

L'aderenza ai percorsi assistenziali

M. Di Martino, A. Lallo

In base a recenti stime riportate nel Piano Nazionale della Cronicità "circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale oggi viene speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo"¹. Date queste premesse, risulta fondamentale che le evidenze scientifiche orientate alla corretta gestione delle patologie croniche trovino ampia e corretta applicazione nella pratica clinica. In questo lavoro, è stato analizzato il divario tra la '*real world practice*' e le principali linee guida volte al corretto trattamento e monitoraggio della BPCO e del diabete di tipo II, patologie estremamente rilevanti in termini di salute pubblica a causa delle elevate prevalenze e degli alti costi sostenuti dai Sistemi Sanitari Regionali. Si puntualizza come queste valutazioni siano state effettuate per tutte le ASL e tutti i Distretti sanitari della Regione Lazio, indipendentemente dalla concreta implementazione di un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) sul territorio. I dati della Regione Lazio sono stati confrontati con quelli misurati in altre Regioni italiane: Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia².

Per quel che riguarda le linee guida della BPCO, l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri, nei casi di BPCO da moderata a molto grave, suggerisce di effettuare almeno una visita pneumologica all'anno. Inoltre, in base alle raccomandazioni nazionali e internazionali, nella BPCO da moderata a molto grave, il trattamento regolare con broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione è in grado di controllare i sintomi, ridurre l'insorgenza di riacutizzazioni e migliorare la qualità di vita del paziente³. In questo studio, l'aderenza al trattamento farmacologico è stata valutata attraverso la "proporzione di giorni coperti" (PDC) che misura quanta parte del follow-up individuale è stata adeguatamente coperta dalla terapia. Sono stati considerati aderenti i pazienti con una PDC > del 75%.

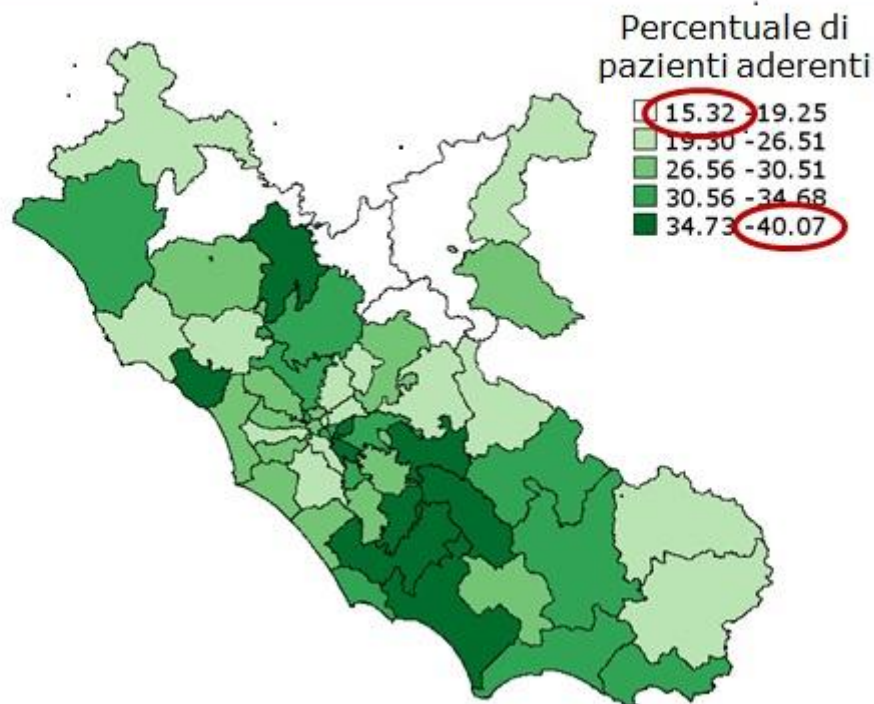
Sono stati analizzati circa 3000 pazienti con BPCO ricoverati nella Regione Lazio a causa di un'esacerbazione della patologia nell'anno 2015. L'analisi mostra una ridotta aderenza alle linee guida e una sostanziale variabilità tra le Regioni oggetto del confronto. Nella Regione Lazio, i pazienti che presentavano almeno una visita pneumologica nei 12 mesi successivi alla dimissione ammontava al 48.4% mentre, nello stesso periodo di osservazione, risultava aderente al trattamento con broncodilatatori a lunga durata d'azione solo il 28.7% dei pazienti. Questi dati trovano conferma in un lavoro precedentemente pubblicato⁴.

Inoltre, l'aderenza alle linee guida, sia in termini di visite specialistiche di controllo sia in termini di aderenza al trattamento, diminuiva progressivamente a partire dalla classe di età 65-74 anni, a evidenziare come queste fasce di popolazione, certamente svantaggiate in termini di accesso alle cure ottimali, andrebbero supportate da politiche socio-sanitarie che prevedano un approccio pro-attivo all'assistenza. Questo tema assume maggiore rilevanza se si considera il costante invecchiamento della popolazione italiana. I

modelli organizzativi dovrebbero tenerne conto, muovendo verso aspetti fino ad ora affrontati solo superficialmente quali l'integrazione tra Ospedale e territorio, con particolare riferimento alla *transition of care*, all'integrazione delle diverse figure professionali che operano sul territorio, (medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri) e al coinvolgimento attivo delle farmacie nei modelli integrati di assistenza. Le numerose teorie esistenti che affrontano questi temi non trovano ancora un'adeguata realizzazione nella pratica clinica.

Un dato decisamente interessante è costituito dal fatto che la variabilità nell'aderenza alle Linee Guida osservata all'interno della Regione Lazio sembra essere maggiore rispetto alla variabilità osservata tra le diverse Regioni partecipanti allo studio². Infatti, nella Regione Lazio, la proporzione di pazienti con BPCO aderenti al trattamento con broncodilatatori a lunga durata d'azione nei 12 mesi successivi la dimissione ospedaliera, variava da un 15% a un 40%, in base al Distretto Sanitario di assistenza (Figura 1). Probabilmente, tale variabilità, osservata all'interno di una medesima Regione, non è compatibile con un Sistema Sanitario che ambisce ad essere universalistico ed equo. Passando dall'analisi dei "processi" all'analisi degli esiti, con particolare riferimento ai tassi di mortalità e di riospedalizzazione, emerge nuovamente una rilevante variabilità tra le quattro Regioni considerate.

Figura 1. Aderenza al trattamento con broncodilatatori a lunga durata d'azione per Distretto sanitario di assistenza. Lazio, 2015-2016



A questo punto, è lecito chiedersi se, anche in un contesto di reale pratica clinica, l'aderenza al trattamento farmacologico costituisca davvero un fattore protettivo nei confronti della mortalità. A tal fine è stata condotta un'analisi "parallela", con un disegno dello studio specifico per valutare la relazione processo-esito. Ebbene, nella Regione Lazio, il trattamento farmacologico risultava significativamente protettivo. L'aderenza al trattamento riduceva la mortalità del 16% ($p\text{-value} < 0.05$). Passando dalla misura relativa di effetto alla misura assoluta, il dato è ancora più interessante: dei circa 2300 decessi osservati nei sei anni dopo la dimissione, quasi 350 sarebbero stati evitati se tutti i pazienti fossero stati aderenti al trattamento.

Per quel che riguarda la patologia diabetica, sulla base di solide evidenze scientifiche, uno stretto controllo dei parametri biochimici e metabolici (emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, funzionalità renale e fondo oculare) riduce il rischio di complicanze microvascolari e l'incidenza di eventi cardiovascolari⁵.

Sono stati analizzati circa 365.000 pazienti diabetici di tipo II, seguiti per un anno a partire dal 01/01/2016. L'aderenza alle linee guida nella Regione Lazio appare piuttosto bassa rispetto alle altre Regioni. Emoglobina glicata (almeno due misurazioni in un anno): 34.4%; profilo lipidico: 55.3%; microalbuminuria: 28.2%; funzionalità renale: 59.6%; fondo oculare: 15.0%.

Le basse proporzioni di aderenza alle linee guida, soprattutto se confrontate con le altre Regioni partecipanti al Progetto, potrebbero in parte essere spiegate dall'ampio ricorso al privato che caratterizza la Regione Lazio. Le prestazioni *out of pocket*, non essendo erogate in convenzione col Sistema sanitario regionale, non vengono registrate nei Sistemi informativi sanitari della Regione, generando una sottostima nella valutazione del fenomeno. Resta da chiedersi se un ricorso al privato così ampio, certamente maggiore rispetto alle altre Regioni analizzate, sia, in qualche misura, un'evidenza indiretta del "fallimento" del Sistema sanitario regionale "pubblico" che, in alcuni ambiti assistenziali, presenta notevoli carenze in termini di tempestività e qualità delle cure.

Sono attualmente in corso analisi specifiche di tipo costo-beneficio per valutare la relazione tra i costi "attribuibili all'aderenza alle linee guida" (ad esempio, i costi a carico del Sistema sanitario regionale per garantire il monitoraggio dei parametri biochimici e metabolici o l'aderenza al trattamento antidiabetico) e i costi che si potrebbero evitare riducendo le complicanze e le ospedalizzazioni. Questi risultati assumeranno una grande rilevanza in termini di programmazione sanitaria, soprattutto in relazione alla sostenibilità di un Sistema Sanitario pubblico chiamato a rispondere a sfide sempre più difficili, in un regime di risorse economiche estremamente limitate.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. <http://www.salute.gov.it/>

2. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione sanitaria. Nuovo sistema di garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico e assistenziali. 2017. <http://www.salute.gov.it/>
3. Di Martino M, Agabiti N, Bauleo L, et al. Use patterns of long-acting bronchodilators in routine COPD care: the OUTPUL study. COPD 2014; 11: 414-23.
4. Di Martino M, Ventura M, Cappai G, et al. Adherence to Long-acting bronchodilators after discharge for COPD: how much of the geographic variation is attributable to the hospital of discharge and how much to the primary care providers? COPD 2017; 14: 86-94.
5. NICE clinical guidelines. The management of type 2 diabetes. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions. May 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg87/documents/type-2-diabetes-update2>

Dott. Mirko Di Martino, Dott.ssa Adele Lallo, Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio.

Per la corrispondenza: m.dimartino@deplazio.it; giuseppe.munaf@gmail.com