

NAPOLI, 17-20 maggio 2017

XXI CONGRESSO
NAZIONALE

AMD

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE



PER UNA DIABETOLOGIA PREDITTIVA, PREVENTIVA, PERSONALIZZATA E PARTECIPATIVA

**CAMBIAMENTI, TRASFORM-AZIONE, COINVOLGIMENTO
ATTIVO:STRUMENTI PER FAVORIRE L'ADERENZA**

Lo scenario: la diabetologia che cambia non favorisce l'aderenza

Mariano Agrusta

L'allarme mondiale: le evidenze sulla cronicità

- Il numero dei soggetti con cronicità è in continua crescita
- Aumentano i costi dell'assistenza
- Aumenta l'attesa di vita
- Migliorano le sopravvivenze

In conclusione:

**il sistema universale di assistenza
socio-sanitaria è a rischio di implosione per
l'eccessivo assorbimento di risorse**

I DATI EPIDEMIOLOGICI

- Nel mondo 415 milioni di persone adulte hanno il diabete, se ne stimano 640 milioni entro il 2040
- In Europa il numero di persone diabetiche nell'UE è di 32 milioni, circa l'8,1% della popolazione, si prevede che nel 2035, il numero dei pazienti salirà a circa 38 milioni
- In Italia alla fine degli anni '80 la prevalenza del diabete noto era intorno al 2,5%. Dai dati Istat 2015 le persone che dichiarano di essere diabetiche rappresentano il 5.4% della popolazione.
- I dati diffusi dal rapporto dell'osservatorio ARNO 2015 riportano una prevalenza nel nostro Paese del 6,2% e indicano quindi che nel nostro paese dovrebbero esserci 3.750.000 persone affette da diabete di cui oltre il 90% diabete di tipo 2.

Siamo di fronte ad una PANDEMIA

In Italia

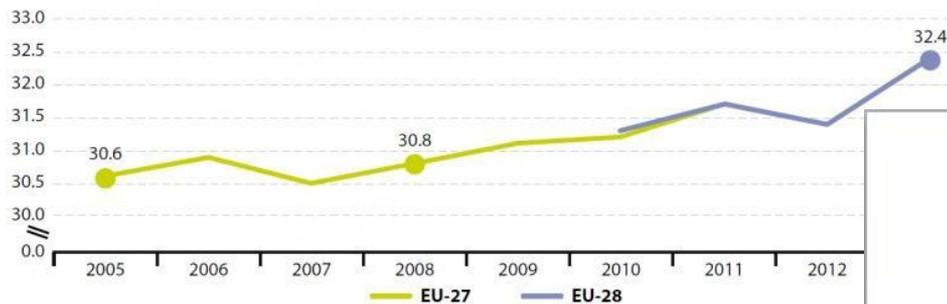
- **1** cittadino su **16** sa di avere il diabete
- il numero delle persone affette da diabete noto è destinato a crescere da **3,7 milioni** a **6,1** entro il 2030
- ogni **3** persone con diabete c'è ne è **1** che ha il diabete senza saperlo
- per **1** persona con il diabete c'è ne è **1** ad alto rischio di svilupparlo

Aumentano le malattie croniche

File:People having a long standing illness or health problem 2005-13.jpg

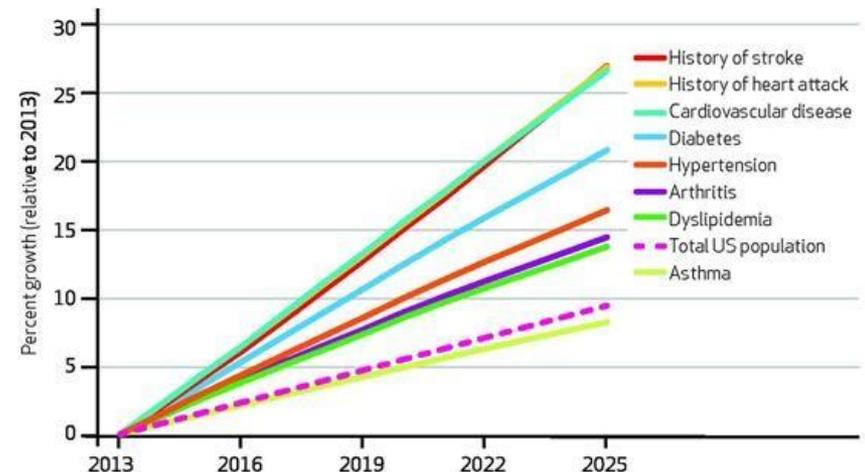


File File history File usage



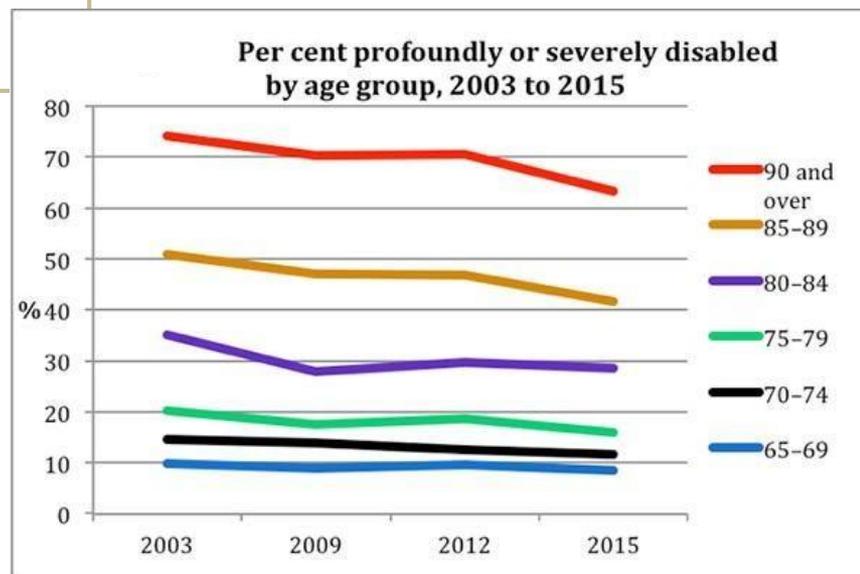
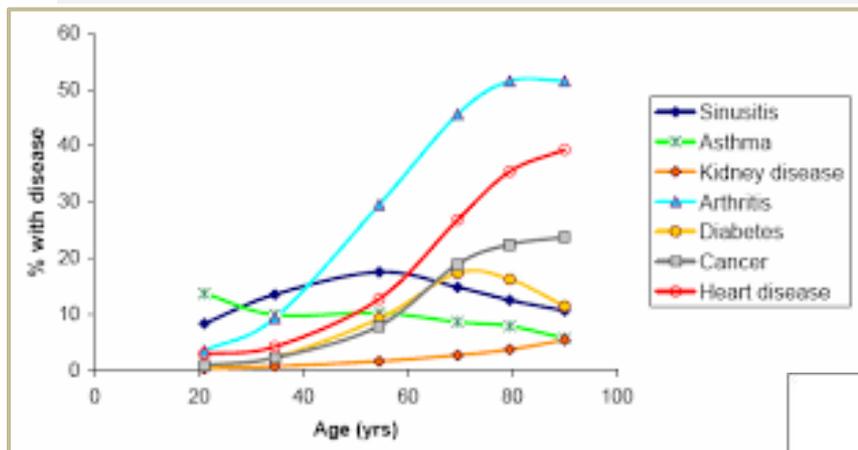
(1) Data for 2005 and 2006 are estimates.

Projected Growth In Population With Chronic Conditions, 2013–25.



Dall T M et al. Health Aff 2013;32:2013-2020

Plurimorbidità e disabilità nella popolazione anziana



Aderenza Terapeutica: definizione

- 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"***.
- Questo concetto si riferisce tanto alle prescrizioni farmacologiche, che alle indicazioni relative alla dieta ed allo stile di vita.

Sabate E, ed, Adherence to long term therapies: evidence for action.
Geneva, WHO, 2003

Concetti chiave

Per **aderenza** s'intende *la misura in cui il comportamento di un soggetto, nell'assunzione dei farmaci, nell'osservanza di una dieta e/o nell'applicazione di nuovi stili di vita, corrisponde alle raccomandazioni condivise con il medico*

La Compliance = *intensità o grado di adesione di un paziente all'assunzione del farmaco*

La Persistenza = *continuità nell'assunzione del farmaco da parte del paziente*

L' Aderenza terapeutica = *persistenza + compliance all'assunzione del farmaco*

La scarsa appropriatezza e la scarsa
continuità/aderenza alle terapie croniche
rappresentano il maggior ostacolo al raggiungimento
degli obiettivi di miglioramento della salute
dimostratosi possibile negli studi clinici.

WHO. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003;921:1-164.



Continuità ed aderenza alle terapie

- **L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' AFFERMA:**

“La scarsa aderenza alle terapie croniche compromette gravemente l'efficacia del trattamento, caratterizzandosi come un elemento critico per la salute della popolazione, sia dal punto di vista della qualità di vita che dell'economia sanitaria ... Interventi tesi ad aumentare l'aderenza consentono un significativo ritorno degli investimenti, sia in prevenzione primaria, sia in prevenzione secondaria ... L'aderenza è un importante “modificatore” dell'efficacia dei sistemi sanitari ... Aumentare l'aderenza terapeutica può avere un impatto sulla salute della popolazione molto maggiore di ogni miglioramento di specifici trattamenti terapeutici”.

Aderenza e Non-Aderenza

In generale, per la non-aderenza si distinguono diversi possibili fattori etiologici:

- 1. Fattori individuali***, legati al paziente (attitudini, abitudini, convinzioni, contesto socio-economico)
- 2. Fattori legati al prescrittore*** (competenza, conoscenza, attitudini, convinzioni, contesto professionale, capacità comunicativa)
- 3. Fattori inerenti il sistema sanitario di riferimento*** (accessibilità ed equità delle cure)

Tipologie individuali di Non-Aderenza

Non-Aderenza intenzionale

- Il paziente decide personalmente (in modo più o meno esplicito e consapevole) di non iniziare, ovvero proseguire, una terapia prescritta dal medico
- Conseguenza diretta: ***mancato inizio o interruzione del trattamento***

Non-Aderenza non-intenzionale

- Il paziente “vorrebbe” essere aderente alle prescrizioni, ma fattori contingenti lo impediscono. Si determina un occasionale o ricorrente “salto” di dose del farmaco
- Conseguenza diretta: ***sottodosaggio del farmaco***
(in genere meno del 70-80% della dose prescritta)

Heidenreich PA. Patient adherence: the next frontier in quality improvement Am J Med
2004;117:130 –132.

Non-Aderenza intenzionale

In generale, il paziente comprende cosa dovrebbe fare ma decide, in modo più o meno consapevole ed esplicito, di non seguire le prescrizioni.

Tale decisione è dettata da:

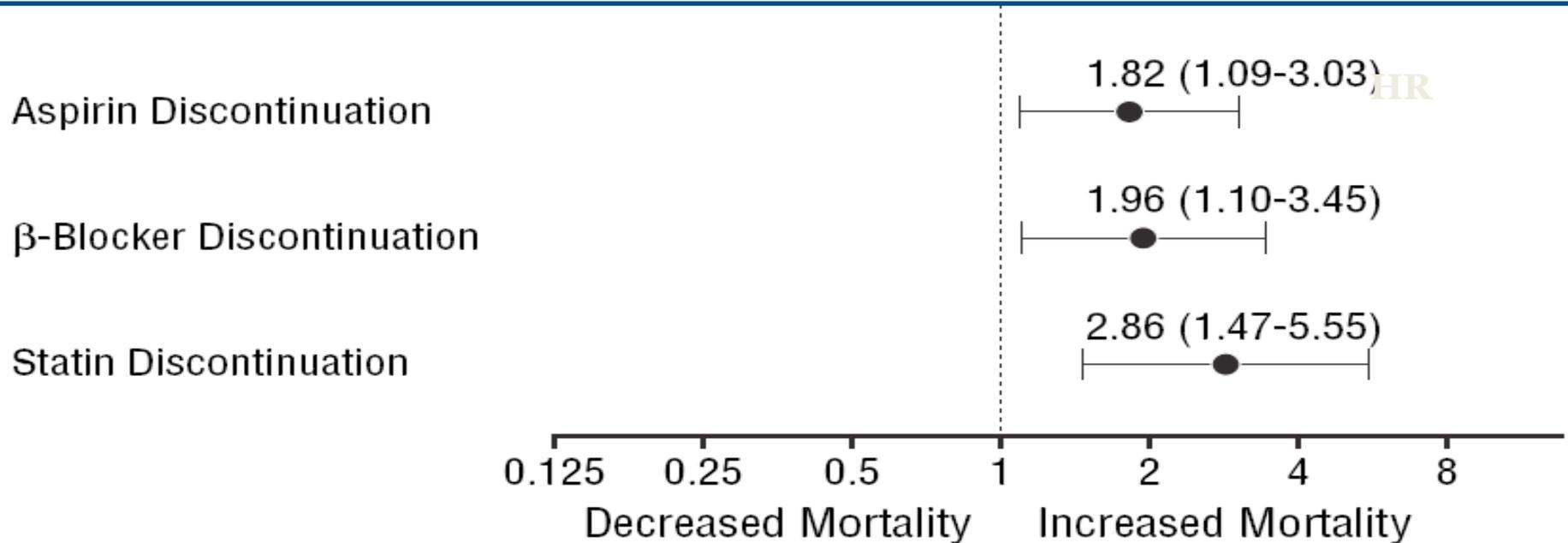
- Convinzioni erronee circa la natura della malattia (causa, durata e complicanze).
- Convinzioni erronee circa il valore delle terapie farmacologiche
- Paura dei possibili effetti collaterali e delle reazioni avverse da farmaci

Non-Aderenza non-intenzionale

- Conseguenze generalmente ad una **mediocre qualità di comunicazione tra medico e paziente;**
- Le informazioni non sono trasmesse in modo chiaro, univoco e comprensibile;
- Il paziente non comprende completamente la necessità della cura;
- Il paziente non è in grado di seguire le prescrizioni e dimentica di assumere il farmaco come prescritto.

Le Conseguenze della Non-Aderenza

Impatto dell'interruzione delle "evidence-based medical therapies" sulla prognosi clinica dopo Infarto Miocardico Acuto (dati del Registro PREMIER):
la sospensione della terapia con statine triplica il rischio di morte



Aderenza e Diabete

Il diabete mellito tipo 2 è una delle condizioni cliniche in cui è più facile riscontrare **un basso livello di aderenza** al trattamento

(Mac Nabb WL Adherence in diabetes , Diabetes Care ,1997 ;20:215)

Negli Studi dedicati ai farmaci per il diabete la prevalenza dell'aderenza si aggira intorno a percentuali piuttosto basse che possono arrivare fino al 46%.

Nella pratica clinica significa per un diabetologo dover acquisire che meno della metà dei pazienti che ha in cura aderisce alla terapia concordata

Strumenti di misurazione dell'aderenza	Prevalenza dell'aderenza, % (n. di studi)
OAD	38.5–93.1 (10)
Misure obiettive	
MPR	46.0–89.8 (4)
Altri	75.3–93.1 (2)
Misure soggettive	38.5–83.6 (4)
OAD in monoterapia o una combinazione di OAD e insulina	39.0–92.3 (17)
Misure obiettive: MPR	53.8–69.0 (3)
Misure soggettive	
MMAS-4	40.0–76.2 (7)
Altri	39.0–92.3 (7)

Medication Possession Ratio = MPR

rapporto tra numero di giorni di terapia dispensata e giorni totali di terapia in un certo periodo di tempo, se il valore risulta < 0,8 (o < 80%) è indicativo di mancata aderenza.

OAD: Antidiabetici orali; **MPR:** Medical Possession Ratio; **MMAS-4,** Morisky Medication-Taking Adherence Scale (4-item): Scala Morisky di aderenza all'assunzione del farmaco (4 voci)

Krass I, Schieback P, Dhipayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. Diabet Med. 2015

OMS: i costi

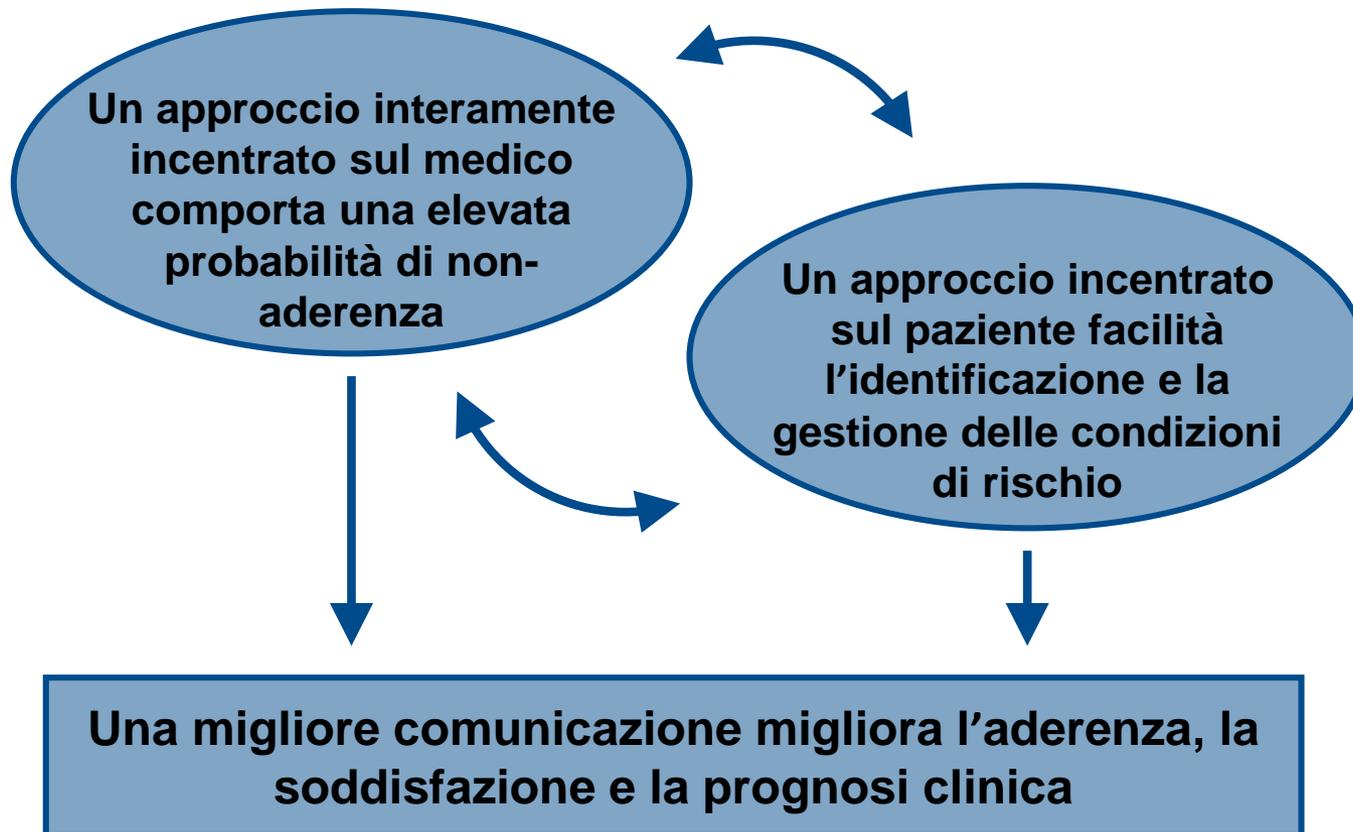
- Si stima che In Europa, il costo della non aderenza alle terapie farmacologiche sia pari a 125 miliardi di euro l'anno.
- È stato stimato che il costo economico della mancata aderenza negli Stati Uniti è pari a 100 miliardi dollari l'anno.
- Secondo il Centro Studi “Sanità in Cifre” dimenticare o deliberatamente non prendere i farmaci prescritti dal medico costa ogni anno alle casse dello stato fino a 3,7 miliardi di euro in mancata attività di prevenzione, 3,8 miliardi in inefficienze dovute all’avvio ritardato del trattamento e fino a 11,4 miliardi di euro in costi di ospedalizzazione e acquisto dei nuovi farmaci

IMS Institute for Health Care Informatics

- Stima l'impatto economico dell'utilizzo non appropriato dei farmaci in 186 Paesi tra cui l'Italia.
- Lo studio ha considerato sei malattie croniche di elevato impatto quali diabete, osteoporosi, scompenso, Hiv, iperlipidemia, ipertensione.

300 miliardi di dollari i costi derivanti dall'utilizzo non ottimale delle terapie farmacologiche

La necessità di coinvolgere il Paziente



La non-compliance alla terapia farmacologica: strategie diagnostico-terapeutiche

Esistono almeno 6 fenotipi rappresentativi della mancata aderenza alle prescrizioni di farmaci, che sottolineano le differenze dei comportamenti alla base del problema. Ciascun fenotipo richiede strumenti terapeutici differenti, esattamente come per i sottotipi di una condizione clinica:

1. Il paziente non è consapevole dell'importanza di seguire le prescrizioni farmacologiche per la sua salute e il suo benessere a lungo termine
2. Il paziente è convinto che i benefici legati all'assunzione dei farmaci non siano superiori all'impegno richiesto per seguire la terapia
3. La gestione della terapia farmacologica è troppo complessa per il paziente
4. Il paziente non è convinto dell'efficacia del farmaco
5. Il paziente ha convinzioni personali sui farmaci errate, irrazionali o conflittuali
6. Il paziente non è sufficientemente vigile

Su almeno 5 di queste si può agire con interventi di Educazione Terapeutica!

Le Sfide per il miglioramento dell'Aderenza alle prescrizioni terapeutiche

Haynes RB, et al. JAMA. 2002;288:2880-2883.

Peterson AM, et al. Am J Health Syst Pharm. 2003;60:657-665.

Realizzare un Counseling efficace che coinvolga il paziente su priorità ed obiettivi

Per i pazienti programmare un follow-up ravvicinato

Fare leva su tutto il possibile supporto familiare e sociale che aiuti il paziente nello sforzo di rimanere aderente alle prescrizione terapeutiche

Gli interventi richiedono tempi congrui e devono essere realizzati da parte di personale sanitario (medico e non) con formazione specifica

Nel *colloquio medico-paziente*:

❖ *sono presenti due “competenze” specifiche:*

Quella teorico-scientifica del medico e quella pratico-esperienziale del paziente.

il medico generalmente applica un modello comunicativo (indagine, soluzione, ecc.) volto alle proprie finalità, le priorità del paziente emergono solo con estrema difficoltà.

❖ *E’ stato dimostrato che la buona capacità comunicativa del medico impatta fortemente sulla aderenza alle terapie, influenza i contenuti del colloquio, e condiziona la qualità del rapporto medico - paziente.*

Take home message

► il cambiamento possibile che è nelle nostre mani:

- Il burn out degli operatori
- Coinvolgere la persona con diabete nella gestione del cambiamento: il modello del Patient Health Engagement e la tecnologia positiva
- Linguaggio comprensibile e coinvolgente per favorire il cambiamento del paziente: la Health Literacy