



**Punto Insieme Sanità**

**Tavolo Tecnico Urologia – Relazione conclusiva**

***25 Marzo 2015***

- **Punto Insieme Sanità: *Fare Aderenza***
- Obiettivi del Tavolo Urologia - IPB
- L'Aderenza del paziente con IPB

## 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

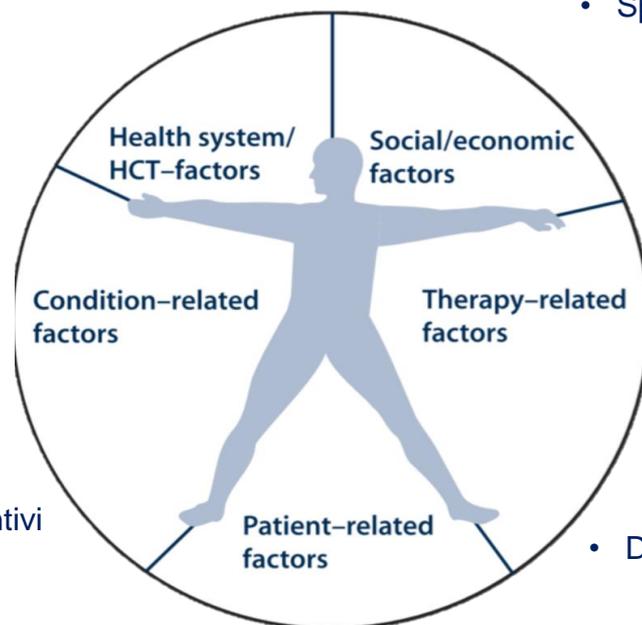
Sulla base dei risultati di PIS, verranno avviati nel 2015

- 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

	<b>Ambiti</b>	<b>Aree di intervento</b>
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 Urologia - IPB**
- L'Aderenza del paziente con IPB

- Con riferimento alle principali **cause** di Non Aderenza e agli **interventi** chiave proposti nel 2014 dal **S.A.B.A.** (Strategic Advisory Board on Adherence):
  - declinare le principali **motivazioni di Non Aderenza** in ambito **IPB**
  - dettagliare **soluzioni** che consentano di **umentare l'Aderenza** del paziente alla **terapia** per l'**IPB**



## 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 nell'IPB**
2. **Declinazione** e descrizione delle cause di Non Aderenza nel trattamento dell'IPB

## Action Plan per l'Aderenza

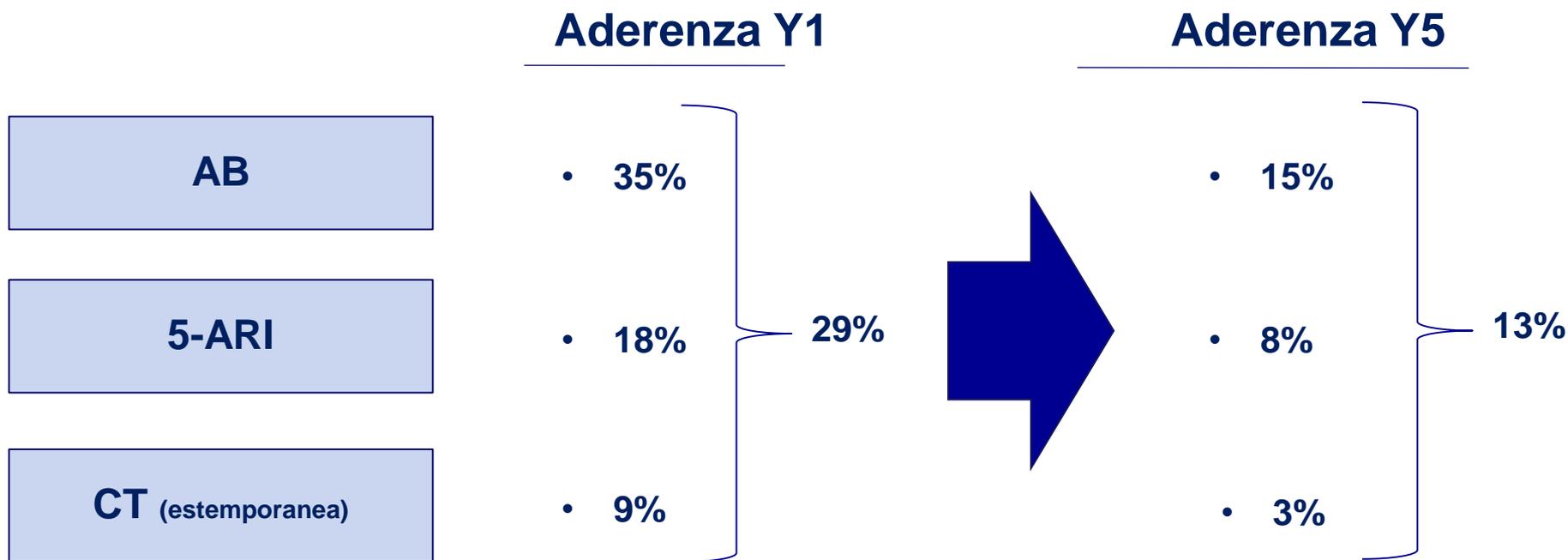
- Relativamente a **ciascuna causa** identificata al punto 2
3. definizione dell'**ambito** di intervento
  4. declinazione di **azioni concrete** per lo sviluppo dell'Aderenza

### Esempio



- Punto Insieme Sanità: *Fare Aderenza*
- Obiettivi del Tavolo Urologia - IPB
- **L'Aderenza del paziente con IPB**

- La prevalenza dell'IPB in Italia è pari all'8%, negli uomini di età tra 31 e 40 anni, fino al 40-50% negli uomini di età compresa tra 51 e 60 anni ed è > 80% negli uomini con più di 80 anni.
- Tuttavia il numero dei soggetti in cui la IPB diventa sintomatica, cioè costituisce effettivamente un disturbo, è circa la metà. Sono escluse componenti ambientali nell'eziologia della malattia, mentre si è ipotizzato il ruolo di fattori ereditari per l'aumentato rischio di incidenza in parenti di soggetti colpiti dalla patologia.
- L'IPB è anche un problema sociosanitario con costi altissimi:
  - oltre 40 mila interventi chirurgici l'anno
  - 14.854 ricoveri
  - 327,8 milioni di euro spesi per il trattamento farmacologico
  - 74.834 giornate di assenza dal lavoro



**A parità di condizioni vi è un incremento di aderenza nel passaggio da combinazione estemporanea (2 pillole) a combinazione fissa (1 pillola) in un range potenziale 9% - 24% nel primo anno e 5% - 12% nel quinto anno**

Fonte: Drug Adherence and Clinical Outcomes for Patients Under Pharmacological Therapy for Lower Urinary Tract Symptoms Related to Benign Prostatic Hyperplasia: Population-based Cohort Study – Nov. 2014

	Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Dettaglio IPB
1	Ridotto grado di educazione relativamente alla cronicità e alla terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bassa consapevolezza dell'<b>IPB come malattia cronica</b></li> <li>• Difficoltà di comunicazione medico e paziente (relazione dinamica)</li> <li>• Strutturare il rapporto tra specialista e MMG</li> <li>• Mancanza accettazione da parte del paziente della propria patologia</li> </ul>
2	Ridotta capacità di counseling del medico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione al medico per la gestione del rapporto medico-paziente</li> <li>• Difficoltà di <b>comunicazione</b> al paziente e all'ambiente familiare</li> </ul>
3	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilità di sospensione della terapia da parte del paziente alla percezione di un miglioramento dello stato di benessere</li> </ul>
4	Assenza di un percorso terapeutico condiviso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione di PDTA condivisi tra MMG e Specialisti</li> </ul>
5	Complessità da politerapia/terapia appropriata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbidità (pazienti in trattamento per più patologie croniche)</li> <li>• Pazienti in terapia con <b>associazioni estemporanee</b></li> </ul>

	<b>Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)</b>	<b>Ambiti di intervento</b>	<b>Azioni proposte</b>
<b>1</b>	Ridotto grado di educazione relativamente alla cronicità e alla terapia	<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>Educazione</b> del paziente riguardo la patologia (con supporto di materiale informativo ed educativo, applicazioni...)</li> <li>• <b>Condivisione di PDTA (territorio e ospedale)</b></li> <li>• <b>Formazione didattica mirata degli operatori sanitari</b></li> <li>• <b>Mantenimento della terapia</b></li> </ul>
<b>2</b>	Ridotta capacità di counseling del medico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione degli operatori sanitari</li> <li>• Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale</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>Ri-organizzazione</b> delle attività ambulatoriali (qualità vs. quantità)</li> <li>• <b>Sistemi di comunicazione strutturata e condivisa territorio-ospedale</b></li> </ul>
<b>3</b>	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale</li> <li>• Strumenti di monitoraggio della aderenza</li> <li>• Educazione ed empowerment del paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Passaggio da una medicina di attesa ad una proattiva (Chronic Care Model)</b></li> <li>• <b>Sistemi di comunicazione strutturata e condivisa territorio-ospedale</b></li> </ul>
<b>4</b>	Assenza di un percorso terapeutico condiviso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educazione ed empowerment del paziente</li> <li>• Formazione degli operatori sanitari</li> <li>• Monitoraggio dell'aderenza MMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Creazioni di percorsi diagnostici condivisi dagli operatori sanitari</b></li> </ul>
<b>5</b>	Complessità da politerapia/terapia appropriata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semplificazione delle terapie</li> <li>• Continuità terapeutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinali con assunzione semplice: <b>utilizzo di associazioni fisse</b> (es. AB-5ARI)</li> <li>• Personalizzazione della terapia (tailored therapy)</li> <li>• Gestione attiva dei costi (es. anticolinergici e beta3 agonisti in Classe A e terapia riabilitativa del pavimento pelvico)</li> </ul>

# Risparmio potenziale in spesa sanitaria da maggiore Aderenza ai trattamenti per l'IPB

<b>Spesa sanitaria annua per IPB</b>	<b>Incidenza costi di ospedalizzazione</b>	<b>Spesa Farmaceutica annua per IPB</b>	<b>Aderenza alla terapia in IPB</b>
<b>3,7 mld/€</b>	<b>75%</b>	<b>0,328 Mld. €</b>	<b>29%*</b>

Fonte	Risparmio in spesa sanitaria da sviluppo aderenza	Razionale
<b>Medication non-adherence: the other drug problem</b> (Farhan Aslam, Attiya Haque, JoAnne M. Foody)	0,9 Mld. €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenza costi di ospedalizzazione pari al 75%</li> <li>• L'11-30% delle ospedalizzazioni sono dovute alla Non Aderenza alla terapia</li> </ul>
<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)	1,1 Mld. €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi del ROI degli investimenti in Aderenza per ipertensione, dislipidemia e diabete</li> <li>• È stato considerato il ROI minimo (1:4)</li> </ul>
<b>Advancing the responsible use of medicines</b> (IMS Institute)	0,97 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>

Fonte: \* Drug Adherence and Clinical Outcomes for Patients Under Pharmacological Therapy for Lower Urinary Tract Symptoms Related to Benign Prostatic Hyperplasia: Population-based Cohort Study – Nov. 2014

## Cause di Non Aderenza

## Ambiti di intervento

1

Ridotto grado di educazione relativamente alla cronicità e alla terapia

- **Empowerment del paziente:** Educazione del paziente riguardo la patologia (*con supporto di materiale informativo ed educativo, applicazioni...*)
- **Formazione operatori sanitari:** Condivisione di PDTA (*territorio e ospedale*); Formazione didattica mirata degli operatori sanitari
- **Continuità terapeutica:** mantenimento della terapia

2

Ridotta capacità di counseling del medico

- **Formazione operatori sanitari:** Aumentare la consapevolezza vs una malattia cronica che porta a conseguenze gravi sia a livello funzionale che prognostico
- **Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale:** Ri-organizzazione delle attività ambulatoriali (*qualità vs. quantità*); Sistemi di comunicazione strutturata e condivisa territorio-ospedale

3

Mancanza di un monitoraggio strutturato dell'aderenza

- **Evoluzione della Governance sanitaria a livello locale:** Passaggio da una medicina di attesa ad una proattiva (*chronic care model*)
- **Strumenti di monitoraggio dell'aderenza**
- **Educazione ed empowerment del paziente:** educazione del paziente sull'aderenza

4

Assenza di un percorso terapeutico condiviso

- **Educazione ed empowerment del paziente**
- **Formazione degli operatori sanitari**
- **Monitoraggio dell'aderenza MMG**

**CREAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI CONDIVISI DAGLI OPERATORI SANITARI**

5

Complessità da politerapia/terapia appropriata

- **Semplificazione delle terapie:** Personalizzazione della terapia (*tailored therapy*)
- **Continuità terapeutica:** utilizzo delle **associazioni fisse** (es. AB-5ARI)

**GESTIONE ATTIVA DEI COSTI**

(es. *anticolinergici e beta3 agonisti e terapia riabilitativa del pavimento pelvico in Classe A*)