



**Punto Insieme Sanità**

**Tavolo Tecnico Respiratorio – Relazione conclusiva**

***25 Marzo 2015***

- ✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza
- ✓ Obiettivi del Tavolo Respiratorio
- ✓ L'Aderenza del paziente con BPCO

## 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

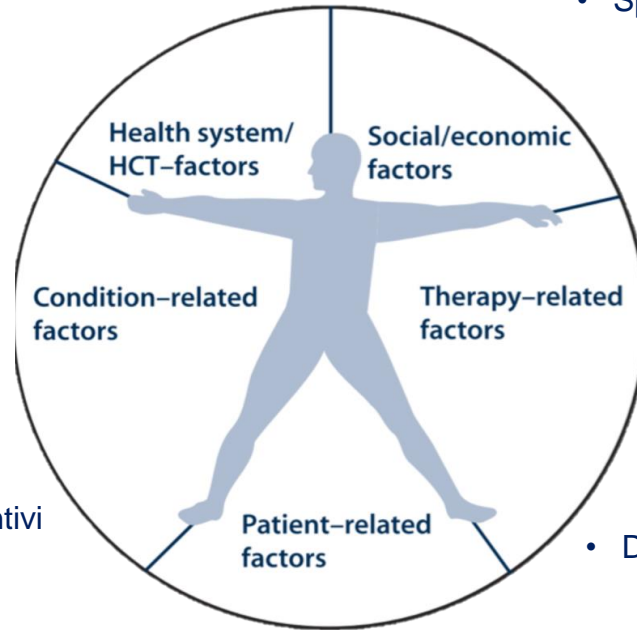
- Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza

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

- ✓ Punto Insieme Sanità: Fare Aderenza
- ✓ Obiettivi del Tavolo Respiratorio
- ✓ L'Aderenza del paziente con BPCO

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



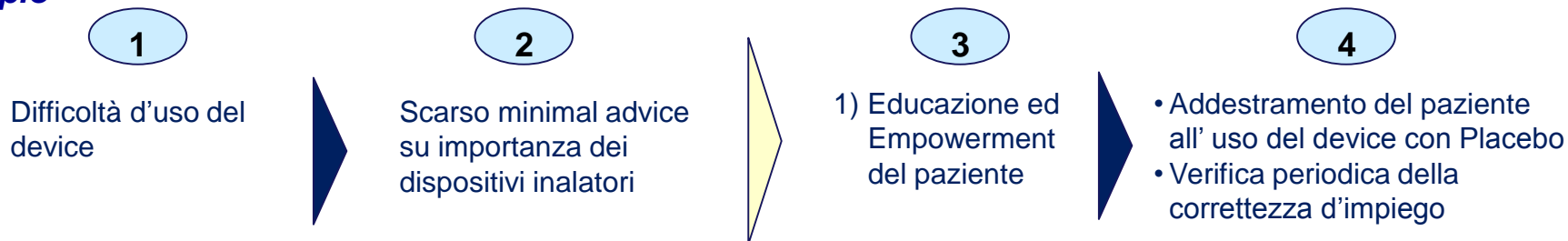
## Analisi delle Cause di Non Aderenza

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

## 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 Respiratorio
- ✓ L'Aderenza del paziente con BPCO

- In Italia la **prevalenza** della **BPCO** è pari a circa il **4,5%**, con una **incidenza** in continuo **aumento** (fino al 20% nell'anziano), per lo più nella popolazione di genere maschile
- La **presa in carico regolare** del paziente con BPCO (30,5%)
  - osmed 2013: la regolarità della presa in carico è valutata nei 365 gg successivi in funzione della ripetizione di prescrizioni
- La **letteratura** è concorde nel fissare a circa il **50% dei pazienti con BPCO** 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 la astensione dal fumo o una adeguata attività fisica)
  - osmed 2013: l'aderenza è valutata nei 365 gg successivi alla presa in carico, con una proporzione dei giorni coperti uguale o maggiore di 80%
- I **costi** della BPCO rappresentano almeno il **6% della spesa sanitaria totale**, pari a circa 9.000M€ (2.725€ di costo medio annuo per paziente con un range da 1.000€ a 5.450€ in base alla gravità), e sono prevalentemente dovuti alle **ospedalizzazioni** (75% dei costi) a causa delle riacutizzazioni\*
- La presenza di **BPCO aumenta** inoltre l'**incidenza degli eventi cardiovascolari**: cardiopatia ischemica (+6,7 p.ti% nei pazienti con BPCO); aritmia cardiaca (+9,3 p.ti%); insufficienza cardiaca (+5,9 p.ti%); altre malattie cardiache (+12.6 p.ti%) e diabete mellito (+8.2 p.ti%)

	Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Dettaglio BPCO
1	Ridotto grado di educazione e informazione relativamente alla cronicità, alla patologia e a fattori correlati alla terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bassa consapevolezza</b> della BPCO come malattia <b>cronica</b> (utilizzo della terapia inalatoria “all’occorrenza”)</li> <li>• Livello di istruzione del paziente</li> <li>• Difficoltà di <b>comunicazione</b> al paziente e all’ambiente familiare</li> </ul>
2	Difficoltà d’uso del device nella terapia inalatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Difficoltà</b> nell’uso dell’<b>inalatore</b> che comporta un impiego errato (e minore efficacia) o l’abbandono della terapia</li> <li>• <b>Scarso minimal advice</b> degli operatori sanitari su <b>importanza</b> dei <b>dispositivi</b> inalatori</li> </ul>
3	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell’aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medici <b>poco incentivati</b> al presidio dell’aderenza (focus delle Asl sul controllo della spesa farmaceutica)</li> <li>• <b>Basso utilizzo</b> di <b>strumenti di monitoraggio</b> a disposizione (calcolatore posologico della cartella clinica e contatore posologico dei dispositivi)</li> </ul>
4	Complessità da politerapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comorbidità</b> (pazienti in trattamento per più patologie croniche)</li> <li>• Pazienti in terapia con <b>associazioni</b> di più farmaci per BPCO</li> </ul>
5	Difficoltà di accesso alle analisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aree scoperte</b> di servizi diagnostici (spirometria, gas-analisi, etc.) / esami di controllo ed effetto imbuto nelle aree coperte</li> <li>• <b>Scarsa accessibilità</b> a <b>servizi specialistici minimi</b></li> </ul>

	Cause di Non Aderenza	Ambiti di intervento	Azioni proposte
1	Ridotto grado di educazione e informazione relativamente alla cronicità e alla patologia e terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowerment del paziente</li> <li>• Formazione degli operatori sanitari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare la <b>consapevolezza</b> vs una malattia <b>cronica</b> che porta a conseguenze gravi sia a livello funzionale che prognostico</li> <li>• <b>Educazione</b> del paziente alla <b>autogestione</b> della patologia (con supporto di materiale informativo ed educativo, applicazioni...)</li> <li>• <b>Formazione</b> degli operatori sanitari per sensibilizzare il paziente sulla patologia e la terapia</li> </ul>
2	Difficoltà d'uso del device nella terapia inalatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowerment del paziente</li> <li>• Formazione degli operatori sanitari</li> <li>• Continuità terapeutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Addestramento</b> del <b>paziente</b> all'uso del dispositivo con Placebo</li> <li>• <b>Verifica</b> della <b>correttezza</b> d'impiego e ripetizione delle informazioni</li> <li>• <b>Coinvolgimento</b> del farmacista, infermiere e assistente di studio nel <b>rinforzo</b> delle <b>informazione</b> sul device</li> <li>• <b>Mantenimento</b> della terapia nel paziente <b>stabile</b> con il dispositivo con cui ha familiarità d'uso</li> <li>• Esistono <b>device</b> che danno un <b>feedback al paziente</b> sulla corretta assunzione del farmaco</li> </ul>
3	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale</li> <li>• Monitoraggio aderenza da parte del MMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incentivazione</b> alla programmazione del <b>piano di follow-up (visite regolari ed esami di controllo)</b> → gestione proattiva dell'agenda del paziente</li> <li>• Aumentare l'utilizzo del <b>calcolatore posologico</b> della cartella clinica e, ove possibile, del <b>contatore posologico</b> dei dispositivi</li> </ul>
4	Complessità da politerapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semplificazione delle terapie (farmaci e device)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Piano terapeutico individuale personalizzato</b> in funzione della profilo dell'assistito e orientato ad una riduzione e semplificazione della terapia e alla valutazione dei fattori di rischio, con una condivisione multidirezionale delle informazioni</li> <li>• Ruolo potenziale delle "Fix dose combinations" nel <b>ridurre la politerapia</b></li> </ul>
5	Difficoltà di accesso ad analisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesso agli esami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione della <b>spirometria</b> anche presso lo studio del <b>MMG</b></li> <li>• Servizi di <b>telemedicina</b> (specialista)</li> </ul>

**Spesa sanitaria annua per BPCO \***

**9 mld/€**

**Incidenza costi di ospedalizzazione**

**75%**

**Spesa Farmaceutica annua per BPCO**

**0,47 mld/€**

**Aderenza alla terapia in BPCO**

**50%**

Fonte	Risparmio in spesa sanitaria (costi diretti) da sviluppo aderenza	Razionale
<p><b>Medication non-adherence: the other drug problem</b> (Farhan Aslam, Attiya Haque, JoAnne M. Foody)</p>	1,35 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'incidenza dei costi di ospedalizzazione è pari al 75%</li> <li>L'11-30% delle ospedalizzazioni sono dovute alla Non Aderenza alla terapia</li> </ul>
<p><b>Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost</b> (Michael C. Sokol, MD, MS, Kimberly A. McGuigan, PhD, Robert R. Verbrugge, PhD, and Robert S. Epstein, MD, MS)</p>	1,13 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi del ROI degli investimenti in Aderenza per ipertensione, dislipidemia e diabete (è stato considerato il ROI minimo: 1:4)</li> <li>Ipotesi di raggiungimento dell'80% di aderenza</li> </ul>
<p><b>Advancing the responsible use of medicines</b> (IMS Institute)</p>	1,03 mld/€	<ul style="list-style-type: none"> <li>% spesa sanitaria correlata a uso non ottimale dei farmaci = 20%...</li> <li>... di cui correlata alla Non Aderenza = 57%</li> </ul>

\* Centro Nazionale Studi di Farmacoeconomia e Farmacoepidemiologia Respiratoria (VR)

## Cause di Non Aderenza

## Ambiti di intervento

1

Ridotto grado di educazione e informazione relativamente alla cronicità, alla patologia e terapia

- **Empowerment del paziente e/o caregiver:** sviluppo della consapevolezza della cronicità ed educazione alla autogestione della patologia
- **Formazione operatori sanitari:** sviluppare il ruolo del farmacista, infermiere e assistente di studio nella sensibilizzazione del paziente sulla patologia e la terapia

2

Difficoltà d'uso del device nella terapia inalatoria

- **Empowerment del paziente:** addestramento del paziente da parte dei medici e delle altre figure professionali all'uso del device con Placebo e verifica della effettiva correttezza d'impiego
- **Formazione degli operatori sanitari** nel rinforzo delle informazioni sul device
- **Continuità terapeutica:** mantenimento della terapia nel paziente stabile con il dispositivo con cui ha familiarità d'uso

3

Mancanza di monitoraggio strutturato dell'aderenza

- **Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale:** incentivazione del MMG alla gestione proattiva dell'agenda del paziente → piani di follow-up (visite regolari ed esami di controllo)
- **Strumenti di monitoraggio della aderenza:** utilizzo del calcolatore posologico della cartella clinica e del contatore posologico dei dispositivi

4

Complessità da politerapia

- **Formulazione di un piano terapeutico individuale personalizzato** sviluppato dal MMG in funzione del profilo dell'assistito e orientato ad una riduzione e semplificazione della terapia e alla valutazione dei fattori di rischio, con una condivisione multidirezionale delle informazioni

5

Difficoltà di accesso alle analisi

- **Accesso agli esami:**
  - implementazione della spirometria anche presso lo studio del MMG
  - sviluppo servizi di supporto specialistico in telemedicina

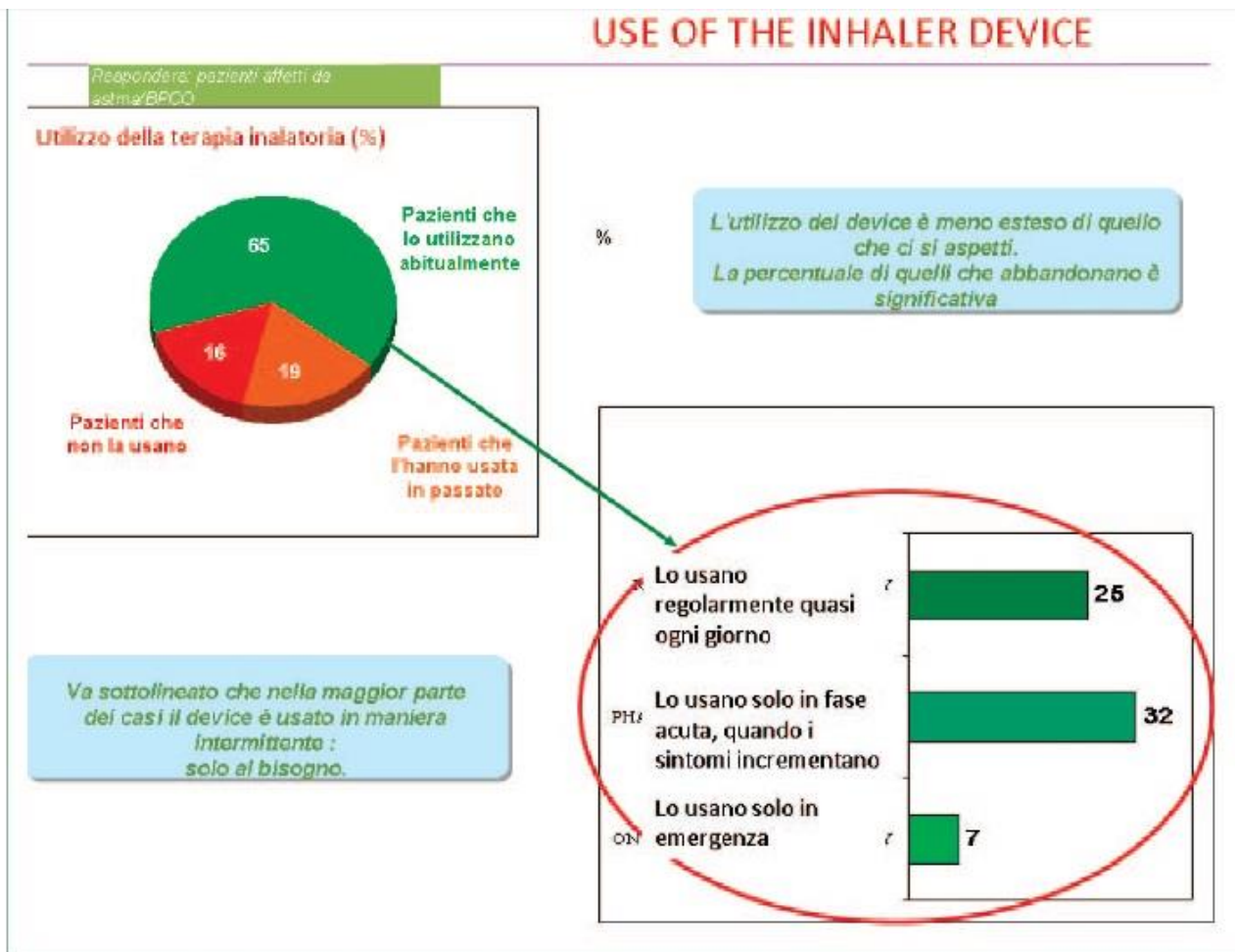
- **FederAnziani** sta pianificando l'avvio di una **indagine sul paziente anziano** in trattamento per **BPCO**, utilizzando un **questionario standardizzato e validato**, finalizzata a
  - definire e quantificare le **principali cause di non aderenza** alla terapia da parte del paziente anziano
  - valutare il livello di **soddisfazione** del paziente relativamente alla **facilità d'uso** degli **inalatori**
  - **incrociare** le **valutazioni** dichiarate con il **profilo anagrafico e sanitario** del paziente
  - **stimare l'impatto** delle caratteristiche degli inalatori **sull'aderenza** alla terapia

## Back-up



- Breve ed efficace **counselling**, **monitoraggio elettronico** e **feedback sull'uso dell'inalatore**, **autogestione** da parte del paziente e **coordinamento tra medico curante e farmacista**. Sono queste le principali strategie per migliorare l'aderenza terapeutica nei pazienti con BPCO suggerite dalla review condotta da Jamie Bryant e colleghi del Priority Research Centre for Health Behaviour, University of Newcastle & Hunter Medical Research Institute, Callaghan, Australia
- Il monitoraggio sull'uso degli inalatori mediante device elettronico e il feedback da parte del medico curante sul corretto uso degli inalatori si è associato a una aderenza significativamente superiore rispetto ai controlli a quattro mesi di distanza ( $p=0,003$ ) e a 24 mesi di distanza ( $p=0,05$ )
- Un breve counselling condotto da un farmacista adeguatamente istruito che spieghi in 3-5 minuti al paziente che cosa sia il farmaco prescritto e l'importanza della sua assunzione
- Interventi multi-componenti, cioè che ricorrono a una education all'auto-gestione da parte del paziente e al coordinamento dell'assistenza ai pazienti da parte dei medici e dei farmacisti (con un programma di questo tipo l'aderenza ai trattamenti inalatori è aumentata significativamente in 12 mesi: 71% nel gruppo di intervento vs 37% nei controlli ( $p=0,009$ ))
- Interviste motivazionali condotte faccia a faccia, l'educazione verso il controllo dei sintomi, le tecniche di espettorazione e l'importanza nell'esecuzione di semplici esercizi hanno prodotto risultati positivi sull'aderenza a farmaci inalatori e orali a un follow-up di 6 mesi ( $p=0,05$ )
- Decisioni terapeutiche condivise, interventi mirati al medico e non solo al paziente, al coinvolgimento diretto dei care-giver potrebbero risultare strategie di grande efficacia per ulteriormente migliorare l'aderenza alla cura prescritta per la BPCO

- **CONSAPEVOLEZZA:** il paziente deve essere consapevole della sua malattia, delle cure disponibili e del loro obiettivo. Una scarsa informazione, la presenza di conoscenze poco corrette, la difficoltà a riconoscere ed accettare le caratteristiche della malattia (cronicità, necessità di un trattamento a lungo termine..) sono il punto di partenza per essere aderenti
- **CORRETTEZZA:** i farmaci devono essere assunti secondo le prescrizioni del medico, e gli inalatori devono essere utilizzati seguendo una determinata procedura. È importante che il paziente gestisca la terapia in modo ottimale: per essere aderenti bisogna rispettare i dosaggi ed essere certi di aver utilizzato l'inalatore correttamente
- **COSTANZA** (continuità): l'asma e la BPCO sono due patologie croniche. Per questo il trattamento ha lo scopo non soltanto di curare i sintomi, ma anche di agire sull'evoluzione della malattia. È importante quindi che il paziente non modifichi o smetta la terapia quando i sintomi sono migliorati o quando si sente meglio. La continuità della cura permette di raggiungere e mantenere gli obiettivi clinici.
- L'applicazione di un intervento multifattoriale - che comprenda informazioni sulla patologia, promemoria sulle dosi, rinforzo con materiali audiovisivi, focus sull'aspetto motivazionale e tecniche di allenamento per l'inalazione - per i pazienti con BPCO sottoposti a terapia inalatoria può portare ad un aumento del 25% dell'aderenza alla terapia.



**Figura 15:** Utilizzo della terapia inalatoria in un campione di pazienti affetti da asma e BPCO coinvolti in una survey nazionale, pubblica, pratica di Braido et al 2013

**TABLE 3.** All-Cause Healthcare Costs and Hospitalization Risk at Varying Levels of Medication Adherence

Condition	Adherence Level	N	Medical Cost (\$)	Drug Cost (\$)	Total Cost (\$)	Hospitalization Risk (%)
Diabetes	1–19	182	15,186*	1312	16,498	55*
	20–39	259	11,200*	1877	13,077	47*
	40–59	419	11,008*	1970	12,978	42*
	60–79	599	9363*	2121	11,484	39*
	80–100	1801	6377	2510	8886	30
			<b>F = 51.33<sup>†</sup></b>	<b>F = 51.38<sup>†</sup></b>		<b><math>\chi^2</math> (25 df) = 695.3<sup>†</sup></b>
			<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.24</b>	<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.24</b>		
Hypertension	1–19	350	8831*	916	9747	44*
	20–39	344	10,286*	952	11,238	39*
	40–59	562	8368*	1123	9491	36*
	60–79	921	7658	1271	8929	30*
	80–100	5804	6570	1817	8386	27
			<b>F = 66.51<sup>†</sup></b>	<b>F = 50.94<sup>†</sup></b>		<b><math>\chi^2</math> (31 df) = 1573.2<sup>†</sup></b>
			<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.18</b>	<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.14</b>		
Hypercholesterolemia	1–19	167	9849*	1067	10,916	26*
	20–39	216	6830*	1152	7982	18*
	40–59	324	5509*	1247	6756	20*
	60–79	520	6676*	1736	8412	21*
	80–100	1754	4780	1972	6752	16
			<b>F = 22.37<sup>†</sup></b>	<b>F = 101.14<sup>†</sup></b>		<b><math>\chi^2</math> (25 df) = 500.7<sup>†</sup></b>
			<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.11</b>	<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.37</b>		
CHF	1–19	86	22,003	1961	23,964	83*
	20–39	70	17,133	2055	19,188	81*
	40–59	82	24,103	2208	26,311	85*
	60–79	107	26,373	3412	29,785	84*
	80–100	518	19,056	3107	22,164	75
			<b>F = 7.69<sup>†</sup></b>	<b>F = 11.71<sup>†</sup></b>		<b><math>\chi^2</math> (24 df) = 108.7<sup>†</sup></b>
			<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.12</b>	<b>Adj. r<sup>2</sup> = 0.18</b>		

\*Indicates that the outcome is significantly higher than the outcome for the 80–100% adherence group ( $P < 0.05$ ). Differences were tested for medical cost and hospitalization risk.

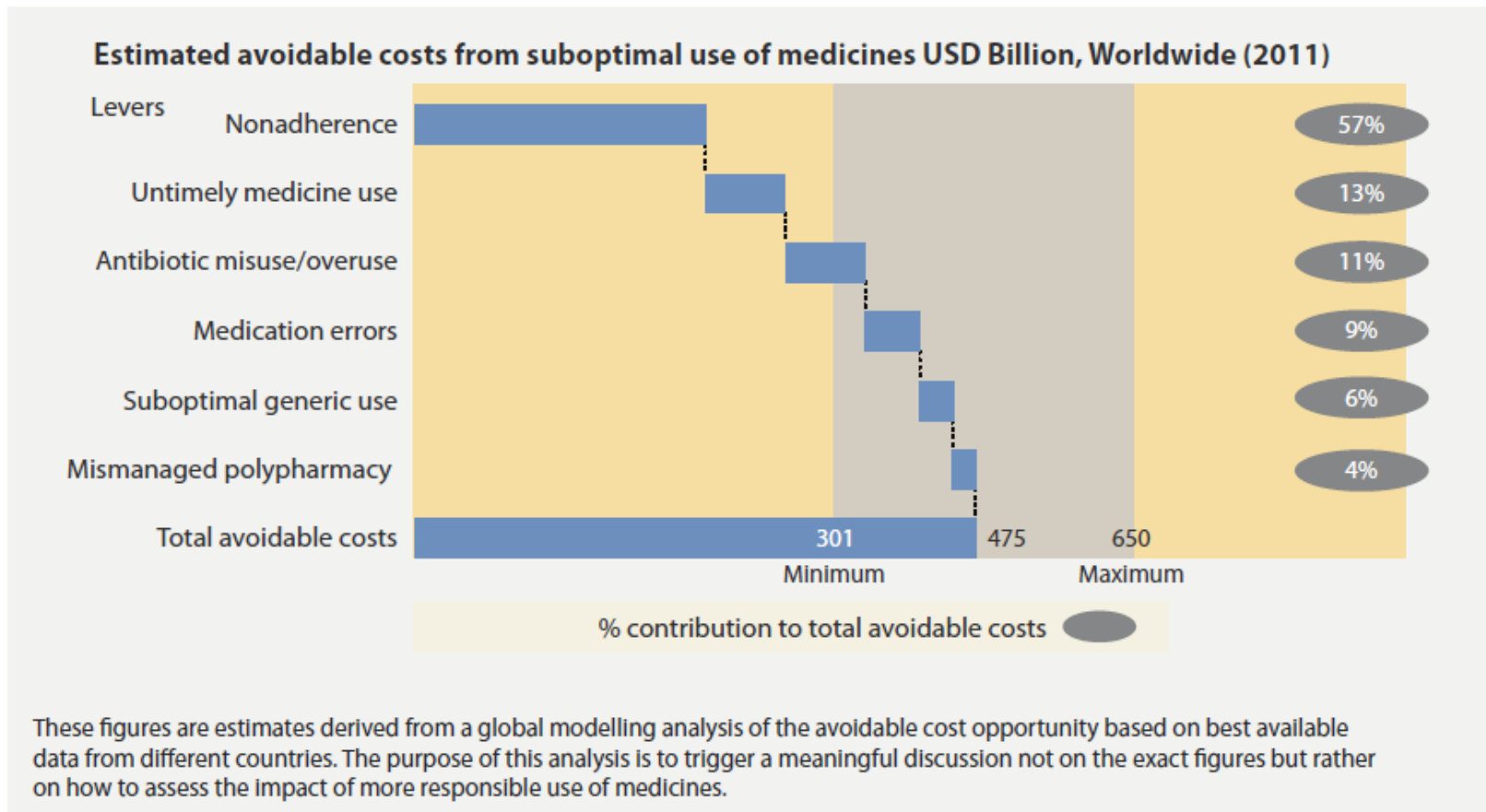
<sup>†</sup> $P < 0.0001$ .

CHF indicates congestive heart failure.

basta soffermarsi su alcuni numeri. Negli Stati Uniti il 43% della popolazione generale (il 55% degli anziani e il 54% degli adolescenti) non è aderente al trattamento farmacologico. Ciò causa circa il 10-25% dei ricoveri ospedalieri e circa 125 mila decessi l'anno, con costi per il sistema sanitario che si avvicinano a US\$ 100 miliardi annui in ricoveri eccessivi, e uno spreco complessivo relativo alla spesa medica di circa US\$ 290 miliardi. Con un'aderenza alla terapia pari a circa il 50%, il Regno Unito ha circa £4 miliardi di farmaci non usati correttamente; inoltre **la non-aderenza terapeutica è responsabile di circa l'11-30% dei ricoveri ospedalieri.** In tutta Europa, la non-aderenza è causa di una spesa per il sistema sanitario pari a €125 miliardi e oltre 200 mila morti premature ogni anno. Il recente rapporto OsMed 2013, su dati italiani 2012, evidenzia che nel caso dell'ipertensione l'aderenza al trattamento è del 55,10%; nel caso della depressione soltanto il 38,4% dei pazienti è aderente; mentre per le sindromi ostruttive respiratorie questo dato precipita al 14,30%. Numerosi fattori – correlati al paziente, al

### What is the quantified opportunity?

About \$500Bn dollars may be avoided through better responsible medicine use



# Principali costi diretti e indiretti di BPCO (€/Pts/Anno)

Parametri	Basale		Follow-up	
	Costo Medio per Paziente (n=561)		Costo Medio per Paziente (n=561)	
	val in €	%	val in €	%
Terapia farmacologica principale	347,23	12.7%	663,78	31.1%
Terapia farmacologica concomitante	186,82	6.9%	256,44	12.0%
Ricoveri	1.519,67	55.8%	823,12	38.6%
Day Hospital	88,68	3.3%	70,41	3.3%
Accessi Pronto Soccorso	7,62	0.3%	3,83	0.2%
Visite MMG e Specialistiche	150,59	5.5%	93,99	4.4%
Esami*	162,68	6.0%	124,66	5.8%
Accertamenti per effetti collaterali	0,70	0.0%	0,12	0.0%
Profilassi ambientale e aiuti domestici	3,07	0.1%	2,35	0.1%
Terapia alternativa**	39,77	1.5%	5,88	0.3%
<b>Totale Costi Diretti</b>	<b>2.506,84</b>	<b>92.0%</b>	<b>2.044,58</b>	<b>95.9%</b>
<b>Δ basale – follow-up: -462,26 €</b>				
Assenze lavoro	216,84	8.0%	88,31	4.1%
<b>Totale Costi Indiretti</b>	<b>216,84</b>	<b>8.0%</b>	<b>88,31</b>	<b>4.1%</b>
<b>Δ basale – follow-up: -128,53 €</b>				
<b>Totale Costi</b>	<b>2.723,68</b>	<b>100%</b>	<b>2.132,89</b>	<b>100%</b>
<b>Δ basale – follow-up: -590,79 €</b>				