



Punto Insieme Sanità

Tavolo Tecnico Cardiocircolatorio – Relazione conclusiva

25 Marzo 2015

- ✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza
- ✓ Obiettivi del Tavolo *Cardiocircolatorio*
- ✓ L'Aderenza del paziente *Iperteso – Dislipidemico*

Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute Novembre 2014

Il **S.A.B.A.** (Strategic Advisory Board on Adherence) ha prodotto una “Agenda Strategica per l’Aderenza”, identificando e delineando le **principali issues da presidiare** al fine **conseguire** un reale **miglioramento del grado di aderenza** alla terapia

Punto Insieme Sanità Marzo 2015

In funzione delle peculiarità delle singole patologie, ciascun **Tavolo di lavoro** di Punto Insieme Sanità condivide **ambiti di intervento e azioni** volti a permettere il **conseguimento** di un grado adeguato di **aderenza** alla terapia nel paziente cronico anziano

Avviamento Da Aprile 2015

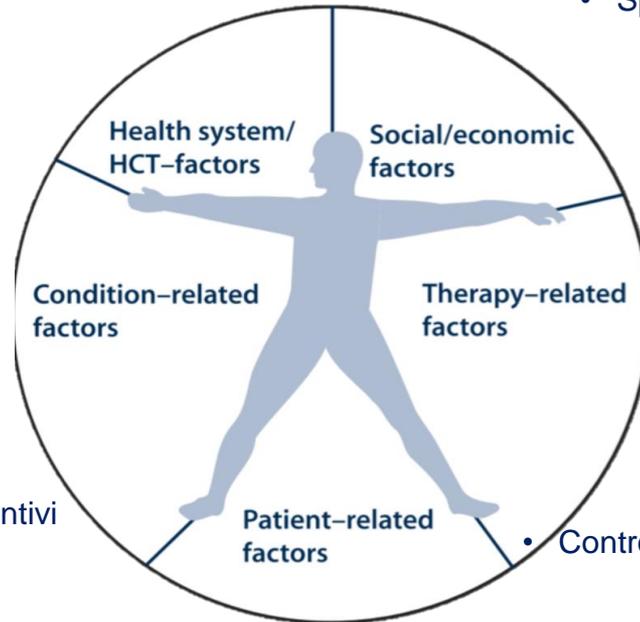
Sulla base dei risultati di PIS, verranno avviati nel 2015

- uno **studio sul valore dell’aderenza**
- alcuni **progetti pilota per la presa in carico del paziente cronico**
- la **Carta dei Diritti del Paziente all’Aderenza**

I dati verranno presentati al prossimo **Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute**

- Difficoltà di accesso alle analisi

- A volte ridotta capacità di counseling del medico
- Assenza di un percorso terapeutico condiviso
- Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza
- Non autosufficienza
 - Deterioramento cognitivo
 - Inadempienza Caregiver
 - Mancanza di incentivi



- Spesa out of pocket eccessiva per il farmaco
 - Spesa out of pocket eccessiva per le analisi
 - Difficoltà logistiche per l'accesso al farmaco per Distribuzione Diretta
- Variabilità morfologica delle pillole
- Percezione di scarsa efficacia della terapia
 - Paura di effetti collaterali
 - Valutazione basata sui sintomi
 - Complessità da politerapia
- Molteplicità delle somministrazioni giornaliere
- Controindicazioni inserite nel foglietto illustrativo

- Ridotto grado di informazione relativamente alla patologia
- Indisponibilità allo stile di vita richiesto
- Livello basso di cultura e di conoscenza sanitaria

	Ambiti	Aree di intervento
1	Educazione sanitaria e motivazione del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Motivare il paziente a migliorare lo stile di vita ed adottare comportamenti idonei al raggiungimento della aderenza terapeutica • Informazione e sensibilizzazione del paziente sulla cronicità e sulla patologia • Formazione del paziente sulla autogestione della terapia
2	Formazione degli attori sanitari (medici, <i>caregiver</i> ...)	<ul style="list-style-type: none"> • Esaltazione delle capacità di instaurare un corretto rapporto paziente-medico • Sviluppo della capacità di <i>counseling</i> al paziente (comunicare al paziente assicurandosi della comprensione e accettazione dei messaggi) • Formazione ed organizzazione sulla gestione delle cronicità con MMG, infermieri e farmacisti • Formazione universitaria sugli obiettivi della terapia (aderenza)
3	Accesso agli esami di diagnosi e controllo da parte degli attori	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione territoriale dell'erogazione degli esami • Refertazione in telemedicina
4	Approccio multidisciplinare integrato (<i>Chronic Team</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Standardizzazione del monitoraggio elettronico (tessera sanitaria) • PDTA condiviso a livello multidisciplinare • Supporto informatico condiviso tra tutti gli attori che operano per e con il paziente
5	Piano terapeutico individuale basato su un <i>Assessment</i> del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico del paziente da parte del MMG e personalizzazione della cura • Valutazione dello stato complessivo del paziente e calibrazione coerente del regime terapeutico
6	Semplificazione delle terapie (farmaci e device)	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione delle politerapie con semplificazione delle stesse. Associazione di farmaci
7	Continuità terapeutica	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento del farmaco di riferimento in continuità terapeutica al piano personalizzato (no zapping in farmacia rispetto alle indicazioni medico etc...)
8	Monitoraggio della aderenza da parte del MMG	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione visite di controllo in base alle condizioni cliniche del paziente • Monitoraggio delle prescrizioni in relazione all'aderenza terapeutica • Utilizzo del calcolatore posologico della cartella clinica
9	Strumenti di <i>reminding</i> della terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Blister con pro-memoria / <i>alert</i> elettronici
10	Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale	<ul style="list-style-type: none"> • Evoluzione del sistema con controllo qualità ed esiti • Monitoraggio dell'Aderenza secondo Kpi (da elaborare) e strumenti dedicati

✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza

✓ Obiettivi del Tavolo *Cardiocircolatorio*

✓ L'Aderenza del paziente *Ipereso – Dislipidemico*

- Con riferimento alle principali **cause** di Non Aderenza e agli **ambiti di intervento** proposti nel 2014 dal S.A.B.A.:
 1. declinare le principali **cause di Non Aderenza** dei pazienti con **Ipertensione e Dislipidemia**
 2. dettagliare **soluzioni e azioni** che consentano di **umentare l'Aderenza** del paziente senior alla **terapia** per l'ipertensione e per ridurre la Dislipidemia



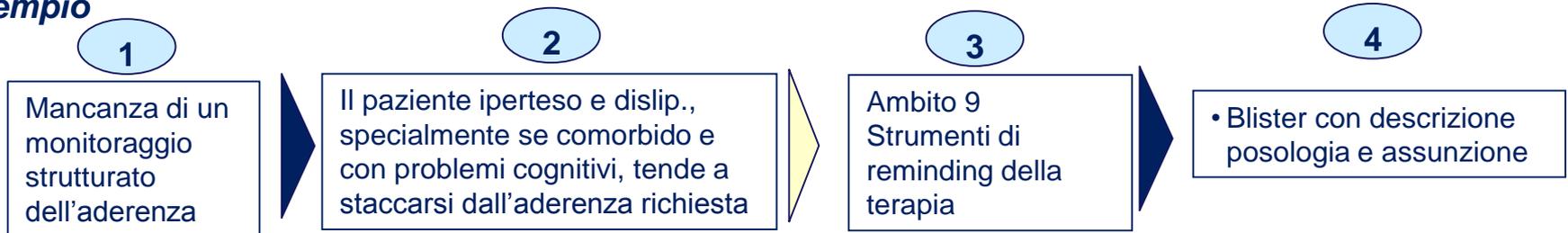
Analisi delle Cause di Non Aderenza

1. **Identificazione**, tra le cause di Non Aderenza dettagliate dal S.A.B.A., **delle 5 principali cause di Non Aderenza** ipertensione/Dislipidemia
2. **Declinazione** e descrizione delle cause di Non Aderenza nel trattamento ipertensione/Dislipidemia

Action Plan per l'Aderenza

- Relativamente a **ciascuna causa** identificata al punto 2
3. definizione dell'**ambito** di intervento
 4. declinazione di **azioni concrete** per lo sviluppo dell'Aderenza

Esempio



- ✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza
- ✓ Obiettivi del Tavolo *Cardiocircolatorio*
- ✓ L'Aderenza del paziente *Iperteso* – *Dislipidemico*

- In Italia un italiano su quattro (**25%**) è affetto da malattie cardiovascolari con un impatto maggiore fra gli uomini.
- La popolazione anziana (over 65) che soffre di ipertensione è pari a 49,9%; ovvero, data il totale degli anziani in Italia, 13.014.942, un numero di pazienti pari a 6.489.488.
- Negli ultimi vent'anni (1993-2013), questa percentuale è cresciuta del **12,7%** per gli anziani sino ai 74 anni, e del **17,5%** per pazienti sopra i 75 anni.
- La percentuale di pazienti in trattamento con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento è pari al 55,2 (OsMed 2013: la regolarità della presa in carico è valutata nei 365 gg successivi in funzione della ripetizione di prescrizioni - l'aderenza è valutata nei 365 gg successivi alla presa in carico, con una proporzione dei giorni coperti uguale o maggiore di 80%)
- La **letteratura** è concorde nel fissare a circa il **45% dei pazienti con ipertensione** la quota che **non si attiene alle prescrizioni mediche**, comprendendo in esse non solo le prescrizioni farmacologiche ma anche le raccomandazioni sugli stili di vita da mantenere, come delle diete o una adeguata attività fisica
- Quota indefinita di pazienti che ignorano di essere affetti dalla patologia

	Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Dettaglio Ipertensione
1	Ridotto grado di educazione e informazione relativamente alla patologia ed alla cronicità (complicanze)	<ul style="list-style-type: none"> • Bassa consapevolezza degli effetti delle complicanze dell'ipertensione • Bassa consapevolezza del beneficio futuro rispetto a quello presente • Livello di istruzione del paziente • Basso supporto psicologico nella fase di «Induction» • Difficoltà di comunicazione al paziente e all'ambiente familiare
2	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> • Basso utilizzo di strumenti di monitoraggio a disposizione per carenze da parte del sistema sanitario nella maggior parte delle aree territoriali • Bassa tendenza alla gestione proattiva dell'agenda del paziente (<i>follow up</i>)
3	Complessità da politerapia e molteplicità delle somministrazioni giornaliere	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidità (pazienti in trattamento per più patologie croniche) • Pazienti in terapia con associazioni di più farmaci per ipertensione • Frequenza di somministrazione
4	Indisponibilità allo stile di vita richiesto	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del peso corporeo • Astensione dal fumo • Attività fisica

✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza

✓ Obiettivi del Tavolo *Cardiocircolatorio*

✓ L'Aderenza del paziente *Iper*teso – *Dislipidemico*

- In Italia, Il colesterolo è responsabile del 31% del rischio cardiovascolare e l'ipercolesterolemia è ritenuta responsabile di 2,6 milioni di decessi (4,5% del totale)
- La prevalenza di dislipidemie in Italia è del 7,2% sul totale dei pazienti assistibili. Per quanto riguarda la prevenzione primaria, la proporzione più elevata di soggetti in trattamento si osserva per l'ipercolesterolemia poligenica (36,7% tra i soggetti a rischio da moderato ad alto), seguita dalla dislipidemia familiare (35,7%) e da altri tipi di dislipidemie (27,1%)
- La percentuale di pazienti in trattamento per Ipercolesterolemia poligenica risulta essere del 26,9% nei pazienti fino a 65 anni, che aumenta a 28,3% nei pazienti tra 65 e 75 anni. Per la dislipidemia familiare la percentuale di trattati *over* 75 arriva fino al 33,6%, mentre per le altre dislipidemie si attesta al 24,5%
- La spesa per i farmaci ipolipemizzanti in Italia si attesta a oltre 1 miliardo di euro, con circa 17,3 euro di spesa pro capite l'anno

1 Fonte: Giornale italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2012; 4 (4): 12-19

2 Fonte: OsMed 2013

	Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Dettaglio Dislipidemia
1	Ridotto grado di educazione e informazione relativamente alla patologia ed alla cronicità (complicanze)	<ul style="list-style-type: none"> • Bassa consapevolezza degli effetti delle complicanze della dislipidemia • Bassa consapevolezza del beneficio futuro rispetto a quello presente • Livello di istruzione del paziente • Basso supporto psicologico nella fase di «Induction» • Difficoltà di comunicazione al paziente e all'ambiente familiare
2	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> • Basso utilizzo di strumenti di monitoraggio a disposizione per carenze da parte del sistema sanitario nella maggior parte delle aree territoriali • Bassa tendenza alla gestione proattiva dell'agenda del paziente (<i>follow up</i>)
3	Complessità da politerapia e molteplicità delle somministrazioni giornaliere	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidità (pazienti in trattamento per più patologie croniche) • Pazienti in terapia con associazioni di più farmaci per ipertensione
4	Indisponibilità allo stile di vita richiesto	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del peso corporeo • Educazione alimentare • Astensione dal fumo • Attività fisica
5	Effetti collaterali	<ul style="list-style-type: none"> • Eccessiva paura degli effetti collaterali (sempre reversibili) delle statine

	Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Ambiti di intervento	Azioni proposte
1	Ridotto grado di educazione e informazione sulla patologia ed alla cronicità	<ul style="list-style-type: none"> • 1. <i>Empowerment</i> del paziente • 2. Formazione degli attori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare la consapevolezza della corretta gestione di una malattia cronica con necessità di monitoraggio nel tempo e necessità di autogestione • Contributo del farmacista al <i>counseling</i> per spiegare sinteticamente al paziente che cosa sia il farmaco prescritto e l'importanza della sua assunzione
2	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> • 10. Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale • 9. Strumenti di <i>reminding</i> della terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Incentivazione</u> alla programmazione del piano di <i>follow-up</i> (visite regolari ed esami di controllo) → gestione proattiva dell'agenda con il paziente • Blister con posologia
3	Complessità da politerapia molteplicità delle somministrazioni	<ul style="list-style-type: none"> • 6. Semplificazione delle terapie (farmaci e device) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Piano terapeutico individuale</u> in funzione del profilo dell'assistito • Riduzione e semplificazione della politerapia con miglioramento aderenza, stile di vita previsto e/o contemplato
4	Indisponibilità allo stile di vita richiesto	<ul style="list-style-type: none"> • 4. Approccio Multidisciplinare integrato (<i>Chronic Team</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri presso AFT, centri anziani per migliorare la gestione delle cronicità

Spesa sanitaria annua per Ip.e Dis.*	Spesa sanitaria per ospedalizz.	Spesa Farmaceutica annua per Ipert.	Aderenza alla terapia in Ipert.
19 mld/€	10 mld/€	2,7 mld/€	55%

Fonte	Risparmio in spesa sanitaria da sviluppo aderenza	Razionale
Medication non-adherence: the other drug problem (Farhan Aslam, Attiya Haque, JoAnne M. Foody)	2,03 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> IL 20% delle ospedalizzazioni sono dovute alla Non Aderenza alla terapia
Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost (Michael C. Sokol, MD, MS, Kimberly A. McGuigan, PhD, Robert R. Verbrugge, PhD, and Robert S. Epstein, MD, MS)	4,98 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> Ipotesi aumento dell'aderenza ai farmaci dal 55% all'80% Spesa per aderenza 1.24€4 Mlo Analisi del ROI degli investimenti in Aderenza per ipertensione: da 1:4
Advancing the responsible use of medicines (IMS Institute)	2,18 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> Il 20% delle ospedalizzazioni sono dovute alla Non Aderenza alla terapia: valore 3.818 – pesando per l'aderenza = 2.176

* Spesa sanitaria unita per Ipertensione e Dislipidemia