

Terapia ipolipemizzante: il punto di vista del MMG

Gianni Boella – MMG Torino

aderenza

Partecipazione attiva, volontaria e collaborativa del paziente in un percorso reciprocamente accettabile di un comportamento finalizzato alla realizzazione di un risultato terapeutico (Ho et al., 2009)

Il pz è considerato aderente...

Quando l'assunzione supera l'80% del
farmaco prescritto

Il problema dell'aderenza e dell'educazione terapeutica

Cause legate al MMG, al paziente, al contesto

Sa dottore
delle tre pillole
al giorno che
mi ha dato,
anziché due
ne prendo
una





Patient Characteristics Associated with Medication Adherence

Sharon J. Rolnick, PhD, MPH; Pamala A. Pawloski, PharmD; Brita D. Hedblom, BS;
Stephen E. Asche, MA; and Richard J. Bruzek, PharmD

Aderenza alla terapia in varie patologie croniche

Ipertensione	±	75%
Dislipidemia	±	75%
Osteoporosi	±	75%
Depressione		62%
Diabete		51%
Asma/BPCO		33%

REVIEW

Open Access

Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review

Jamie Bryant^{1*}, Vanessa M McDonald^{2,3}, Allison Boyes¹, Rob Sanson-Fisher¹, Christine Paul¹ and Jessica Melville¹

pazienti non aderenti

41.3% (farmaci inalatori)

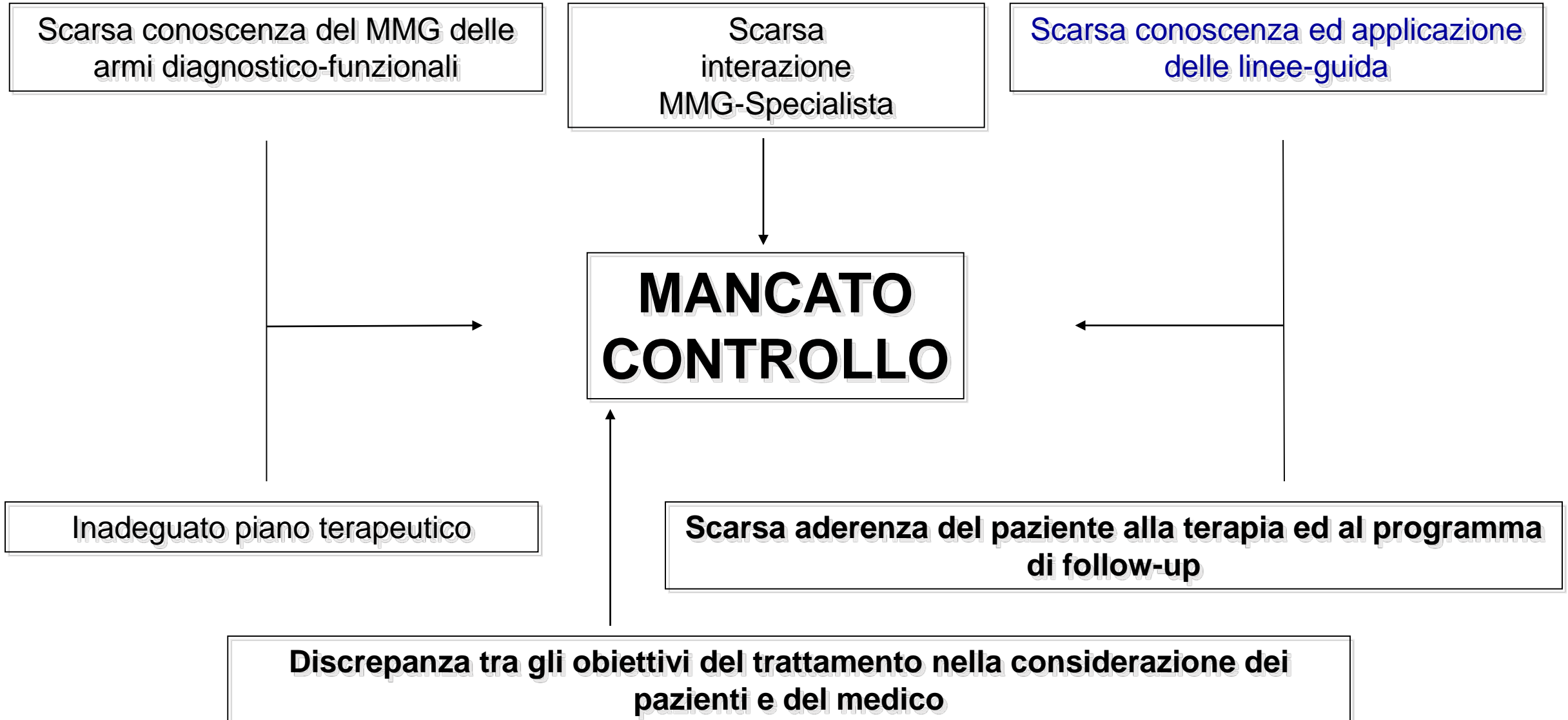
57 % (farmaci orali)

49.4% non segue le prescrizioni

31% usa tecnica errata

**50% utilizza in eccesso i farmaci
nelle fasi di riacutizzazione**

Le ragioni di un mancato controllo



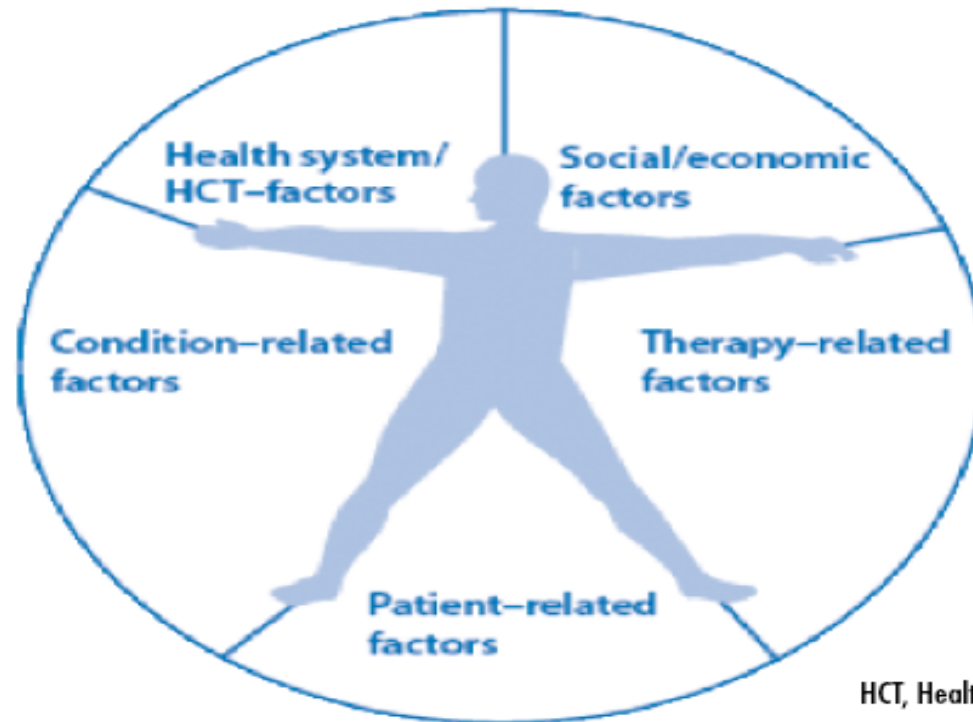
Compliance!



REGULATIONS
INSTRUCTIONS
TERMS
TRANSPARENCY
GUIDELINES
STANDARDS
REQUIREMENTS

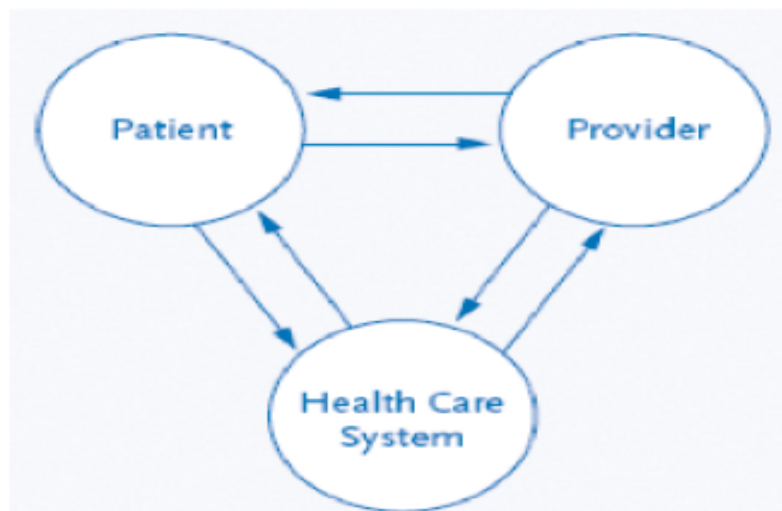
- fattori **socioeconomici**;
- fattori legati al **sistema sanitario** ed al **team di operatori sanitari**;
- fattori legati alla **condizione patologica**;
- fattori legati al **trattamento**;
- fattori legati al **paziente**.

Il modello comprende tutte le variabili, con il risultato, però, di una difficoltà ad attribuire responsabilità.



HCT, Health-care team

Il modello attualmente più utilizzato valuta le barriere all'aderenza come conseguenza delle interazioni tra paziente, operatore sanitario e sistema sanitario.



Osterberg 2005

Aderenza a che cosa?

- Obiettivi del paziente
- Obiettivi della famiglia
- Obiettivi del medico
- Obiettivi delle strutture pubbliche

Aderenza a che cosa?

- Obiettivi del paziente
- Obiettivi della famiglia
- Obiettivi del medico
- Obiettivi delle strutture pubbliche

Obiettivi del paziente

- Eternità
- Onnipotenza
- Benessere
- Empowerment o consumo

L'anziano-giovane è una nuova categoria dal grande potenziale sociale ed economico. E sta provocand

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
FEDERICO RAMPINI

NEW YORK

Per lui c'è *The End of Illness* dell'autorevole oncologo David Agus, una guida pratica su come invecchiare senza malattie. Per lei, Suzanne Braun Levine ha scritto *Inventing the Rest of Our Lives*, manuale che insegna a reinventarsi il resto della vita in quella che l'America ha già ribattezzato "Second Adulthood", la seconda età adulta. Sono i due top best-seller di una lunga lista di nuove opere che indicano il passaggio di un'epoca. Il cinema, sempre un indicatore attento dei cambiamenti di costume, ha appena festeggiato l'Oscar a Meryl Streep: 63 anni a giugno. La sua concorrente più quotata quest'anno era Glenn Close che compirà i 65 fra tre settimane: l'età legale della pensione in molti paesi. I revival sullo schermo di Diane Keaton, le carriere strepitose delle inglesi Helen Mirren, Judi Dench, Va-

Immortali (o quasi)

nessa Redgrave, stanno a dimostrare qualcosa: siamo in cerca di nuovi modelli, per un ruolo da definire. Quello dell'anziano-giovane è il terremoto positivo dei nostri tempi: economico, sociale, sanitario, culturale. In Italia questa parola "anziano" è stata sequestrata dai contabili della gestione pensionistica, l'aumento eccezionale della longevità è ridotto a uno "squilibrio" nella partita doppia della finanza pubblica. In America invece si cominciano a prendere le misure di una straordinaria rivoluzione positiva: per capire come trarne i massimi benefici, e arrivare preparati all'appuntamento con questo shock che non è solo demografico. Un'armata di esperti americani sta cercando di aprire gli occhi alla classe dirigente su questa sfida: il capitale umano delle "pantere grigie" sarà una delle materie prime del futuro, una riserva strategica a cui attingere. Cosa farà del suo tempo questa Generazione Immortale?

SEGUE NELLE PAGINE SUCCESSIVE
CON UN ARTICOLO DI ELENA DUSI



OGGI SU REPUBBLICA.IT

Software

Ecco Windows 8
desktop
più touch

Moda

La top-model
che menti
sull'età

LA CLASSICA
IL 4° CD BACH

GIOV

L'OSC

I "ner
trebb
A Sen

L'altra copertina

LA VITA SI ALLUNGA.
E SONO SEMPRE
DI PIÙ GLI ANZIANI
CHE RIESCONO
A CONDURRE
UN'ESISTENZA FELICE.
TRA ATTIVITÀ SPORTIVE,
INTERESSI CULTURALI,
VIAGGI DI PIACERE.
E GRAZIE ANCHE
ALL'AIUTO
DELLA MEDICINA.
A LORO È DEDICATA
L'ALTRA COPERTINA
(SERVIZIO A PAG. 120).
È INVECE IL MINISTRO
FORNERO A MERITARSI
LA COPERTINA:
TENACE, CAPARBIA,
INFATICABILE, LEI VUOLE
CAMBIARE IL MONDO
DEL LAVORO.
E HA SFIDATO
I SINDACATI.
A COMINCIARE
DALL'ARTICOLO 18
(SERVIZIO A PAG. 36)

L'Espresso

Sottisanale di politica cultura economia - www.espressonline.it - N. 13 Anno LIII 29 marzo 2012

GUARDA COME MI DIVERTO

SONO SEMPRE PIÙ
GLI ANZIANI FELICI
E ATTIVI. TRA SPORT,
CULTURA, VIAGGI.
E UN AIUTO
DALLA MEDICINA



Foto: Corbis

FORNERO LA TOSTA
CAPARBIA E INFATICABILE È
LA LADY DI FERRO DI MONTI p.36

SOLDI AI PARTITI
A FRANCESCO RUTELLI
I CONTI NON TORNANO p.48

ADOZIONI FLOP
PER I FIGLI NATI IN PROVETTA
SI REGISTRA UN VERO BOOM p.62

Empowerment o consumo?

Orientata alla patologia (disease oriented)	Centrata sul paziente (patient centred)	Orientata dal paziente (patient oriented)	Pretesa dal paziente (patient demanded)
Evoluzione dell'attenzione			
Malattia	Soggettività del paziente	Autonomia del paziente e della sua famiglia	Soddisfazione del paziente
Evoluzione delle azioni			
Divieto/consiglio Paternalismo	Spiegazione Consenso informato	Negoziazione Empowerment	Accondiscendenza Complicità
Evoluzione epistemologica			
Med. dell'autorità (Art-based)	Med. delle evidenze (Science based)	Med. delle relazioni (Relation based)	Med. dell'acquiescenza (Claims based)

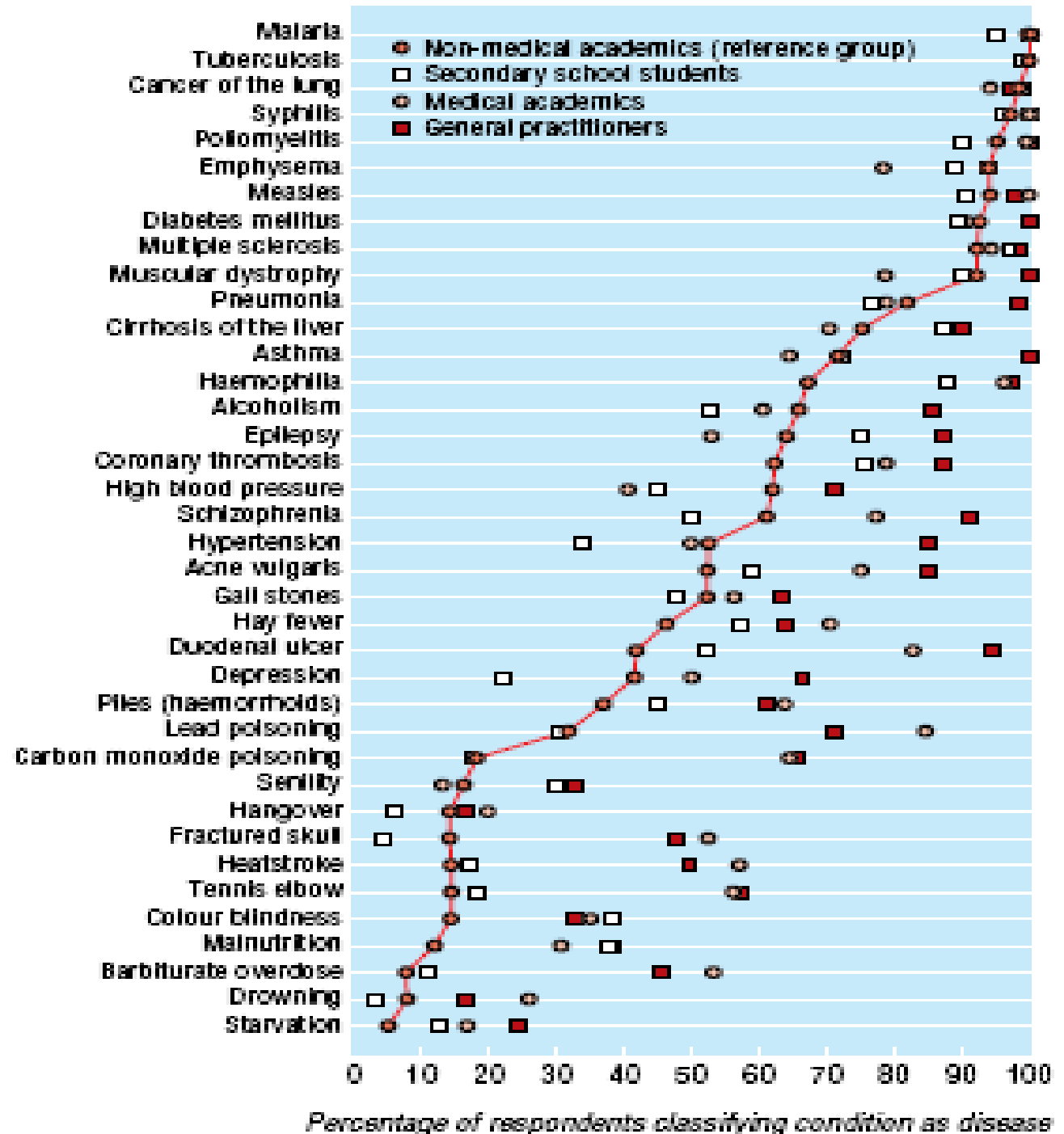
Obiettivi del paziente

- Il concetto di malattia

In search of “non-disease”

Richard Smith

BMJ 2002



What sources are you most likely to use to find medical information or advice relevant to your health?

My physician	61%
Insurance carriers	3%
Friends or family members	31%
Medical journals	7%
Television programs	11%
Articles in general news magazines	7%
Articles in the newspaper	9%
Medical websites	44%
Online search engines	33%
Foundations and charities	2%
Government	3%
Hospitals /University websites	13%
My company or employer	3%
Other	1%
None	6%
Don't Know	4%

Cause della non compliance

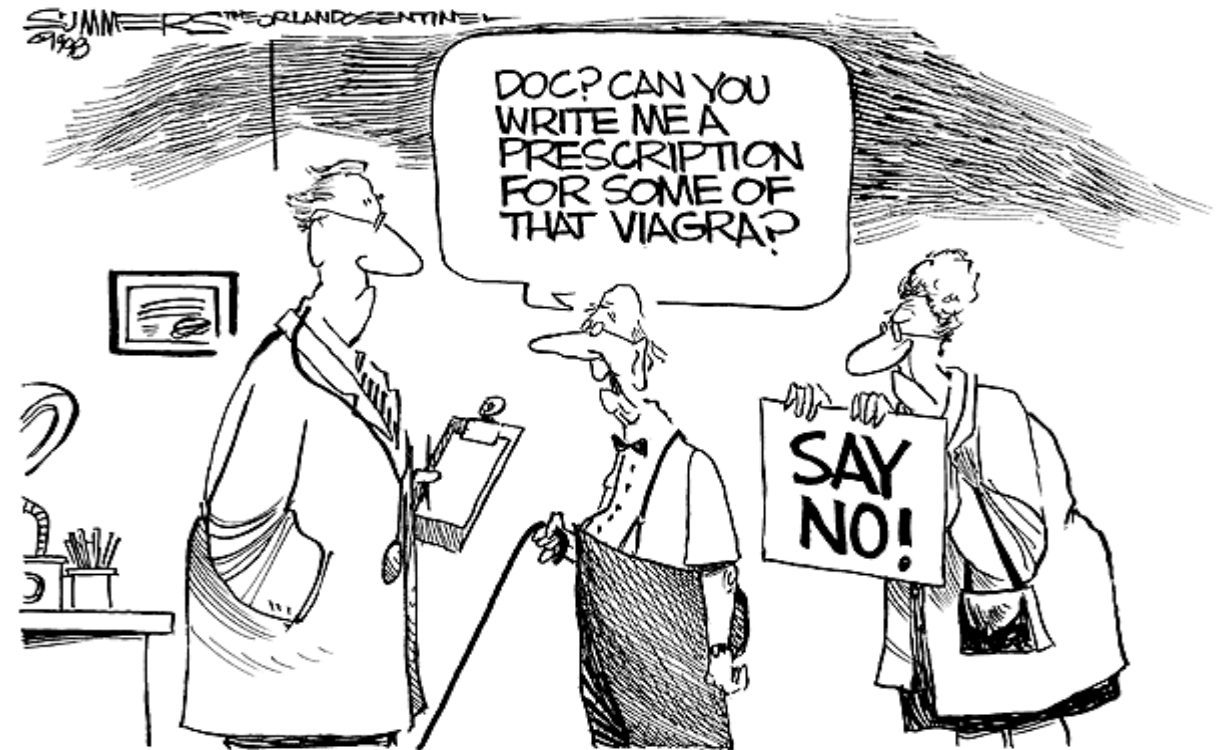
- Si stima che il 10-46% dei pz affetti da patologie croniche non seguano i piani terapeutici; ciò significa che probabilmente essi non sono bene accettati.
- Fattori coinvolti:
 - Negazione (non voler essere ammalati)
 - Dimenticanza, pigrizia
 - Convinzione dell'inefficacia della terapia
 - Desiderio di ridurre al minimo l'uso del farmaco
 - Timore degli effetti collaterali
 - Fattori sociali ed economici
- I pazienti spesso preferiscono tollerare sintomi minimi e ridurre il farmaco

Aderenza a che cosa?

- Obiettivi del paziente
- Obiettivi della famiglia
- Obiettivi del medico
- Obiettivi delle strutture pubbliche

Gli elementi in gioco

- Obiettivi della famiglia
 - Sopravvivenza del familiare
 - Affidamento del malato
 - Ritorni economici (pensioni)



Aderenza a che cosa?

- Obiettivi del paziente
- Obiettivi della famiglia
- Obiettivi del medico
- Obiettivi delle strutture pubbliche

Gli elementi in gioco

- Obiettivi del medico
 - Applicare LG con l'obiettivo di cosa "*secondo noi*" è bene per il paziente
 - Costruire un percorso condiviso
 - Medicina difensiva

Le tre C

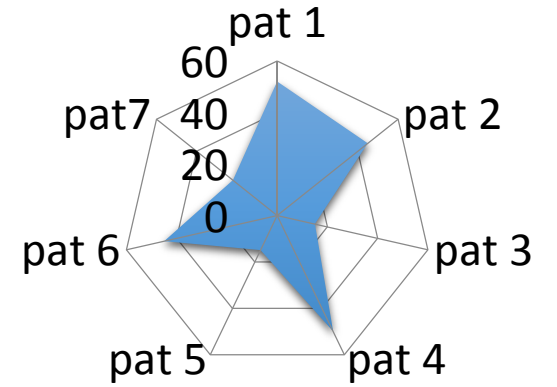
Cronicità

Comorbidità

Complessità

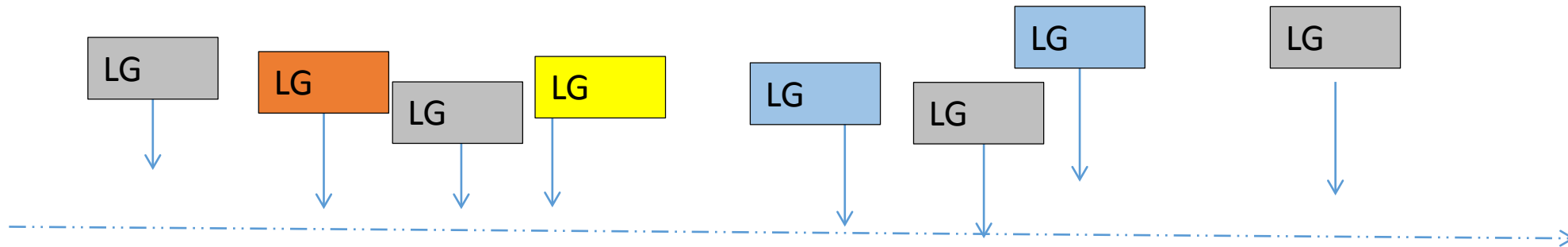
Cronicità

- Per i dati epidemiologici



- Per il MMG

- Per lo specialista



Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement

Michael D. Cabana; Cynthia S. Rand; Neil R. Powe; et al.

JAMA. 1999;282(15):1458-1465 (doi:10.1001/jama.282.15.1458)

Why do doctors and patients not follow guidelines?

Ilaria Baiardini, Fulvio Braido, Matteo Bonini, Enrico Compalati and Giorgio Walter Canonica

Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology 2009, 9:228–233

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases

Implications for Pay for Performance

SPECIAL COMMUNICATION

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases

Implications for Pay for Performance

Cynthia M. Boyd, MD, MPH
Jonathan Darer, MD, MPH
Ghad Boulk, MD, MPH, MBA
Linda P. Fried, MD, MPH
Lisa Boulk, MD, MPH, MA
Albert W. Wu, MD, MPH

THE AGING OF THE POPULATION and the increasing prevalence of chronic diseases pose challenges to the development and application of clinical practice guidelines (CPGs). In 1999, 48% of Medicare beneficiaries aged 65 years or older had at least 3 chronic medical conditions and 21% had 5 or more.¹ Health care costs for individuals with at least 3 chronic conditions accounted for 89% of Medicare's annual budget. Comorbidity is associated with poor quality of life, physical disability, high health care use, multiple medications, and increased risk for adverse drug events and mortality.²⁻⁴ Optimizing care for this population is a high priority.⁵

Clinical practice guidelines are based on clinical evidence and expert consensus to help decision making about treating specific diseases.⁶ Clinical practice guidelines help to define standards of care and focus efforts to improve quality.^{7,8} Most CPGs address single diseases in accordance with modern medicine's focus on disease and pathophysiology.⁹ However, physi-

Context Clinical practice guidelines (CPGs) have been developed to improve the quality of health care for many chronic conditions. Pay-for-performance initiatives assess physician adherence to interventions that may reflect CPG recommendations.

Objective To evaluate the applicability of CPGs to the care of older individuals with several comorbid diseases.

Data Sources The National Health Interview Survey and a nationally representative sample of Medicare beneficiaries (to identify the most prevalent chronic diseases in this population); the National Guideline Clearinghouse (for locating evidence-based CPGs for each chronic disease).

Study Selection Of the 15 most common chronic diseases, we selected hypertension, chronic heart failure, stable angina, atrial fibrillation, hypercholesterolemia, diabetes mellitus, osteoarthritis, chronic obstructive pulmonary disease, and osteoporosis, which are usually managed in primary care, choosing CPGs promulgated by national and international medical organizations for each.

Data Extraction Two investigators independently assessed whether each CPG addressed older patients with multiple comorbid diseases, goals of treatment, interactions between recommendations, burden to patients and caregivers, patient preferences, life expectancy, and quality of life. Differences were resolved by consensus. For a hypothetical 79-year-old woman with chronic obstructive pulmonary disease, type 2 diabetes, osteoporosis, hypertension, and osteoarthritis, we aggregated the recommendations from the relevant CPGs.

Data Synthesis Most CPGs did not modify or discuss the applicability of their recommendations for older patients with multiple comorbidities. Most also did not comment on burden, short- and long-term goals, and the quality of the underlying scientific evidence, nor give guidance for incorporating patient preferences into treatment plans. If the relevant CPGs were followed, the hypothetical patient would be prescribed 12 medications (costing her \$406 per month) and a complicated nonpharmacological regimen. Adverse interactions between drugs and diseases could result.

Conclusions This review suggests that adhering to current CPGs in caring for an older person with several comorbidities may have undesirable effects. Basing standards for quality of care and pay for performance on existing CPGs could lead to inappropriate judgment of the care provided to older individuals with complex comorbidities and could create perverse incentives that emphasize the wrong aspects of care for this population and diminish the quality of their care. Developing measures of the quality of the care needed by older patients with complex comorbidities is critical to improving their care.

JAMA. 2005;294:716-724

www.ama-assn.org

Author Affiliations are listed at the end of this article.

Corresponding Author: Cynthia M. Boyd, MD, MPH,

Center on Aging and Health, 2024 E Monument St, Suite 3-700, Baltimore, MD 21205 (cboyd@jhmi.edu).

9 patologie più frequenti negli USA negli over 65:

- diabete mellito
- ipertensione arteriosa
- osteoartrosi
- osteoporosi
- BPCO
- fibrillazione atriale
- scompenso cardiaco
- angina
- ipercolesterolemia

Il 48% degli utilizzatori di Medicare ne aveva almeno 3 e il 21% almeno 5

DONNA, 79 a.: (osteoporosi, osteoartrosi, diabete tipo 2, ipertensione e BPCO)

Ore 7	Inalazione di ipratropio 70 mg/sett di alendronato	Controllo piedi Stazione eretta per 30 minuti Misurazione glicemia	12/19
Ore 8	500 mg calcio e 200 vit D 12,5 idroclorotiazide 40 mg lisinopril 10 mg gliburide 81 mg asa 850 mg metformina 250 mg naprossene 20 mg omeprazolo	I Colazione	
Ore 12		II colazione	
Ore 13	Inalazione di ipratropio 500 mg calcio e 200 vit D		6x3
Ore 19	Inalazione di ipratropio 850 mg metformina 250 mg naprossene 500 mg calcio e 200 vit D 40 mg lovastatina	Cena	
Ore 23	Inalazione di ipratropio		
Al bisogno	Inalazione di allbuterolo		

I colazione - II colazione - Cena

2/4 g sodio

90 m/mol potassio

Evitare acidi grassi saturi e colesterolo

Introd. adeguata di magnesio e calcio

Dieta per diabetici

Dieta per ipertesi

Si dimette il paziente con diagnosi di: **crisi epilettica in paziente con vasculopatia cerebrale cronica, deterioramento cognitivo con disturbi comportamentali, IR acuta su cronica da disidratazione con disionia e verosimile infezione delle vie urinarie.**

Si consiglia di proseguire trattamento con:

- Bisoprololo 2,5 mg (Congescor) 1 co al mattino (Fascia A)
- Pantoprazolo 20 mg (Pantorc) 1 co al mattino a stomaco vuoto (Fascia A Nota 1/48)
- Furosemide 25 mg (Lasix) 1 co al mattino (Fascia A)
- Acido Acetilsalicilico 100 mg (Cardioaspirina) 1 co dopo pranzo (Fascia A)
- Clopidrogel 75 mg (Plavix) 1 co (PT)
- Eskim 1000 1 co (Fascia A)
- Allopurinolo 300 mg 1 co alla sera (Fascia A)
- Glicazide 1 co al mattino (Fascia A)
- Metformina 500 mg 1 co al mattino (Fascia A)
- Levetiracetam 500 mg (Keppra) 1 co al mattino e 1 co alla sera (Fascia A)
- Atorvastatina 40 mg (Torvast) 1 co alla sera (Fascia A)
- Aloperidolo gtt (Serenase) 5 gtt al mattino e 5 gtt al pomeriggio (Fascia C)

*Fraser S.W. Coping with complexity: educating for capability.
BMJ 2001; 323:799-802*

- Gestire un paziente diabetico richiede competenze farmacologiche, metaboliche, nefrologiche, oftalmologiche, cardiovascolari, ma anche epidemiologiche, psicologiche, antropologiche, economiche, informatiche, ecc. la loro fusione è qualcosa di più che la somma delle singole competenze. Le loro interazioni sul singolo caso richiedono la valutazione delle interferenze esattamente come quando si tratta di valutare le interazioni tra farmaci.”

Siamo sicuri che un
paziente cardiopatico,
dislipidemico, asmatico o
bronchitico cronico sia
tanto diverso?

Aderenza a che cosa?

- Obiettivi del paziente
- Obiettivi della famiglia
- Obiettivi del medico
- Obiettivi delle strutture pubbliche

Gli elementi in gioco

- Obiettivi delle strutture sanitarie
 - Bilancio (non spendere)
 - Verginità politica (non finire sui giornali per scelte impopolari)





A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino

Struttura Semplice Dipartimentale
Attività Ispettiva Farmacie Territoriali
Via S. Quintino n. 3 – 10121 Torino
tel 011.5665477 fax 0115665466
e-mail: vigilanzafarmacie@aslto1.it

*SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO – C.F. - P.I. 09737640012
Tel. +39 011 566.1566 - posta certificata: aslto1@postecert.it*

Torino, Il 07/05/2015

OGGETTO: Controlli sulle prescrizioni dei farmaci R03BB E R03AK. Motivazioni

Ai Sig.ri Medici di Medicina Generale

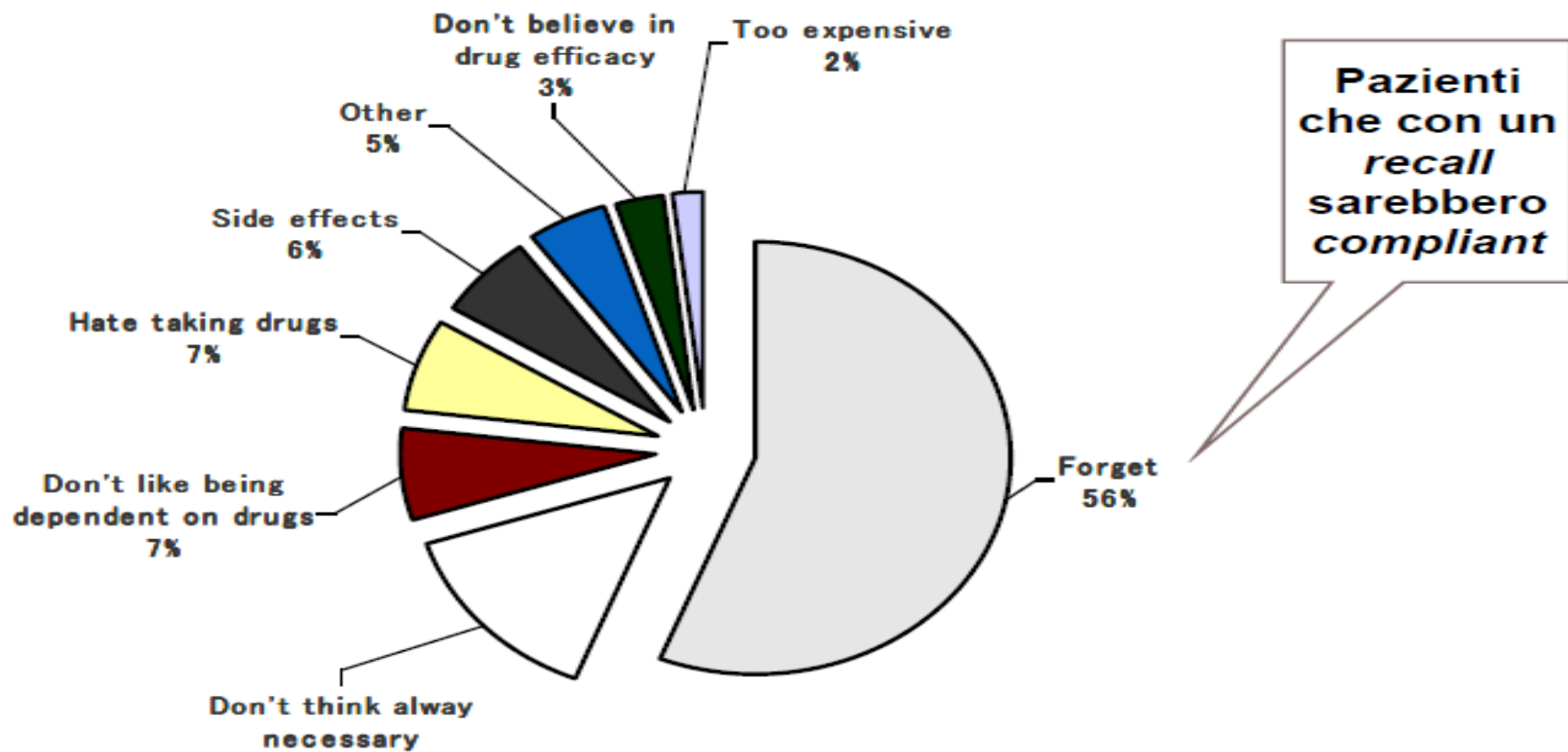
Ai Direttori di Distretto

Gentile Dottoressa/Egregio Dottore,

Cause della non compliance

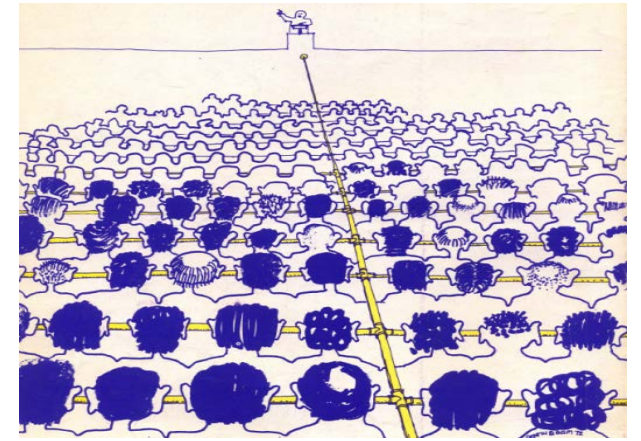
- Il paziente spesso sottostima la gravità della sua condizione e sovrastima il controllo della sua asma. *Juniper E. Curr Opin Pulm Med, 2003*
- I report del paziente riguardo alla propria adesione al piano terapeutico e la percezione di tale adesione da parte del medico **NON SONO** validi indicatori di compliance. *Boosley C.M et al. Eur Respir. J. 1995*

Quali le cause della Non-Compliance?



La principale causa della mancata aderenza alla terapia del paziente è il “non ricordo” del paziente stesso (56% dei rispondenti)





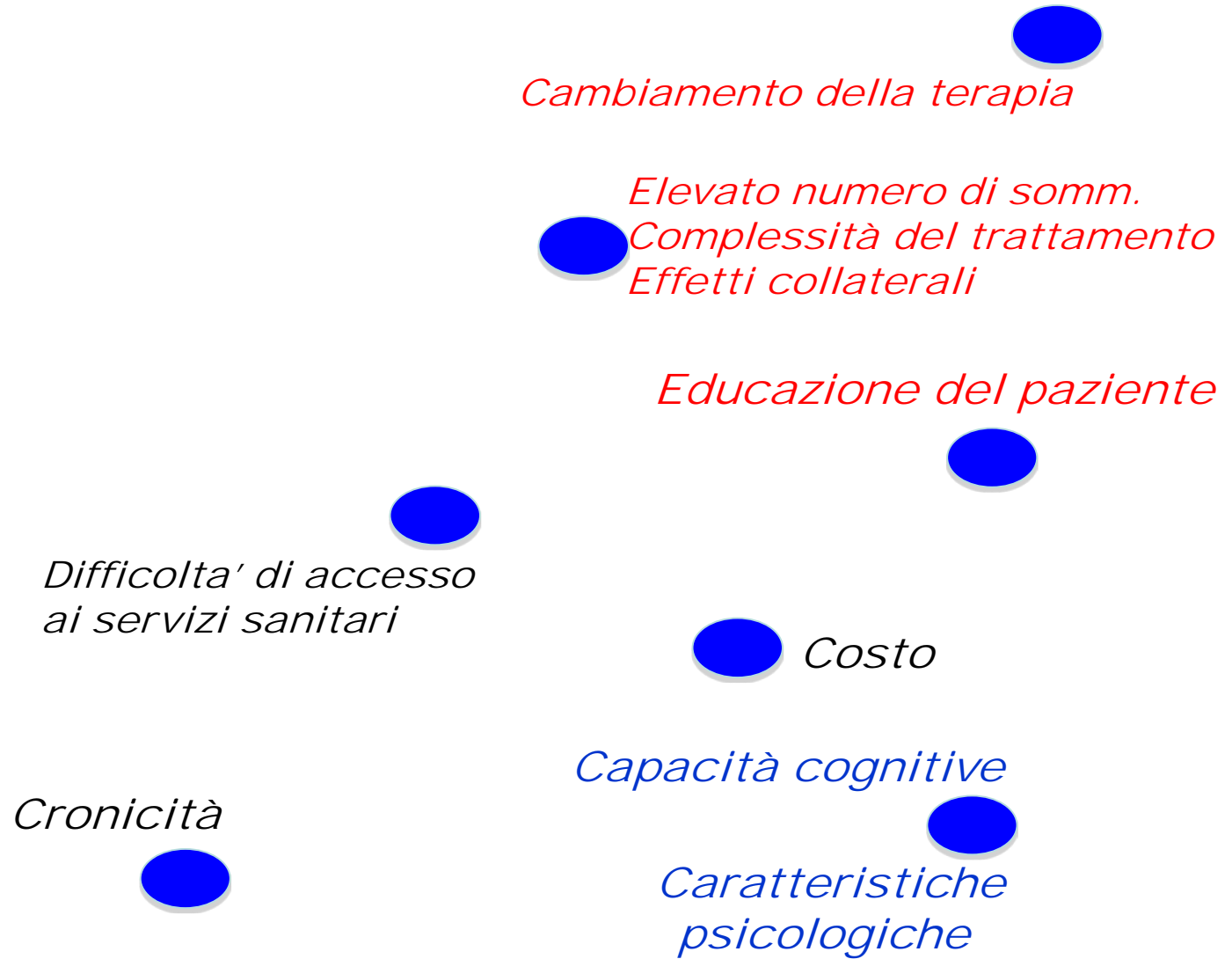
- Desiderata dei pazienti/Obiettivi del clinico/Risparmio richiesto dalle ASL
- Priorità dell'individuo/ Attenzione ai determinanti di salute pubblica
- Benessere immediato/Prevenzione del peggioramento
- Adesione alle LG/negoziazione col cittadino



MOTIVI DELLA NON-ADERENZA

Possibilità di intervento

Impatto della non-aderenza





Insieme di attività educative
che si attua attraverso:

- trasmissione di conoscenze
- addestramento a conseguire
abilità e a promuovere
modifiche dei comportamenti

*presuppone specifiche competenze degli
educatori, non solo di tipo scientifico
ma anche comunicativo, l'utilizzo di
specifiche metodologie e la verifica dei
risultati*

EDUCAZIONE
TERAPEUTICA

DEFINIZIONE



migliorare l'efficacia della terapia della condizione patologica cronica attraverso la partecipazione attiva e responsabile della persona al programma delle cure

Migliorare gli stili di vita e le abilità personali nelle attività di supporto alle cure e la partecipazione alle scelte di modifiche concordate dei trattamenti che sono responsabili della **maggior efficacia delle cure stesse e del benessere psicofisico della persona**

**EDUCAZIONE
TERAPEUTICA**

SCOPI



conoscenza della malattia
identificazione e controllo dei fattori di
rischio e di aggravamento
obiettivi della terapia
piano terapeutico scritto
corretto utilizzo dei farmaci
necessita' di monitoraggio della malattia
discussione degli argomenti giudicati
importanti dai pazienti

informazione ed educazione all'utilizzo di terapie o
mezzi terapeutici o situazioni particolari

EDUCAZIONE
TERAPEUTICA

CONTENUTI

*Scrivere una ricetta è facile,
parlare con chi soffre è molto più difficile*

F. Kafka - Die Züraver Aphorismen

Recupero della integrazione scienza/arte ovvero una diapositiva culinaria

Gli strepitosi gnocchi di mia
mamma



Grazie per
l'attenzione.....

