

Terapie tra efficacia, risparmio e compliance

Rebecca Lamini

La non aderenza alle terapie è un problema rilevante sia in termini di efficacia di cura sia di tenuta del Ssn visto l'aumento delle cronicità. Quali gli strumenti più appropriati per incentivare la compliance? È stato questo il tema al centro della tavola rotonda della 1ª Giornata Nazionale "Aderenza alle Terapie" svoltasi di recente a Roma

Mmg e amministrazione della spesa pubblica, quando le risorse scarseggiano e le cronicità fanno esplodere la spesa è possibile una tregua negoziata nell'interesse superiore dei pazienti? È possibile avviare percorsi terapeutici più partecipati, far sì che la differenziale reportistica che i medici compilano si trasformi da mero atto di controllo burocratico delle risorse in ingrediente essenziale per una programmazione inclusiva e appropriata?

Sono i temi al centro dell'iniziativa "1ª Giornata Nazionale - Aderenza alle Terapie" patrocinata da Fiaso (Federazione delle Aziende sanitarie e ospedaliere) e Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera), con il contributo di Take-eda Italia Farmaceutici.

Ad **Ovidio Brignoli**, vicepresidente della Simg e tra i relatori della tavola rotonda, l'onere di mettere i piedi nel piatto a partire dalla propria esperienza, "da quei 400 medici di Brescia che, senza nessun corrispettivo economico, fanno un percorso di reportistica condivisa e di audit clinico. L'unica procedura che può davvero cambiare il modo di curare, di prescrivere e di utilizzare correttamente i farmaci". Perché queste esperienze non sono generalizzate nel Paese, si è chiesto Brignoli? "Perché nessuna amministrazione, pur dichiarando di voler stringere un nuovo patto professionale con i clinici, di voler orientare i professionisti all'autovalutazione, in realtà ci coinvolge quando quantifica i farmaci che possiamo prescrivere e senza possibilità di negoziato. Perché, se mi autovaluto o no, il mio stipendio non cambia e, oltretutto, non vengo nemmeno preso in considerazione", ha denunciato. Valutare la propria azione, poi, non basta a volte a promuovere

effetti pratici concreti nell'assistenza che si garantisce. Un esempio? "Bisognerebbe migliorare anche il comportamento dei pazienti - ha aggiunto Brignoli, utilizzando come esempio proprio il caso della compliance al centro dell'incontro. Se voglio migliorare l'aderenza del mio paziente alle terapie che gli propongo devo coinvolgerlo e non posso farlo da solo. La realtà dei numeri mi dice, però, che il rapporto tra infermieri e Mmg è di 2.6 in Germania, 2.1 in Inghilterra, mentre in Italia siamo a 0.1 infermiere ogni medico di medicina generale. Con una coscia di infermiere - ha ironizzato Brignoli - posso al massimo fare l'arrostito, non l'educazione del paziente".

■ Più clinica e formazione

Dentro l'ospedale l'impressione dei medici non cambia: **Claudio Borghi**, ordinario di Medicina Interna al Sant'Orsola Malpighi di Bologna, ha segnalato il disagio per la scarsa rilevanza della componente clinica rispetto alle altre. "Speravo che si fosse riusciti dopo vent'anni a creare un collegamento tra risorse investite e outcome - ha ammesso - che si rifletteva anche sulle logiche di distribuzione delle risorse alle Regioni. In realtà restano capitoli di gestione separati, e così riceviamo una serie di indicazioni sul nostro lavoro abbastanza stringenti, e continuiamo ad avere, d'altro canto, risorse per niente correlate ai nostri sforzi di qualificazione. Mi piacerebbe che ci mettessimo tutti davvero la faccia, e invece oggi siamo a un punto in cui ce la mettono solo i medici, che stanno in prima linea, in contatto con i pazienti". **Giovanni Barbagli**, direttore dell'Agenzia regionale di sanità di Firenze, ha portato l'esperienza della Asl di

Arezzo, in cui si sta tentando una sperimentazione serrata sulla compliance, non monitorando solo l'accesso alle prestazioni, "ma lavorando alla formazione degli operatori, alla formazione dei familiari, moltiplicatori dell'aderenza terapeutica, senza perdere di vista la necessità di garantire una capacità organizzativa del sistema di reggere, grazie a un approfondimento serio dei livelli epidemiologici". L'obiettivo che a tutti sembra irrinunciabile è quello di arrivare ad una modifica di un paradigma costante, mettendo al centro della programmazione non le risorse, ma i bisogni di cura della popolazione. Stessi risultati anche nella Asl di Parma, "dove più dell'80% dei Mmg ha aderito al programma di prevenzione regionale del diabete mellito di tipo II non complicato - ha spiegato il direttore generale dell'Ausl e coordinatore Fiaso **Massimo Fabi** - con 300 Mmg che insieme al diabetologo gestiscono il monitoraggio del buon compenso e con gli infermieri fanno medicina d'iniziativa grazie, per esempio, al controllo regolare dell'emoglobina glicata". Cose che, secondo Fabi "si possono fare creando un contesto organizzativo all'interno del quale il Mmg fa il clinico del territorio".

Un video di approfondimento è disponibile sul portale www.mdwebtv.it, visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente **QR-Code**

