicarsi attivamente, in stretta sinergia con le Regioni, per studiare e affinare metodologie di monitoraggio, vedi indicatori, utili alla valutazione di long-term care e governance regionale.

IL RUOLO DELL'MMG NELL'ADERENZA ALLE TERAPIE

A differenza di quanto si afferma l'aderenza alle terapie delle più importanti malattie croniche è sensibilmente aumentata negli ultimi 15 anni. Questo è avvenuto grazie ad un intervento dei medici di medicina generale, della filiera dei sanitari e dei farmacisti, ma anche ad una maggiore sensibilità da parte del paziente, grazie ad una informazione continua e capillare che ha convinto la classe medica che i pazienti stessi, che è perfettamente inutile prescrivere dei buoni farmaci se questi poi non vengono presi in maniera adeguata. Il concetto di aderenza deve essere ancora meglio spiegato e compreso perché da una parte migliora gli outcome di terapia e dall'altra elimina inutili sprechi legati ad un'incompleta e maldestra assunzione dei farmaci.

LA TECNOLOGIA A SUPPORTO DELL'ADERENZA: QUALI NUOVI STRUMENTI?

Le tecnologie, digitali e strumentali, attualmente disponibili sono in grado di offrire molteplici vantaggi per il monitoraggio dell'aderenza del paziente. Infatti esistono già in diverse Regioni dei modelli sperimentali che attraverso APP del cellulare o attraverso strumenti di teleradiologia sono in grado di misurare il livello di aderenza alle cure farmacologiche e non del paziente. Bisogna quindi suddividere gli strumenti a disposizione in due macrocategorie:

Strumenti informatici

Gli strumenti informatici possono essere inseriti in breve tempo nel SSR e coprire intere categorie di pazienti e con costi piuttosto ridotti. Questi strumenti richiedono una tempestiva formazione nel confronti del paziente e dei caregiver visto che è affidato a loro il compito di utilizzare questi mezzi.

Devices

I devices di telemedicina possono essere utilizzati solo per determinate patologie e per determinati pazienti e richiedono investimenti piuttosto elevati. Questi strumenti richiedono quindi uno studio approfondito sulle categorie di pazienti che potrebbero trarne reale giovamento. Con un giusto piano di programmazione e investimento un uso congiunto di tutti gli strumenti tecnologici ad oggi disponibili potrebbe comportare un graduale aumento dell'aderenza alle terapie comportano investimenti iniziali ma una riduzione dei costi generali del SSR sul medio e lungo periodo.

IL PUNTO DI VISTA DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Il futuro prevede un approccio multi-professionale ai bisogni di salute, ma è necessario un cambio di paradigma. Il sistema deve abbandonare la sua passività nell'affrontare i problemi e deve iniziare ad agire in maniera pro-attiva. I soggetti, soprattutto quelli cronici, hanno bisogno di un monitoraggio costante del proprio stato di salute. Questo monitoraggio però deve avvenire all'interno della sua comunità (comunità non intese come Distretti sanitari che mediamente contano 500.000 abitanti). Per riuscire in questo monitoraggio però è fondamentale il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità. Solo in questa maniera il sistema riuscirà ad essere veramente aderente ai bisogni della comunità.

CONCLUSIONI

Dal webinar è emersa la necessità di una call to action, una necessità cioè 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 dei Sistemi Sanitari Regionali, 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 comunicazione, rapporto medico-paziente, ingaggio vero, fiducia, affidamento totale.

- È necessario focalizzare l'attenzione nel periodo immediatamente successivo all'inizio di una nuova terapia o alla sua modifica, i primi 30-90 giorni sono cruciali, perciò è importante spiegare bene, scrivere e domandare sempre se tutto sia chiaro rivalutando insieme lo schema terapeutico periodicamente.
- L'aderenza terapeutica passa attraverso nuovi modelli organizzativi che consentano ottimizzazione delle risorse, dalle aree vaste alle reti regionali. Occorre ridefinire la continuità ospedale-territorio, per 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 auspicato l'inserimento della promozione dell'aderenza fra i Lea, fondamentale 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 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 anche l'aderenza alle terapie da parte del paziente. Occorre quindi investire sulla 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 NEL CORSO DELL'EVENTO (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Andrea Belardinelli, Direttore del Settore Sanità Digitale e Innovazione Regione Toscana
Roberto Bernabei, Presidente Italia Longeva
Luigi Bertinato, Responsabile Segreteria Scientifica ISS
Roberto Carbone, Direzione Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute
Americo Cicchetti, Direttore ALTEMS, Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari
Furio Colivicchi, Presidente ANMCO e Direttore UOC Cardiologia, Dip. Emergenza Presidio Ospedaliero San Filippo Neri Roma
Francesco Gabbrielli, Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, ISS
Giulia Gioda, Presidente Motore Sanità
Lorenzo Latella, Segretaria Cittadinanzattiva Campania
Alessandro Malpelo, Giornalista Scientifico
Andrea Mandelli, Presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani - Vicepresidente Camera dei Deputati
Rossella Moscogiuri, Direttore Dipartimento Farmaceutico ASL Taranto
Graziano Onder, Direttore Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento, ISS
Paola Pisanti, Consulente Esperto Malattie Croniche, Ministero della Salute - Presidente FareRete Bene Comune
Antonio Postiglione, Componente Designato Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome a Commissione LEA Regione Campania - Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
Franco Ripa, Programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari Regione Piemonte
Giselda Scalera, Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità
Giuseppe Turchetti, Professore Ordinario di Economia e Gestione delle Imprese, Scuola Superiore Sant'Anna Pisa
Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità
Maurizio Zega, Componente Comitato Centrale Fnopi e Presidente Opi Roma
Simona Zito, Dirigente delle professionalità sanitarie Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni AIFA

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Università Cattolica del Sacro Cuore ALTEMS Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, A.N.M.C.O. - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Cittadinanzattiva, SID Società Italiana di Diabetologia***

Con il contributo incondizionato di:



SANOFI



teva

