




L'APPROPRIATEZZA, IL PUNTO DI VISTA DI UN MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dr. Pier Paolo Mazzucchelli
Medico di Medicina Generale

SIMG



Medicines optimisation

The safe and effective use of medicines to
enable the best possible outcomes

Issued: March 2015

NICE guideline 5
guidance.nice.org.uk/NG5



Multimorbidity: clinical assessment and management

NICE guideline

Published: 21 September 2016

[nice.org.uk/guidance/ng56](https://www.nice.org.uk/guidance/ng56)

CONCETTO DI APPROPRIATEZZA

Fare la cosa giusta nel modo giusto
al momento giusto

***E' appropriata quella prestazione per
cui i benefici per il paziente superano
i rischi in misura tale da giustificarne
l'erogazione***

Sobria: fare solo le cose utili

- Il 51% di oltre 3.000 trattamenti di uso corrente non è di dimostrata efficacia. *Clinical Evidence Handbook- BMJ 2012*
- L'80% dei «nuovi» farmaci immessi sul mercato sono copie di quelli già in commercio; solo il 2,5% rappresenta un progresso terapeutico. *Prescrivere 2012*
- Il 50% delle angioplastiche eseguite su pazienti con angina stabile sono inappropriate. *JAMA 2011*
- Il 33% delle TAC non sono clinicamente giustificate e le irradiazioni provocano l'1,5-2% dei tumori. *NEJM 2007*
- Il 20-40% della spesa sanitaria è rappresentata da prestazioni senza benefici per i pazienti. *WHO 2010*





Società Italiana Medicina Slow

APPROPRIATEZZA: NON PER DECRETO MA PER SCELTA

Decreto «Appropriatezza»

- obiettivo di ridurre i costi
- confusione tra razionamento (erogabilità) e appropriatezza
- impostazione burocratico-amministrativa
- imposizione dall'alto
- non considera rapporto tra benefici e possibili danni
- non considera, e anzi danneggia, la relazione tra medico e paziente /cittadino

Progetti di SLOW MEDICINE

- obiettivo di migliorare la salute delle persone
- appropriatezza clinica e conseguente uso più appropriato delle risorse
- assunzione di responsabilità dei professionisti
- basati sul rapporto tra benefici e possibili danni
- mettono al centro la relazione e il dialogo tra professionisti e pazienti/ cittadini per scelte informate e condivise



Ma serviva proprio
un decreto per
l'appropriatezza?

COSA SERVE PER PRESCRIVERE UNA PRESTAZIONE/TERAPIA APPROPRIATA?

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Sospetto diagnostico
- diagnosi





Editorials

Evidence based prescribing

BMJ 2005; 331 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7511.247> (Published 28 July 2005) Cite this as: BMJ 2005;331:247

Simon R J Maxwell (s.maxwell@ed.ac.uk), senior lecturer

Clinical Pharmacology Unit, University of Edinburgh, Queens Medical Research Institute, Royal Infirmary of Edinburgh, Edinburgh EH16 4SA

Is the goal, but prescribers still need education, experience, and common sense

Reliable information to underpin everyday prescribing decisions at the point of prescription is hard to find. One solution is to provide modern information technology systems in the consulting room or at the bedside. But even these may deliver too much unfiltered information including some original research, some guidance derived from research, and some unsubstantiated opinion. The modern prescriber has to decide which data are the most reliable, accurate, and representative of true evidence rather than conjecture.

Dr. Pier Paolo Mazzucchelli

LE DINAMICHE SOCIALI

- Invecchiamento della popolazione.
- Aumento di prevalenza di patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e BPCO).
- Si convive più a lungo con la cronicità.
- Targets da raggiungere, per ciascuna patologia sempre più ambiziosi.
- Risorse finite (...e sempre meno!).

PAROLINE MAGICHE!

- APPROPRIATEZZA
- ADERENZA
- PERSISTENZA

LA DEFINIZIONE DI EFFICIENZA ALLOCATIVA (A RISULTATI ASSISTENZIALI O DISPONIBILITÀ FINANZIARIE PREDEFINITE)

Dato un ammontare di risorse, una soluzione è efficiente se nessuna delle distribuzioni alternative delle stesse risorse consente il raggiungimento di un miglior risultato di salute.



Oppure, dato un risultato di salute, una soluzione è efficiente se nessuna delle distribuzioni alternative delle risorse consente un minor fabbisogno delle risorse stesse.



...efficienza non è il consumo del farmaco ma l'utilizzo del farmaco

Analizzare per Agire

GPG Network è il primo e più grande Network Italiano della Medicina Generale

✓ Richiedi
Informazioni

Accedi

Ultime novità

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA

Nota 13

- GPG rileva inoltre **10 pazienti** che potrebbero essere trattati in modo inappropriato con Statine (in base alla nota 13 AIFA), inoltre risultano **460 pazienti** che in base ai criteri della stessa nota 13 potrebbero essere trattati con Statine e che attualmente non sono trattati con tale terapia.
- In particolare fai attenzione al fatto che a GPG risulterebbero **232 pazienti** in prevenzione secondaria **NON in terapia con statine**.

Note 1,48

- Risulterebbero **6 pazienti** che potrebbero essere trattati in modo inappropriato (in base alla nota 1 e/o 48 AIFA) con IPP o anti-H2.

Nota 79

- Prevenzione primaria: valuta il trattamento di **63 pazienti NON** in Terapia con farmaci Anti-Osteoporotici
- In particolare fai attenzione perché risulterebbero **54 pazienti** in Prevenzione Secondaria **NON** in Terapia con farmaci Anti-Osteoporotici

ASA

- 15 pazienti** sono stati identificati ad **alto rischio CV** (prevenzione secondaria), potrebbero aver bisogno di una terapia con ASA o TAO e risulterebbero **NON** essere in trattamento.
- 4 pazienti** sono stati identificati ad **alto rischio CV** (prevenzione primaria), potrebbero aver bisogno di una terapia con ASA o TAO e risulterebbero **NON** essere in trattamento.
- 6 pazienti** sono stati identificati a **rischio CV moderato** (prevenzione primaria): potrebbero aver bisogno di una terapia con ASA o TAO e risulterebbero **NON** essere in trattamento.
- 33 pazienti** con Diabete che non rientrano nelle categorie di rischio di prevenzione primaria, potrebbero aver bisogno di una terapia con ASA o TAO e risulterebbero **NON** essere in trattamento.

LA DEFINIZIONE ED IL SISTEMA DEGLI INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

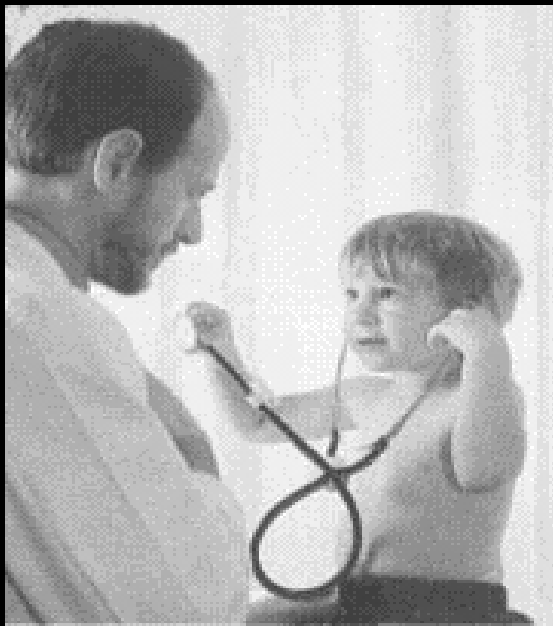
Una prescrizione può essere considerata appropriata se:

- **effettuata all'interno delle indicazioni cliniche raccomandate dalle Linee Guida**
- **all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, ...) per le quali è dimostrata l'efficacia.**

L'appropriatezza è generalmente misurabile mediante analisi dell'aderenza delle modalità prescrittive con standard predefiniti.

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.

PERSISTENZA

- È la **DURATA** complessiva della terapia. Il tempo dall'inizio alla sospensione della terapia
 - Trattamento **CRONICO**:
 - Un **ISTANTE** nell'arco del trattamento
 - Un istante definito come un **INTERVALLO** del periodo di osservazione

MISURA: intervallo di tempo fino a quando si osserva periodo non accettabile tra due prescrizioni successive
- Si **MISURA** come l'intervallo di tempo di terapia fin quando si osserva un periodo di latenza terapeutica non accettabile.
- **PERMISSIBLE GAP**: numero di giorni consentiti tra la fine della copertura di prescrizione e prescrizione successiva
- È variabile **CONTINUA**: numero di giorni per i quali la terapia è disponibile

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.





Principali Aperti Chiusi (56) Tutti [Espandi](#) [Organizza](#)

[Nuovo problema](#)

Diario
 Procedure di prevenzione
 Intolleranza a:

- 15 FRATTURA VERTEBRE LOMBARI L3 e L4
- 11 LUSSAZIONE SPALLA DX
- 08 ARTROSI MANO DX
- 04 SINDROME CUFFIA ROTATORI
- 03 DIABETE MELLITO TIPO II
- 03 IPERURICEMIA
- 03 OBESITÀ GRAVE
- 99 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- 05 RETINOPATIA IPERTENSIVA IØ STADIO
- 03 ATROSCLEOSI ALTRE ARTERIE SPECIFICATE carotidea
- 10 ARITMIA CARDIACA
- 02 CALCOLOSI COLECISTI
- 05 STEATOSI EPATICA
- 15 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
- 02 INSONNIA
- 02 AUMENTO TRANSAMINASI
- 11 SOSPETTO: EPITELIOMA BASOCELLULARE
- 00 DEPRESSIONE ANSIOSA
- 05 DEGENERAZIONE MACULARE RETINA
- 07 POLICITEMIA

Terapie [Richieste](#) [Vaccini](#) [consigli](#) [mBds](#) [Scadenze](#)

		Farmaci (+)	n°	Posologia	E	T		
04.10.16	<input checked="" type="checkbox"/>					NM		
26.09.16	<input checked="" type="checkbox"/>	METOCAL VITD3*60CPR 600MG+400U	2	UNA OGNI	B	CD	A	
	<input checked="" type="checkbox"/>	CARDIACAPRIN*100CPR CAST 100MG	2	UNA DOPO	B	CD	A	
	<input checked="" type="checkbox"/>	NEBIVOLOLO DOC*28CPR 5MG	2	UNA LA SERP	CD	A		
	<input checked="" type="checkbox"/>	GLUCOPHAGE*30CPR DIV 500MG	2	UNA CP DUB	CD	A		
	<input checked="" type="checkbox"/>	DIURE SIX*14CPR DIV 10MG	2	UNA CP LAIP	CD	A		
	<input checked="" type="checkbox"/>	KARVEZIDE*28CPR RIV 300MG+25MG	2	UNA LA MATP	CD	A		
19.08.16	<input type="checkbox"/>	KARVEZIDE*28CPR RIV 300MG+25MG	2	UNA LA MATP	CD	A		
20.06.16	<input type="checkbox"/>	DIURE SIX*14CPR DIV 10MG	2	UNA CP LAIP	CD	A		
21.03.16	<input type="checkbox"/>	NEBIVOLOLO DOC*28CPR 5MG	2	UNA LA SERP	CD	A		
	<input type="checkbox"/>	KARVEZIDE*28CPR RIV 300MG+25MG	2	UNA LA MATP	CD	A		
	<input type="checkbox"/>	DIURE SIX*14CPR DIV 10MG	2	UNA CP LAIP	CD	A		
05.01.16	<input type="checkbox"/>	DIURE SIX*14CPR DIV 10MG	2	UNA CP LAIP	CD	A		
05.10.15	<input type="checkbox"/>	KARVEZIDE*28CPR RIV 300MG+25MG	2	UNA LA MATP	CD	A		

Accertamenti [Pressione](#) [Certificati](#) [Esenz.](#) [Intolleranze](#) [Allegati](#)

		Accertamenti (+)	Risultato	N	E	Tipo	S
04.10.16	<input checked="" type="checkbox"/>						
26.09.16	<input checked="" type="checkbox"/>	CALCIO TOTALE - sanque			B	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	EMOCROMO COMPL.CON FORMULA E PIASTRINE - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	GLUCOSIO - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	CREATININA - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	URATO - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	POTASSIO - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	COLESTEROLO HDL - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	COLESTEROLO TOTALE - sanque			P	011	A
	<input checked="" type="checkbox"/>	TRIGLICERIDI - sanque			P	011	A
	<input type="checkbox"/>	ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO URINE	-->			011	A
	<input type="checkbox"/>	GLUCOSIO - sanque	106			011	A

Questo problema è causa di numerosissimi eventi potenzialmente evitabili e rappresenta una rilevantissima fonte di costi diretti ed indiretti, oltre che di sofferenze umane.

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 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.

Aderenza: un comportamento individuale

L'aderenza alle prescrizioni farmacologiche rappresenta un **comportamento individuale** che comprende:

- Assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta).
- Persistenza terapeutica, ossia prosecuzione della cura per il periodo di tempo consigliato dal medico.

NB. I due aspetti possono essere disgiunti. Il paziente può essere persistente (prosegue la cura nel tempo), ma non-aderente (assume il farmaco in dosi inferiori al dovuto).

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

Aderenza e Non-Aderenza

23

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)
3. **Fattori inerenti il sistema sanitario di riferimento** (accessibilità ed equità delle cure)

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

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**

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

Horne R. et al. J Hum Hypertens 2001;15(Suppl. 1):S65–S68

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.

Horne R. et al. J Hum Hypertens 2001;15(Suppl. 1):S65–S68

Box 1: Are we really making the most of medicines?

Do patients take their medicines?

- Only 16% of patients who are prescribed a new medicine take it as prescribed, experience no problems and receive as much information as they need ⁽¹⁾.
- Ten days after starting a medicine, almost a third of patients are already non-adherent – of these 55% don't realise they are not taking their medicines correctly, whilst 45% are intentionally non-adherent ⁽¹⁾.

How well do we use medicines?

- A study conducted in care homes found that over two thirds of residents were exposed to one or more medication errors ⁽²⁾.
- Over half a million medication incidents were reported to the NPSA between 2005 and 2010. 16% of them involved actual patient harm ⁽³⁾.
- In hospitals the General Medical Councils EQUIP study demonstrates a prescribing error rate of almost nine percent ⁽⁴⁾.
- In general practice an estimated 1.7 million serious prescribing errors occurred in 2010 ⁽⁵⁾.

Is the NHS getting best value from medicines?

- In primary care around £300 million per year of medicines are wasted (this is likely to be a conservative estimate) of which £150 million is avoidable ⁽⁶⁾
- At least 6% of emergency re-admissions are caused by avoidable adverse reactions to medicines ⁽⁷⁾

Are patients getting the right medicines?

- Analysis of the [NHS Atlas of variation](#) highlights unwarranted variations in the prescribing of some medicines across England.

WHO: ADERENZA ALLA TERAPIA²⁸

- La bassa aderenza al trattamento di malattie croniche è un problema mondiale di notevole grandezza
- L'impatto di una bassa aderenza si manifesta come difficoltà mondiale delle malattie croniche
- La conseguenza di una bassa aderenza delle terapia a lungo termine si manifesta con bassi risultati e aumenti del costo delle cure
- Aumentando l'aderenza si incrementa anche la sicurezza dei pazienti
- L'aderenza è un importante modificatore di un sistema di salute efficace
- Aumentando l'efficacia di interventi di aderenza permette di ottenere un miglior impatto di salute di popolazione, rispetto ad ogni aumento di trattamenti medici specifici
- I sistemi sanitari devono evolversi per incontrare nuovi cambiamenti

L'UTILIZZO DEI FARMACI

E' l'elemento cruciale, soprattutto per i soggetti affetti da patologia cronica.

PROBLEMI:

Inadeguata prescrizione.

Inerzia terapeutica.

Scarsa continuità ed aderenza

La **non-aderenza** alla terapia esercita una duplice influenza sui costi sanitari:

1) Come conseguenza del costo di una prescrizione non efficace.

2) Come aumento della morbidità e della mortalità.

A photograph of a sunset or sunrise. The sun is low on the horizon, partially obscured by clouds, creating a warm, golden glow. The sky is filled with soft, horizontal clouds. In the foreground, the dark silhouettes of trees and bushes frame the scene on both sides. The overall mood is peaceful and serene.

Grazie per l'attenzione

Dr. Pier Paolo Mazzucchelli