



**CARD TRENTINO ALTO ADIGE**  
**Trento, Edizioni Centro Studi Erickson**  
**Sabato 15 luglio 2023**



**CARD TAA e la nuova Sanità territoriale  
alla luce del PNRR: a che punto siamo  
e quali prospettive per il prossimo futuro?**

TRENTO, ITALY.

# Aderenza e persistenza terapeutica: l'altra faccia dell' appropriatezza prescrittiva

Dr. Fabio Salvio

Medico di medicina generale

Convenzionato S.S.N. a Merano (BZ) dal 2018



# Appropriatezza prescrittiva, perchè?



Secondo l'OMS

un trattamento è appropriato se il beneficio atteso è superiore ai possibili effetti negativi previsti con un margine sufficiente a giustificarne la scelta



# Appropriatezza prescrittiva, perchè?



*Ministero della Salute*

Nel Glossario del Governo Clinico del Ministero della Salute l'appropriatezza prescrittiva definisce un intervento sanitario:

- correlato al bisogno del paziente;
- secondo una corretta indicazione del farmaco;
- in termini di efficacia nei confronti di una specifica patologia;
- fornito nei modi e nei tempi adeguati;
- con bilancio positivo tra benefici, rischi, costi.

CARD TRENINO ALTO ADIGE  
Trento, Edizioni Centro Studi Erickson  
Sabato 15 luglio 2023



**CARD TAA e la nuova Sanità territoriale  
alla luce del PNRR: a che punto siamo  
e quali prospettive per il prossimo futuro?**

# Appropriatezza prescrittiva, perchè?



Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e nell'ambito delle sue indicazioni d'uso (dose e durata del trattamento).



L'appropriatezza prescrittiva  
e l'aderenza alle terapie sono  
fondamentali sia per l'efficacia e  
la sicurezza dei trattamenti  
farmacologici sia per l'efficiente  
allocazione delle risorse del SSN.



# l'equilibrio tra appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica nell'uso dei farmaci

	Indicato	Non Indicato
Prescritto	OK	<del>SOVRA-USO</del>
Non Prescritto	<del>SOTTO-USO</del>	OK



**Tabella 3.11** Primi trenta principi attivi per spesa convenzionata di classe A-SSN: confronto 2021-2020

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	%*	Spesa lorda pro capite	Rango 2021	Rango 2020	Costo medio DDD	Δ % 21-20
C	atorvastatina	273,7	2,8	4,62	1	1	0,25	0,1
A	pantoprazolo	260,5	2,7	4,40	2	2	0,44	-4,6
A	colecalfiferolo	246,9	2,6	4,17	3	3	0,08	1,6
C	bisoprololo	160,9	1,7	2,72	4	4	0,60	0,5
R	beclometasone/formoterolo	146,2	1,5	2,47	5	5	1,73	0,0
R	fluticasone furoato/vilanterolo	139,3	1,4	2,35	6	7	1,74	0,0
A	lansoprazolo	135,6	1,4	2,29	7	6	0,45	-2,5
A	esomeprazolo	132,2	1,4	2,23	8	9	0,40	-5,4
A	omeprazolo	131,9	1,4	2,23	9	8	0,35	-3,6
B	enoxaparina	130,9	1,4	2,21	10	14	2,20	-2,6
C	omega 3	123,4	1,3	2,08	11	13	1,17	-0,9
A	mesalazina	122,8	1,3	2,07	12	12	1,09	0,4
J	amoxicillina/acido clavulanico	122,5	1,3	2,07	13	10	1,36	0,5
C	ramipril	119,6	1,2	2,02	14	11	0,09	1,0
C	olmesartan	105,4	1,1	1,78	15	16	0,31	0,1
A	metformina	96,6	1,0	1,63	16	19	0,19	1,3
C	amlodipina	96,0	1,0	1,62	17	17	0,16	-0,4
N	levetiracetam	95,7	1,0	1,62	18	18	2,02	-0,3
C	ezetimibe	92,6	1,0	1,56	19	25	0,74	-0,6
C	nebivololo	90,6	0,9	1,53	20	22	0,25	-0,1
A	insulina lispro	88,1	0,9	1,49	21	20	1,25	-0,3
C	simvastatina	86,1	0,9	1,45	22	21	0,33	0,1
R	budesonide/formoterolo	83,8	0,9	1,41	23	24	1,90	-0,6
C	rosuvastatina	83,7	0,9	1,41	24	29	0,26	-0,7
A	insulina aspart	83,6	0,9	1,41	25	23	1,37	-1,9
L	letrozolo	83,6	0,9	1,41	26	26	2,26	-0,3
A	rifaximina	81,7	0,8	1,38	27	28	2,08	0,0
N	fentanil	79,5	0,8	1,34	28	27	5,77	0,4
C	olmesartan/amlodipina	77,7	0,8	1,31	29	36	0,40	0,5
N	pregabalin	76,8	0,8	1,30	30	32	1,54	0,6
<b>Totale</b>		<b>3.647,5</b>	<b>37,7</b>					
<b>Totale spesa classe A-SSN</b>		<b>9.672,4</b>						

\* calcolata sul totale della spesa convenzionata

Rapporto OsMed 2021

# Esempio: la nuova nota 96

**NOTA 96**  
**PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI A BASE DI VITAMINA D**

Farmaci inclusi nella Nota AIFA:

- colecalfiferolo
- colecalfiferolo/sali di calcio
- calcifediolo

La prescrizione a carico del SSN dei farmaci inclusi nella Nota con indicazione **“prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D”** nell’adulto (≥18 anni) è limitata alla prevenzione e al trattamento della carenza di vitamina D nei seguenti scenari clinici:

**A. indipendentemente dalla determinazione della 25(OH)D**

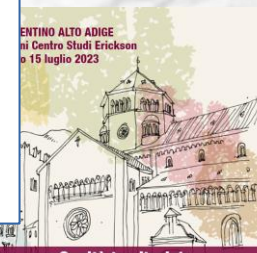
- persone istituzionalizzate
- persone con gravi deficit motori o allettate che vivono al proprio domicilio
- donne in gravidanza o in allattamento
- persone affette da osteoporosi da qualsiasi causa non candidate a terapia remineralizzante (vedi [Nota 79](#))

**B. previa determinazione della 25(OH)D** (vedi Allegato 1)

- persone con livelli sierici di 25(OH)D **<12 ng/mL (o <30 nmol/L)** e sintomi attribuibili a ipovitaminosi (astenia intensa, mialgie, dolori diffusi o localizzati, frequenti cadute immotivate)
- persone asintomatiche con rilievo occasionale di 25(OH)D **<12 ng/mL (o <30 nmol/L)**
- persone con 25(OH)D **<20 ng/mL (o <50 nmol/L)** in terapia di lunga durata con farmaci interferenti col metabolismo della vitamina D
- persone con 25(OH)D **<20 ng/mL (o <50 nmol/L)** affette da malattie che possono causare malassorbimento nell’adulto
- persone con 25(OH)D **<30 ng/mL (o 75 nmol/L)** con diagnosi di iperparatiroidismo (primario o secondario)
- persone con 25(OH)D **<30 ng/mL (o 75 nmol/L)** affette da osteoporosi di qualsiasi causa o osteopatie accertate candidate a terapia remineralizzante per le quali la correzione dell’ipovitaminosi dovrebbe essere propedeutica all’inizio della terapia \*

\* Le terapie remineralizzanti dovrebbero essere iniziate dopo la correzione della ipovitaminosi D.

Per una guida alla determinazione appropriata dei livelli di 25OH vitamina D e la conseguente prescrizione terapeutica è possibile fare riferimento alla flowchart allegata (Allegato 1).



ENTINO ALTO ADIGE  
di Centro Studi Erickson  
15 luglio 2023

**CARD TAA e la nuova Sanità territoriale alla luce del PNRR: a che punto siamo e quali prospettive per il prossimo futuro?**



**Tabella 3.11** Primi trenta principi attivi per spesa convenzionata di classe A-SSN: confronto 2021-2020

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	%*	Spesa lorda pro capite	Rango 2021	Rango 2020	Costo medio DDD	Δ % 21-20
C	atorvastatina	273,7	2,8	4,62	1	1	0,25	0,1
A	pantoprazolo	260,5	2,7	4,40	2	2	0,44	-4,6
A	colecalfiferolo	246,9	2,6	4,17	3	3	0,08	1,6
C	bisoprololo	160,9	1,7	2,72	4	4	0,60	0,5
R	beclometasone/formoterolo	146,2	1,5	2,47	5	5	1,73	0,0
R	fluticasone furoato/vilanterolo	139,3	1,4	2,35	6	7	1,74	0,0
A	lansoprazolo	135,6	1,4	2,29	7	6	0,45	-2,5
A	esomeprazolo	132,2	1,4	2,23	8	9	0,40	-5,4
A	omeprazolo	131,9	1,4	2,23	9	8	0,35	-3,6
B	enoxaparina	130,9	1,4	2,21	10	14	2,20	-2,6
C	omega 3	123,4	1,3	2,08	11	13	1,17	-0,9
A	mesalazina	122,8	1,3	2,07	12	12	1,09	0,4
J	amoxicillina/acido clavulanico	122,5	1,3	2,07	13	10	1,36	0,5
C	ramipril	119,6	1,2	2,02	14	11	0,09	1,0
C	olmesartan	105,4	1,1	1,78	15	16	0,31	0,1
A	metformina	96,6	1,0	1,63	16	19	0,19	1,3
C	amlodipina	96,0	1,0	1,62	17	17	0,16	-0,4
N	levetiracetam	95,7	1,0	1,62	18	18	2,02	-0,3
C	ezetimibe	92,6	1,0	1,56	19	25	0,74	-0,6
C	nebivololo	90,6	0,9	1,53	20	22	0,25	-0,1
A	insulina lispro	88,1	0,9	1,49	21	20	1,25	-0,3
C	simvastatina	86,1	0,9	1,45	22	21	0,33	0,1
R	budesonide/formoterolo	83,8	0,9	1,41	23	24	1,90	-0,6
C	rosuvastatina	83,7	0,9	1,41	24	29	0,26	-0,7
A	insulina aspart	83,6	0,9	1,41	25	23	1,37	-1,9
L	letrozolo	83,6	0,9	1,41	26	26	2,26	-0,3
A	rifaximina	81,7	0,8	1,38	27	28	2,08	0,0
N	fentanil	79,5	0,8	1,34	28	27	5,77	0,4
C	olmesartan/amlodipina	77,7	0,8	1,31	29	36	0,40	0,5
N	pregabalin	76,8	0,8	1,30	30	32	1,54	0,6
<b>Totale</b>		<b>3.647,5</b>	<b>37,7</b>					
<b>Totale spesa classe A-SSN</b>		<b>9.672,4</b>						

\* calcolata sul totale della spesa convenzionata

Rapporto OsMed 2021

# Ma anche per gli altri farmaci...

→ NOTA 013  
→ NOTA 001/NOTA 048

→ NOTA 099  
→ NOTA 099  
→ NOTA 001/NOTA 048

→ NOTA 001/NOTA 048  
→ NOTA 001/NOTA 048  
→ NOTA 13

→ NOTA 013

→ NOTA 013

→ NOTA 013

→ NOTA 004

CARD TRENTINO ALTO ADIGE  
Trento, Edizioni Centro Studi Erickson  
Sabato 15 luglio 2023

CARD TAA e la nuova Sanità territoriale  
alla luce del PNRR: a che punto siamo  
e quali prospettive per il prossimo futuro?

# ADERENZA E PERSISTENZA TERAPEUTICA

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'aderenza terapeutica è definibile come "il grado di effettiva coincidenza tra il comportamento individuale del paziente e le prescrizioni terapeutiche ricevute dal personale sanitario curante"

WHO, Adherence to long term therapies: evidence for action, Geneva, 2003



# ADERENZA E PERSISTENZA TERAPEUTICA

L'adesione alle prescrizioni farmacologiche rappresenta un comportamento individuale e generalmente comprende:

- ❖ **l'aderenza: assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta).**
- ❖ **persistenza terapeutica, ossia il mantenimento nel tempo di una terapia farmacologica.**

Mazzaglia et al., Aderenza e persistenza: due elementi chiave per la determinazione dell'efficacia terapeutica in usual care, Farmeconomia e percorsi terapeutici 2011;12(Suppl 2)



# ADERENZA E PERSISTENZA TERAPEUTICA

**La non aderenza ai farmaci è un evento pericoloso per la salute, riduce il benessere dei pazienti e aumenta i costi sanitari; si stima negli USA la non aderenza ai farmaci causi circa 125.000 morti l'anno.**

Medication non-adherence: the other drug problem (Farhan Aslam, Attiya Haque, JoAnne M. Foody 2012)



# ADERENZA E PERSISTENZA TERAPEUTICA

**La scarsa aderenza alla terapia causerebbe 194 500 morti all'anno in Europa e si stima che costi circa 125 miliardi di euro/anno in Europa e 300 miliardi di dollari/anno negli Stati Uniti**

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97.

Senst BL, Achusim LE, Genest RP, et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. Am J Health Syst Pharm 2001;58:1126-32.



# ADERENZA E PERSISTENZA TERAPEUTICA

**Inoltre anche la persistenza terapeutica non è ottimale e sembra riguardare il primo anno dopo l'evento, contribuendo in maniera negativa al grosso problema della non-aderenza farmacologica.**

Haynes RB, Yao X, Degani A, et al. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Systematic Reviews 2005;4:CD000011.



# La non aderenza

**Le misure volte a facilitare l'aderenza dei pazienti all'assunzione dei farmaci dovrebbero essere considerate parte integrante della cura delle persone anziane; tuttavia la compromissione delle funzioni cognitive può compromettere in modo sostanziale il comportamento di aderenza.**

Ruppar TM, Conn VS, Russell CL. Medication adherence interventions for older adults: literature review. Res Theory Nurs Pract 2008;22:114-47.



# La non aderenza

I fattori che portano alla non aderenza si possono riassumere in:

- presenza di patologie psichiatriche, in particolare la depressione;
- presenza di disturbi cognitivi;
- trattamento di malattie asintomatiche;
- effetti collaterali del farmaco;
- mancanza di convinzione da parte del paziente sui benefici del trattamento;
- mancanza di conoscenze sulla malattia da parte del paziente;





# La non aderenza

- **scarsa relazione fra medico e paziente;**
- **presenza di barriere per il trattamento (ad es. linguistiche);**
- **complessità del trattamento;**
- **eventuale pagamento del medicamento.**



# ADERENZA E PERSISTENZA TERAPEUTICA

**Gli indicatori di aderenza e persistenza non possono essere calcolati per periodi di tempo estremamente brevi, ed è necessario seguire il soggetto nel tempo**

Santoni et al., Aderenza e persistenza alla terapia con statine: analisi di farmacoutilizzazione a partire dai database amministrativi di cinque ASL italiane, *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2009;2(1):5-16



# Esempio: farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco

Rapporto OsMed 2021

Attraverso i dati della Tessera Sanitaria è stata condotta un'analisi per stimare l'esposizione ai farmaci per il trattamento dell'ipertensione arteriosa e dello scompenso cardiaco nella popolazione generale, nonché l'aderenza e la persistenza al trattamento.

Nel 2021 circa un quarto della popolazione italiana ha utilizzato questi farmaci, con una prevalenza maggiore al Sud e nelle Isole (28,5%) e al Centro (27,1%), rispetto al Nord (25,0%)

Per quanto riguarda le analisi di aderenza e persistenza, i dati di esposizione si riferiscono a una coorte di nuovi utilizzatori con più di 45 anni, che sono stati seguiti per un periodo di un anno. La popolazione in studio comprende un totale di 275.546 nuovi utilizzatori, di età mediana pari a 63 anni (Scarto Interquartile [IQR] 55-72) e una proporzione di donne maggiore rispetto agli uomini (52,7% vs 47,3%)



# Esempio:

## farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco

Rapporto OsMed 2021

**Tabella 3.2.1c** Esposizione e durata di terapia di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco per Regione in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione per conto (anno 2021)

Regione	Prevalenza d'uso (%)			Età mediana	Costo per utilizzatore	DDD per utilizzatore	DDD mediana	Utilizzatori con 1 prescrizione (%)
	maschi	femmine	totale					
Piemonte	26,9	28,8	27,9	72	114,2	475,0	364,0	2,8
Valle d'Aosta	23,4	24,9	24,1	71	114,5	448,5	357,3	2,4
Lombardia	23,7	24,7	24,2	71	125,7	498,4	378,7	2,4
PA Bolzano	17,9	18,9	18,4	72	117,9	482,3	364,0	2,7
PA Trento	22,3	23,0	22,6	71	111,0	485,2	373,5	2,4
Veneto	24,6	25,0	24,8	71	120,9	512,9	390,0	2,4
Friuli VG	26,1	27,0	26,6	72	122,4	524,9	392,0	2,4
Liguria	27,5	29,4	28,5	73	115,3	441,2	356,0	3,3
Emilia R.	25,5	27,4	26,5	71	115,9	521,7	392,0	2,7
Toscana	25,8	27,7	26,8	72	114,0	518,7	392,0	4,4
Umbria	30,5	32,5	31,5	71	129,2	570,1	420,0	3,2
Marche	27,6	29,4	28,5	72	127,9	485,4	378,0	3,0
Lazio	26,7	28,2	27,5	70	129,3	487,0	387,3	3,0
Abruzzo	28,2	30,7	29,5	70	119,5	449,1	361,3	3,4
Molise	30,1	33,7	31,9	70	122,4	444,3	364,0	3,0
Campania	27,7	29,6	28,6	67	132,7	472,7	367,3	2,7
Puglia	28,3	31,0	29,7	70	121,9	457,2	364,0	2,9
Basilicata	29,1	32,8	31,0	69	130,2	449,6	364,0	3,6
Calabria	29,0	31,5	30,3	69	127,0	452,0	364,0	3,3
Sicilia	26,9	30,0	28,5	70	127,9	496,5	381,5	3,3
Sardegna	26,0	27,9	27,0	71	120,1	466,7	364,0	3,0
<b>Italia</b>	<b>25,6</b>	<b>27,4</b>	<b>26,5</b>	<b>70</b>	<b>125,9</b>	<b>498,9</b>	<b>378,0</b>	<b>3,0</b>
Nord	24,3	25,6	25,0	71	122,3	507,1	380,0	2,6
Centro	26,2	28,0	27,1	71	127,0	513,9	392,0	3,5
Sud e Isole	27,2	29,7	28,5	69	129,2	478,9	364,0	3,1



1° →  
2° →

CARD TRENINO ALTO ADIGE  
Trento, Edizioni Centro Studi Erickson  
Sabato 15 luglio 2023

CARD TAA e la nuova Sanità territoriale  
alla luce del PNRR: a che punto siamo  
e quali prospettive per il prossimo futuro?

# Esempio:

## farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco

Rapporto OsMed 2021

La percentuale di soggetti con alta e bassa aderenza al trattamento con antipertensivi è stata rispettivamente del 53% e del 18%. La bassa aderenza tende ad aumentare con l'età, registrando il valore più alto nei soggetti di età superiore agli 85 anni (23,7%) e nelle donne rispetto agli uomini, rispettivamente del 20,8% e del 14,8%. Stratificando per età e area geografica, la percentuale maggiore di bassa aderenza si è osservata negli utilizzatori con età superiore agli 85 anni e residenti nel Sud Italia (26,5 %). L'alta aderenza, al contrario, tende a diminuire all'aumentare dell'età, presentando un valore maggiore nella fascia 55-64 anni (54,7%) e risultando maggiore negli uomini rispetto alle donne, rispettivamente del 57,8% e del 48,6%. Gli utilizzatori residenti nel Centro Italia e con età compresa tra i 55 e i 64 anni sono quelli che hanno presentato il maggior valore percentuale di alta aderenza (56,4%).



# Esempio: farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco

Rapporto OsMed 2021

**Tabella 3.2.1d** Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco nella popolazione di età ≥45 anni nel periodo 2019-2021 e variazione 2021-2020

	Totale N=275.546				Nord N=124.177				Centro N=60.958				Sud N=90.411			
	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20
<b>Bassa aderenza*^</b>																
45-54 anni	16,4	16,3	16,9	4	15,1	14,9	15,5	4	16,6	16,9	17,3	2	17,6	17,6	18,3	4
55-64 anni	16,1	16,5	16,9	2	15,0	15,6	15,9	2	16,0	16,7	17,0	2	17,4	17,6	18,0	2
65-74 anni	17,7	18,2	17,9	-2	16,7	16,7	16,7	0	17,5	19,2	18,4	-4	19,2	19,7	19,3	-2
75-84 anni	20,2	21,1	20,2	-4	18,8	19,7	18,5	-6	20,8	21,5	21,3	-1	22,2	23,4	22,6	-3
≥85 anni	25,0	25,8	23,7	-8	22,8	23,3	21,8	-6	25,7	27,3	24,3	-11	28,2	28,8	26,5	-8
Donne	20,5	20,9	20,8	0	19,1	19,4	19,4	0	20,8	22,2	21,5	-3	22,1	22,2	22,3	0
Uomini	14,7	15,1	14,8	-2	13,9	14,2	13,8	-3	14,7	15,1	15,1	0	15,8	16,3	16,0	-2
<b>Totale</b>	<b>17,7</b>	<b>18,1</b>	<b>18,0</b>	<b>-1</b>	<b>16,6</b>	<b>16,9</b>	<b>16,8</b>	<b>-1</b>	<b>18,0</b>	<b>18,8</b>	<b>18,5</b>	<b>-2</b>	<b>19,1</b>	<b>19,4</b>	<b>19,3</b>	<b>-1</b>
<b>Alta aderenza*^</b>																
45-54 anni	54,8	54,9	54,0	-2	56,7	56,8	55,6	-2	55,8	55,9	55,5	-1	52,3	52,2	51,3	-2
55-64 anni	55,4	54,6	54,7	0	56,5	56,0	55,9	0	56,7	55,7	56,4	1	53,5	52,2	52,1	0
65-74 anni	53,9	53,0	53,9	2	54,6	54,3	54,5	0	55,9	53,5	54,9	3	51,8	51,1	52,2	2
75-84 anni	49,5	48,2	49,7	3	50,6	49,5	51,1	3	50,0	48,7	50,2	3	47,3	45,6	46,5	2
≥85 anni	41,0	40,9	42,7	4	42,1	43,0	44,6	4	41,2	39,5	42,5	8	39,0	38,8	39,6	2
Donne	48,7	48,1	48,6	1	49,9	49,5	49,9	1	49,5	48,4	49,4	2	46,7	46,1	46,3	0
Uomini	58,0	57,3	57,8	1	58,7	58,5	58,6	0	59,5	58,2	59,4	2	56,2	55,2	55,6	1
<b>Totale</b>	<b>53,1</b>	<b>52,5</b>	<b>53,0</b>	<b>1</b>	<b>54,1</b>	<b>53,8</b>	<b>54,0</b>	<b>0</b>	<b>54,1</b>	<b>53,0</b>	<b>54,1</b>	<b>2</b>	<b>51,2</b>	<b>50,5</b>	<b>50,8</b>	<b>1</b>

\* L'aderenza al trattamento è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione (data indice) solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80% del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).

N: si riferisce ai nuovi utilizzatori, soggetti che hanno ricevuto una prima prescrizione nel periodo 01/10/2020-31/12/2020, non trattati nei mesi precedenti a partire dal 01/01/2020.

Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.

Tempo mediano (IQR) di follow-up: 327 (279-348).



# Esempio:

## farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco

Rapporto OsMed 2021

Analizzando la persistenza ai farmaci antipertensivi e per lo scompenso cardiaco, si evidenzia come circa la metà dei nuovi utilizzatori risulti essere persistente al trattamento a distanza di un anno (53,1%), con un andamento piuttosto simile per area geografica (Nord 53,4%, Centro 54,4% e Sud 51,9%), sebbene il Nord e il Centro registrino un minimo miglioramento della persistenza rispetto al 2020, rispettivamente del +2% e del +4%. Gli uomini hanno mostrato percentuali di persistenza più elevate delle donne, registrando rispettivamente valori del 57,5% e del 49,1%.

**Tabella 3.2.1d** Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco nella popolazione di età ≥45 anni nel periodo 2019-2021 e variazione 2021-2020

	Totale N=275.546				Nord N=124.177				Centro N=60.958				Sud N=90.411			
	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20	2019	2020	2021	Δ % 21-20
<b>Bassa aderenza**</b>																
45-54 anni	16,4	16,3	16,9	4	15,1	14,9	15,5	4	16,6	16,9	17,3	2	17,6	17,6	18,3	4
55-64 anni	16,1	16,5	16,9	2	15,0	15,6	15,9	2	16,0	16,7	17,0	2	17,4	17,6	18,0	2
65-74 anni	17,7	18,2	17,9	-2	16,7	16,7	16,7	0	17,5	19,2	18,4	-4	19,2	19,7	19,3	-2
75-84 anni	20,2	21,1	20,2	-4	18,8	19,7	18,5	-6	20,8	21,5	21,3	-1	22,2	23,4	22,6	-3
≥85 anni	25,0	25,8	23,7	-8	22,8	23,3	21,8	-6	25,7	27,3	24,3	-11	28,2	28,8	26,5	-8
Donne	20,5	20,9	20,8	0	19,1	19,4	19,4	0	20,8	22,2	21,5	-3	22,1	22,2	22,3	0
Uomini	14,7	15,1	14,8	-2	13,9	14,2	13,8	-3	14,7	15,1	15,1	0	15,8	16,3	16,0	-2
<b>Totale</b>	<b>17,7</b>	<b>18,1</b>	<b>18,0</b>	<b>-1</b>	<b>16,6</b>	<b>16,9</b>	<b>16,8</b>	<b>-1</b>	<b>18,0</b>	<b>18,8</b>	<b>18,5</b>	<b>-2</b>	<b>19,1</b>	<b>19,4</b>	<b>19,3</b>	<b>-1</b>
<b>Alta aderenza**</b>																
45-54 anni	54,8	54,9	54,0	-2	56,7	56,8	55,6	-2	55,8	55,9	55,5	-1	52,3	52,2	51,3	-2
55-64 anni	55,4	54,6	54,7	0	56,5	56,0	55,9	0	56,7	55,7	56,4	1	53,5	52,2	52,1	0
65-74 anni	53,9	53,0	53,9	2	54,6	54,3	54,5	0	55,9	53,5	54,9	3	51,8	51,1	52,2	2
75-84 anni	49,5	48,2	49,7	3	50,6	49,5	51,1	3	50,0	48,7	50,2	3	47,3	45,6	46,5	2
≥85 anni	41,0	40,9	42,7	4	42,1	43,0	44,6	4	41,2	39,5	42,5	8	39,0	38,8	39,6	2
Donne	48,7	48,1	48,6	1	49,9	49,5	49,9	1	49,5	48,4	49,4	2	46,7	46,1	46,3	0
Uomini	58,0	57,3	57,8	1	58,7	58,5	58,6	0	59,5	58,2	59,4	2	56,2	55,2	55,6	1
<b>Totale</b>	<b>53,1</b>	<b>52,5</b>	<b>53,0</b>	<b>1</b>	<b>54,1</b>	<b>53,8</b>	<b>54,0</b>	<b>0</b>	<b>54,1</b>	<b>53,0</b>	<b>54,1</b>	<b>2</b>	<b>51,2</b>	<b>50,5</b>	<b>50,8</b>	<b>1</b>

\* L'aderenza al trattamento è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione (data indice) solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate. La bassa aderenza al trattamento è stata definita come copertura terapeutica (valutata in base alle DDD) < 40 % del periodo di osservazione mentre l'alta aderenza è stata definita come copertura terapeutica ≥ 80% del periodo di osservazione (per ulteriori dettagli consultare i metodi statistici).

N: si riferisce ai nuovi utilizzatori, soggetti che hanno ricevuto una prima prescrizione nel periodo 01/10/2020-31/12/2020, non trattati nei mesi precedenti a partire dal 01/01/2020.

Percentuali dei soggetti con bassa/alta aderenza relativamente alla categoria specificata.

Tempo mediano (IQR) di follow-up: 327 (279-348).



# Esempio:

## farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco

Rapporto OsMed 2021

È possibile notare come, per questi farmaci, il tempo mediano alla "discontinuazione" sia superiore a 365 giorni. Valutando la persistenza per diversi intervalli di tempo, si osserva come la percentuale dei soggetti persistenti si riduca al crescere del tempo di osservazione passando dal 52,3% a 12 mesi dall'inizio del trattamento al 45,4% a 24 mesi dall'inizio del trattamento.

**Tabella 3.2.1f** Persistenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco nella popolazione di età ≥45 anni nel 2021 con 2 anni di follow-up

Persistenza (%)	Totale N=233.188			Nord N=103.271			Centro N=48.360			Sud N=81.557		
	12 mesi	18 mesi	24 mesi	12 mesi	18 mesi	24 mesi	12 mesi	18 mesi	24 mesi	12 mesi	18 mesi	24 mesi
45-54 anni	55,4	51,2	48,5	56,7	52,4	49,6	55,4	51,7	49,1	54,0	49,7	47,0
55-64 anni	54,8	50,6	48,0	55,2	50,9	48,2	55,0	51,1	48,7	54,3	50,0	47,4
65-74 anni	52,2	47,9	45,3	52,3	47,8	45,3	52,0	48,0	45,8	52,1	47,8	45,1
75-84 anni	46,5	42,2	39,7	47,1	42,5	40,0	47,2	43,0	40,4	45,1	41,1	38,4
≥85 anni	40,2	35,2	32,9	41,1	35,7	33,6	39,6	34,6	32,0	39,1	35,1	32,6
Donne	47,9	43,5	40,8	48,2	43,6	40,9	47,6	43,4	41,0	47,8	43,4	40,6
Uomini	57,1	53,0	50,4	57,4	53,1	50,6	57,5	53,6	51,2	56,4	52,4	49,8
<b>Totale</b>	<b>52,3</b>	<b>48,0</b>	<b>45,4</b>	<b>52,6</b>	<b>48,2</b>	<b>45,6</b>	<b>52,2</b>	<b>48,2</b>	<b>45,8</b>	<b>51,9</b>	<b>47,7</b>	<b>45,0</b>

La persistenza al trattamento è stata valutata solo per i nuovi utilizzatori con almeno 2 prescrizioni erogate durante il primo anno di trattamento. Un'interruzione al trattamento si verifica se il soggetto non ha una prescrizione erogata entro 60 gg (per maggiori dettagli consultare i metodi statistici).

N: si riferisce ai nuovi utilizzatori, soggetti che hanno ricevuto una prima prescrizione nel periodo 01/10/2019-31/12/2019, non trattati nei mesi precedenti a partire dal 01/01/2019 e seguiti per 2 anni di follow-up





## Migliorare l'aderenza nell'assistenza primaria

I metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza possono essere raggruppati in 4 categorie:

1) l'educazione del paziente: non vi è dubbio che gli interventi educativi/informativi sulla famiglia e sul paziente possono avere un effetto favorevole sull'aderenza alla prescrizione;

Negrini G, La Pietra L, Marchisio S. L'informazione al paziente. De Qualitate 2003;(lug-ago):49-54.

2) il miglioramento della comunicazione fra medico e paziente: l'aumento della comunicazione fra paziente e medico è la chiave di un'efficace strategia nel potenziare la capacità del paziente e della famiglia nel seguire il regime terapeutico;

Negrini G, La Pietra L, Marchisio S. L'informazione al paziente. De Qualitate 2003;(lug-ago):49-54.

3) il miglioramento dello schema di trattamento: si basa sull'uso di contenitori di compresse, divisi in scomparti, nei quali suddividere i farmaci a seconda dell'ora di somministrazione. Il miglioramento prevede inoltre l'uso di farmaci a lento assorbimento, che riducono la somministrazione di più dosi nell'arco delle 24 ore;

Ruppar TM, Conn VS, Russell CL. Medication adherence interventions for older adults: literature review. Res Theory Nurs Pract 2008;22:114-47.



## Migliorare l'aderenza nell'assistenza primaria

I metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza possono essere raggruppati in 4 categorie:

4) registrazione della posologia del farmaco prescritto nel gestionale di studio per permettere il calcolo automatico del DDD (la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto). La DDD quindi rappresenta la dose di mantenimento della terapia e non la dose iniziale e permette di identificare facilmente i pazienti non aderenti alla terapia. Inoltre esistono dei veri e propri "tool" dei programmi gestionali per l'identificazione di tali pazienti.

### ESEMPIO 1:

**Donna, 43 aa, vedova da circa 1 anno, sindrome depressiva reattiva.**

DATA	<input type="checkbox"/> C	NS	+ Farmaco	+ Prot.Ter.	↓ Ultimi	N	POSOL.	E
			Filtra farmaci...		CONTROLLO RICETTE			
22/12/2022	<input type="checkbox"/>	■	PAROXETINA EG*28CPR RIV 20MG			2	UNA LA MATTINA	
10/01/2023	<input type="checkbox"/>	■	DICLOREUM*20CPS 150MG RP			1	UNA DOPO PRANZO al bisogn	
02/08/2022	<input type="checkbox"/>	■	CIRCADIN*30CPR 2MG RP			1	UNA LA SERA	

**E' aderente alla terapia??**



# Migliorare l'aderenza nell'assistenza primaria

## ESEMPIO 2:

Uomo. 75 aa. ex etilista. diabetico. iperteso. ecc.

DATA	<input type="checkbox"/> C	NS	+ Farmaco	+ Prot.Ter.	↓ Ultimi	N	POSOL.	E
			Filtra farmaci...		CONTROLLO RICETTE			
08/06/2023	<input type="checkbox"/>	●	PANTORC*28CPR GASTR 20MG		2	UNA LA MATTINA		
25/05/2023	<input type="checkbox"/>	●	FORXIGA*28CPR RIV 10MG		2	UNA LA MATTINA		
09/05/2023	<input type="checkbox"/>	●	CRESTOR*28CPR RIV 20MG		2	UNA LA SERA		
09/05/2023	<input type="checkbox"/>	●	TRIA TEC*28CPR DIV 2,5MG		2	UNA LA MATTINA		
09/05/2023	<input type="checkbox"/>	●	NORVASC*28CPR 5MG		2	UNA LA SERA		
09/05/2023	<input type="checkbox"/>	●	LASIX*30CPR 25MG		2	UNA LA MATTINA		
20/03/2023	<input type="checkbox"/>	●	OZEMPIC*1PEN 0,5MG/D+4AGHI		2	UNA LA MATTINA OGNI SETTI		
26/08/2022	<input type="checkbox"/>	●	CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG		2	UNA IL POMERIGGIO		
26/08/2022	<input type="checkbox"/>	●	METFORMINA TEVA*40CPR 850MG		2	UNA OGNI DODICI ORE		
26/08/2022	<input type="checkbox"/>	●	METFORMINA TEVA*60CPR 1000MG		2	UNA OGNI DODICI ORE		
09/05/2023	<input type="checkbox"/>	●	SERPAX*20CPR 15MG		1	AL BISOGNO		
29/11/2022	<input type="checkbox"/>	●	LUCEN*28CPR GASTR 20MG		2	UNA LA SERA		
21/03/2022	<input type="checkbox"/>	●	DICLOREUM*20CPS 150MG RP		1			

E' aderente alla terapia??



## Migliorare l'aderenza nell'assistenza primaria

### ESEMPIO 3:

donna, 83 aa, extracomunitaria, scarsa conoscenza della lingua italiana, diabetica, ipertesa...

			Filtra farmaci...	CONTROLLO RICETTE	
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	OLPREZIDE*28CPR RIV 40MG+25MG	2	UNA LA MATTINA
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	CARDURA*30CPR DIV 2MG	2	UNA LA SERA
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	CARDIOASPIRIN*30CPR GAST 100MG	2	UNA IL POMERIGGIO
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	LOVINACOR*30CPR 20MG	2	UNA LA SERA
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	VASEXTEN*28CPS 20MG RM	2	UNA LA SERA
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	BISOPROLOLO DOC*28CPR 5MG	4	
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	DIAMICRON*30CPR 60MG RM	2	UNA IL POMERIGGIO
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	JARDIANCE*28CPR RIV 10MG	2	UNA LA MATTINA
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	JANUMET*56CPR RIV 50MG+1000MG	3	UNA OGNI DODICI ORE
16/05/2023	<input type="checkbox"/>	■	LASIX*30CPR 25MG	2	UNA LA MATTINA

E' aderente alla terapia??



# Conclusioni

Come evidenziato i pazienti non aderenti alla terapia non sono pochi. La loro gestione implica uno sforzo non indifferente in termini di tempo e risorse per il Medico di Medicina Generale (MMG)

La possibilità del MMG di rilasciare piani terapeutici per alcuni farmaci in determinate note AIFA sicuramente migliora l'aderenza e la persistenza terapeutica.

Requisito necessario è l'abbattimento della burocrazia e, nei limiti del possibile, la semplificazione di tutte le procedure amministrative.

Anche un'adeguata incentivazione all'assunzione di personale di studio ( segretario/a, infermiere/a) sarebbe molto utile per migliorare la comunicazione con il paziente e conseguentemente l'aderenza e la persistenza terapeutica.



## Conclusioni

Nell'ottica dell'applicazione del D.M. 77 e del P.N.R.R. sarebbe opportuno sviluppare progetti ad hoc per l'ottimizzazione delle risorse sanitarie e per la salvaguardia della salute della popolazione come anche previsto nell' A.C.N. (Accordo Collettivo Nazionale) della medicina generale quali:

- Progetti incentivanti per lo screening della fragilità della popolazione che potrebbero mettere in evidenza situazioni che favoriscano la non aderenza alla terapia;
- Progetti incentivanti per il potenziamento delle cure domiciliari;
- Implementazione della telemedicina nella pratica quotidiana per migliorare l'assistenza ai pazienti;
- Integrazione ospedale - territorio (rapporto diretto medici ospedalieri – MMG/PLS, infermieri territoriali, servizi sociali, ecc.) e territorio - territorio (rapporto diretto MMG/PLS con specialisti ambulatoriali, servizi infermieristici territoriali e assistenti sociali)



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**