



Punto Insieme Sanità

Tavolo Tecnico Metabolico – Relazione conclusiva

25 Marzo 2015

- ✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza
- ✓ Obiettivi del Tavolo *Metabolico*
- ✓ L'Aderenza del paziente *Diabetico*

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

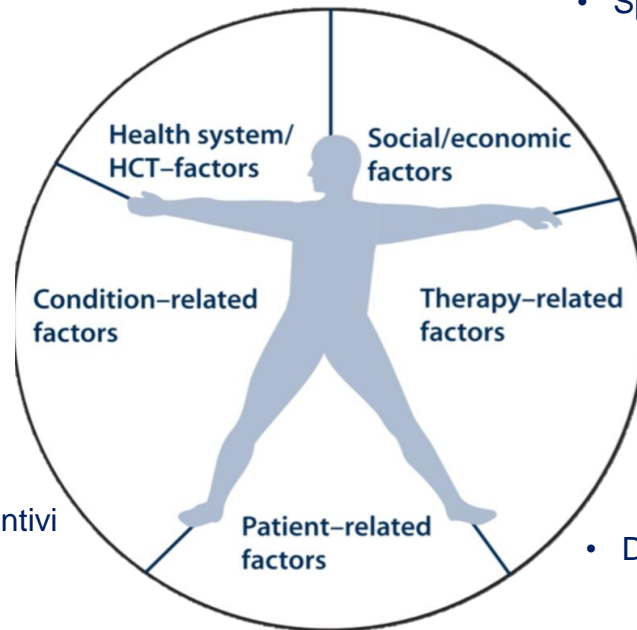
Sulla base dei risultati di PIS, verranno avviati nel 2015

- 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
 - Percezione di scarsa efficacia della terapia
 - Paura di effetti collaterali
 - Valutazione basata sui sintomi
 - Complessità da politerapia
 - Molteplicità delle somministrazioni giornaliere
- Difficoltà d'uso del device
- 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 ed Empowerment del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Informazione e sensibilizzazione del paziente sulla cronicità e sulla patologia • Formazione del paziente sulla autogestione della terapia • Formazione del paziente sullo stile di vita
2	Formazione degli operatori sanitari (medici, farmacisti...)	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo delle capacità di instaurare un corretto rapporto paziente-medico • Sviluppo della capacità di counseling al paziente (comunicare al paziente assicurandosi della comprensione e accettazione dei messaggi) • Formazione al MMG e Farmacia sulla gestione cronicità
3	Accesso agli esami di diagnosi e controllo	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione territoriale dell'erogazione degli esami • Refertazione in telemedicina
4	Approccio multidisciplinare integrato (Chronic Team)	<ul style="list-style-type: none"> • PDTA condiviso a livello multidisciplinare • Supporto informatico condiviso tra tutti gli attori che operano a contatto con il paziente
5	Piano terapeutico individuale basato su un Assessment del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico del paziente da parte del MMG • 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 della politerapia e della inappropriata prescrizione
7	Continuità terapeutica	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimento del farmaco di riferimento in continuità terapeutica al piano (no switch in farmacia rispetto alle indicazioni medico) • Mantenimento della terapia a paziente stabile e con familiarità d'uso con il device
8	Monitoraggio della aderenza da parte del MMG	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione visite di controllo (4 visite anno) • Conteggio prescrizioni • Utilizzo del calcolatore posologico della cartella clinica
9	Strumenti di reminding della terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Impiego di strumenti di reminding della terapia (es. SMS in farmacia) • Blister con pro-memoria / alert elettronici
10	Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale	<ul style="list-style-type: none"> • Evoluzione del sistema di incentivazione del medico di medicina generale e della farmacia • Monitoraggio dell'Aderenza secondo Kpi e strumenti dedicati

- ✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza
- ✓ Obiettivi del Tavolo *Metabolico*
- ✓ L'Aderenza del paziente *Diabetico*

- 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 **Diabete (di tipo II)**
 2. dettagliare **soluzioni** e **azioni** che consentano di **aumentare l'Aderenza** del paziente senior alla **terapia** per il diabete



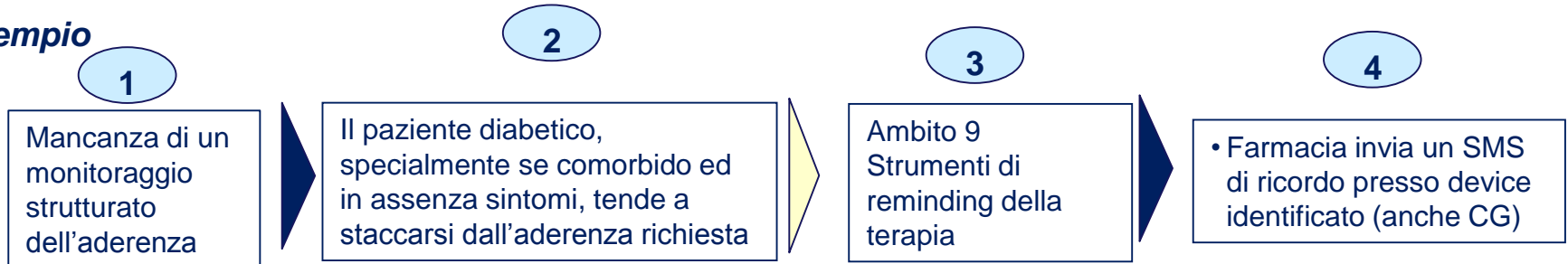
Analisi delle Cause di Non Aderenza

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

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 *Metabolico*
- ✓ L'Aderenza del paziente *Diabetico*

- Nel mondo i pazienti Diabetici sono più che raddoppiati negli ultimi vent'anni, passando da circa 150 Mio ad oltre 350 Mio: si prevede che nel 2030 saranno 600 Mio (stime della Int. Diab. Federation e World Health Orga.). In Italia il 6,2% della popolazione – circa 3,6 Mio pazienti – soffre di Diabete. Di questi più del 90% soffre di diabete di tipo 2. Arriveranno a 6,1 Mio nel 2030. in ragione della sua fase asintomatica, ogni 3 persone con il diabete, c'è ne 1 che non sa di averlo. (*)
- La popolazione più «ampia» dei pazienti diabetici è rappresentata dall'anziano che dai 65 ai 74 anni nel 15,1% dei casi soffre di diabete; % che arriva al 20,4 dai 75 anni in su (**)
- Inoltre, negli ultimi vent'anni (1993-2013), la percentuale di pazienti anziani che soffrono di diabete è cresciuta del 32%. (**)
- La % di pazienti in trattamento con farmaci anti diabetici aderenti alla terapia è pari al 61,7% (***)
- Quindi, circa il **38% dei pazienti con diabete** 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 diete o una adeguata attività fisica.
- I **costi del Diabete** rappresentano quasi il **10% della spesa sanitaria totale**, pari a circa 10Mld €. Il di costo medio annuo di un paziente è pari a 3.899€, dei quali 2.752€ dovuti alle **ospedalizzazioni** (****) – Rapporto Arno 2012

(*) Fonte: Italina Diabetes Monitor - Gennaio 2015

(**) Fonte: Istat http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_MALCRON&Lang

(***) Osmed 2014 – Rapporto Gennaio/Settembre 2014 del Gennaio 2015 – pg 69

	Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Ambiti di intervento	Azioni proposte
1	<p>1.A Ridotto grado di accettazione sulla cronicità della patologia</p> <p>1. B Valutazione basata sui sintomi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Empowerment del paziente • 2. Formazione degli operatori sanitari • 5 piano terapeutico individuale • 7. continuità terapeutica • 8. Monitoraggio aderenza da parte del MMG 	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico del MMG (Hub di competenze ed indicazioni per gli altri SH del patient journey) • Piano terapeutico individuale condiviso continuativo con Diabetologo da utilizzare come «mile stone» di tutto il percorso terapeutico sul quale impostare l'aderenza • Continuità terapeutico assistenziale H (team diabetologico) /T (MMG- e SH) per monitoraggio Patient Flow e costi • Programmazione visite di controllo con MMG – almeno 6 all'anno – in logica report condiviso con Specialista • Incontri per aumentare la consapevolezza vs una malattia cronica che porta a conseguenze gravi se non costantemente monitorata e per educare il paziente alla autogestione della patologia • Counseling al personale infermieristico del Centro Diab. e territoriale per modalità di empowerment del paziente • Condivisione con il farmacista per delineare il perimetro d'azione e rischio switch (specie in logica dpc)
2	<p>Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10. Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale • 9. Strumenti di remindig della terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivazione alla programmazione del piano di follow-up (visite regolari ed esami di controllo) → gestione proattiva dell'agenda del paziente • Utilizzo device per reminder in remoto
3	<p>Indisponibilità allo stile di vita richiesto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4. Approccio Multidisciplinare integrato (Chronic Team) 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitazione da parte del governo locale (aree, segnalazioni, sconti, premi ...) • Trasformare l'indicazione in prescrizione • Incontri presso centri locali (Centri FA) • Incontri presso UCCP per verifica ritorni del cambio stile vita e costi del non cambiamento

Spesa sanitaria annua per Diabete *	Spesa Farmaceutica annua per Diabete	Spesa Farmaceutica Diabete – ter. orale	Aderenza alla terapia nel Diabete
10 mld/€	640 mio/€	320 mio/€	62%

Fonte	Risparmio in spesa sanitaria da sviluppo aderenza	Razionale
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)	Da 0,65 mld/€ A 0,93 mld/€ anno	<ul style="list-style-type: none"> • Ipotesi aumento dell'aderenza agli anti diabetici orali dal 61,7% all'80% • delta spesa per farmaci 92 Mio • Analisi del ROI degli investimenti in Aderenza per diabete: <ul style="list-style-type: none"> • da 1:7 • a 1:10
Advancing the responsible use of medicines (IMS Institute)	1,14 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> • % spesa sanitaria correlata a uso non ottimale dei farmaci = 20% - 2,0 MLDE.. • ... di cui correlata alla Non Aderenza = 57% il valore di 1,14MLD €

Cause di Non Aderenza

Ambiti di intervento

1.a

Ridotto grado di accettazione sulla cronicità della patologia

- Presa in carico del MMG
- Piano terapeutico individuale condiviso con Diabetologo
- Continuità terapeutico assistenziale H (team diabetologico) /T (MMG - e SH) per monitoraggio Patient Flow e costi
- Programmazione visite di controllo (almeno 6)

1.b

Valutazione basata sui sintomi

- Incontri per: aumentare la **consapevolezza** vs una malattia **cronica** e per **educare** il paziente alla **autogestione** della patologia
- **Counseling** al personale infermieristico Centro Diabetologico e del territorio
- **Condivisione con il farmacista** per delineare il perimetro d'azione e rischio switch

2

Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza

- **Incentivazione alla programmazione del** piano di follow-up e della gestione proattiva dell'agenda del paziente
- Utilizzo device per reminder in remoto

3

Indisponibilità allo stile di vita richiesto

- Facilitazione da parte delle Istituzioni Locali (aree dedicate , segnalazioni, sconti, premi ...)
- Trasformare l'indicazione in prescrizione
- Incontri presso centri FederAnziani
- Incontri presso strutture sanitarie per monitoraggio sullo stile di vita

OSSERVAZIONALE RISULTATI