



CARD Puglia

XII CONGRESSO

REGIONALE CARD PUGLIA

21-22 aprile 2017

Covo dei Saraceni Hotel

Via Conversano, 1° Polignano a Mare (BA)

Tel. 080 424 0696

www.covodeisaraceni.com



Gli strumenti a supporto dell'appropriatezza in Puglia nel
trattamento
dell'Asma e della BPCO

Rossella Moscogiuri

Direttore del Dipartimento Farmaceutico ASL Taranto

NESSUN CONFLITTO DI INTERESSI DA DICHIARARE

CRONICITA' RESPIRATORIE: EPIDEMIOLOGIA IN REGIONE PUGLIA

Figura 3.8a Prevalenza (%) "lifetime" di Asma: analisi per regione (anno 2014)



≈ 248 mila soggetti affetti da Asma Bronchiale

Figura 3.7a Prevalenza (%) "lifetime" di BPCO: analisi per regione (anno 2014)



≈ 143 mila soggetti affetti da BPCO

CRONICITA' RESPIRATORIE: SPESA FARMACEUTICA IN REGIONE PUGLIA

Figura 7.2.13b. Antiasmatici, distribuzione in quartili del consumo 2015 (DDD/1000 ab die pesate)

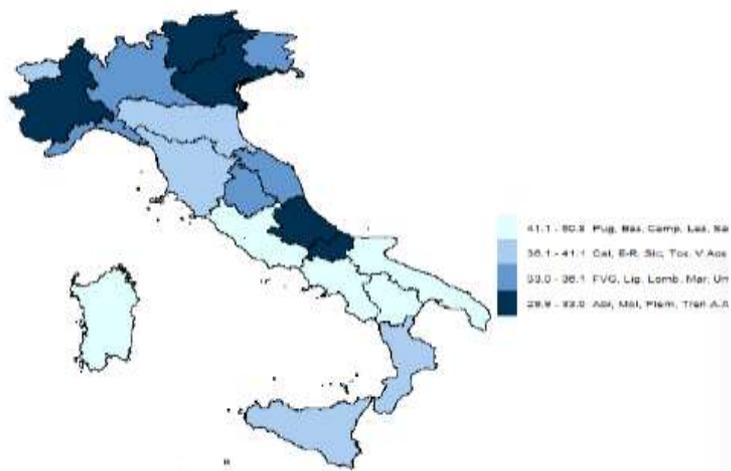
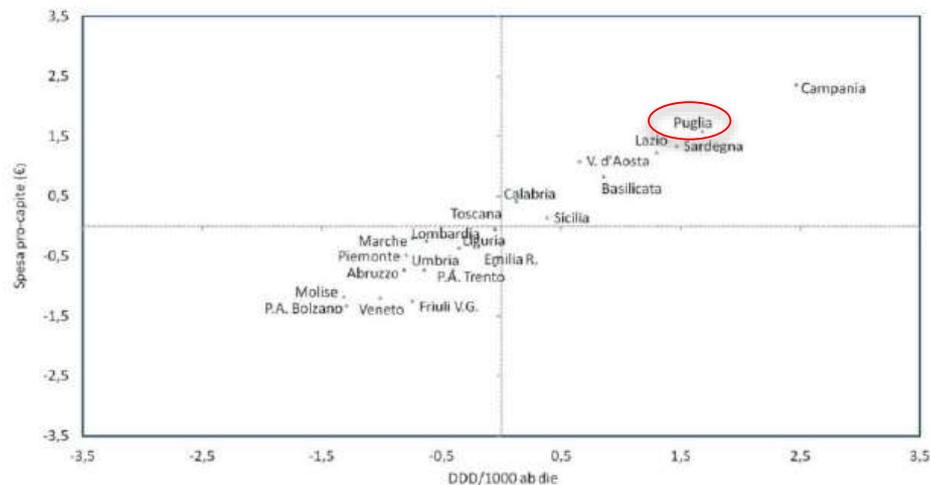


Figura 7.2.13c. Antiasmatici, variabilità regionale dei consumi farmaceutici 2015 per quantità e spesa pro capite e variazione rispetto all'anno precedente (valori standardizzati rispetto alla media nazionale)



Variazione rispetto all'anno precedente visibile se la variazione dei valori standardizzati è superiore al 5%.

CRONICITA' RESPIRATORIE: SPESA FARMACEUTICA NAZIONALE



QUANTITA' DELLA SPESA

- VII categoria a maggior spesa pubblica, (828,7 milioni di euro), con una diminuzione sulla spesa pari a -4,9% rispetto al 2015, dovuto a:
- Decremento del dovuto ad una rilevante riduzione delle quantità (-4,0%)
- Rilevante riduzione dei prezzi (-3,6%),
- Effetto mix positivo (+2,8%)



QUALITA' DELLA SPESA

- Tutti gli indicatori hanno evidenziato ampi spazi di miglioramento nell'appropriatezza d'uso dei medicinali impiegati nel trattamento della BPCO
- In Italia il 13,4% dei pazienti con età uguale o maggiore di 40 anni è risultato aderente ai trattamenti con i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie nel 2016, evidenziando un trend sostanzialmente stabile

CRONICITA' RESPIRATORIE: IMPATTO SULLA RISORSE SANITARIO IN REGIONE PUGLIA



9584 ricoveri per BPCO nel 2015 → spesa ospedaliera stimata ≈22MLN



7851 riammissioni ospedaliere a 30 giorni per BPCO → riacutizzata spesa ospedaliera stimata ≈18MLN



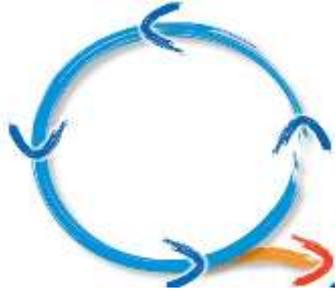
Mortalità a 30 gg per BPCO riacutizzata: 8131 decessi

LA DIMENSIONE DEL PROBLEMA BPCO NELLA REGIONE PUGLIA

Sostenibilità ed Appropriatelyzza: soluzioni praticabili per la Sanità Pubblica



Materiale realizzato per conto di ARES Puglia con contenuti e modalità dalla stessa forniti; non è materiale promozionale di prodotto, non rivendica né esplicita caratteristiche terapeutiche di farmaci e/o medicinali di GSK e come tale non ricade nell'ambito di applicazione del D.Lgs. 219/06 (art. 120 co. 1); il materiale viene diffuso alla classe medica da GSK tramite propri collaboratori nel periodo dal gennaio 2014 al gennaio 2015 su richiesta di ARES Puglia (delibera 15/2014) cui dovranno essere rivolti eventuali quesiti



Progetto QuADRO

Qualità, Audit, Dati, Ricerca e Outcome

Sviluppare una **metodologia** per la gestione appropriata dei percorsi di salute per pazienti affetti da BPCO, attraverso la corretta diagnosi e terapia.

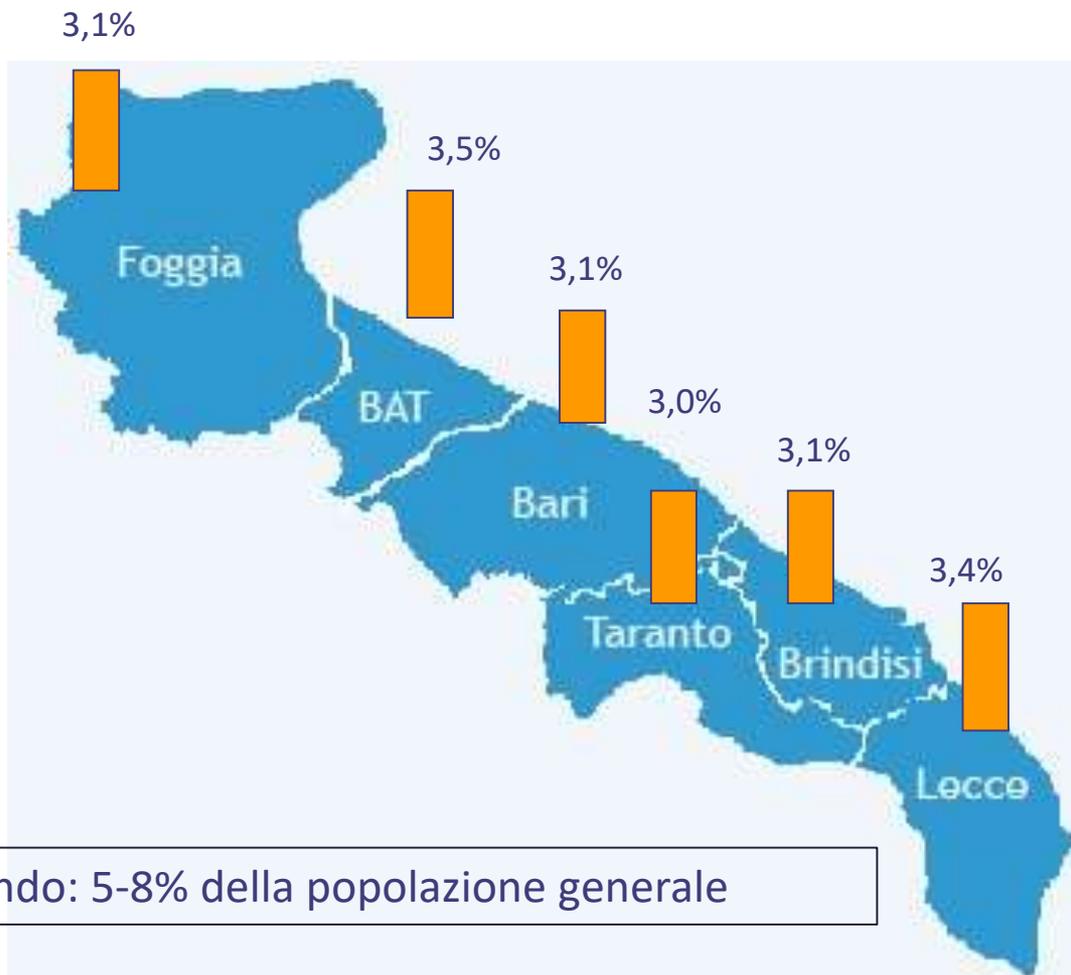
Progetto QuADRO Audit in PUGLIA

- Processo ciclico di miglioramento della qualità professionale basato sulla revisione della documentazione clinica **in tutte le ASL**
- Creazione di un data base (CINECA) identificativo di una coorte di “potenziali” pazienti con BPCO a partire da specifici dati amministrativi
 - SDO
 - Farmaceutica
 - Spirometria, EGA..
 - Esenzione per IR(cod 24)
- Rivalutazione dei casi da parte dei MMG

PREVALENZA BPCO per ASL (confermati + stima sui sospetti)

(sui **118 medici** che hanno concluso l'inserimento dati clinici di tutti i propri pazienti – N=2.118)

prevalenza media: 3,1%

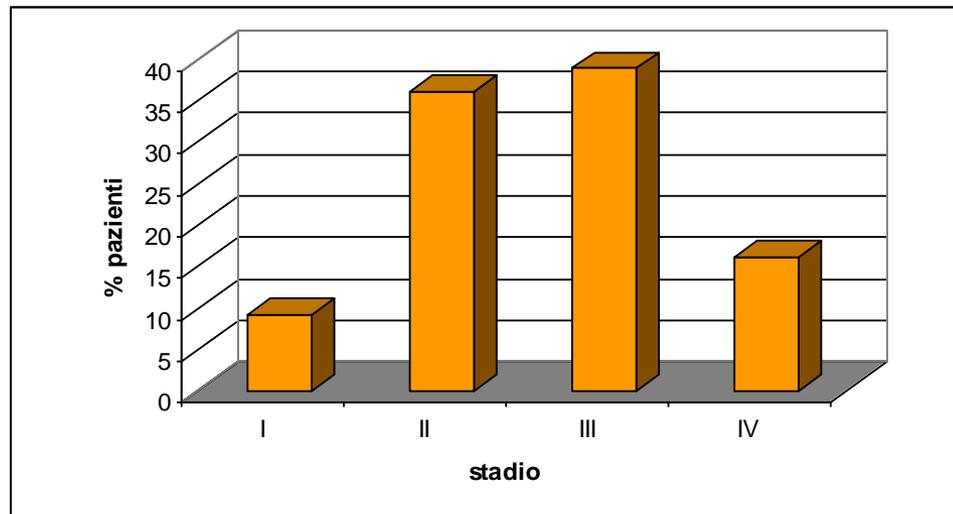


Dato di prevalenza mondo: 5-8% della popolazione generale

Distribuzione dei *pazienti BPCO (confermata)* per livello di stadiazione

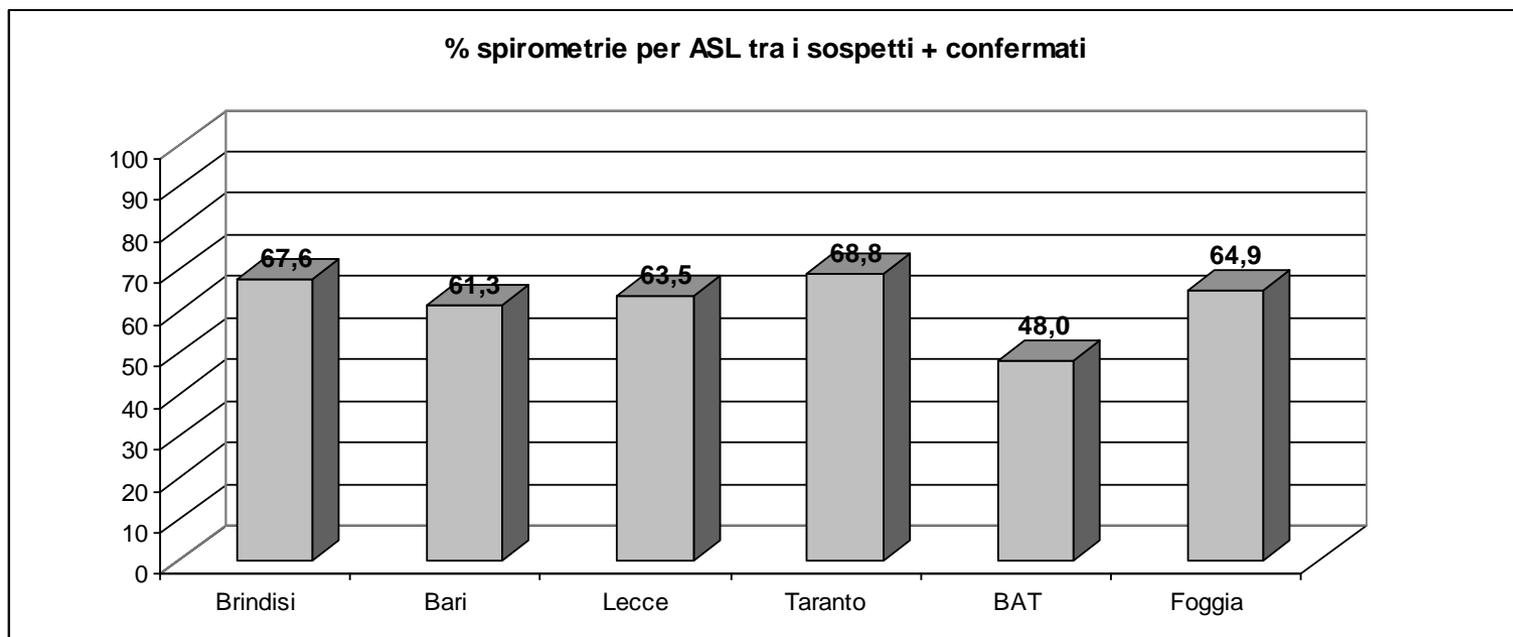
Numero pazienti con stadio gold ASSENTE: (14%)

Stadio gold	N. Pazienti	%
Stadio I	227	9,2
Stadio II	890	36,2
Stadio III	951	38,7
Stadio IV	391	15,9
Totale	2.459	100



Percentuale di spirometrie registrate tra i pazienti con BPCO sospetta e confermata

Variabilità tra ASL [valore Regionale: 63,2%]



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (PDT) PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA DI ASMA E BPCO



- La Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2580 del 30.12.2013, revoca le DGR n.1111 del 19.05.2011 e n.1228 del 31.05.2011 e approva il nuovo Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di ASMA e BPCO (PDT) con l'obiettivo di:
 - Migliorare la governance di tali patologie
 - Ridurre i relativi costi di gestione a carico del SSR
- L'analisi dei dati di spesa mostra che gli obiettivi prefissati con il PDT con particolare riferimento alla BPCO, di cui alla DGR n.111/2011, **non sono stati completamente raggiunti**, anche in virtù del permanere di aree di **inappropriatezza diagnostica e terapeutica** e di una **scarsa attenzione alla prevenzione ed al trattamento delle riacutizzazioni**.
- Per tale motivo la Regione ha deliberato con DGR n.2580 del 30.12.2013 l'adozione del **nuovo PDT regionale**, che annulla e sostituisce il precedente, che ha **l'obiettivo di perseguire il contenimento della spesa di gestione di ASMA e BPCO** attraverso:
 - Una **maggiore aderenza alle linee guida** nazionali ed internazionali validate
 - Una **appropriatezza** di ricovero e trattamento
 - Una **semplificazione** degli atti amministrativi

BPCO: OSPEDALIZZAZIONI E RIACUTIZZAZIONI

■ E' noto come le **riacutizzazioni** rappresentino la **causa più frequente di ricovero ospedaliero** in corso di BPCO: ¹²

— La riacutizzazione della BPCO (AECOPD Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease) è definita come una modificazione acuta dei sintomi abituali della persona, cioè dispnea, tosse ed espettorazione, che va al di là della normale variabilità giornaliera e che richiede un adeguamento terapeutico; ²⁴

— Frequenti riacutizzazioni possono comportare il peggioramento dello stato di salute ed un aumento della mortalità;

— La mortalità nelle ospedalizzazioni può superare il 10%. ⁷

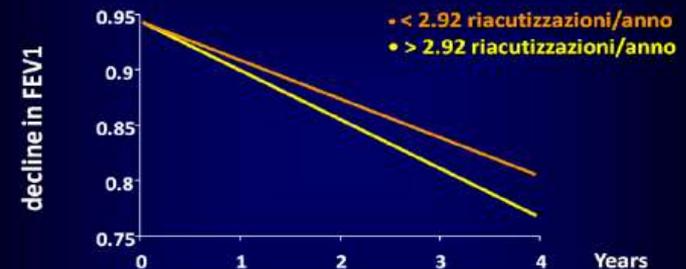
■ I pazienti con **più di 3 riacutizzazioni** anno presentano un declino più marcato del FEV1 e una più **elevata mortalità**.

■ La **sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con ≥ 3 riacutizzazioni/anno è del 30% vs 80%** dei pazienti senza riacutizzazioni. ¹⁵

■ **Oltre il 50% dei costi diretti della BPCO sono riferibili alle riacutizzazioni**, anche nei pazienti con BPCO moderata. ⁷

■ Le riacutizzazioni generano la prima ospedalizzazione generalmente in pazienti con patologia moderata. ¹⁶

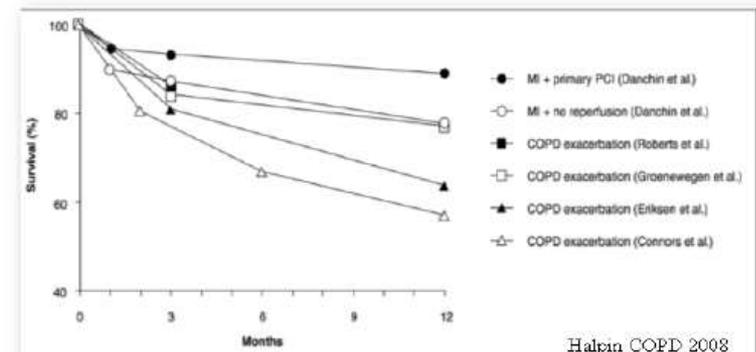
Riacutizzazioni di BPCO e declino funzionale



Declino della funzione polmonare significativamente più marcato nei pazienti con riacutizzazioni frequenti

Donaldson et al, Thorax 2002

SOPRAVVIVENZA DOPO RIACUTIZZAZIONE DI BPCO IN CONFRONTO AD INFARTO DEL MIOCARDIO



Halpin COPD 2008

LA BPCO RICHIEDE TUTTAVIA UNA VALUTAZIONE GLOBALE

INDICI DI SEVERITÀ DELLA MALATTIA

- **FEV1**
- IC/TLC
- PaO₂/PaCO₂
- 6mWT
- Comorbidità

INDICI DI ATTIVITÀ DELLA MALATTIA

- Abitudine tabagica
- Declino FEV1
- **Riacutizzazioni/anno**
- BMI
- Biomarkers (?)

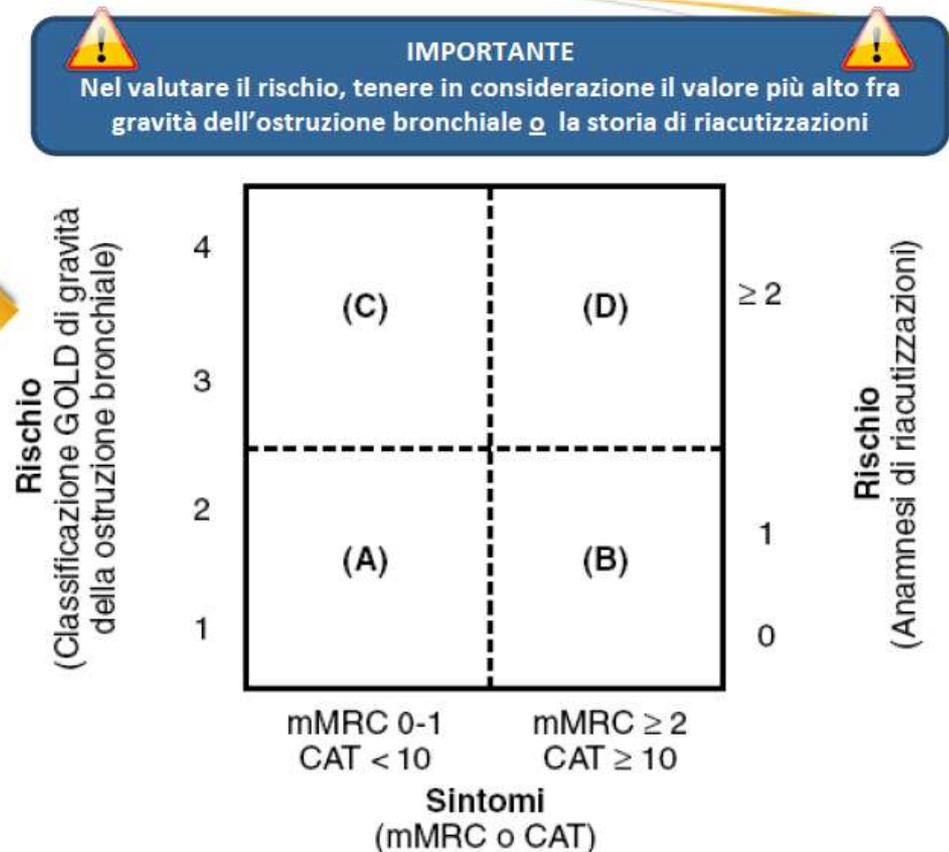
INDICI DI IMPATTO DELLA MALATTIA

- **Scala CAT**
- **Scala mMRC**

**IMPORTANTE È PERTANTO VALUTARE IL BODE INDEX
(mMRC, FEV1, 6mWT, BMI)**

PDT: TERAPIA FARMACOLOGICA

- Il trattamento farmacologico viene prescritto solo a pazienti affetti da BPCO che siano sintomatici e/o abbiano una storia di riacutizzazioni, mentre non viene raccomandato in sola presenza di alterazioni spirometriche
- Il trattamento farmacologico di un paziente BPCO secondo il nuovo documento GOLD, si basa sulla classificazione spirometrica, sulla frequenza delle riacutizzazioni e sulla severità dei sintomi
- La vaccinazione antinfluenzale riduce del 50% la comparsa di patologie gravi e la mortalità. Le vaccinazioni antinfluenzale ed antipneumococcica per via parenterale dovrebbero essere offerte a tutti i pazienti con BPCO
- La terapia farmacologica regolare consente di ridurre i sintomi e le riacutizzazioni, di migliorare la qualità della vita, di migliorare le alterazioni funzionali e di aumentare la tolleranza allo sforzo



Questo approccio, combinato con la valutazione delle potenziali comorbidità, riflette la complessità della BPCO in modo migliore rispetto alla valutazione del solo FEV1 precedentemente usato per stadiare la malattia e forma le basi per la scelta personalizzata della terapia

RACCOMANDAZIONI DEL PDT PER LA PRESCRIZIONE APPROPRIATA DEI FARMACI NELLA BPCO

- Per la prescrizione dei farmaci nella BPCO in regime di appropriatezza è fortemente raccomandabile che:

La prescrizione dei farmaci inalatori indicati nella terapia della BPCO venga effettuata in pazienti che sono stati sottoposti a spirometria

I farmaci inalatori vengano prescritti nel pieno rispetto delle loro indicazioni registrate

Lo stadio di gravità del paziente sia stratificato e la terapia sia adeguata ad esso

I farmaci sottoposti a note AIFA (antileucotrienici , roflumilast) vengano impiegati secondo quanto disposto dalle note stesse



BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE PUGLIA

n.18 del 11 febbraio 2014



La terapia con broncodilatatori + corticosteroidi topici riduce ulteriormente la frequenza di riacutizzazioni[1] Contestualmente calano i costi per riacutizzazione e per ospedalizzazione [2]

La terapia, nei soggetti più compromessi, con due tipologie diverse di broncodilatatori + corticosteroidi topici sembra ridurre ulteriormente la frequenza di riacutizzazioni [3]

La terapia con roflumilast riduce la frequenza di riacutizzazioni moderate e severe [4]

[1] Calverley et al., Eur Resp J 2003, Caverley et al. . New Engl. Journ. of Med. 2007, Nannini et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 [2] Dal Negro et al. International Journal of COPD 2007, Dal Negro et al. Multidisciplinary Respiratory Medicine 2010 [3] Welte T. et al. Blue Journal 2009 [4] Caverley et al. Lancet 2009

Materiale realizzato per conto di ARES Puglia con contenuti e modalità dalla stessa forniti; non è materiale promozionale di prodotto, non rivendica né esplicita caratteristiche terapeutiche di farmaci e/o medicinali di GSK e come tale non ricade nell'ambito di applicazione del D.Lgs. 219/06 (art. 120 co.1); il materiale viene diffuso alla classe medica da GSK tramite propri collaboratori nel periodo dal gennaio 2014 al gennaio 2015 su richiesta di ARES Puglia (delibera 15/2014) cui dovranno essere rivolti eventuali quesiti

SCHEDA RIEPILOGATIVA DA CONSEGNARE AL MMG



Scheda paziente riepilogativa della stratificazione di gravità della BPCO da compilare a cura dello specialista, allegare al referto di visita specialistica o dimissione ospedaliera e da inviare al MMG.

Abitudine tabagica	pack/year *	
Tiffenau (VEMS/FCV) post-broncodilatazione	%	
FCV post-broncodilatazione	ml	
VEMS post-broncodilatazione	ml	
Stadio GOLD		
6mWT	metri	
BMI ^		
CAT		
mMRC		
BODE		
Comorbidità	numero totale	
Riacutizzazioni moderate o severe / anno §	numero	
Fascia di gravità (A,B,C,D)		

* numero di sigarette fumate giornalmente x numero di anni che si è fumato / 20

^ peso del soggetto in Kg / il quadrato della statura espressa in metri

§ definizione di riacutizzazione moderata / severa: **evento acuto caratterizzato da peggioramento dei sintomi respiratori del paziente che va oltre le normali variazioni giornaliere e porta a un cambiamento nel trattamento (utilizzo di steroidi per via generale e/o antibiotici, necessità di ricovero). Nel caso in cui sia verificato anche un solo ricovero con necessità di ventilazione meccanica, il paziente va comunque considerato ad alto rischio.**

APPROPRIATEZZA: IMPATTO SULLE RISORSE SANITARIE



SCENARIO CORRENTE

	VISITE MMG	VISITE SPECIALISTICHE SSN	ACCESSI A PS	RICOVERI	DAY HOSPITAL
GOLD I	3.87	1.89	0.16	0.18	0.37
GOLD II	4.21	2.27	0.32	0.43	0.29
GOLD III	4.21	2.27	0.32	0.43	0.29
GOLD IV	6.99	3.61	0.91	1.15	0.60

- Nello Scenario Corrente la frequenza annuale con cui i pazienti con BPCO accedono alle risorse sanitarie è stata stimata dai dati dello Studio SIRIO [13,23]

- Nello Scenario Aderenza LG GOLD l'impatto dell'aumentata appropriatezza terapeutica si traduce in un risparmio delle risorse sanitarie stimato sulla base dello Studio Sirio [13,23]

SCENARIO ADERENZA LG GOLD

	VISITE MMG	VISITE SPECIALISTICHE SSN	ACCESSI A PS	RICOVERI	DAY HOSPITAL
GOLD I	-48.5%	-59.8%	-88.0%	-61.1%	-70.0%
GOLD II	-45.3%	-37.0%	-49.8%	-51.3%	-1.3%
GOLD III	-45.3%	-37.0%	-49.8%	-51.3%	-1.3%
GOLD IV	-44.2%	-22.7%	-41.8%	-36.1%	+1.6%

[13] Dal Negro R.W. et al. Respiratory Medicine 2008; [23] Zaniolo O et al. Farmacoeconomia e Percorsi Terapeutici 2011, 12 (1)

Materiale realizzato per conto di ARES Puglia con contenuti e modalità dalla stessa forniti; non è materiale promozionale di prodotto, non rivendica né esplicita caratteristiche terapeutiche di farmaci e/o medicinali di GSK e come tale non ricade nell'ambito di applicazione del D.Lgs. 219/06 (art. 120 co. 1); il materiale viene diffuso alla classe medica da GSK tramite propri collaboratori nel periodo dal gennaio 2014 al gennaio 2015 su richiesta di ARES Puglia (delibera 15/2014) cui dovranno essere rivolti eventuali quesiti

REGIONE PUGLIA: IMPATTO NETTO SUL BUDGET

- L'implementazione di una strategia di aderenza alle LG GOLD, rispetto allo scenario corrente, comporterebbe per il SSR una **riduzione dei costi diretti per la gestione della BPCO** pari a:

– 19.3 milioni di € all'anno I; 16 milioni di € all'anno II e 13 milioni di euro all' anno III;

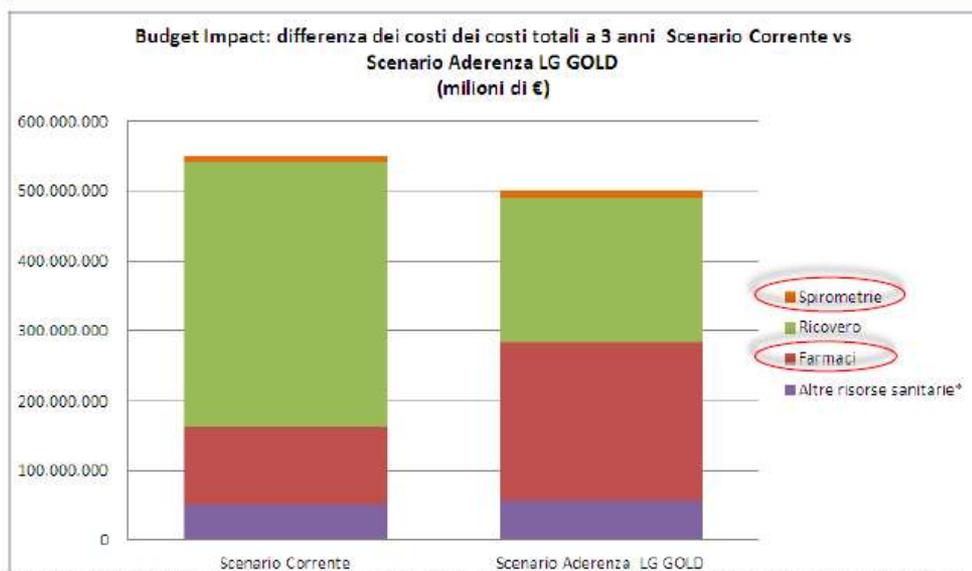
- Nello scenario di aderenza alle LG GOLD l'aumento di risorse e dei costi associati alla diagnosi (n. spirometrie) ed al trattamento farmacologico (ATC R03) è ampiamente compensato dal risparmio che si otterrebbe da un migliore controllo della BPCO (i.e. riduzione delle ospedalizzazioni):

– In tre anni il SSR risparmierebbe 48.6 milioni di € (circa 202€ paziente/anno)

- Il risparmio così ottenuto potrebbe essere reinvestito dal SSR per migliorare gli indicatori di prevenzione della BPCO (campagna di vaccinazioni e antitabagismo)

* Visite MMG; Visite Specialistiche; Presa in Carico; Day Hospital; Accessi a PS

	ANNO I		ANNO II		ANNO III	
	Scenario Corrente	Scenario Aderenza LG GOLD	Scenario Corrente	Scenario Aderenza LG GOLD	Scenario Corrente	Scenario Aderenza LG GOLD
Spirometrie	2.269.673	3.332.854	2.068.768	3.086.073	1.860.255	2.826.039
Farmaci	40.898.843	80.138.599	37.876.411	75.799.140	34.515.235	70.192.971
Ricovero	134.833.699	73.411.066	127.147.909	70.398.222	117.564.286	65.962.515
Altre risorse sanitarie*	18.066.122	19.932.109	16.899.245	18.670.893	15.571.628	17.228.788
TOTALE	196.118.339	176.814.628	183.992.333	167.954.328	169.511.404	156.210.313
DIFFERENZA	-19.303.711		-16.038.005		-13.301.091	



QuADRO IN PUGLIA: PATTERN PRESCRITTIVI

- I dati di ritorno dalle schede compilate dai MMG sono stati analizzati al fine di individuare la baseline che descrive la distribuzione di percorsi terapeutici per medico e nell'ASL;
- In particolare, è stata elaborata l'analisi sul trattamento farmacologico : la distribuzione dei pazienti per stadio è rapportata al tipo di farmaco da prendere (secondo Linee Guida);
- in base al colore, è possibile una valutazione sull'appropriatezza delle prescrizioni e sulle possibili aree di miglioramento. In particolare, lo sfondo verde indica prescrizione aderente alle linee guida GOLD, lo sfondo arancio prescrizione parzialmente aderente, lo sfondo rosso indica non aderenza alle linee guida.

Distribuzione dei pazienti con BPCO (confermata) per tipo di terapia Indicatore: % trattati

TIPO DI FARMACO	Stadio gold			
	I (N=255)	II (N=883)	III (N=951)	IV (N=391)
ANTICOLINERGICI	23,1	28,2	28,3	27,6
ANTICOLINERGICI+ALTRI	11,1	12,2	12,7	10,5
DERIVATI XANTICI	12,4	16,3	20,9	21,2
ICS (CORTICOSTEROIDI INALATORI)	26,8	33,7	36,5	37,3
ICS+LABA	34,2	50,1*	54,2	56,3
LABA	9,3	11,6	12,6	14,1
OSSIGENO	3,6	3,7	2,5	5,1
SABA	5,3	10,0	13,8	17,4
STEROIDI	8,9	14,8	12,3	10,7

* Le autorità regolatorie Europea (EMA) ed Italiana (AIFA) hanno approvato l'uso della combinazione salmeterolo-fluticasone (LABA+ICS) in pazienti moderati sintomatici con VEMS ≤ 60% del predetto

Indicatori di appropriatezza OsMed 2014: Aderenza in BPCO

OsMed realizza il monitoraggio di alcuni indicatori di appropriatezza sul consumo di farmaci respiratori:

1. Uso ICS nei pazienti con ricovero per BPCO;
2. Uso LABA e/o LAMA nei pazienti con ricovero per BPCO;
3. Uso dei ICS nei pazienti senza esacerbazioni;
4. Uso dei farmaci nei pazienti aderenti al trattamento;
5. Uso dei farmaci nei pazienti occasionali al trattamento.

Analisi geografica	Uso di ICS nei pazienti con ricovero per BPCO		Uso LABA e/o LAMA nei pazienti con ricovero per BPCO		Uso ICS nei pazienti senza esacerbazioni		Uso di farmaci nei pazienti aderenti al trattamento		Uso di farmaci nei pazienti occasionali al trattamento	
	N= 44.082		N = 44.082		N= 1.181.365		N= 1.311.215		N= 1.311.215	
	%	Δ% 14-13	%	Δ% 14-13	%	Δ% 14-13	%	Δ% 14-13	%	Δ% 14-13
Italia	57.9	0.9	57.1	2	55.6	0.4	13.9	-1.4	62.8	0.8
Nord	63.0	1.3	64	1.8	64.1	0.8	15.1	-1.4	62.6	0.8
Centro	54	-2.8	52.9	-2.1	49.8	0.4	13.9	-6	62.8	2.7
Sud	53.4	2.8	49.9	4.6	40.9	-0.5	11.1	5.2	63.3	-1.6



**GIORNI
COPERTI
≥ 80%**



**GIORNI
COPERTI
≤ 20%**

Pazienti considerati con età ≥ a 40 anni.



Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con ICS (Indicatore H-DB)

Il numero di **assistibili** di età uguale o maggiore di 40 anni con una dimissione ospedaliera per BPCO nell'anno di riferimento **2015** è risultato pari a **54.086**.

La percentuale di pazienti in trattamento con **ICS** nel periodo successivo alla dimissione ospedaliera è risultata del **59,1%**, percentuale superiore rispetto all'anno precedente (+3,5% nel 2015 rispetto al 2014). Se la presenza di terapia con ICS viene valutata fino al 31 dicembre 2015 le percentuali osservate sono del 63,0% nel 2015, del 66,7% nel 2014 e del 68,8% nell'anno 2013.

La percentuale di soggetti trattati è risultata leggermente inferiore al Sud (55,8%) rispetto al Nord (61,2%) ed al Centro (60,2%) e tra i soggetti di genere femminile (58,2% vs 59,6% del genere maschile). La **presenza di trattamento varia** in funzione dell'**età** (40,0% nella fascia di età inferiore o uguale a 45 anni, 52,8% nella fascia tra 46 e 65 anni, 61,9% nella fascia tra 66 e 75 anni e 59,7% nella fascia di età superiore a 75 anni) ed è superiore nei pazienti già in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie rispetto ai nuovi trattati (75,0% e 29,5% rispettivamente).

Valore regionale degli indicatori

Regione	H-DB 4.1 Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con ICS	H-DB 4.2 Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con LABA e/o LAMA	H-DB 4.3 Percentuale di pazienti in trattamento con ICS senza esacerbazioni	H-DB 4.4 Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aderenti al trattamento	H-DB 4.5 Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie occasionalmente al trattamento
Piemonte	51,1	63,3	53,2	23,3	54,5
Valle d'Aosta	63,1	61,5	57,7	19,2	57,2
Lombardia	61,4	65,9	62,5	16,7	59,8
P. A. Bolzano	69,5	65,1	71,6	18,7	56,1
P. A. Trento	49,2	44,8	65,9	13,3	65,3
Veneto	62,7	64,9	65,0	14,3	64,7
Friuli-Venezia Giulia	66,2	57,3	66,9	14,7	63,7
Liguria	57,3	55,6	58,7	14,8	59,7
Emilia Romagna	59,5	60,0	61,3	14,8	63,3
Toscana	60,8	62,7	49,3	16,0	57,8
Umbria	/	/	/	/	/
Marche	61,1	58,8	48,5	13,0	67,3
Lazio	56,4	54,3	56,1	12,8	62,6
Abruzzo	66,7	57,1	44,8	10,4	69,8
Molise	50,7	44,5	44,5	11,4	67,2
Campania	56,8	57,9	38,6	10,4	64,6
Puglia	57,8	52,5	46,5	11,3	66,6
Basilicata	/	/	/	/	/
Calabria	55,7	56,0	37,2	14,9	56,9
Sicilia	48,5	43,7	41,7	12,6	59,3
Sardegna	/	/	/	/	/

Impatto economico degli indicatori

Indicatori per i farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	Variazione percentuale della spesa complessiva per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie rispetto ad una variazione dell'1% dell'indicatore*	Variazione della spesa complessiva per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie [§] per una variazione dell'1% dell'indicatore*
Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con ICS	+0,07%	€ 681.810
Percentuale di pazienti con ricovero per BPCO in trattamento con LABA e/o LAMA	+0,08%	€ 803.896
Percentuale di pazienti in trattamento con ICS senza esacerbazioni	-0,02%	€ -196.013
Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie aderenti al trattamento	+3,30%	€ 33.640.694
Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie occasionali al trattamento	-0,17%	€ -1.752.680

La variazione percentuale della spesa rispetto al miglioramento di ogni singolo indicatore deve essere considerato a sé stante rispetto alla variazione sugli altri indicatori e non deve essere sommata alla variazione degli altri indicatori in quanto gli indicatori sono calcolati su coorti di pazienti non esclusive.

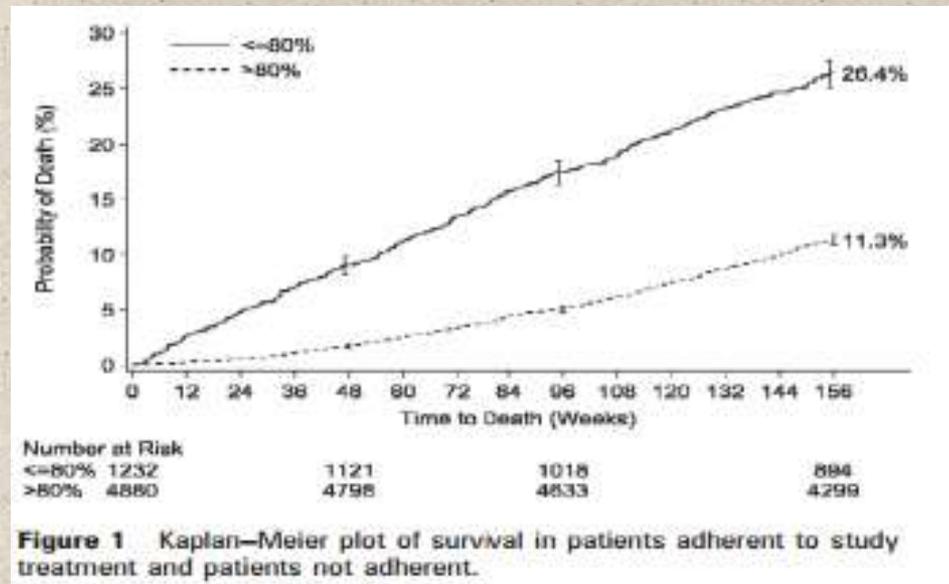
*La variazione percentuale della spesa complessiva per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie è stata stimata rispetto ad una variazione dell'indicatore nella direzione del valore ideale di tendenza e nella misura pari all'1% rispetto al valore attuale dell'indicatore.

[§]Farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie: codice ATC: R03, tra i quali i Corticosteroidi Inalatori (ICS: glicocorticoidi codice ATC: R03BA; andrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie codice ATC: R03AK); i beta-agonisti a lunga durata d'azione (LABA: salmeterolo codice ATC: R03AC12; formoterolo codice ATC: R03AC13; clenbuterolo codice ATC: R03AC14; indacaterolo codice ATC: R03AC18; salmeterolo in associazione codice ATC: R03AK06; formoterolo in associazione codice ATC: R03AK07; bambuterolo codice ATC: R03CC12); gli antimuscarinici a lunga durata d'azione (LAMA: codice ATC: R03BB).

*I valori in € riportati esprimono la spesa farmaceutica nazionale convenzionata più l'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Aderenza alla terapia e controllo della patologia respiratoria

- Nei **pazienti con BPCO** da moderata a severa con **livelli di aderenza >80%** la **mortalità** risulta **ridotta** rispetto ai pazienti con bassa aderenza (11,3% vs 26,4%).
- I **pazienti aderenti** hanno un tasso **ammissione in ospedale** dovuto a riacutizzazione **ridotto** rispetto ai pazienti con bassa aderenza (0.15 vs 0.27).



LA COMPRESIONE DEI FATTORI CHE CONTRIBUISCONO AD UNA MIGLIORE ADERENZA È DI SUPPORTO ALLA GOVERNANCE DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE RESPIRATORIE CRONICHE

Use Patterns of Long-acting Bronchodilators in Routine COPD Care: The OUTPUT Study

Table 1.
Pharmacological treatment in the 6 months immediately after hospital discharge

Drugs used	Patients (N)	Percentage
LABA/ICS (fixed combination) + Tiotropium	2.738	23,9
LABA + ICS (no fixed combination) + Tiotropium	242	2,1
LABA/ICS (fixed combination)	2116	18,5
LABA + ICS (no fixed combination)	271	2,4
ICS + Tiotropium	484	4,2
LABA + Tiotropium	67	0,6
LABA only	115	1,0
Tiotropium only	559	4,9
ICS without long-acting bronchodilators	1.745	15,2
No study drugs	3.115	27,2
Total	11.452	100,0
Use of oxigen	3.016	26,3
Use of short-acting beta-agonists	3.267	28,5

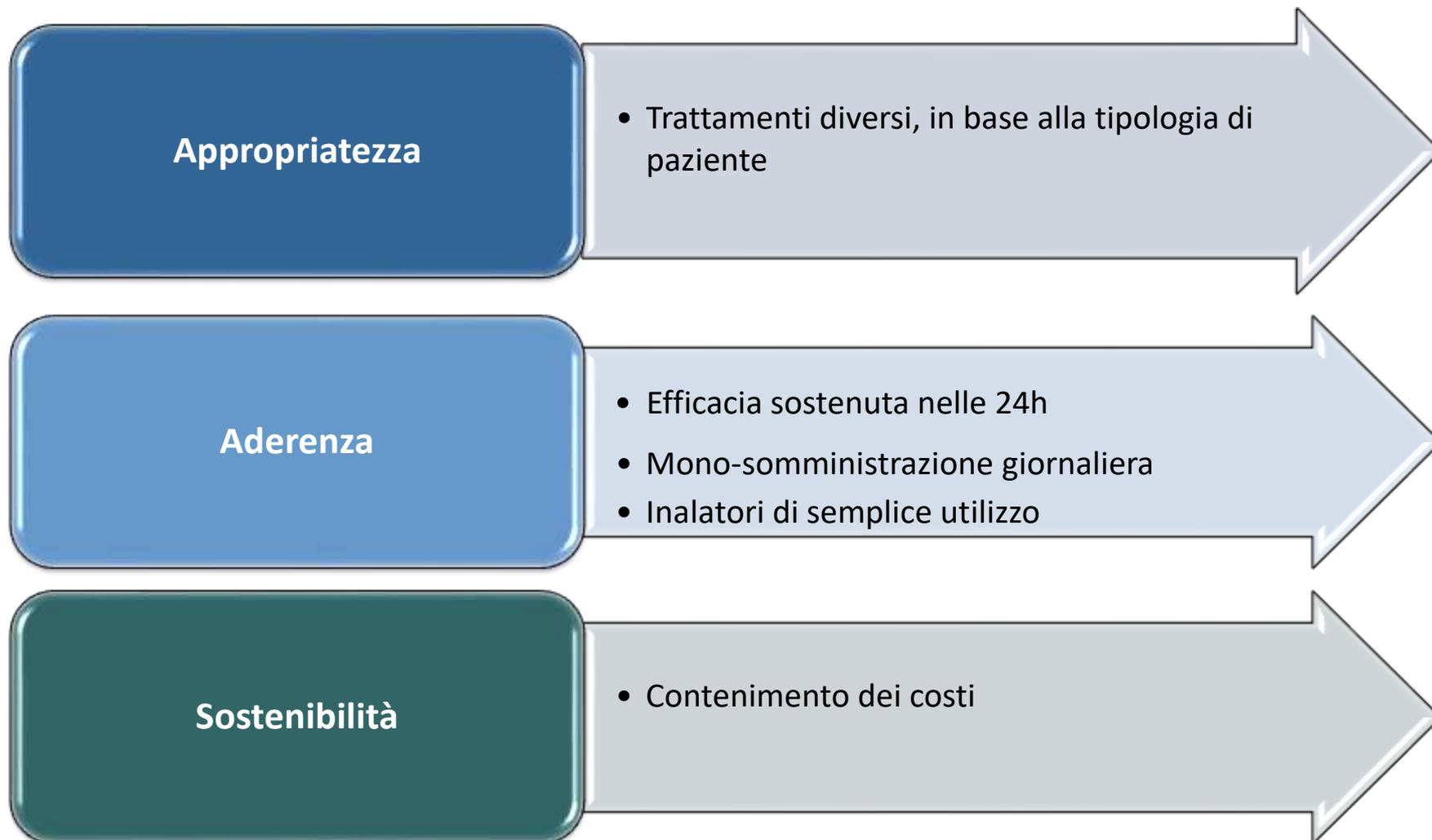
Treatment was defined as at least one prescription

Il 47% dei pazienti a sei mesi dalla dimissione utilizza ICS-LABA±LAMA

Il 42,4% dei pazienti con BPCO dimessi dall'ospedale a 6 mesi non hanno terapia o è inappropriata

Nuovi farmaci per asma e BPCO

Cosa dovrebbero offrire per giovare al sistema



REVIEW ARTICLE

N ENGL J MED 353:5 WWW.NEJM.ORG AUGUST 4, 2005

Adherence to Medication

Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke, M.D.

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

— C. Everett Koop, M.D.

Di tutti i ricoveri ospedalieri effettuati negli USA dal 33 % al 69% sono dovuti ad una scarsa aderenza ai trattamenti cronici

che si traduce in una spesa circa 100 bilioni di dollari/anno



Non-aderenza primaria

- **Non assume un nuovo farmaco prescritto**

Non aderenza secondaria

Intenzionale: per scelta del paziente : non ha fiducia nelle indicazioni del medico , non sente il bisogno del farmaco

- Sotto uso
- Sovra uso (saltuariamente)
- Modificazione dello schema posologico

Non intenzionale: dimenticanza , deficit mnemonici o cognitivi, **difficoltà impiego inalatori**

Documento 2003

Organizzazione Mondiale della Sanità

l'aderenza alla terapia nelle malattie croniche raggiunge appena il 50%



World Health Organization 2003

Poor adherence to treatment of chronic diseases is a worldwide problem of striking magnitude

Adherence to long-term therapy for chronic illnesses in developed countries averages 50%. In developing countries, the rates are even lower. It is undeniable that many patients experience difficulty in following treatment recommendations.

Manifesto

PER L'ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA SUL TERRITORIO ITALIANO

Manifesto

Il "Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica sul territorio italiano" è il risultato dell'attività svolta da un *Advisory Board*, costituito da alcuni protagonisti del sistema sanitario, volta a promuovere l'aderenza terapeutica, con particolare riguardo alle malattie croniche, attraverso l'adozione di politiche, modelli e comportamenti virtuosi.

Il documento è stato redatto sulla base degli esiti delle riunioni del Gruppo di Lavoro, con riferimenti alla letteratura scientifica sull'argomento, con l'obiettivo di sintetizzare le principali variabili che influenzano l'aderenza alla terapia e le possibili aree d'azione, suggerendo, per ciascuna di esse, una serie di interventi, per quanto possibile, pratici.

Commissione Sanità 2013

Componenti dell'*Advisory Board* sull'Aderenza:

PERCHÈ UN MANIFESTO SULL'ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA SUL TERRITORIO ITALIANO?

Nei paesi occidentali, l'aderenza al trattamento, tra i pazienti affetti da malattie croniche arriva solo al 50%, come dimostrato da numerose review^{1 2}. La scarsa aderenza al trattamento si manifesta principalmente nell'omettere l'assunzione (piuttosto che nel prendere una dose aggiuntiva) e nel ritardarla rispetto all'orario previsto^{3 4}.

La scarsa aderenza al trattamento si colloca, per tutte le malattie, tra le cause principali di risultati clinici sub-ottimali^{5 6}.

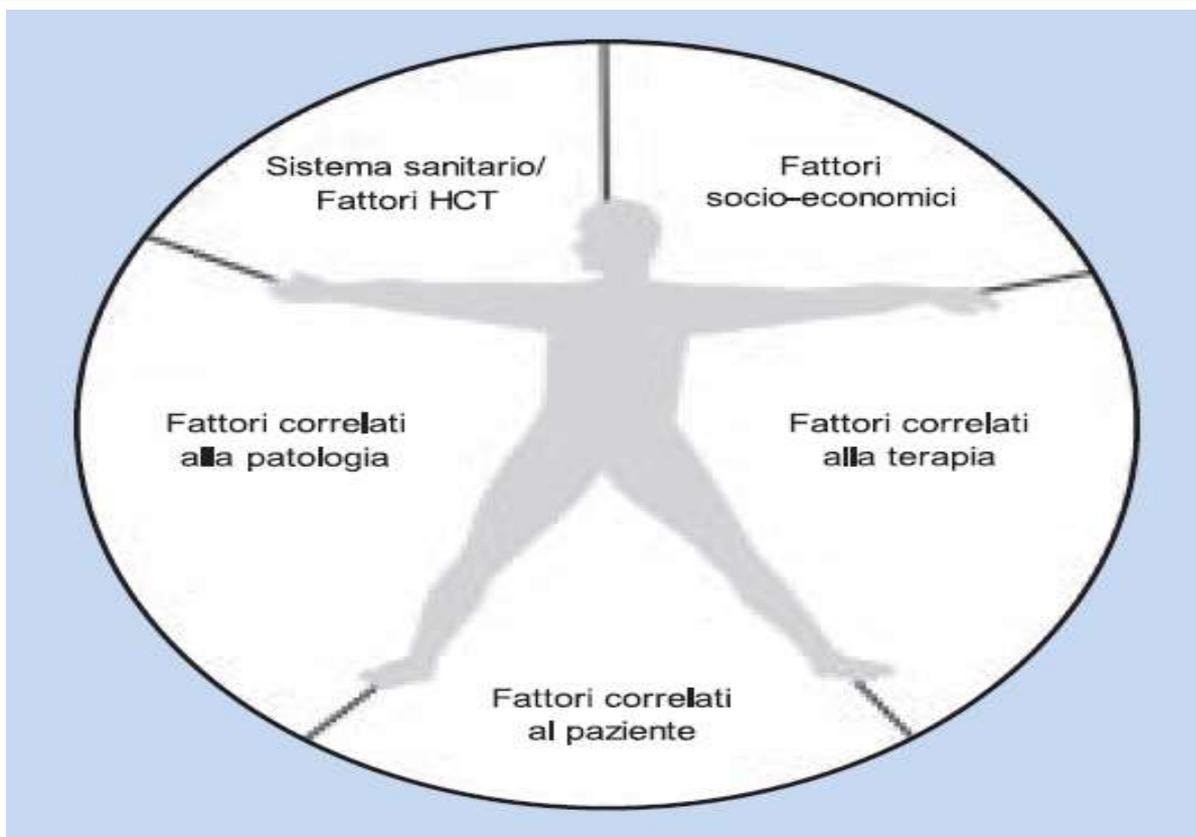
Long-term Metered-Dose Inhaler Adherence in a Clinical Trial

CYNTHIA S. RAND,
AM J RESPIR CRIT CARE MED 1995;152:580-8.

Studio LHS : multicentrico in doppio cieco :intervento sul fumo e terapia broncodilatatrice

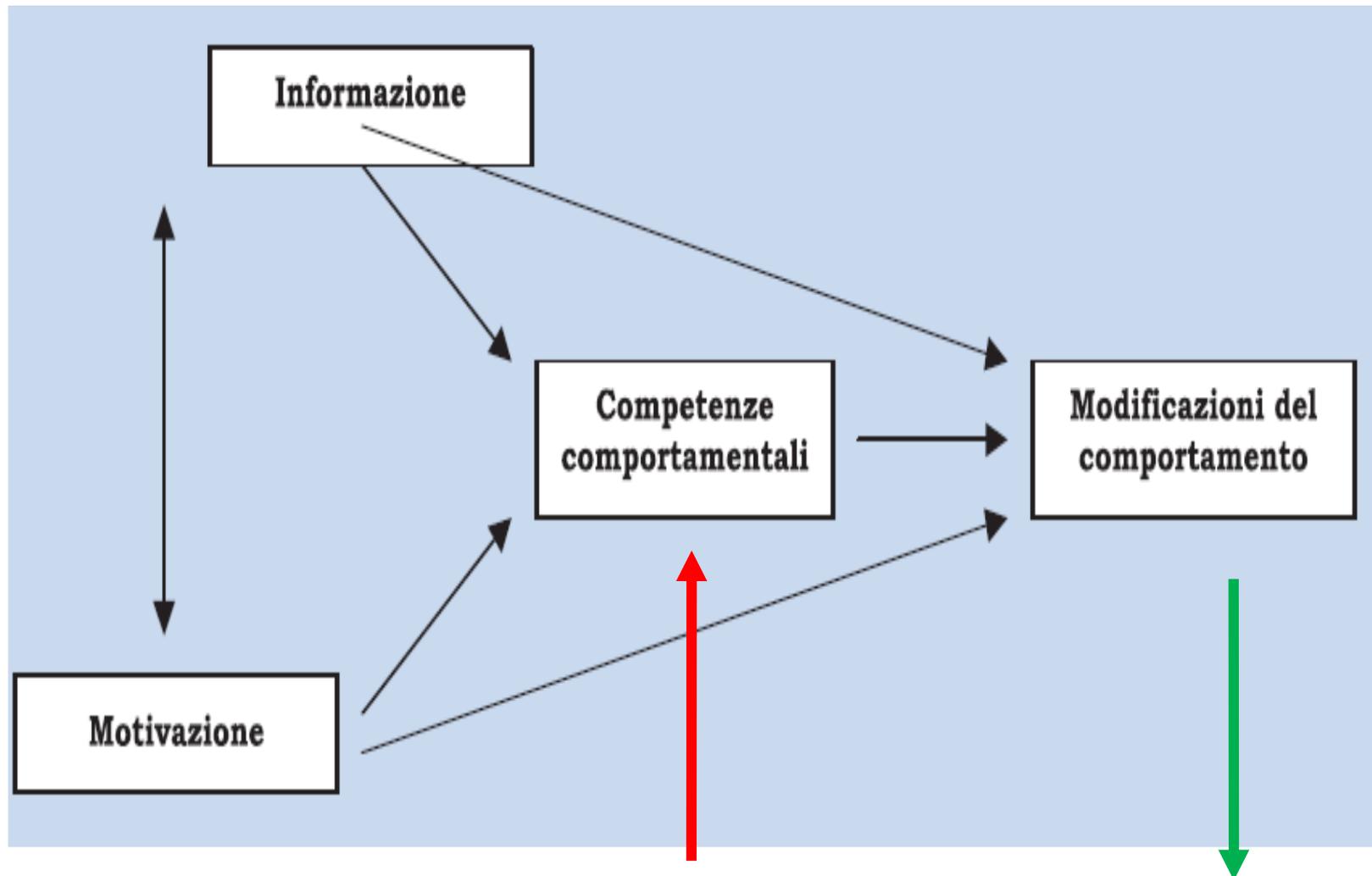
- A 4 mesi aderenza era del **70%**
- dopo 18 mesi era scesa al **60%**
- Ad 1 anno era scesa ancora al **48%**
- **L'aderenza migliora dopo ogni visita clinica per declinare durante l'intervallo tra le visite**

- L'Aderenza è un concetto complesso che è condizionato da numerosi fattori connessi al **(a) paziente**, **(b) al tipo di terapia** **(c) a fattori socio assistenziali**
- Alcuni favoriscono l'aderenza altri sono di ostacolo



Le 5 dimensioni dell'adesione: connessi al paziente; al trattamento; alla malattia; al sistema sanitario; ai fattori socioeconomici.

PAZIENTE



per BPCO e l'asma una delle più importanti competenze comportamentali è il corretto impiego degli inalatori

Miglioramento dell'aderenza

- Organizzare la formazione per l'uso appropriato dei farmaci;
- Definire un PDTA per Asma e Bpco,
- Richiamare i medici prescrittori al rispetto delle note Aifa
- Rafforzare il sistema di monitoraggio sia in ambito ospedaliero, ambulatoriale e territoriale
- Stabilire la riduzione nel 2017 della spesa farmaceutica convenzionata pari almeno l'80% del gap riscontrato rispetto alla media nazionale”

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidiano**sanità**.it Puglia Quotidiano on line di informazione sanitaria dal 1987 QS

Home Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professionisti Scienza e Farmaci Studi e Analisti Archivio Edizioni regionali Cerca

■ QS Piemonte ■ QS Veneto ■ QS Toscana ■ QS Abruzzo ■ QS Basilicata
 ■ QS Valle d'Aosta ■ QS Friuli Venezia Giulia ■ QS Umbria ■ QS Molise ■ QS Calabria
 ■ QS Lombardia ■ QS Liguria ■ QS Marche ■ QS Campania ■ QS Sicilia
 ■ QS PA. Bolzano ■ QS Emilia Romagna ■ QS Lazio ■ QS Puglia ■ QS Sardegna
 ■ QS PA. Trento

DIRETTORE QUADERNO Spesa farmaceutica in SANOFI

segui quotidianosanita.it

[Twitter](#) [Condividi](#) [G+](#) [Condividi](#) [stampa](#)

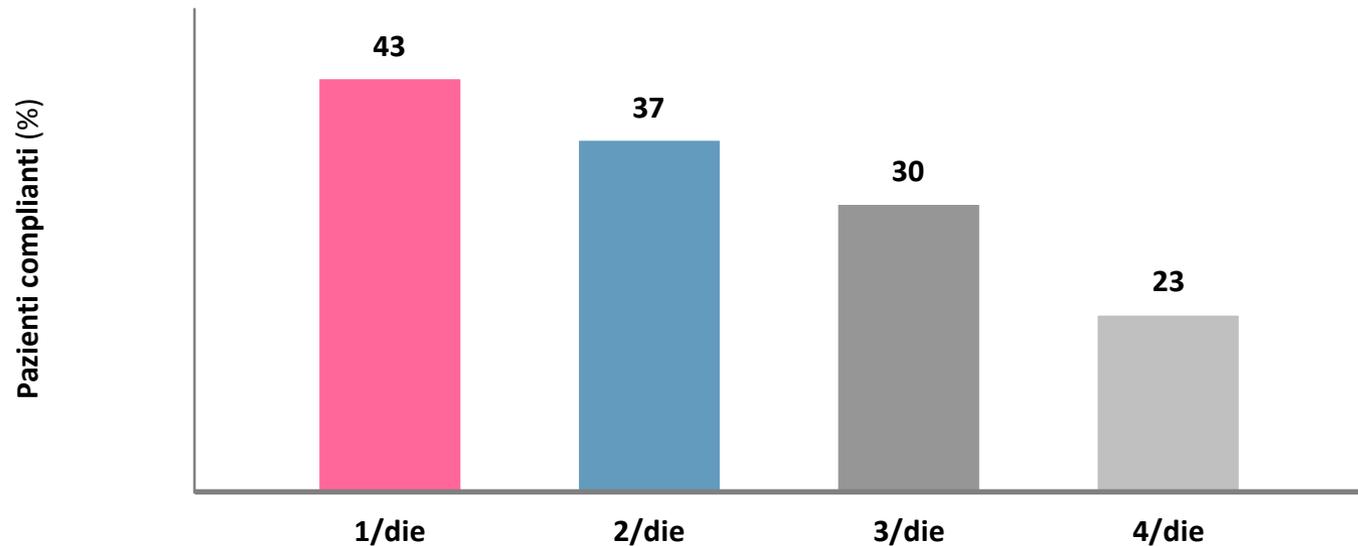
Puglia. Spesa farmaceutica. Una delibera per ridurre il consumo di farmaci per Asma e Bpco

Il risparmio previsto è di circa 17 milioni di euro all'anno. La delibera punta a organizzare la formazione per l'uso appropriato dei farmaci, definire un

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore
ALTEMS
 ALTA PUGLIA IN ECONOMIA
 I MANAGER DEL MONDO SANITARIO
Graduation Day 2017
 Cerimonia di consegna dei diplomi dei Master
 Anno Accademico 2015-2016

NEL 2017 ATTESI 17 MILIONI DI EURO/ANNO DI RISPARMIO SULLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA LORDA

La monosomministrazione giornaliera migliora l'aderenza alla terapia



Percentuale di giorni in terapia in funzione del numero di somministrazioni in pazienti con patologia ostruttiva cronica

Atto Dirigenziale n.16 del 30.12.2016

“ Misure urgenti per il contenimento della spesa per l’assistenza farmaceutica territoriale convenzionata. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale per l’anno 2017

Assistenza Farmaceutica nei LEA definiti con il DPCM 29/11/2001

Responsabilità delle Regioni di adottare adeguati interventi sul tema dell'appropriatezza, in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli.

Obbligo delle Regioni di rispettare il tetto del **14,85** secondo i parametri per la spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale aggiornati con la Legge di Stabilità 2017

L'art.1 comma 398 della legge di stabilità 2017 prevede che il tetto della spesa ospedaliera, ora definita spesa “ per consumi interni”,sia calcolato al lordo della spesa per i farmaci di fascia A in distribuzione diretta e per conto ed è rideterminato nella misura del **6,89**

Il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata è così rideterminato nella misura del **7,96**

Valore di riferimento del FSR per l'anno 2016 , indicato nei rapporti di monitoraggio AIFA pari per la Regione Puglia è di **7.386.656.316**

Sulla base di tale valore del fondo il tetto del 7,96% per la spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2017 è pari a **€ 587.977.843**

Tetto stanziato per la ASL di Taranto è di **83.278.612 €**

Monitoraggio AIFA – Gennaio – Ottobre 2016

Puglia

Spesa farmaceutica territoriale : Scostamento 123.769.227 €

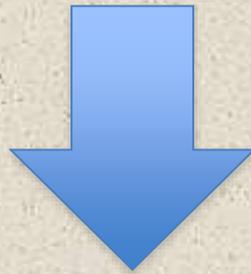
Inc % sul FSR: 13,37

Spesa Farmaceutica Ospedaliera: Scostamento 101.357.965 €

Inc % sul FSR: 5,2% (attualmente in posizione 11)

Il Rapporto OSMED 2015 riporta per la Puglia consumi di farmaci erogati nel canale della farmaceutica convenzionata di gran lunga superiori alla media nazionale

Confezioni pro capite pesate Puglia vs Italia



22,2 vs 18,6

DDD/1000 abitanti die pesate : 1235,7 vs 114,9

...Spendere meno oppure...Spendere meglio...



PIANO NAZIONALE CRONICITÀ E BPCO: IL RUOLO DELLA TERAPIA E DELL'ADERENZA TERAPEUTICA



OBIETTIVO

- Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche
- Garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche monitorando nel tempo l'adeguatezza



LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

- Individuazione di un modello unico di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva,
- Promozione di studi di ricerca applicata e soluzioni tecnologiche e organizzative per migliorare l'aderenza terapeutica
- Valutare l'utilizzo delle linee guida e promuoverne l'implementazione per migliorare l'appropriatezza terapeutica e disincentivare l'utilizzo di farmaci non appropriati
- Adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza



RISULTATI ATTESI

- Incremento di soluzioni organizzative che favoriscano l'adesione alle prescrizioni, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie)

NUOVI FARMACI PER ASMA E BPCO: COME FAVORIRE APPROPRIATEZZA E SOSTENIBILITA' ?

↑ APPROPRIATEZZA

- Trattamenti diversi, in base alla tipologia di paziente (right treatment for the right patient)

↑ ADERENZA

- Mono-somministrazione giornaliera
- Device intuitivi e di semplice utilizzo (↓ errore critico)

↓ RIDUZIONE DEI COSTI

- Progressivo allineamento verso il basso dei prezzi dei nuovi farmaci

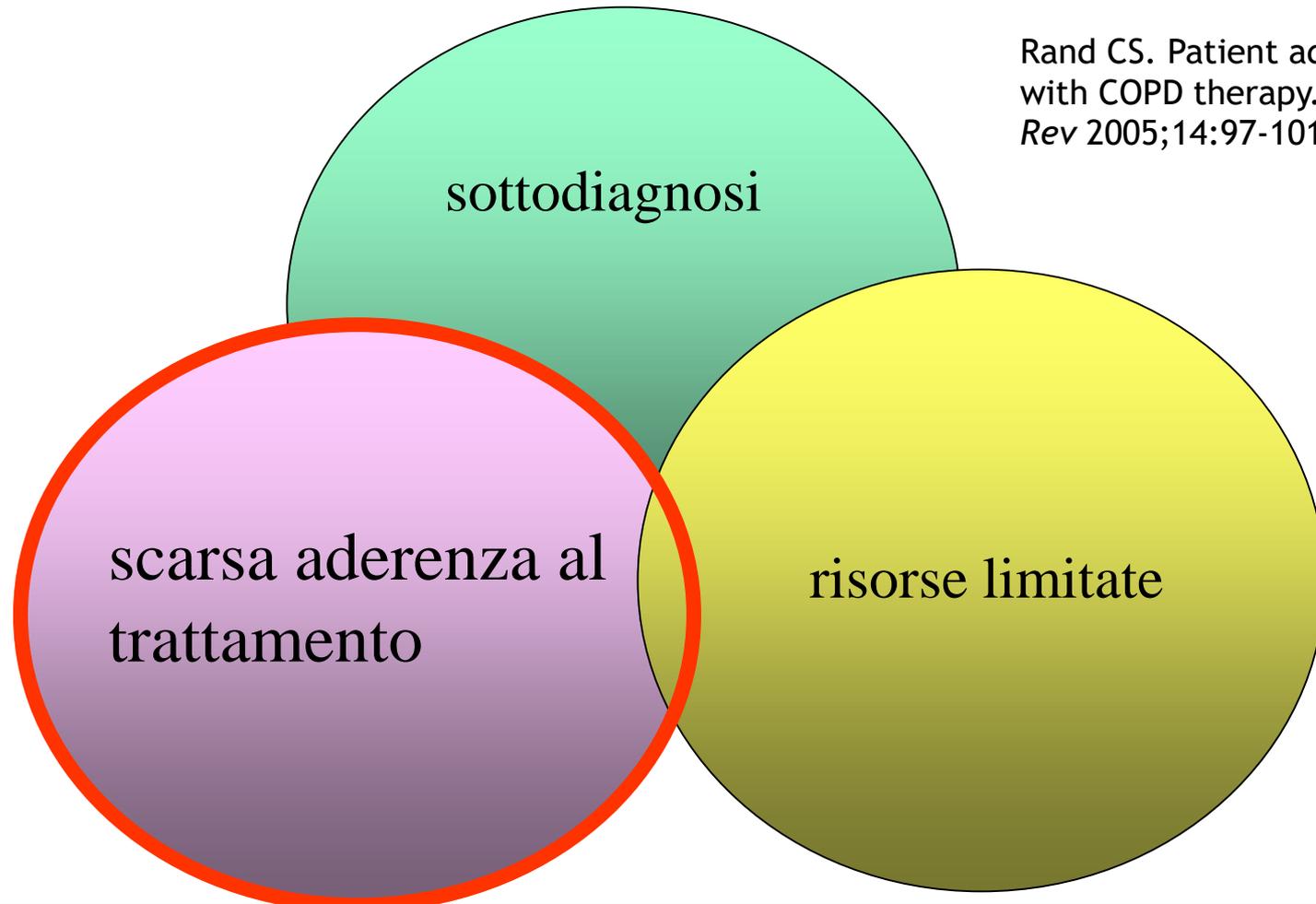
Queste caratteristiche possono **migliorare l'offerta terapeutica, aumentare l'aderenza e ridurre** sostanzialmente i **costi** di gestione delle patologie croniche respiratorie

(PRIMO!?!) PIANO NAZIONALE DELLE CRONICITÀ BPCO: PRINCIPALI CRITICITÀ

- Principali criticità del sistema
 - Scarsa conoscenza dei fattori di rischio.
 - Scarsa attenzione alla BPCO come problema grave di sanità pubblica.
 - Insufficiente sensibilizzazione dei MMG.
 - Insufficiente formazione dei professionisti sanitari.
 - Scarsa aderenza dei pazienti con BPCO alla terapia farmacologica e riabilitativa.
 - Scarsa aderenza dei pazienti con BPCO alla profilassi.
 - Inappropriatezza delle prescrizioni dell'ossigenoterapia domiciliare e della ventilo-terapia domiciliare.
 - Scarsa diffusione delle nuove tecnologie di monitoraggio e terapia a distanza.
 - Scarsa diffusione di programmi di assistenza palliativa per la BPCO e l'IRC in fase avanzata.
 - Carenza di interventi utili per ritardare l'insorgenza dell'insufficienza respiratoria.
 - Carente integrazione degli interventi in reparti per acuti (diagnosi e trattamento delle riacutizzazioni).
 - Assenza di coordinamento tra Distretto sanitario e reparto per acuti.

BARRIERE CHE INPEDISCONO UN TRATTAMENTO OTTIMALE DELLE MALALATTIE CRONICHE: **BPCO**

Rand CS. Patient adherence
with COPD therapy. *Eur Respir
Rev* 2005;14:97-101



**La scarsa aderenza è attualmente la maggior barriera
al trattamento della BPCO**



GRAZIE