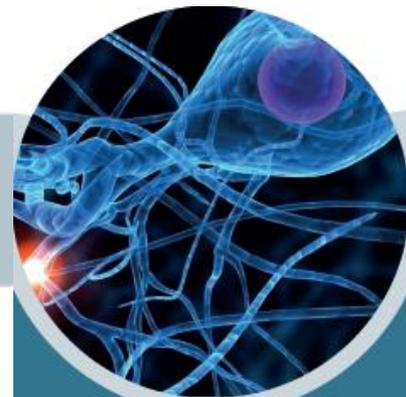




# Il PDTA della sclerosi multipla in Regione Campania:

PERCORSI APPROPRIATI E SOSTENIBILI  
PER UNA MIGLIORE QUALITA' DELLE CURE



## La Nota 65 e distribuzione in DPC

**ADRIANO VERCELLONE**  
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO  
ASL NA 3 SUD

Napoli, 12 Aprile 2019



## KEY FINDINGS

The estimated **number of people with MS has increased** from 2.1 million in 2008 to 2.3 million in 2013.

- This finding reinforces the conclusions of the published epidemiological literature.
- MS is found in every region of the world.
- The 2:1 ratio of women to men with MS has not changed significantly since 2008.

## KEY FINDINGS

Support and health care services have improved but **substantial global inequalities remain:**

- The number of neurologists has increased by 30% since 2008.
  - The number of MRI machines in emerging countries has doubled in five years.
  - High income countries have 100 times more neurologists per head than low income ones.
  - One in five countries has no organisation providing support to people with MS.
- 
- There are substantial inequalities in the availability of and access to disease-modifying therapies.
  - Many countries do not have robust systems to monitor MS, such as registries.

# Il trattamento farmacologico



Il trattamento della SM prevede forme di intervento in relazione alla fase della malattia, al tipo di decorso e alla gravità del quadro clinico.

Sono disponibili diversi trattamenti approvati dalle autorità sanitarie, somministrabili per via iniettiva o per via orale, e sono in corso numerosi studi, finalizzati a delineare strategie terapeutiche sempre più efficaci per gestire la malattia.

# Il trattamento farmacologico



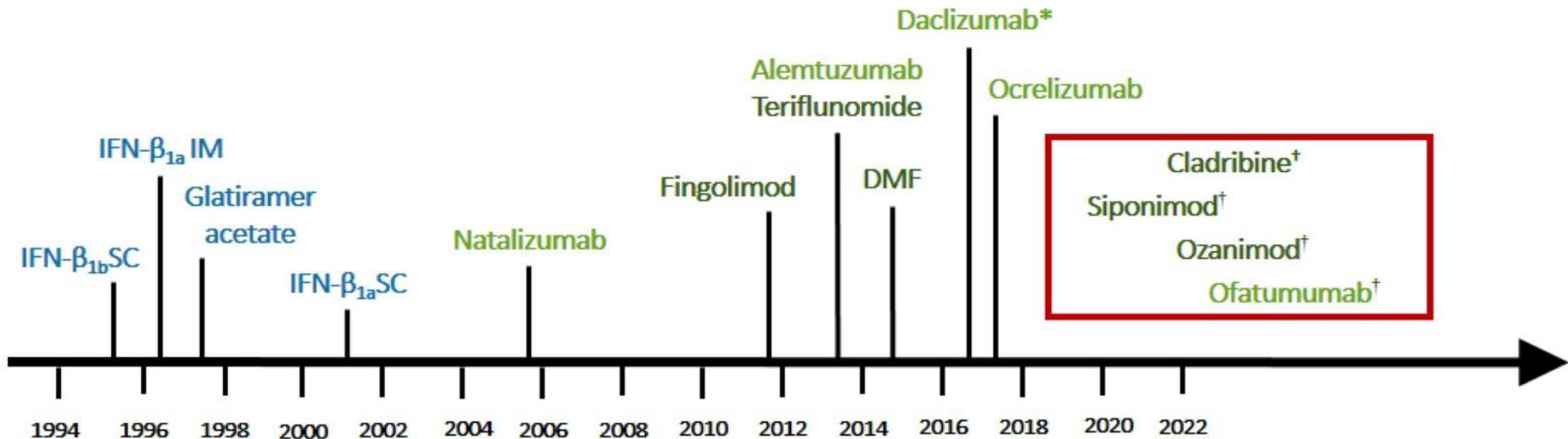
In funzione delle diverse terapie, devono essere valutati diversi aspetti:

- efficacia del trattamento
- effetti collaterali attesi e il grado di tollerabilità
- aderenza allo schema posologico prescritto.

Un fattore vincente nella gestione della sclerosi multipla è sicuramente la scelta del trattamento farmacologico più adatto e l'aderenza allo schema posologico prescritto.

**terapia personalizzata**

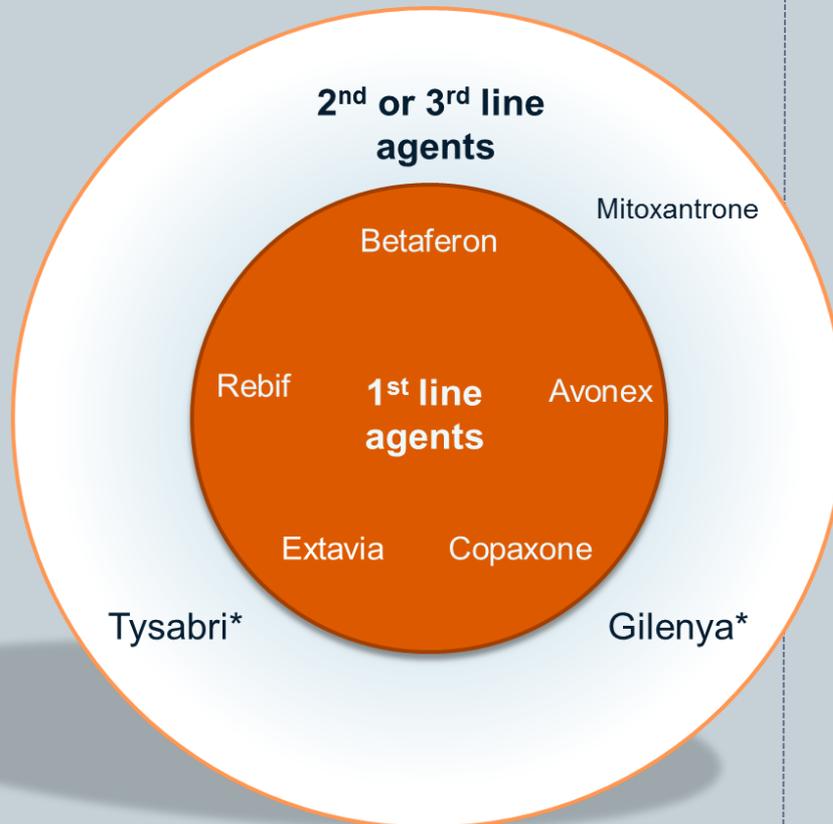
# MS Treatment Landscape



\*Withdrawn.

<sup>†</sup>In development, not FDA-approved.

# Therapies broadly divided into 1st or 2nd-line agents



- First-line agents
  - Well established benefit/risk profiles over the short and long-term
  - Are ideally used earlier in the course of the disease
- Second-line agents
  - Generally a stronger impact on the immune system than first-line agents, e.g. immunosuppressive properties
  - Safety concerns

**FARMACI PRIMA  
LINEA**

- **Interferone  
beta-1a  
intramuscolare**
- **Interferone  
beta-1a  
sottocutaneo**
- **Interferone  
beta-1b  
sottocutaneo**
- **Interferone  
peghilato**
- **Glatiramer  
acetato**
- **Dimetil-  
fumarato**
- **Teriflunomide**

NOTA AIFA 65

DPC

**FARMACI  
SECONDA LINEA**

- **Natalizumab**
- **Fingolimod**
- **Alemtuzumab**

REGISTRO AIFA

DISTRIBUZIONE  
DIRETTA

Liste Farmaci ad  
uso consolidato

- **Ciclofosfamide**
- **Azatioprina**

Estensione di  
indicazione relative ad  
usi consolidati sulla  
base di evidenze  
scientifiche presenti in  
letteratura:  
Malattie autoimmuni  
a carattere  
neurologico

**DISTRIBUZIONE  
DIRETTA**

Trattamento di  
pazienti con sclerosi  
multipla recidivante  
altamente attiva  
associata a disabilità  
con rapida evoluzione  
in cui non esistono  
opzioni terapeutiche  
alternative (scheda  
tecnica)

**Mitoxantrone**

**CLASSE H**

**USO  
OSPEDALIERO**

# **Farmaci Prima Linea**

## **Classificazione ai fini della rimborsabilità**

Classe A PHT Nota AIFA 65

## **Regime di dispensazione**

Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di specialisti operanti nei Centri designati dalle Regioni per prescrizione dei farmaci di Nota 65 (RRL).

# Regione Campania

<b>CITTA'</b>	<b>CENTRO</b>
<b><u>AVELLINO</u></b>	<b>Ospedale San Giuseppe Moscati</b>
<b><u>BENEVENTO</u></b>	<b>Ospedale P. Rummo</b>
<b><u>CASERTA</u></b>	<b>Ospedale AORN Sant'Anna e San Sebastiano</b>
<b><u>EBOLI</u></b>	<b>ASL Salerno - Ospedale Maria SS Addolorata U.O Neurologia</b>
<b><u>NAPOLI</u></b>	<b>A.O.U. Università ' Degli Studi della Campania L.Vanvitelli II Clinica Neurologica</b>
<b><u>NAPOLI</u></b>	<b>Policlinico Federico II Clinica Neurologica</b>
<b><u>NAPOLI</u></b>	<b>Ospedale Cardarelli</b>
<b><u>NAPOLI</u></b>	<b>U.O.C. Neurologia Stroke Unit A.O.R.N. Ospedali dei Colli P.O. CTO</b>
<b><u>NAPOLI</u></b>	<b>A.O.U. Federico II UOSD Sclerosi Multipla</b>
<b><u>SALERNO</u></b>	<b>A.O.U.S. Giovanni di Dio E Ruggi D'Aragona - Neur/SSD Stroke U/SSD sclerosi multipla</b>

*Agenzia Italiana del Farmaco*

**AIFA**



**DETERMINA AIFA n.354/2018**

***Aggiornamento della Nota 65***

**GU Serie Generale n.56 del 08-03-2018**

## NOTA 65

Farmaci per la sclerosi multipla:

- Glatiramer acetato
- Interferone  $\beta$ -1a
- Interferone  $\beta$ -1b
- Teriflunomide
- Dimetilfumarato
- Peginterferone beta-1a

*La prescrizione a carico del SSN, da parte di Centri specializzati, Universitari e delle Aziende Sanitarie, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:*

Per i pazienti con Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011):

- *glatiramer acetato*
- *interferone  $\beta$ -1a ricombinante*
- *interferone  $\beta$ -1b ricombinante*
- *teriflunomide*
- *dimetilfumarato*
- *peginterferone beta-1a*

Per i pazienti con Sclerosi Multipla secondariamente progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive:

- *interferone  $\beta$ -1b ricombinante*

# Modalità di distribuzione farmaci nota 65 in Regione Campania

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 21 dicembre 2007 - Deliberazione N. 2246 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Rete Regionale Centri prescrittori. Determinazione AIFA 4.01.2007 e successive- DGRC n.1641 del 18.11.2005. Modifiche e Integrazioni.**

**VISTA** la Determinazione AIFA del 04.01.2007 (revisione note AIFA 2006-2007) che ha introdotto e abolito alcune note e modificato il contenuto regolatorio e scientifico di alcune di esse ed in particolare ha previsto:

- Note 65, 39, 36 40, 51, 74, 88, nota 79(ormone paratiroideo - teriparatide) - "La prescrizione e la dispensazione a carico del SSN da parte di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province di Trento e Bolzano" limitata a determinate condizioni fissate nelle stesse note.

# Modalità di distribuzione farmaci nota 65 in Regione Campania

## Nota del Settore Farmaceutico gennaio 2009

Si prende atto della Deliberazione n. 1014 del 22.07.2008 della Giunta Regionale Molise

Pertanto, per i pazienti campani affetti da sclerosi multipla ed in trattamento in un Centro prescrittore regolarmente autorizzato da altra Regione, le Aziende Sanitarie Locali, competenti per territorio, dovranno assicurare l'erogazione dei farmaci, sottoposti alla nota 65, tramite le farmacie ospedaliere a presentazione ed acquisizione del Piano Terapeutico redatto nel pieno rispetto della normativa vigente. Non sono necessari ulteriori controlli e valutazioni cliniche.

# Modalità di distribuzione farmaci nota 65 in Regione Campania

Nota del Settore Farmaceutico  
febbraio 2009

Si fa seguito alla nota n. 76272 del 29.01.2009, di pari oggetto, e si integra come segue:  
" per i pazienti campani affetti da sclerosi multipla ed in trattamento in un Centro prescrittore regolarmente autorizzato da altra Regione, le Aziende Sanitarie Locali, competenti per territorio, dovranno assicurare l'erogazione dei farmaci, sottoposti alla nota 65, tramite le farmacie ospedaliere e/o servizi farmaceutici distrettuali a presentazione ed acquisizione del Piano Terapeutico redatto nel pieno rispetto della normativa vigente. Non sono necessari ulteriori controlli e valutazioni cliniche".  
In merito si precisa che modalità di distribuzione intraregionali restano immutate e precisamente:  
"la prescrizione e dispensazione a carico dei centri specializzati ... individuati dalla regione.. (DGRC n. 2246 del 21.12.2007) "

# Modalità di distribuzione farmaci nota 65 in Regione Campania



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

**DECRETO n. 25 del 14.03.2012**  
**Rif. lettera g)**

**Oggetto: individuazione/Aggiornamento Rete Regionale dei Centri prescrittori e codifica – monitoraggio induzione spesa farmaceutica**

## ALLEGATO C)

8. tutti i farmaci del PHT, ove è previsto il Piano Terapeutico, compresi i farmaci sottoposti alla nota 65, dovranno essere prescritti dai Centri prescrittori e specialisti della rete regionale individuati con il presente provvedimento ed erogati secondo quanto previsto dalla DGRC 4064 del 7.9.2001- punto 1 – e circ. assessorile 3000 SP del 23.10.2001, con l'esclusione dei farmaci di cui alla Determina AIFA 02.11.2010;

DGRC 4064 del 7.9.2001 "Distribuzione diretta anche da parte di strutture pubbliche dei farmaci DM 22.12.2000 (PHT) e circ. assessorile n. 3000 del 23.10.2001 (introduzione del Libretto terapeutico – LIT - per i farmaci PHT);



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 23/04/2010)*

# **DECRETO n. 114 del 02.12.2013**

## **Rif. lettera g)**

**Oggetto: Decreto Commissariale n. 25 del 14.03.2012 “Individuazione/Aggiornamento Rete Regionale dei Centri prescrittori e codifica – monitoraggio induzione spesa farmaceutica” Modifiche e integrazioni.**

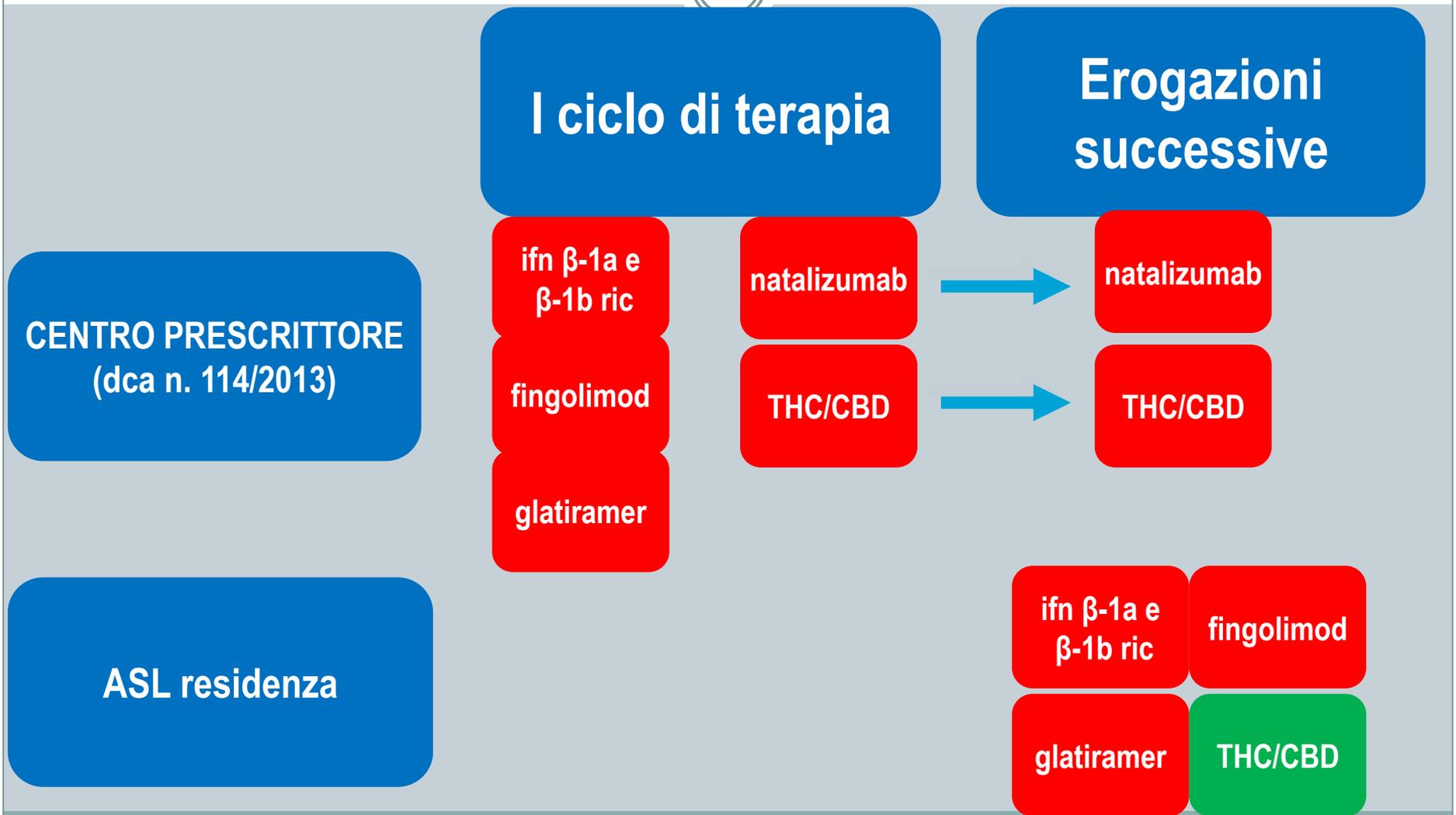
### **ALLEGATO C) Integrazione e modifica**

#### **RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE**

**NOTA 65 – I Centri Prescrittori dei farmaci soggetti alla nota 65, individuati nel presente provvedimento, sono abilitati anche alla prescrizione del natalizumab (Tysabri) e del Sativex e autorizzati all’accesso al Registro AIFA di monitoraggio dei farmaci “Tysabri, Gilenya e Sativex”. Le modalità di erogazione dei farmaci suddetti dovranno conformarsi alle disposizioni previste dalla DGRC n° 4064 del 7.9.2001-punto 1. Tuttavia, per la particolare natura del farmaco Sativex, l’erogazione dovrà essere assicurata tramite le farmacie ospedaliere .**



# Distribuzione dei farmaci SM in Regione Campania



Se C.P. Fuori Regione

# GU Serie Generale n.56 del 08-03-2018



- DETERMINA 2 marzo 2018 . **Aggiornamento della Nota 65** di cui alla determinazione 4 gennaio 2007: «Note AIFA 2006-2007 per l'uso appropriato dei farmaci» e contestuale modifica, per le specialità medicinali inserite in Nota, delle condizioni e modalità di impiego di cui all'allegato 2 e successive modifiche, alla determinazione 29 ottobre 2004 - PHT Prontuario della distribuzione diretta. (**Determina n. 354/2018**).

ATTUALITA

# Nota 65 (sclerosi multipla), Aifa abolisce la riserva distributiva pro ospedali

9 giugno 2018

Sparisce dalla nota 65 sui farmaci per la sclerosi multipla la riserva distributiva a favore degli ospedali che finora aveva impedito la dispensazione territoriale di tali specialità (Aubagio, Avonex, Betaferon, Rebif eccetera). A cancellarla la determina Aifa del 2 marzo scorso, in vigore dal 9 dello stesso mese, che dispone l'inserimento di tali farmaci nel Prontuario della continuità ospedale-territorio (Pht). Per Federfarma si tratta di un'importante risultato, perché in ripetute occasioni il sindacato era intervenuto nei confronti dell'Aifa per segnalare l'anomalia rappresentata dai farmaci della nota 65, regolarmente classificati in fascia A ma riservati alla distribuzione ospedaliera per una disposizione restrittiva che ne riservava «prescrizione e dispensazione ai centri specializzati».

Con l'abolizione di tale riserva e l'inserimento in Pht, è dunque l'indicazione che Federfarma rivolge alle proprie rappresentanze territoriali, c'è la possibilità di negoziare con le singole Regioni non solo la distribuzione per conto di tali specialità, ma anche, in teoria, la distribuzione in regime convenzionato.

## Articoli più letti

RAPPORTO CRONICITÀ, L SVILUPPARE L'INFERMIER

PARALLEL TRADE, CHE CO NUOVO SEVERA SU REST

TAVOLO CARENZE STUDI "TROVATE" DEI FARMACIS

RIFORMA ENPAF, DAL TAV RICHIESTE DIVERGENTI S

RICETTA STAMPATA IN FA IN CHIAVE ADERENZA

## Spegnila e respira,



Giunta Regionale della Campania  
Dip. 50 – D.G. 04 – U.O.D. 06  
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale  
**UOD Politica del farmaco e dispositivi**

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2018. 0287574 04/05/2018 16.01

Mitt. : 500405 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : PRESIDENTI DI FEDERFARMA PROVINCIALI AV-BN-CE-SA-NA

Classifica : 50.4. Fascicolo : 33 del 2018



Spett.le Federfarma delle Province di:  
Avellino  
Benevento  
Caserta  
Napoli  
Salerno

Oggetto: Distribuzione per Conto farmaci nota 65

Facendo seguito al verbale stilato dal Gruppo regionale DPC in data 26/03/2018, a partire dal 1 giugno c.a. verranno distribuiti in DPC i farmaci inseriti in nota AIFA n.65 e già presenti nel Decreto 97/2016, con l'eccezione del fingolimod cloridrato, sottoposto a registro AIFA ed estromesso recentemente dalla stessa nota AIFA 65.

Il gruppo di lavoro DPC ha altresì ritenuto opportuno richiedere che vengano organizzati incontri formativi con le farmacie di comunità in ogni Provincia ed eventualmente con l'associazione dei pazienti, per approfondire le informazioni utili ad una corretta gestione in DPC dei farmaci per la Sclerosi Multipla.

A tal fine, si chiede alle Federfarma delle Province in indirizzo, di promuovere e calendarizzare un incontro con le AA.SS.LL. di riferimento e le farmacie di comunità, che preceda il passaggio della distribuzione in DPC di tali farmaci.

Il Dirigente  
Dr Ugo Trama

ALLEGATO A: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

ATC	Principio attivo	Specialità medicinali/farmaci generici in commercio (Codifa Informatore Farmaceutico)	MUP informatizzato - SANIARP (vd. Nota in calce all'elenco)	Note Alfa	Altre annotazioni
L03AB07	INTERFERONE BETA 1a	AVONEX, REBIF	SI	65	
L03AB08	INTERFERONE BETA 1Ab	BETAFERON, EXTAVIA		65	
L03AB13	INTERFERONE BETA 1A PEGILATO	PLEGRIDY	SI	65	
L03AB10	PEGINTERFERONE ALFA-2B	PEGINTRON	SI		(21)
L03AB11	PEGINTERFERONE ALFA-2A	PEGASYS	SI		(21)
L03AX13	GLATIRAMER ACETATO	COPAXONE, COPEMYL	SI	65	
L04AA13	LEFLUNOMIDE	ARAVA, LEFLUNOMIDE	SI		
L04AA31	TERIFLUNOMIDE	AUBAGIO	SI	65	
N07XX09	DIMETILFUMARATO	TECFIDERA	SI	65	

ALLEGATO B: FARMACI A-PHT IN DISTRIBUZIONE DIRETTA

ATC	Principio attivo	NOMI COMMERCIALI PIU' COMUNI
L04AA27	FINGOLIMOD CLORIDRATO	GILENYA

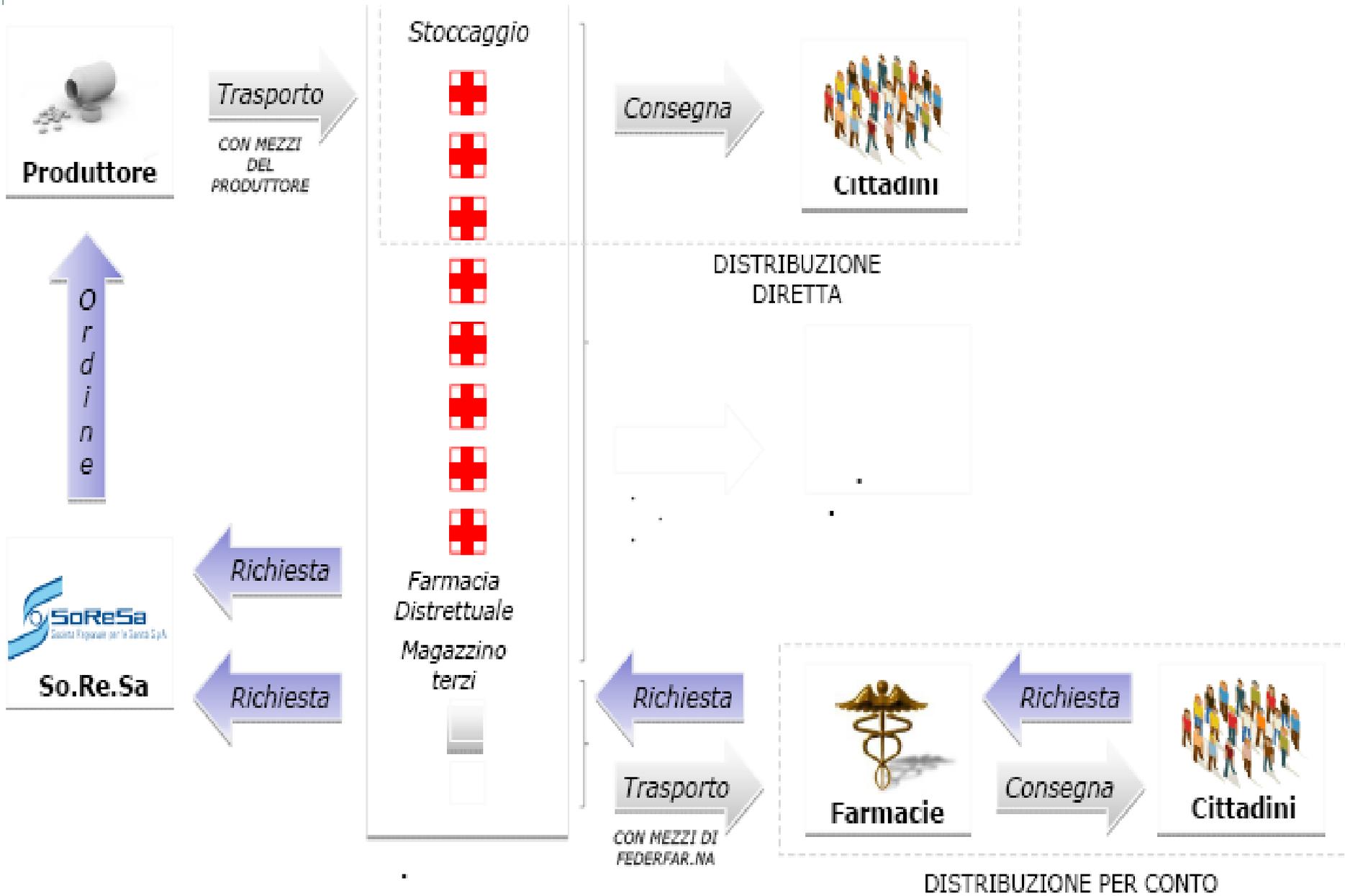
# 1° GIUGNO 2018



***DISTRIBUZIONE PER  
CONTO (D.P.C.)***



# Distribuzione Per Conto





... altre notizie nella Bacheca Annunci



# SANI.A.R.P. Campania On Line

realizzato da ASL Caserta

SANItà a centralità dell'Assistito e della Risposta Prescrittiva

*Sistema Informativo Sanitario Regionale*

*D.G.R.C. n.10 del 17.01.2017*





Indietro

**DATA PRESCRIZIONE**  
03/01/2019

**DATA SCADENZA**  
20/06/2019

**TIPO PRESCRIZIONE**  
PROSECUZIONE DELLA CURA

**TIPO EROGAZIONE**

**PRESCRITTORE**

**CENTRO PRESCRITTORE**  
A.O.U.

**FARMACI INSERITI**

	FASCIA	ICD9	PRINCIPIO ATTIVO	FORMULAZIONE	POSOLOGIA	CICLO TERAPEUTICO	COND.CLINICHE	SCADENZA	UC/UT
FARMACO	FASCIA PHT	320.389	DIMETILFUMARATO	CAPSULE RIGIDE GASTRORES - 240 MG (043217025)	2 UNITA' (480 MG) OGNI 1 GIORNI	168 giorni	*	20/06/2019	

**GALENICI INSERITI**

ICD9	GALENICO	FORMA FARMACEUTICA	POSOLOGIA
------	----------	--------------------	-----------

Nessun Galenico Inserito

**PRESTAZIONI INSERITE**

ICD9	PRESTAZIONE SPECIALISTICA	ALTRA PREST. SPECIALISTICA	NOTE
------	---------------------------	----------------------------	------

Nessuna Prestazione Inserita

**LEGENDA CONDIZIONI CLINICHE**

\* - PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA RECIDIVANTE-REMITTENTE (RRMS) DEFINITA SECONDO I CRITERI DI MCDONALD RIVISTI NEL 2010 PER LA DIAGNOSI DI SCLEROSI MULTIPLA (POLMAN 2011) - Aggiornamento Nota 65 GU n. 56 del 08/03/2018: sulla base dell'ultima revisione dei criteri diagnostici di McDonald 2010, pazienti con un attacco, evidenza clinica obiettiva di una lesione ed evidenza clinica o di RMN di disseminazione spaziale e temporale, soddisfano i criteri per la diagnosi di sclerosi multipla. Per i casi di sindrome clinicamente isolata, in assenza di disseminazione spaziale e temporale secondo quanto previsto dai criteri McDonald del 2010, viene confermata la non rimborsabilità a carico del SSN anche considerando l'assenza di criteri prognostici certi e i potenziali rischi connessi all'utilizzo dei farmaci nel caso di diagnosi non confermate di SM.

**EROGAZIONI FARMACI IN DPC**

DATA EROGAZIONE	FARMACIA	FARMACO	NUM.CONF.
02/04/2019	G FARMACIE RIUNITE SAS	043217025 - TECFIDERA*56CPS 240MG	1
07/03/2019	G FARMACIE RIUNITE SAS	043217025 - TECFIDERA*56CPS 240MG	1



**RIEPILOGO PRESCRIZIONI**

Totale Prescrizioni: **107**

Totale Assistenti: **94**

- Prescrizioni
- Prescrittori**
- Centri

**PRESCRITTORI**

PRESCRITTORE	PRESCRIZIONI	PERCENTUALE
	73	68,220 %
	12	11,210 %
	10	9,350 %
	8	7,480 %
	4	3,740 %

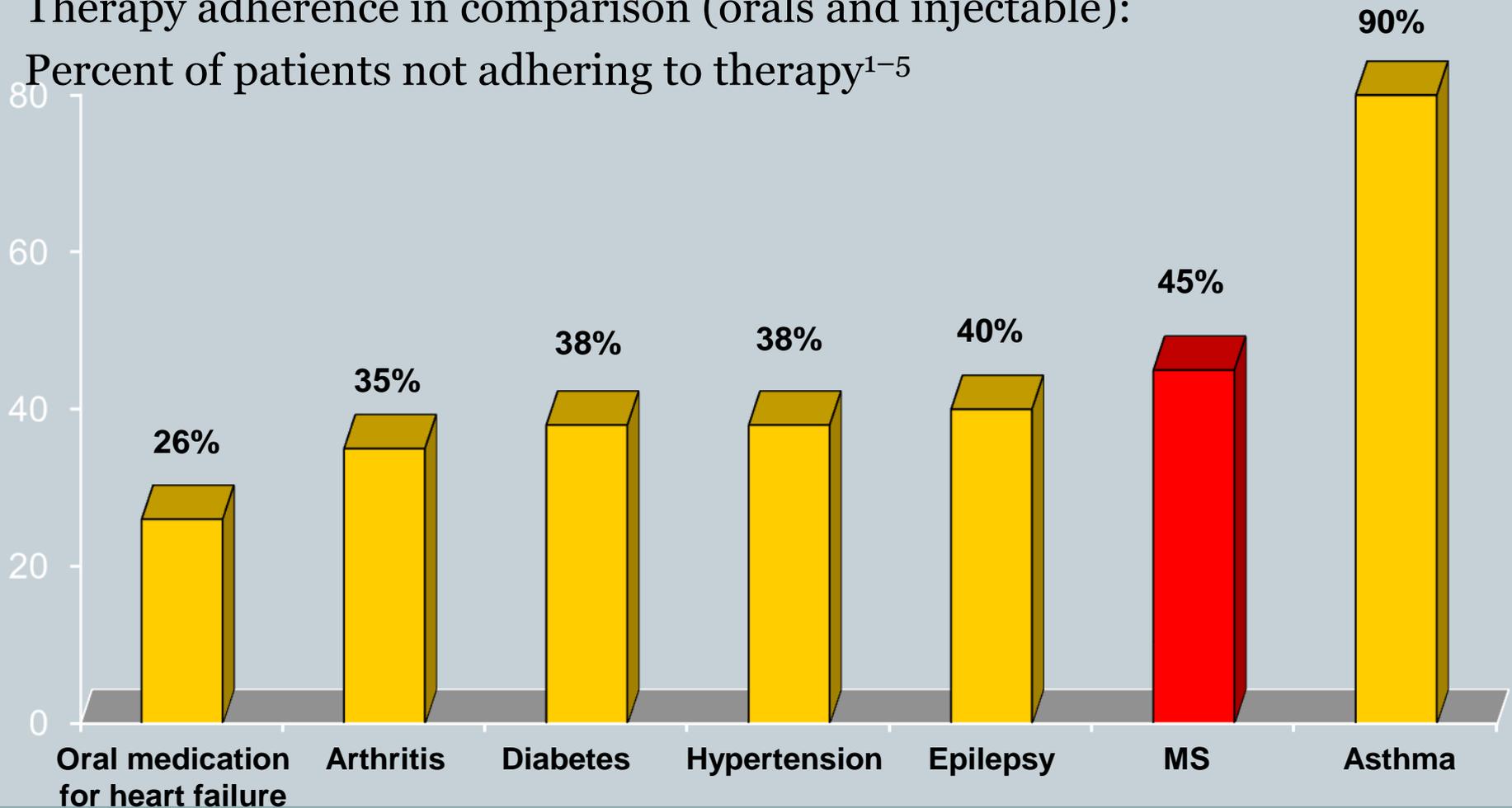
# Aderenza terapeutica: il fattore occulto



***Drugs don't work in patients  
who don't take them***

# Nearly every second patient does not adhere to therapy in a chronic condition irrespective of application modus

Therapy adherence in comparison (orals and injectable):  
Percent of patients not adhering to therapy<sup>1-5</sup>



1. Whitney HAK, Jr. et al. Ann Pharmacother 1993;27. 2. Hadijmichael et al. Neurology 1999;52(Suppl 2):A549. 3. Panitch et al. J Neurol Sci 2005;239:67-74. 4. Cramer et al. Diabetes Care 2004; 27:1218-24. 5. Murray et al. Ann Intern Med 2007;146:714-25.

# In clinical practice patient support is essential for a patient to start and stay on therapy



- Approaches for improving adherence in clinical practice\*
  - Injection supervision / training
  - More frequent physician and nurse visits
  - Direct clinic / telephone access for patients
  - Reinforcement of physician support for therapy
  - Enrolment in patient support programmes

**Particularly important over the first 6-12 months  
But, needs to be ongoing!**

\*Clinical experience

Mult Scler Relat Disord. 2017 Nov;18:218-224. doi: 10.1016/j.msard.2017.10.001. Epub 2017 Oct 6.

# The impact of treatment adherence on clinical and economic outcomes in multiple sclerosis: Real world evidence from Alberta, Canada.

Gerber B<sup>1</sup>, Cowling T<sup>2</sup>, Chen G<sup>3</sup>, Yeung M<sup>4</sup>, Duquette P<sup>5</sup>, Haddad P<sup>6</sup>.

## Author information

### Abstract

**BACKGROUND:** Approximately 1 in 400 Albertans has multiple sclerosis (MS). The current study objective was to determine the real-world impact of adherence to disease-modifying therapies (DMTs) on healthcare utilization and costs among MS patients utilizing administrative data from the Alberta health system in Canada.

**METHODS:** MS patients were identified using a validated case definition ( $\geq 1$  inpatient record or  $\geq 5$  practitioner claims within 2 years) and the study index DMT was defined as the first claim for a DMT between 1 April 2011 and 31 March 2014. Treatment adherence was calculated using medication possession ratio (MPR), and patients with  $MPR \geq 80\%$  were considered adherent; healthcare utilization and costs were explored using multivariable negative binomial regression and logistic regression models.

**RESULTS:** The majority of the 2864 MS patients identified were females, aged 35-55 years old. Overall, 66% of patients were adherent. Compared to non-adherent patients, adherent patients had fewer ambulatory care visits (all-cause: 8.8 vs 10.9,  $p = 0.0012$ ; MS-related: 4.3 vs 5.3;  $p = 0.001$ ), physician visits (all-cause: 15.1 vs 18.2,  $p = 0.0001$ ; MS-related: 3.6 vs 4.4;  $p = 0.0001$ ), and hospitalizations (all-cause: 5.2% vs 10.2%,  $p < 0.0001$ ; MS-related: 1.2% vs 2.5%,  $p = 0.0088$ ). After adjusting for potential confounding factors adherent patients had approximately 20% less physician visits (MS-related: IRR 0.82 (0.79,0.86),  $p < 0.0001$ ; all-cause: IRR 0.83 (0.81,0.85),  $p < 0.0001$ ) and ambulatory care visits (MS-related IRR 0.80 (0.77,0.84),  $p < 0.0001$ ; all-cause: IRR 0.82 (0.80,0.84),  $p < 0.0001$ ) and approximately 50% fewer hospitalizations (MS-related: OR 0.50 (0.28-0.89),  $p < 0.0001$ ; all-cause: OR 0.48 (0.35-0.64),  $p < 0.0001$ ) than non-adherent patients.

**CONCLUSIONS:** The current study found a significant impact of non-adherence to MS therapy on increased health system utilization. These findings demonstrate the importance of treatment adherence on clinical decision-making for patients with MS.

Copyright © 2017 Elsevier B.V. All rights reserved.

**KEYWORDS:** Adherence; Costs; Disease-modifying therapy; Multiple sclerosis; Utilization

PMID: 29141814 DOI: 10.1016/j.msard.2017.10.001

### Full text links



### Save items

Add to Favorites

### Similar articles

Adherence to disease-modifying therapies and its impact on rela [Clinicoecon Outcomes Res. 2017]

Impact of adherence to interferons in the treatment of multiple sc [Clin Drug Investig. 2010]

The impact of persistence with therapy on inpatient admissions and eme [J Med Econ. 2016]

**Review** Narrative review of the literature on adherence to diseas [J Manag Care Pharm. 2013]

**Review** Treatment adherence and other patient-reported outcor [Patient Prefer Adherence. 2014]

See reviews...

See all...

### Related information

Articles frequently viewed together

### Recent Activity

## KEY FINDINGS

### **More research** is needed:

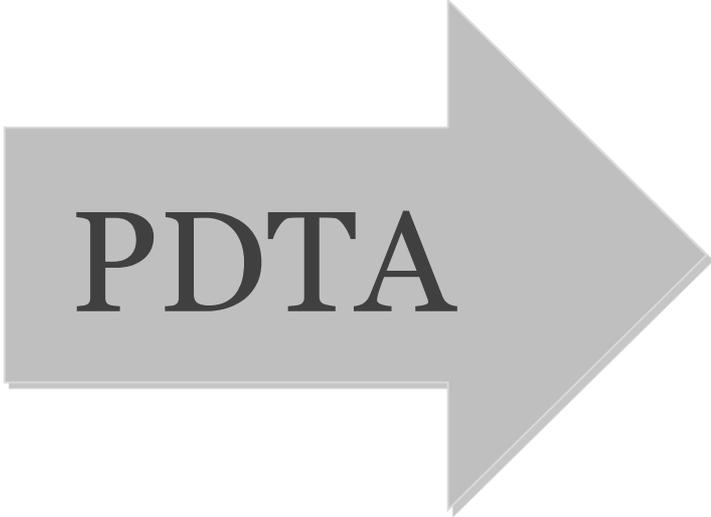
- In relation to quality of life and experiences of people with MS.
- To measure the indirect costs of MS.
- To understand sources and causes of inequalities in access to support, health care services and therapies.
- To monitor MS and related disorders through epidemiological studies and the establishment of registries.



**Necessità di garantire aderenza e persistenza**

**Farmacista Clinico: Monitor della Terapia**

**Empowerment del paziente**



# PDTA

- omogeneità di presa in carico
- cultura partecipativa
- gestione e controllo dei risultati
- condivisione del livello professionale con il politico-manageriale
- efficienza, appropriatezza, centralità e soddisfazione del paziente



*Grazie*