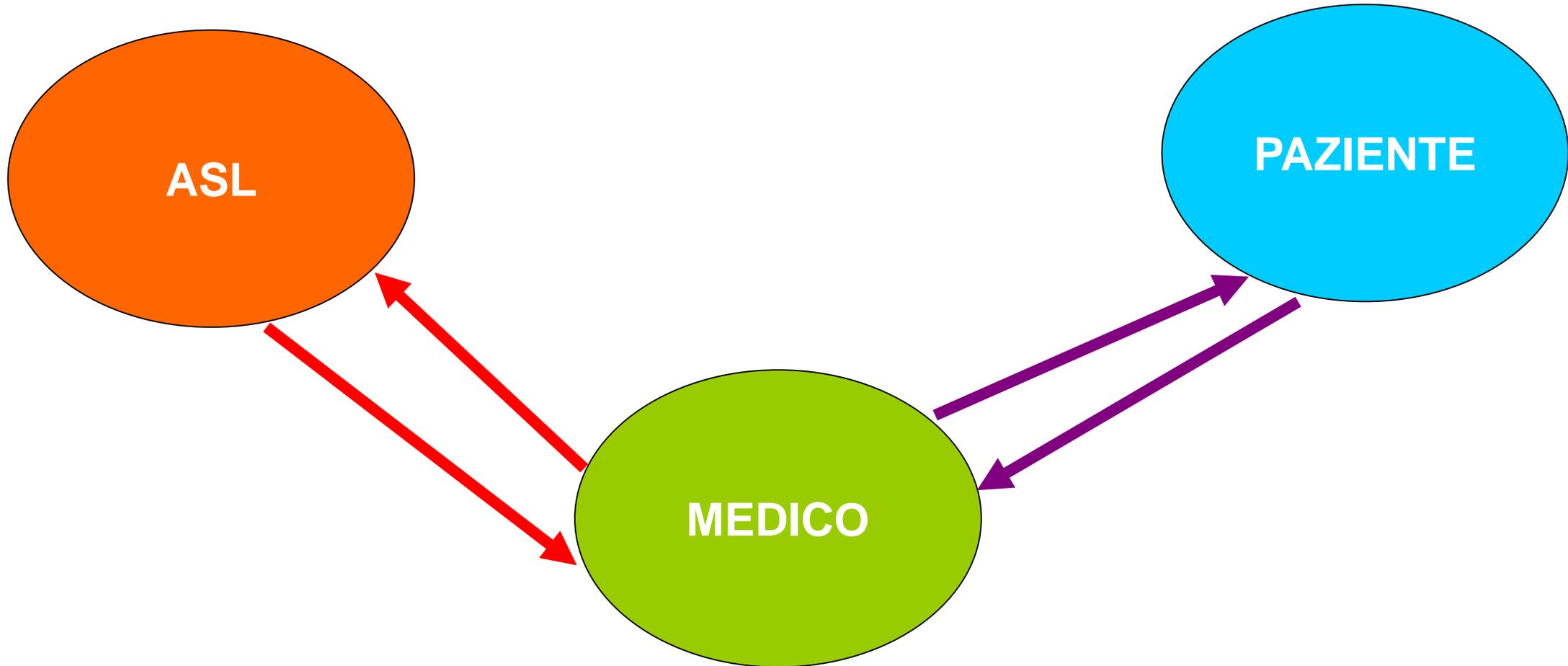


Aderenza e appropriatezza terapeutica: il punto di vista del MMG

Maria Maddalena Matarazzo

FIMMG ROMA

Appropriatezza



Appropriatezza clinica

L'appropriatezza clinica (o specifica) riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di beneficiarne superano i potenziali rischi.



L'appropriatezza clinica rappresenta una sorta di efficacia individuale, relativa ai bisogni e alla complessità del singolo paziente.

Un intervento non efficace non può essere appropriato, ma anche un intervento per il quale vi sia prova scientifica di efficacia potrebbe non essere appropriato se effettuato su un paziente per il quale non sia indicato.

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
Anno 2014



Agenzia Italiana del Farmaco
AIFA

Appropriatezza

Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco è stato dimostrato essere efficace e, più in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento).

Valutazione dell'appropriatezza

Generalmente, l'appropriatezza è valutata mediante l'analisi della variabilità prescrittiva e/o dell'aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti.

Valutazione dell'appropriatezza

Nel primo caso, la variabilità prescrittiva è solitamente espressa in termini di volumi (DDD per 1000 abitanti die) oppure di spesa (spesa pro-capite) ed evidenzia lo scostamento delle unità in valutazione rispetto alla media del contesto di valutazione: le Regioni nel contesto nazionale, le ASL nel contesto regionale, i singoli Medici Specialisti o di Medicina Generale nel contesto locale.

Valutazione dell'appropriatezza

Tuttavia , si deve ricordare che se la variabilità prescrittiva (in eccesso o in difetto rispetto alla media di riferimento) non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza, una maggiore omogeneità rispetto alla media non è di per sé sinonimo di appropriatezza.

Valutazione dell'appropriatezza

Per definire l'appropriatezza prescrittiva in senso stretto sono necessarie analisi che permettano di confrontare le modalità prescrittive con standard predefiniti (analisi dell'aderenza).

Aderenza

L'importanza di tali analisi appare giustificata da alcune principali considerazioni:

Aderenza

1) La scarsa aderenza delle modalità prescrittive a standard predefiniti (e.g:la continuità terapeutica nei trattamenti cronici) è la principale causa di non efficacia della terapia farmacologica e rappresenta, di conseguenza, un fattore modificabile essenziale per il miglioramento dello stato di salute del paziente (esito clinico) e la ottimizzazione del consumo di risorse sanitarie (esito economico).

Aderenza

- 2) L'aderenza al trattamento e, più in generale, il trasferimento delle evidenze scientifiche in pratica clinica risulta generalmente insoddisfacente e soprattutto, non presenta un andamento di significativo miglioramento negli ultimi anni ancorché l'attenzione verso tale problematica sia diffusa ed in aumento.

Valutazione dell'appropriatezza

- **INDICATORI DI CONSUMO**
- **INDICATORI DI PRESCRIZIONE**
- **INDICATORI DI ADERENZA**

Tabella 4.5.2. Numero di pazienti in trattamento antidiabetico aderenti al trattamento [numeratore], sul totale dei pazienti in trattamento antidiabetico [denominatore].

| | 2014 N = 807.185 | | 2013 N = 780.577 | | 2012 N = 761.936 | |
|----------------------------------|---------------------|-------------|---------------------|------------|---------------------|----------|
| | % | Var. % | % | Var. % | % | Var. % |
| TOTALE | 62,2 | -0,4 | 62,5 | 1,1 | 61,8 | / |
| Area geografica | | | | | | |
| Nord | 65,6 | 0,4 | 65,4 | 2,1 | 64,0 | / |
| Centro | 59,2 | -4,6 | 62,1 | 0,4 | 61,8 | / |
| Sud | 56,9 | 1,1 | 56,3 | -0,4 | 56,5 | / |
| Genere | | | | | | |
| Maschio | 63,7 | -0,1 | 63,8 | 1,1 | 63,1 | / |
| Femmina | 60,5 | -0,8 | 61,0 | 1,1 | 60,4 | / |
| Classi di età | | | | | | |
| ≤45 | 44,7 | 1,5 | 44,0 | 5,4 | 41,7 | / |
| 46-65 | 64,1 | -0,1 | 64,1 | 1,7 | 63,1 | / |
| 66-75 | 66,1 | -0,3 | 66,3 | 1,2 | 65,6 | / |
| >75 | 58,2 | -0,9 | 58,8 | -0,2 | 58,8 | / |
| Pregresso trattamento§ | | | | | | |
| Nuovi trattati | 29,8 | 5,1 | 28,3 | 4,2 | 27,2 | / |
| Già in trattamento | 67,7 | -1,0 | 68,4 | 0,1 | 68,4 | / |
| Comorbidità | | | | | | |
| Senza pregresso evento CV | 62,3 | -0,4 | 62,6 | 1,2 | 61,9 | / |
| Con pregresso evento CV | 58,9 | -0,6 | 59,3 | -0,7 | 59,7 | / |
| TOTALE senza occasionali* | 67,0 | -0,4 | 67,3 | 0,4 | 67,0 | |

Indicatore non calcolato per le Aziende Sanitarie per le quali non è stato possibile gestire la mobilità extra ASL. Poiché i dati erano disponibili fino al 31 dicembre 2014, l'ultimo anno di inclusione è stato il 2013 (per ottenere anche per gli inclusi a dicembre 2013 un intero anno di osservazione).

L'aderenza al trattamento con ipoglicemizzanti è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione nell'anno di inclusione (data indice). Aderenti al trattamento sono stati definiti i pazienti con una proporzione di giorni coperti uguale o superiore all'80%.

N: si riferisce al numero di pazienti in trattamento con ipoglicemizzanti di età ≥ 18 anni.

§Nuovi trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di inclusione, non trattati nell'anno precedente la data indice. Già trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di inclusione, e che avevano già ricevuto prescrizioni nell'anno precedente la data indice.

*Indicatore calcolato escludendo dal denominatore i pazienti occasionali al trattamento.

Tabella 4.3.4. Numero di pazienti trattati con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento [numeratore], sul totale dei pazienti trattati con antiipertensivi [denominatore].

| | 2014 N = 4.354.334 | | 2013 N = 4.253.410 | | 2012 N = 4.163.262 | |
|-------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|----------|
| | % | Var. % | % | Var. % | % | Var. % |
| TOTALE | 55,5 | 0,2 | 55,3 | 1,3 | 54,7 | / |
| Area geografica | | | | | | |
| Nord | 56,8 | 1,7 | 55,8 | 0,9 | 55,3 | / |
| Centro | 50,4 | -7,7 | 54,6 | 0,4 | 54,4 | / |
| Sud | 56,2 | 3,0 | 54,5 | 3,4 | 52,7 | / |
| Genere | | | | | | |
| Maschio | 57,4 | -0,1 | 57,4 | 1,1 | 56,8 | / |
| Femmina | 53,9 | 0,5 | 53,6 | 1,3 | 52,9 | / |
| Classi di età | | | | | | |
| ≤45 | 33,1 | 0,7 | 32,8 | 2,4 | 32,1 | / |
| 46-65 | 50,6 | -0,4 | 50,8 | 0,8 | 50,4 | / |
| 66-75 | 60,1 | -0,1 | 60,2 | 0,8 | 59,7 | / |
| >75 | 60,1 | 0,4 | 59,8 | 1,1 | 59,2 | / |
| Pregresso trattamento§ | | | | | | |
| Nuovi trattati | 24,0 | 2,1 | 23,5 | 0,2 | 23,4 | / |
| Già in trattamento | 59,7 | 0,0 | 59,7 | 1,0 | 59,1 | / |
| Comorbidità | | | | | | |
| Senza pregresso evento CV o diabete | 53,2 | 0,3 | 53,0 | 1,3 | 52,3 | / |
| Con pregresso evento CV o diabete | 66,6 | -0,5 | 66,9 | 0,9 | 66,3 | / |
| TOTALE senza occasionali* | 58,8 | 0,0 | 58,8 | 1,0 | 58,2 | |

Indicatore non calcolato per le Aziende Sanitarie per le quali non è stato possibile gestire la mobilità extra ASL. Poiché i dati erano disponibili fino al 31 dicembre 2014, l'ultimo anno di inclusione è stato il 2013 (per ottenere anche per gli inclusi a dicembre 2013 un intero anno di osservazione). L'aderenza al trattamento con antiipertensivi è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione nell'anno di inclusione (data indice). Aderenti al trattamento sono stati definiti i pazienti con una proporzione di giorni coperti uguale o superiore all'80%.

N: si riferisce al numero di pazienti trattati con antiipertensivi di età ≥ 18 anni.

§Nuovi trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di inclusione, non trattati nell'anno precedente la data indice. Già trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di inclusione, e che avevano già ricevuto prescrizioni nell'anno precedente la data indice.

*Indicatore calcolato escludendo dal denominatore i pazienti occasionali al trattamento.

Tabella 4.6.5. Numero di pazienti trattati con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aderenti al trattamento [numeratore], sul totale dei pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie [denominatore].

| | 2014 N = 1.311.215 | | 2013 N = 1.239.069 | | 2012 N = 1.244.323 | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|------------|-----------------------|----------|
| | % | Var. % | % | Var. % | % | Var. % |
| TOTALE | 13,9 | -1,4 | 14,1 | 3,6 | 13,6 | / |
| Area geografica | | | | | | |
| Nord | 15,1 | -1,4 | 15,3 | 2,4 | 14,9 | / |
| Centro | 13,9 | -6,0 | 14,8 | 4,4 | 14,1 | / |
| Sud | 11,1 | 5,2 | 10,5 | 6,8 | 9,9 | / |
| Genere | | | | | | |
| Maschio | 17,9 | -1,1 | 18,1 | 3,0 | 17,6 | / |
| Femmina | 10,7 | -1,7 | 10,8 | 4,0 | 10,4 | / |
| Classi di età | | | | | | |
| ≤45 | 4,1 | -6,1 | 4,3 | 6,4 | 4,1 | / |
| 46-65 | 7,6 | -4,2 | 7,9 | 2,7 | 7,7 | / |
| 66-75 | 17,1 | -1,0 | 17,2 | 1,0 | 17,1 | / |
| >75 | 25,2 | 0,4 | 25,1 | -1,3 | 25,4 | / |
| Progresso trattamento§ | | | | | | |
| Nuovi trattati | 2,5 | -1,4 | 2,5 | 4,6 | 2,4 | / |
| Già in trattamento | 33,2 | 1,4 | 32,7 | 1,3 | 32,3 | / |
| Esacerbazioni | | | | | | |
| Senza esacerbazioni | 10,2 | -2,3 | 10,4 | 3,3 | 10,1 | / |
| Con esacerbazioni | 18,6 | -0,6 | 18,8 | 3,6 | 18,1 | / |
| TOTALE senza occasionali* | 37,4 | -0,1 | 37,4 | 1,8 | 36,7 | / |

Indicatore non calcolato per le Aziende Sanitarie per le quali non è stato possibile gestire la mobilità extra ASL.

Poiché i dati erano disponibili fino al 31 dicembre 2014, l'ultimo anno di inclusione è stato il 2013 (per ottenere anche per gli inclusi a dicembre 2013 un intero anno di osservazione).

L'aderenza al trattamento per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione nell'anno di inclusione (data indice). Aderenti al trattamento sono stati definiti i pazienti con una proporzione di giorni coperti uguale o superiore all'80%. La presenza di esacerbazioni è stata ricercata nell'anno precedente la data indice.

N: si riferisce al numero di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie di età ≥ 40 anni, ad esclusione dei pazienti che presentavano un pregresso ricovero per asma e/o trattamento con antileucotrieni.

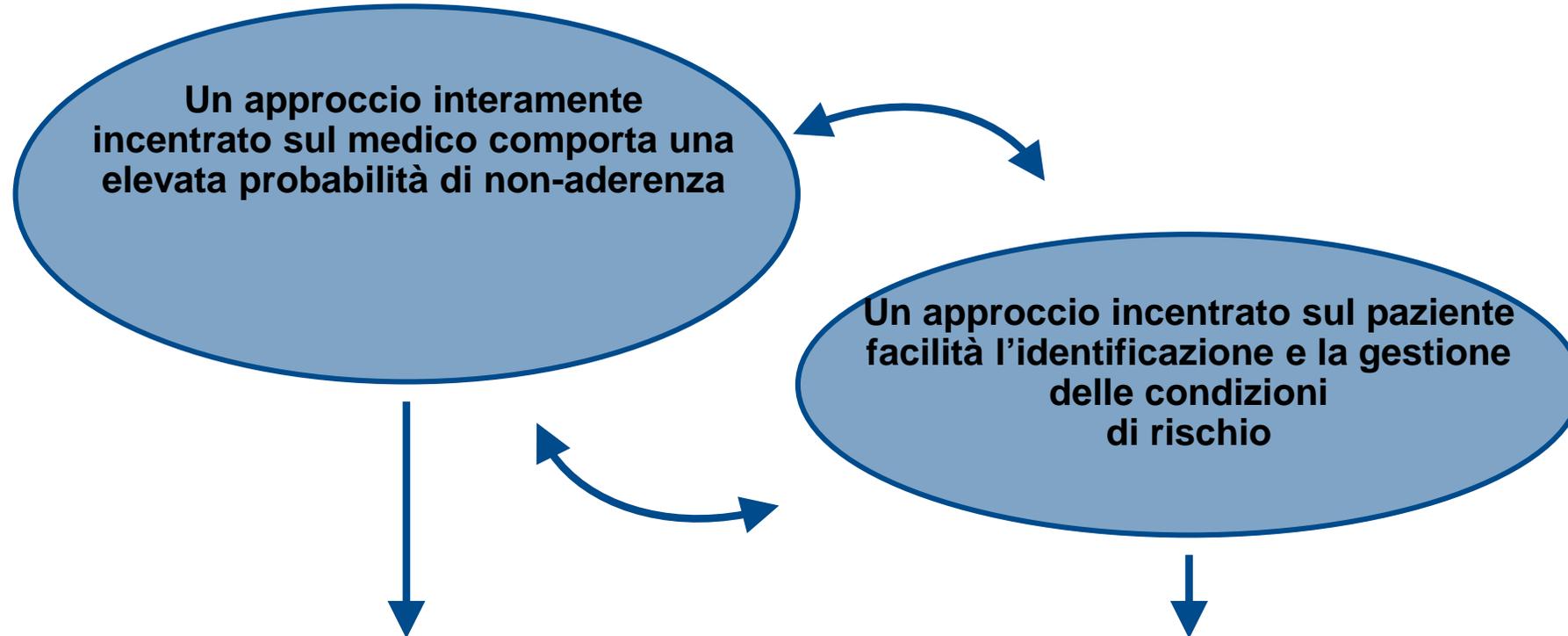
§Nuovi trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di inclusione, non trattati nell'anno precedente la data indice. Già trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di inclusione, e che avevano già ricevuto prescrizioni nell'anno precedente la data indice.

*Indicatore calcolato escludendo dal denominatore i pazienti occasionali al trattamento.

Non aderenza

- Non accettazione della malattia: resistenza
- Scarsa comprensione della necessità della terapia (perché ricorrere a cure anche quando la malattia non è presente?)
- Scarsa comprensione delle modalità terapeutiche
- Effetti indesiderati
- Farmaci poco maneggevoli
- Farmaci poco efficaci
- Frequenti variazioni della terapia (troppi prescrittori)
- Confusione tra i farmaci (politerapie)
- Mancanza di fiducia nei confronti del medico (questo porta in genere al “nomadismo medico”)
- La compliance diminuisce con il passare del tempo

Non aderenza



Una migliore comunicazione migliora l'aderenza, la soddisfazione e la prognosi clinica

Il ruolo del medico di famiglia

Il medico di famiglia è il professionista
“meglio collocato” per la promozione e
il controllo dell'adesione alle cure

Il ruolo del medico di famiglia

Il rapporto continuativo e personale tra medico e paziente che si realizza nella Medicina Generale è fondamentale per l'aderenza e la persistenza della terapia nelle malattie croniche

Il ruolo del medico di famiglia

Gli accessi ripetuti consentono di sfruttare al meglio tecniche di minimal advising, di counseling motivazionale breve ed offrono la possibilità di valutare nel tempo l'aderenza alle cure sia monitorando la patologia sia il quantitativo di farmaco utilizzato

Il ruolo del medico di famiglia

L'utilizzo diffuso dei **mezzi informatici** con programmi dedicati costituisce un valido aiuto in tal senso

Il ruolo del medico di famiglia

- focalizzare l'attenzione nel periodo immediatamente successivo all'inizio di una nuova terapia o alla sua modifica (i primi 30-90 giorni sono cruciali)
- spiegare la necessità della terapia
- favorire l'empowerment con il counselling
- fornire istruzioni sul da farsi nel caso di effetti indesiderati
- ove necessario coinvolgere i caregivers

Il ruolo del medico di famiglia

- fornire uno schema scritto della terapia (con il minor numero possibili di somministrazioni nel corso della giornata)
- assicurarsi della comprensione delle istruzioni
- programmare controlli a breve
- nel caso di politerapie complesse con prevedibili difficoltà consigliare l'uso di dispenser
- se opportuno fornire suggerimenti su come non dimenticarsi dell'assunzione dei farmaci

Rete integrata

L'educazione terapeutica del paziente deve far parte di una dinamica qualitativa di **presa in carico** del paziente cronico, che vede gli operatori sanitari a collaborare su un progetto multidisciplinare ciascuno per le proprie competenze ma con un obiettivo comune (AFT , Case della Salute e quant'altro)

La sostituibilità del farmaco

Media, riviste, dr Google

***Amministratori e decisori
delle politiche sanitarie***

*Grazie per
l'attenzione*

