Segui la terapia: l'aderenza al trattamento del paziente cronico L'AUDIT come strumento di monitoraggio e sostenibilità degli obiettivi di cura

Luigi Sparano MMG

Napoli 20 Maggio 2016

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE

- Costruire la aderenza terapeutica a partire **dall'intercetto della domanda di salute** in un sistema di tipo fiduciario
- Costruire l'aderenza in coerenza con i PDTA adozione di un modello di responsabilità (**risposta terapeutica appropriata**).
- Adottare un modello di aderenza terapeutica utilizzando gli strumenti in dotazione della medicina generale quali gestionali reti e piattaforme (**presa in carico della persona in ambito fiduciario** utilizzando strumenti di reclutamento della popolazione assistita)
- Costruire un sistema di procedure sostenibili (PDTA) che rende possibile il monitoraggio degli audit ed il miglioramento delle attivita' in un modello che supera la prestazione a favore di un percorso di cura assistenziale (**sostenibilità**)

L'aderenza alla Terapia
…brevi considerazioni

- Controllo della "presa in carico"
- Trasferire la consapevolezza al paziente (cronicità della malattia)
- Il concetto di guarigione risulta diverso da quello legato ad un evento morboso occasionale
- Favorire il trattamento continuativo evitando modifiche e sostituzioni dei farmaci
- Proporre l'accettazione della terapia coniugando il binomio terapeutico/fiduciario

Problemi più comuni...

- Circa la **metà dei pazienti** al primo anno di introduzione alla terapia interrompono il trattamento farmacologico
- Schemi terapeutici *talvolta* complessi
- Effetti collaterali dei farmaci
- Mancanza di coordinazione degli operatori nella prescrizione dei farmaci
- Sfiducia nel farmaco
- Difficoltà nella comunicazione

MMG e aderenza alle terapie

- 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 particolarmente nelle malattie croniche.
- Gli accessi ripetuti e occasionali consentono di sfruttare al meglio tecniche di consulenze brevi, **(counseling motivazionale breve)** di controllo dell'adesione alle cure
- L'utilizzo obbligatorio dei mezzi informatici permette un controllo puntuale sulla persistenza della terapia e dei controlli clinici.

L’aderenza al trattamento è condizionata

- Da un insieme di **strategie** comportamentali di più operatori

- dalla **condivisione** dei PDTA

- dalla condivisione delle strategie di comunicazione finalizzate al modello di **presa in carico**

L'ADERENZA TERAPEUTICA è STRETTAMENTE CORRELATA ALLA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

World Health Organization

«l’Aderenza alla terapia è uno dei pilastri fondamentali per la prevenzione della mortalità e per il contenimento dei costi dei sistemi sanitari»

AIFA

“la scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società»

CITTADINANZATTIVA

«un cronico su 5 dimentica di assumere i farmaci e uno su sette sbaglia dosaggio»

Aderenza dai dati contenuti nell'Health DB

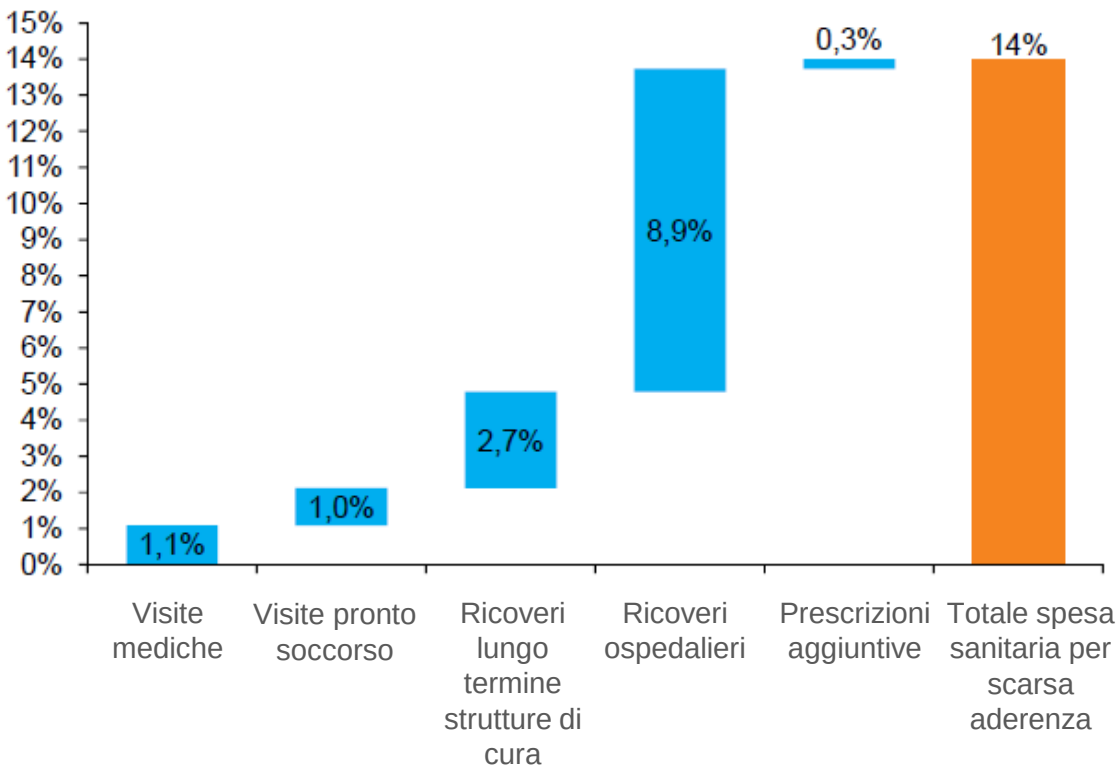
Categoria terapeutica	Aderenza al trattamento (%) 2014	Var.(%) 2014-2013
Antiipertensivi	55,5	0,2
Statine	43,1	0,0
Farmaci antidiabetici	62,2	-0,4
Farmaci per sindromi ostruttive delle vie respiratorie	13,9	-1,4
Farmaci per l'osteoporosi	46,8	-3,4
Farmaci antidepressivi	38,4	+0,7

Agenzia Italiana del Farmaco
AIFA

Mylan
Seeing is believing

La scarsa aderenza costa ai Governi Europei 125* miliardi di euro all'anno

Costo addizionale evitabile per il Sistema Sanitario

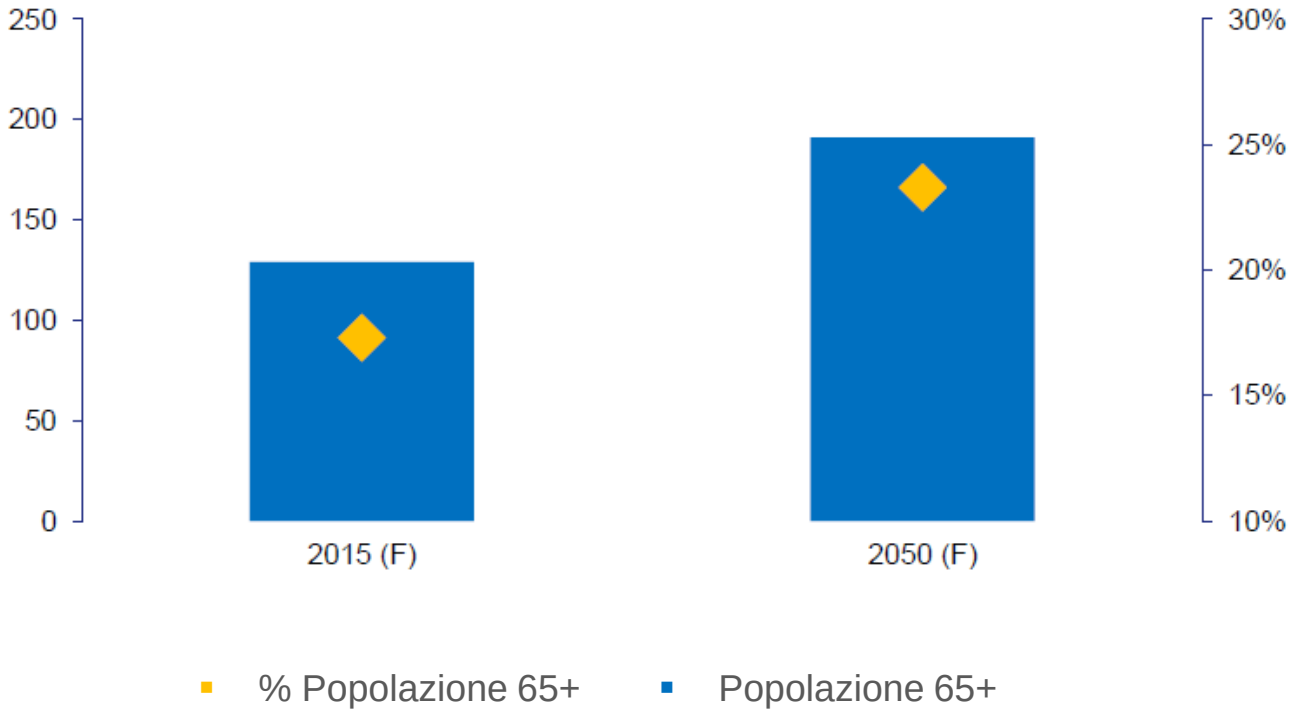


- Il 14% del totale della spesa sanitaria è un costo che deriva dalle complicanze che comporta la scarsa aderenza alla terapia
- Aumentare l'attenzione all'aderenza terapeutica porterebbe significativi risparmi sui costi nel lungo periodo specialmente in termini di diminuzione di ricoveri ospedalieri

- Costi aggiuntivi per scarsa aderenza a confronto con il totale sanità

Fonte: EFPIA, New England Healthcare Institute: A System-wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Cronic Disease (2009). (*) 125 miliardi di euro all'anno: stima di A.T. Kearney basata su dati US disponibili

Con l'invecchiamento della popolazione aumenta la domanda di assistenza sanitaria



Fonte: IMShealth report: «Bringing Healthy Living to Ageing Citizens: the Role of Technology» Giu 2014

- ma tutto ciò non basta …

Capo III Art 7 dell'air 2013

Obiettivi specifici del sistema integrato di cure primarie

- Presa in carico degli assistiti …patologie croniche
- Monitoraggio degli indicatori di qualità assistenziale (REPORT PDTA)
- Misurazione dello stato di salute dei pz affetti da patologie croniche
- Valutazione ed analisi di natura epidemiologica, analisi di farmacovigilanza

Adempimenti del MMG nell'AIR

- Capo III Art 7 comma 3
- Lettera a «… il MMG aderisce obbligatoriamente al SIR…»
- lettera b
- «…il Sistema informativo Regionale (SIR) viene alimentato da tutti i campi della ricetta elettronica (art 13 bis comma 5 ACN) e delle indicazioni del codice di diagnosi ICD»…

La nuova sfida per la sostenibilità

Costruire le procedure e gli esiti

- **MONITORAGGIO DEGLI AUDIT**

- VALUTAZIONE DEGLI **AUDIT INDIVIDUALI**
- VALUTAZIONE DEGLI **AUDIT DI SISTEMA**

il MMG bersaglio del controllo?

GOVERNARE SIGNIFICA ANDARE D'ACCORDO

DECRETI NORME SULL'APPROPRIATEZZA

- VINCOLO ECONOMICO O AUDIT ?

DECRETO 56

- **QUELLO CHE IL MMG DEVE RECEPIRE**

- ❑ USO APPROPRIATO DELLA NOTA 13 RIVALUTANDO L'USO DEL FARMACO IN COERENZA CON IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE (ALTO MODERATO BASSO RISCHIO)
- ❑STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE = IMPORTANZA DELLA VALUTAZIONE DEL COLESTEROLO LDL
- ❑USO APPROPRIATO DEGLI ANTI-IPERTENSIVI LA CUI VALUTAZIONE NELL'IMPIEGO RESTA AD ESCLUSIVO DEL PRESCRITTORE
- ❑LA MOTIVAZIONE DELLA SCELTA DELL'USO DI UN ANTIIPERTENSIVO E' LA CONSEGUENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE A CARICO DEL MEDICO PRESCRITTORE IN RIFERIMENTO ALLA STORIA CLINICA DEL PAZIENTE ED ALL'EBM

DECRETO 56

- **QUELLO CHE IL MMG NON DEVE RECEPIRE**

❑ ELIMINARE LE PRESCRIZIONI DEI FARMACI CONTENUTI NEL DECRETO ATTUANDO UNA IMPOSIZIONE NON PREVISTA DALLO STESSO

❑ FAR RIVALUTARE TUTTE LE PRESCRIZIONI AGLI SPECIALISTI IN CORSO RICHIEDENDO IL MUP (MODELLO UNICO DI PRESCRIZIONE) AGLI SPECIALISTI ABDICANDO AD OGNI RUOLO CLINICO DECISIONALE E DELEGANDO UNA PROPRIA RESPONSABILITA'

❑GENERARE IL CONFLITTO TRA I MMG

❑PEGGIORARE LA QUALITA' DELLE CURE

COMPITI DELL'UCAD

- **RIMUOVERE I COMPORTAMENTI ANOMALI**

- Uso improprio delle procedure
- Intervenire con finalità educative verso le figure professionali coinvolte nell'uso delle risorse (MMG,Medici Specialisti) operanti nel distretto
- Proporre soluzioni di aderenza a modelli di appropriatezza

IL MMG conosce i suoi AUDIT prescrittivi?

PDTA = ART 7 DELL'AIR

I TRACCIATI DI AUDIT IN REGIONE CAMPANIA

- Scheda (indica il tracciato informatico) è sinonimo di Percorso Diagnostico Terapeutico

IL MEDICO VITTIMA DELL'INFORMATICA

Governare l’informatica

Il MMG non deve fare altro che

- **Estrarre** dati già in possesso dal suo gestionale

La quasi totalità dei dati da estrarre è

- Legata alla prescrizione per problemi

TUTTI I MMG DELLA REGIONE CAMPANIA PRESCRIVONO

- FARMACI ED INDAGINI CORRELATI AD UNA DIAGNOSI APPROPRIATA (IPERTENSIONE /DIABETE)

DATI DA ESTRARRE DELLA SCHEDA RESPIRATORIA

- SONO QUELLI DEFINITI NELL’AIR

Nessuno dei dati richiesti nell'AIR per i PDTA è correlato

AGLI ESITI ma l'obiettivo è conoscere ed incidere sull'aderenza ai PDTA (procedure efficaci)

Tracciati report :
SCHEDA IPERTENSIONE

- Fumo
- BMI
- PRESSIONE ARTERIOSA
- LDL
- CREATININA
- COLESTEROLO TOT, HDL, TRIGLICERIDI, K, GLICEMIA ESAME URINE
- ECG
- RICOVERI
- RCCV (CALCOLO RISCHIO CEREBROVASCOLARE)

SCHEDA MALATTIE RESPIRATORIE
(riguarda solo l'asma)

- Anamnesi 1= asma allergico, rinite 2= dermatite atopica
- Spirometria
- PEF FEV1
- GINA (stadio 1,2,3,4)
- RICOVERI

I dati relativi alla scheda diabete

- Farmaco utilizzato
- Ipertensione (comorbilità)
- Calcolo LDL
- Cardiopatia ischemica
- Vasculopatia cerebrale
- Complicanze
- Hb glicata
- BMI
- Circonferenza addominale
- microalbuminuria

OGNI MMG ha utilizzato:

- La sua cartella informatizzata
- Senza modificare il suo sistema gestionale
- Accede ai dati della propria cartella clinica da qualsiasi PC o tablet
- Ha inviato dati in conformità con la legge 196 ad una piattaforma

<u>OGNI MMG attraverso la registrazione potrà inoltre accedere al proprio AUDIT prescrittivo relativo ad i pazienti:</u>

1)ipertesi
2)diabetici
3)ischemici
4)ipercolesterolemici

I DATI DEI PDTA (EX ART 45 NUOVO ART 7 DELL'AIR 2013)

- schede ipertensione , malattie respiratorie,

  diabete mellito,

dal 2014 sono inviati alle aziende di riferimento.

Dott. Mario Rossi

Software di cartella: Millewin
Versione estrattore: 1.13.0.3
Confronto con altri 913 medici
Accessi alle statistiche: 206

Data ultimo invio dati: 2014-08-11 12:26:03
Data elab. statistiche: 2014-08-10 08:13:50
Data inizio elab.: 2013-09-10 15:26:56
Data ultimo accesso: 2014-08-18 19:15:28

Diabete Mellito (tipo II): Indicatori

Indicatori di processo:

Ind.	Descrizione	Num.	Den.	%	Trend	Media	L.R.P.	Distanza
ID00	% assistiti con patologia Diabete Mellito	121	1511	8,01%	-1,63%	7,80%	8,97%	-10,70%
ID01	% diabetici con dosaggio HbA1C nel precedente anno	75	121	61,98%	-4,53%	55,62%	81,17%	-23,64%
ID02	% diabetici con dosaggio assetto lipidico nei precedenti 2 anni	104	121	85,95%	-2,00%	43,30%	75,22%	14,26%
ID03	% diabetici sottoposti al dosaggio del colesterolo LDL nel precedente anno	85	121	70,25%	-1,00%	38,24%	62,73%	11,99%
ID04	% diabetici sottoposti all'esame del FOO nel precedente anno	80	121	66,12%	-4,32%	68,35%	83,49%	-20,81%
ID05	% diabetici sottoposti a vaccinazione antiinfluenzale nel precedente anno	74	121	61,16%	0,88%	28,54%	55,92%	9,36%
ID06	% diabetici con abitudine al fumo registrata	78	121	64,46%	-0,05%	55,29%	91,95%	-29,89%
ID08	% diabetici in terapia con statine	63	121	52,07%	0,22%	44,48%	51,52%	1,07%
ID15	% diabetici sottoposti all'esame obiettivo del piede nel precedente anno	0	121	0,00%	0,00%	10,55%	1,85%	-100,00%

Periodo: Dicembre 2014 ▾ Asl: TUTTE ▾

1.989 MMG

Data ultimo conferimento: 30/03/2015 18:13:10
Medici complessivi: 1.989
Pazienti diabetici complessivi: 165.070 (82,99)
Incentivo arruolamento complessivo: 8.253.500,00 € (4.149,57 €)
Incentivo lap complessivo: 6.780.190,00 € (3.408,84 €)
Incentivo complessivo: 15.033.690,00 € (7.558,42 €)

Tra parentesi il valore medio per MMG

165.070 diabetici

Indicatori soggetti a valutazione

Ind.	Descrizione	Num	Den	Rapp. %	Target	MMg Target	% MMG Target
1.1	% Pazienti Diabetici di tipo II	165.070	2.453.719	6,73 %	3,00 %	1896	95,32 %
2.1	% Diabetici con HbA1C anno	122.917	165.070	74,46 %	70,00 %	1386	69,68 %
2.2	% Diabetici con Profilo Lipidico anno	105.755	165.070	64,07 %	60,00 %	1263	63,50 %
2.3	% Diabetici con PA anno	130.211	165.070	78,88 %	90,00 %	1090	54,80 %
2.4	% Diabetici con BMI	128.972	165.070	78,13 %	70,00 %	1499	75,36 %
2.5	% Diabetici con Circ. addominale	112.230	165.070	67,99 %	50,00 %	1469	73,86 %
2.6	% Diabetici con Microalbuminuria	77.829	165.070	47,15 %	50,00 %	973	48,92 %
2.7	% Diabetici con Creatinemia	96.373	165.070	58,38 %	60,00 %	1102	55,40 %
3.1	% Diabetici con HbA1C <= 7,5%	98.796	165.070	59,85 %	25,00 %	1747	87,83 %
3.2	% Diabetici con LDL <= 130 mg/dl	83.604	165.070	50,65 %	20,00 %	1640	82,45 %
3.3	% Diabetici Ipertesi con PA <= 130/80 mmHg	53.725	118.976	45,16 %	20,00 %	1550	77,93 %

PROGETTO ARSAN - INDICATORI COMPLESSIVI

Medico:
Codice Fiscale:

Dati riepilogativi Anno 2016
Data ultimo invio:

Assistiti diabetici arruolati: 73
Punteggio LAP: 350

Compenso ipotetico per arruolamento pazienti diabetici: 3.650,00 €
Pari a 50 € per assistito arruolato

Compenso ipotetico per assistenza pazienti diabetici: 2.190,00 €
Punteggio LAP tra: 300 e 599, compenso per paziente: 30€

Compenso ipotetico complessivo: 5.840,00 €

Indicatori soggetti a valutazione

Ind.	Descrizione	Num	Den	Rapp. %	Target	Distanza	Media	LAP
1.1	% Pazienti Diabetici di tipo II	73	1525	4.79%	3%	59.56%	6.67%	150
2.1	% Diabetici con HbA1C anno	28	73	38.36%	70%	-45.21%	38.05%	100
2.2	% Diabetici con Profilo Lipidico anno	25	73	34.25%	60%	-42.92%	33.33%	100
2.3	% Diabetici con PA anno	5	73	6.85%	90%	-92.39%	43.88%	100

COGNOME NOME	HbA1c	Col. LDL	Pressione	Bmi	Circ.	Micr.	Creat.
IGELA PA.	6.08						✔
O	6.36	91,00					✔
NA	7.8	93,00					✔
ANO							
RIELLA						✔	
IO	7.18	133,00				✔	✔
RIAPIA	6.36	123,00					✔
O							
LA							
ETTA	5.99	87,00	80 / 125				✔
/ANNI	5.81	154,00					✔
SANNA	7.46	117,00					✔
A							
IOLA	6.72	115,00					✔
O	5.9	90,00	70 / 130				✔

Solo a pochi passi da qui …