

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI



CRF
Centro Interdisciplinare di Ricerca
in Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia

Federico II University Press



fedOA Press

**LABORATORIO
HEALTH**
CaRe



Phármakon

9

***IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI
PROCESSI DECISIONALI***

Federico II University Press



fedOA Press

Pharmakon: Il valore dell'Aderenza Terapeutica nei Processi Decisionali / Enrica Menditto, Francesca Futura Bernardi, Arturo Cavaliere, Roberto Colonna, Eugenia Livoti, Lorella Lombardozi, Sara Mucherino, Lara Perrella, Ugo Trama, Barbara Rebesco, Federica Risso, Adriano Vercellone, Valentina Orlando. – Napoli: FedOAPress, 2024. – 118 p.; 21 cm. – (Phármakon; 9)

Accesso alla versione elettronica:
<http://www.fedoabooks.unina.it>

ISBN: 978-88-6887-315-8

DOI: 10.6093/978-88-6887-315-8

Comitato scientifico

prof. Tamás Ágh (Syreon Research Institute, Mexikoi, Budapest, HU), prof. Marco Biondi (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Caitriona Cahir (Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, IRL), prof.ssa Claudia Conte (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof. Giuseppe De Rosa (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof. Antonio Gimeno-Miguel (Health Sciences Institute, IIS Aragón, Zaragoza), prof. Paolo Grieco (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof. Przemysław Kardas (Medication Adherence Research Centre, Medical University of Lodz, Lodz, PL), prof.ssa Luciana Marinelli (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Enrica Menditto (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Agnese Miro (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Valentina Orlando (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Alexandra Prados Torres (EpiChron Research Group, Aragon Health Sciences Institute, IIS Aragón, Zaragoza); prof.ssa Fabiana Quaglia (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof. Antonio Randazzo (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Antonia Sacchi (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli), prof.ssa Francesca Ungaro (Dipartimento di Farmacia, Università Federico II, Napoli). Questo volume è stato realizzato nell'ambito del Progetto PRIN –2017NR7W5K "A blood-based biomarker approach for the optimization of treatment with immune-checkpoint inhibitors in solid tumors" finanziato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca.

Questo volume è stato realizzato con il contributo non condizionato di SERVIER ITALIA S.p.A.

© 2024 FedOAPress – Federico II University Press II

Università degli Studi di Napoli Federico II
Centro di Ateneo per le Biblioteche "Roberto Pettorino" Piazza Bellini 59-60
80138 Napoli, Italy
<http://www.fedoapress.unina.it/>

Published in Italy

Gli E-Book di FedOAPress sono pubblicati con licenza Creative Commons Attribution 4.0 International

AUTORI

Enrica Menditto

Professore di tecnologia, socioeconomia e normativa dei medicinali, Dipartimento di Farmacia, Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF) – Università degli Studi di Napoli Federico II.

Francesca Futura Bernardi

Dirigente Farmacista AOU Vanvitelli.

Arturo Cavaliere

Direttore UOC. Farmacia Aziendale Ospedale Sant'Andrea Policlinico Universitario Sapienza Roma - Presidente SIFO.

Roberto Colonna

Editor scientifico, Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF) – Università degli Studi di Napoli Federico II.

Eugenia Livoti

Dirigente Farmacista SC Politiche del Farmaco, dispositivi medici, protesica e integrativa – A.Li.Sa. Regione Liguria.

Lorella Lombardozi

Responsabile Farmacia, A.O. San Camillo Forlanini.

Sara Mucherino

Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Farmacia, Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e

Farmacoutilizzazione (CIRFF) – Università degli Studi di Napoli Federico II.

Lara Perrella

Dottoranda di Ricerca, Dipartimento di Farmacia, Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF) – Università degli Studi di Napoli Federico II.

Ugo Trama

Dirigente Responsabile della U.O.D. 06 Politica del Farmaco e Dispositivi – Regione Campania.

Barbara Rebesco

Direttore SC Politiche del Farmaco, dispositivi medici, protesica e integrativa – A.Li.Sa. Regione Liguria.

Federica Riso

Dirigente Farmacista SC Politiche del Farmaco, dispositivi medici, protesica e integrativa – A.Li.Sa. Regione Liguria.

Adriano Vercellone

Direttore UOC Assistenza Farmaceutica Distretti Nord, ASL Napoli 3 Sud.

Valentina Orlando

Professore di tecnologia, socioeconomia e normativa dei medicinali, Dipartimento di Farmacia.

Direttore Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF) – Università degli Studi di Napoli Federico II.

Direttore scientifico del Laboratorio HealthCare, Regione Campania.

Indice

PREFAZIONE	9
Aderenza terapeutica: inquadramento della problematica	11
Aderenza Terapeutica: cenni storici	12
Aderenza Terapeutica: Definizioni, Tassonomia e Linee Guida	14
Metodi di Valutazione e Misurazione dell’Aderenza Terapeutica	18
Impatto clinico ed economico dell’Aderenza Terapeutica	23
Implementazione di strategie per il miglioramento dell’Aderenza Terapeutica	28
Definizione di un indicatore per il monitoraggio dell’Aderenza Terapeutica	35
Fase 1 - Analisi di Scenario	38
Risultati: EU-Survey – SEZIONE I	42
Metodi di implementazione dei piani di miglioramento di aderenza terapeutica nei paesi Europei.	42
Risultati: EU-Survey – SEZIONE II	59
Barriere e facilitatori personali, professionali e del sistema sanitario in ambito di aderenza terapeutica.	59
Fase 2 - Identificazione degli Esperti	67
Fase 3 - La Survey SWOTLa Fase 3 dello Studio ha previsto l’utilizzo della metodologia dell’analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) e la prospettiva degli esperti, rappresentata dai Key Opinion Leaders (KOLs) selezionati delle regioni Lazio, Liguria e Campania.	69
La Sezione generale	70
La Sezione SWOT	74

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Risultati: ITA-Survey – SEZIONE GENERALE	79
Barriere e facilitatori personali, professionali in ambito di aderenza terapeutica	79
Regione Campania	79
Regione Lazio	80
Regione Liguria	81
Risultati: ITA-Survey – SEZIONE SWOT	94
Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats in ambito di aderenza terapeutica.	94
Regione Campania	94
Regione Lazio	95
Regione Liguria	96
Conclusioni ITA-Survey	101
BIBLIOGRAFIA	105

Prefazione

L'aderenza alle terapie è riconosciuta come una componente chiave della qualità delle cure per la gestione ottimale delle patologie croniche. Nonostante ciò, gli indicatori di qualità delle cure correlati a questo processo sono stati raramente inclusi in modo esplicito nelle agende delle politiche sanitarie nazionali.

Questo Studio, al fine di colmare questa lacuna, si propone di definire un indicatore di aderenza alle terapie, fornendo uno strumento oggettivo per valutare la qualità dei percorsi di cura e migliorare l'efficacia delle terapie prescritte. Attraverso un approccio multidisciplinare, è stato possibile comprendere i facilitatori e barriere percepite in ambito di aderenza terapeutica e sviluppare strategie mirate per affrontare le sfide specifiche associate.

L'eterogeneità delle pratiche di monitoraggio e gestione dell'aderenza alle terapie a livello internazionale e regionale sottolinea, infatti, l'importanza di definire un indicatore a livello nazionale al fine di valutare, monitorare e implementare strategie efficaci per il miglioramento dell'aderenza nei pazienti cronici, facilitando la condivisione delle best practice tra diverse realtà sanitarie.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

L'aderenza terapeutica, inoltre, essendo un fattore chiave nella gestione ottimale delle malattie croniche, assume anche un ruolo rilevante come Key Performance Indicator (KPI) per la governance sanitaria. Integrare l'aderenza come KPI nei sistemi sanitari permette di valutare in modo preciso l'efficacia dei percorsi di cura, l'efficienza delle risorse e l'impatto delle politiche sanitarie, favorendo la promozione di una gestione più efficace e sostenibile delle cure e delle risorse sanitarie.

Aderenza terapeutica: inquadramento della problematica

Con l'aumento della prevalenza di pazienti affetti da una o più patologie croniche, i pazienti di tutto il mondo fanno sempre più affidamento su più farmaci per controllare la loro malattia (1). I pazienti che non assumono i farmaci come prescritto sono ad alto rischio di complicazioni, le quali possono portare a un aumento delle ospedalizzazioni e della mortalità (2).

Oltre all'impatto clinico negativo, la non aderenza ai farmaci può assorbire un'eccessiva quantità di risorse finanziarie e compromettere la qualità dell'assistenza. A causa di questi oneri clinici e di costo, la non aderenza ai farmaci rappresenta un'importante sfida per la salute pubblica e vi è la necessità di soluzioni mirate e attuabili.

Inoltre, è ben noto che la popolazione anziana presenta un maggior rischio di non aderire alle terapie farmacologiche, soprattutto in caso di multimorbidità e politerapia. L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di anzianità, con conseguenze prevedibili sull'assistenza sanitaria a causa del numero crescente di pazienti affetti da malattie croniche. Pertanto, l'aderenza alle terapie risulta fondamentale per la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Dati nazionali, riportati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nel Rapporto OsMed 2022 pubblicato ad agosto 2023 (3), hanno evidenziato una scarsa aderenza alle terapie farmacologiche per un lungo termine, soprattutto per i pazienti con una o più patologie croniche. In particolare, le percentuali più elevate di pazienti con bassi livelli di aderenza alla terapia riguardavano principalmente quelli in trattamento per patologie polmonari croniche come asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva, pari al 53,6%, e i pazienti

in terapia con antidiabetici, pari al 27% (3). Soprattutto per queste classi di farmaci, la bassa aderenza terapeutica tende ad aumentare con l'età ed è più frequente nelle donne rispetto agli uomini. Per le medesime classi farmacologiche sono stati riportati tassi analoghi di aderenza anche in contesti internazionali (4–6).

Si evince, pertanto, come i dati di Farmacoutilizzazione forniscano informazioni utili ai fini dell'utilizzo razionale dei farmaci e allo sviluppo di set di indicatori che, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure, abbia la capacità di razionalizzare gli *outcomes* delle terapie in termini sia clinici che economici.

Aderenza Terapeutica: cenni storici

Ippocrate (400 a.C.) è stato il primo a considerare il fatto che alcuni pazienti non assumessero i farmaci prescritti in modo consono e che gli stessi si lamentassero che il trattamento non fosse stato utile. Nella medicina moderna, Robert Koch, nel 1882, definì per la prima volta i pazienti affetti da tubercolosi che non si adeguavano alle cure come "viziosi consumatori, negligenti e/o "irresponsabili" (7). Fu, invece, a partire dagli anni '70, che il *McMaster University Medical Centre* iniziò a lavorare sulla *compliance* dei pazienti, dando vita a due workshop/simposi e a un libro fondamentale intitolato "Compliance with Therapeutic Regimens" (Compliance con i regimi terapeutici) di Sackett & Haynes (8).

Nel 1975 il termine "compliance del paziente" fu introdotto ufficialmente come Medical Subject Heading (MeSH) nella US National Library of Medicine (9). Nel tempo, il termine "compliance" è stato sempre più spesso sostituito dal termine "aderenza" (10), in quanto quest'ultimo si è ritenuto evocasse maggiormente l'idea di cooperazione tra prescrittore e paziente e meno la connotazione di obbedienza passiva del paziente alle

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

istruzioni del medico (11–15) . Il passaggio da "compliance" ad "aderenza" riflette un cambiamento fondamentale nella comprensione delle relazioni tra pazienti e medici, tema prima trascurato (16). È alla luce di questo cambiamento la *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* nel 1995 introdusse il termine "concordanza", la quale riconosceva la necessità che i pazienti e gli operatori sanitari collaborassero alla definizione di un programma terapeutico concordato, riconoscendo che i pazienti e gli operatori possono avere opinioni diverse (17).

Due anni dopo, nel 1997, un contributo dell'*American Heart Association* tramite la pubblicazione di una dichiarazione (18), ha definito l'aderenza come un processo comportamentale, fortemente influenzato dall'ambiente in cui il paziente vive, comprese le pratiche e i sistemi di assistenza sanitaria (19,20). Questa dichiarazione conteneva l'assunto che un'aderenza soddisfacente dipende dal fatto che i pazienti abbiano le conoscenze, la motivazione, le competenze e le risorse necessarie per seguire le raccomandazioni di un operatore sanitario.

Nel 2005, un passo importante è stato il riconoscimento degli aspetti intenzionali e non intenzionali della non aderenza ai farmaci (21–25).

Entrambi gli aspetti devono essere affrontati contemporaneamente per risolvere questo importante problema sanitario.

Nel 2008 La Società Internazionale di Farmacoeconomia (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, ISPOR*) ha sviluppato, metodicamente attraverso una revisione della letteratura e un dibattito sulla terminologia e sulle definizioni appropriate, le definizioni di compliance e persistenza dei farmaci durante 3 anni di revisione e discussione internazionale con lo scopo dello studio è fornire indicazioni sul significato e

sull'uso dei termini “compliance” e “persistenza” in relazione allo studio dell'uso dei farmaci (26).

Compliance e *aderenza* condividono la proprietà di essere parametri quantificabili, che dettagliano quando vengono assunte le dosi e quanto farmaco fornisce ciascuna dose. “Concordanza”, “cooperazione”, “accordo” e “alleanza terapeutica” implicano l'incontro tra la prospettiva del medico, del paziente, del caregiver o dei familiari riguardo a un piano di trattamento durante il quale pazienti e operatori sanitari condividono la responsabilità della corretta somministrazione dei medicinali. Il termine "aderenza ai farmaci" è stato introdotto come termine MeSH nel 2009 (27). Inoltre, spesso il termine *aderenza* e *compliance* sono utilizzati in modo interscambiabile, nonostante afferissero a visioni diverse circa il comportamento del paziente nell'assunzione di farmaci. A oggi, la connotazione di questi termini è differente e ben definita: l'aderenza afferisce alla partecipazione attiva del paziente alle raccomandazioni, mentre la compliance implica una passività del paziente.

Aderenza Terapeutica: Definizioni, Tassonomia e Linee Guida

La ricerca in ambito di aderenza terapeutica ha iniziato a rispondere alla necessità di avere degli standard di riferimento per la sua valutazione e gestione partendo dalla definizione di aderenza e dei suoi metodi valutativi. Da oltre un ventennio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha definito l'aderenza come “il grado in cui il comportamento di una persona, che include l'assunzione dei farmaci, il seguire una dieta e/o l'esecuzione di cambiamenti nello stile di vita, corrisponda alle raccomandazioni concordate dal fornitore di assistenza sanitaria”.

Tuttavia, le definizioni nella letteratura non consentivano una valutazione quantitativa precisa dell'aderenza al trattamento, rendendo difficile una descrizione accurata e un confronto tra gli studi (26). Per superare questa sfida, è emersa la necessità di una nuova base concettuale e di una tassonomia chiara per garantire coerenza e misurabilità nella terminologia e nei metodi di ricerca sull'aderenza (27). Su questo fronte, la Società Internazionale per l'Aderenza Terapeutica (*European Society for Patient Adherence, Compliance, and Persistence, ESPACOMP*) si è fatta promotrice del progetto europeo *Ascertaining Barriers for Compliance (ABC)* proponendo una nuova tassonomia dell'aderenza incorporata nelle linee guida sull'aderenza alla terapia farmacologica (*ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guidelines, EMERGE*).

La tassonomia ABC fornisce una descrizione concettuale definitiva dell'aderenza ai farmaci per facilitare la misurazione e l'analisi. È stata sviluppata nell'ambito del progetto finanziato dal FP7 *“Ascertaining Barriers for Compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe”* (<https://www.espacomp.eu/project/abc-taxonomy/>) (27).

Dalla pubblicazione originale in lingua inglese, ESPACOMP ha coordinato e validato traduzioni in altre lingue, seguendo metodi concordati per garantirne la coerenza. A oggi, la tassonomia ABC è disponibile anche nelle seguenti lingue: Čeština (ceco), Deutsch (tedesco), Español (spagnolo), Française (francese), Italiano (italiano) e Português (portoghese) (27–32).

Nel dettaglio, la tassonomia definisce l'aderenza come il processo con cui i pazienti assumono i farmaci prescritti e consiste in tre componenti essenziali: (i) *initiation* (inizio della terapia farmacologica); (ii) *implementation* (effettiva assunzione della terapia al dosaggio prescritto); e (iii) *discontinuation* (interruzione della terapia farmacologica), (**Figura 1**). Nel dettaglio, il processo

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

inizia con *l'initiation*, quando il paziente assume la prima dose di un farmaco prescritto. Il processo continua con *l'implementation* del regime di dosaggio, definito come la misura in cui il dosaggio effettivamente assunto dal paziente corrisponde a quello prescrittogli, dall'inizio della terapia fino all'assunzione dell'ultima dose. La *discontinuation* segna la fine della terapia, quando la dose successiva da assumere viene omessa e non vengono più assunte altre dosi. La terza fase della tassonomia definisce la *persistence* (persistenza alla terapia farmacologica) come il periodo di tempo tra l'inizio della terapia e l'ultima dose assunta immediatamente precedente l'interruzione. Dopo la *discontinuation*, può esserci un periodo di *non persistence* fino al termine del periodo di prescrizione (**Figura 2**).



Figura 1 Fasi dell'aderenza terapeutica secondo la Tassonomia ABC
Adattata da Vrijens et al, Br J Clin Pharmacol 2012;73:691-705.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

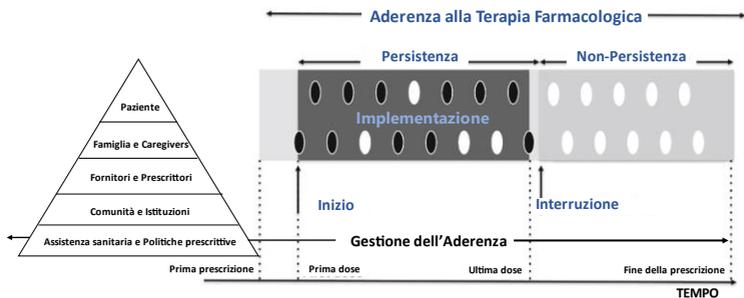


Figura 2 La tassonomia ABC sull'aderenza ai farmaci
Adattato da Vrijens et al., Br J Clin Pharmacol 2012;73:691-705.

A seguito dello sviluppo delle linee guida EMERGE, delle definizioni concettuali e delle misure di aderenza comunemente riportate negli studi empirici, la Società Internazionale per l'Aderenza Terapeutica (ESPACOMP) ha introdotto il TEOS (*Timeline-Events-Objectives-Sources*, **Figura 3**) (33), un processo iterativo a quattro componenti (linea temporale, eventi, fonti, obiettivi) che propone delle raccomandazioni pratiche che potessero facilitare lo sviluppo e la descrizione delle definizioni operative di aderenza con lo scopo ultimo di migliorare la qualità della misurazione.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

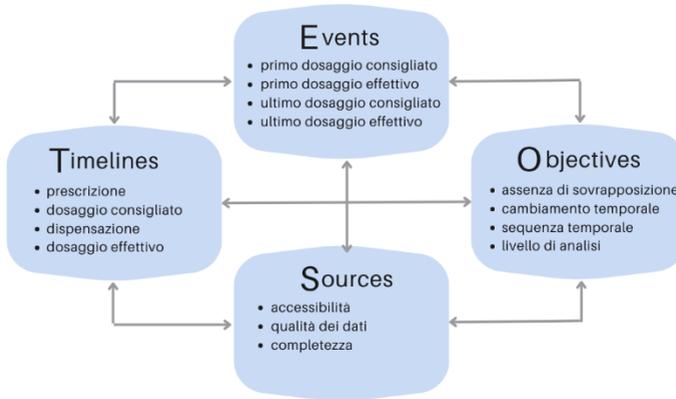


Figura 3 TEOS framework

Adattato da Dima AL, et al. TEOS: A framework for constructing operational definitions of medication adherence based on Timelines-Events-Objectives-Sources. *Br J Clin Pharmacol.* 2021 Jun;87(6):2521-2533.

Metodi di Valutazione e Misurazione dell'Aderenza Terapeutica

In accordo con le linee guida EMERGE, le tre fasi dell'aderenza terapeutica richiedono l'utilizzo di metodi di stima specifici per ciascuna di esse, a seconda dei dati sanitari disponibili. Complessivamente, i metodi di stima e misurazione delle fasi di aderenza possono essere classificati in *diretti* e *indiretti* (**Tabella 1**) o, secondo l'OMS, in *soggettivi* e *oggettivi*. I metodi soggettivi coinvolgono la valutazione del paziente o del *provider* di assistenza sanitaria tramite sondaggi, questionari o *self-report*, ma possono essere influenzati da *bias* soggettivi che portano a una sovrastima o sottostima dell'aderenza reale. Al contrario, i metodi oggettivi,

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

come la misurazione degli *outcomes* clinici, il conteggio delle dosi, i registri delle farmacie e il monitoraggio elettronico dell'assunzione dei farmaci, forniscono dati oggettivi sull'aderenza effettiva alla terapia farmacologica, sconvolti dai suddetti *bias*. Tra questi ultimi, i *database* amministrativi sono strumenti fondamentali per misurare l'aderenza terapeutica in quanto forniscono informazioni dettagliate sulle prescrizioni e dispensazioni dei farmaci, includendo dosaggi e frequenza delle assunzioni (34,35). Grazie a specifici indicatori, questi strumenti consentono una misurazione oggettiva dell'aderenza nelle sopraccitate fasi (**Tabella 2**).

Utilizzando *database* amministrativi, è possibile valutare misure dicotomiche dell'aderenza ai farmaci, che sono state utilizzate per decenni utilizzando indicatori specifici (35–37), come:

- Rapporto di consumo dei farmaci (*Medication Possession Ratio, MPR*), definito come la proporzione di giorni di fornitura ottenuti in un determinato periodo di tempo o in un periodo di intervalli di rifornimento.
- Proporzione dei giorni di copertura (*Proportion of Days Covered, PDC*) definita come il rapporto tra il numero di giorni in cui il farmaco è stato disponibile e il numero di giorni del periodo di studio. Dove, il PDC è sempre un valore compreso tra 0 e 1 (38).
- *Persistence*, definita come il periodo di tempo tra l'inizio della terapia e l'ultima dose assunta immediatamente precedente l'interruzione, spesso valutata con il Metodo dei *Gap* permessi tra la prescrizione/erogazione della prima dose e la successiva (27,37,38).

Per quanto riguarda, invece, le misure dinamiche per valutare l'aderenza attraverso le banche dati sanitarie prendono in

considerazione, diversamente dalle misure statiche, che l'insieme dei comportamenti diversi e dinamici dell'aderenza (38). Secondo le linee guida EMERGE (27), ci sono molti modi in cui i pazienti possono essere non aderenti a un trattamento farmacologico: non iniziare i farmaci prescritti (*non-initiation*); ritardare le prescrizioni (*refill adherence gaps*); interrompere del tutto i farmaci (*non-persistence or discontinuation*); assumere una dose inferiore a quella prescritta (es. *pill-splitting*); ricaricare le prescrizioni più spesso del necessario (es. *stockpiling*); e somministrare impropriamente i farmaci (es. errori nella copertura posologica) (39).

L'evoluzione della definizione di aderenza ha definito dunque che questa si sviluppi in tre componenti essenziali: (i) *initiation*; (ii) *implementation*; e (iii) *discontinuation*. Queste fasi, quindi, devono essere analizzate e misurate separatamente e in modo appropriato.

Inoltre, gli strumenti digitali hanno permesso un notevole miglioramento nell'ambito dell'aderenza terapeutica. Questi strumenti, infatti, consentono una valutazione più accurata dell'aderenza, offrendo supporto tempestivo e personalizzato ai pazienti. Tali tecnologie comprendono una vasta gamma di soluzioni digitali, come la telemedicina, le *chatbot*, gli assistenti virtuali, i dispositivi indossabili, le app mobili, i *software* e l'analisi dei dati. Tali tecnologie sanitarie mirano a migliorare l'erogazione delle cure sanitarie attraverso una maggiore accuratezza nella misurazione dell'aderenza, accessibilità ed efficienza del farmaco, ed *engagement* dei pazienti nelle cure sanitarie (NICE, 2017).

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 1. Metodi diretti e indiretti di misurazione dell'aderenza

Metodo di valutazione dell'Aderenza	Vantaggi	Svantaggi	Indicatore di Aderenza
Metodi diretti			
Misurazione dei livelli di farmaci/metaboliti	Obiettivo Accurato Somministrazione di farmaci di prova	Costoso Invasivo Differenze interindividuali	Concentrazione del farmaco/metabolita
Metodi indiretti			
Conteggio delle pillole	Semplice Utilizzato negli studi clinici	Nessuna evidenza di gestione del farmaco	Numero di dosi saltate
Autodichiarazioni	Semplice Non costoso	Sovrastima della dipendenza individuale	Punteggio con un punto di interruzione
Sistemi di monitoraggio elettronico	Obiettivo Accurato Utilizzato negli studi clinici	Costoso Somministrazione di farmaci senza evidenze	Regime di dosaggio
Banche dati elettroniche	Semplice Non costoso Non invasivo Livello di aderenza	Nessuna evidenza di gestione del farmaco	<i>Medication possession ration (MPR)</i> <i>Proportion of days covered (PDC)</i> <i>Metodo dei Gap tra una prescrizione e la successiva</i> <i>Daily Patient Possession Ratio (DPPR)</i>

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 2. Misurazione delle fasi di aderenza attraverso l'utilizzo di database elettronici sanitari.

Fase di Aderenza e definizione	Fonte di dati	Indicatore	Misura
Inizio (<i>Accettazione o aderenza primaria</i>) Assunzione della prima dose del farmaco prescritto	Prescrizioni e dispensazioni	Differenziale tra prima dose prescritta ed effettiva erogazione/assunzione della prima dose	Il farmaco viene assunto entro un periodo accettabile dopo l'emissione della prescrizione (<i>Misura dicotomica: si/no</i>)
Implementazione (<i>Storia del dosaggio</i>) Regime posologico prescritto fino all'assunzione dell'ultima dose	Dispensazioni	<i>Proportion of days covered</i> (PDC) <i>Medication possession ratio</i> (MPR) <i>Daily Patient Possession Ratio</i> (DPPR)	La proporzione calcolata è superiore a un valore di soglia predeterminato (<i>Misura dicotomica: si/no</i>)
		<i>Continuous Medication Availability</i> (CMA) Traiettorie longitudinali di aderenza	Misure continue nel tempo espresse in un valore medio (<i>Misura dinamica e longitudinale</i>)
Persistenza (<i>Interruzione</i>) Periodo compreso tra l'inizio e l'ultima dose, immediatamente prima dell'interruzione	Dispensazioni	Metodo dei <i>gap</i>	Tempo intercorso tra due prescrizioni più un gap consentito (<i>Misura dicotomica: si/no</i>)

Fonte: Menditto et al. (anno) Aderenza, Deprescribing e PDTA. Macroscopio Osservatorio sulla Cronicità.

Impatto clinico ed economico dell'Aderenza Terapeutica

L'aderenza alla terapia farmacologica è un elemento cruciale nel percorso di cura del paziente, in grado di influenzarne gli esiti. La mancata aderenza può, infatti, comportare la riduzione dell'efficacia e della sicurezza della terapia con conseguenze negative sia da un punto di vista clinico che economico. È noto che livelli più bassi di aderenza al trattamento siano associati a costi sanitari più elevati, importanti complicanze e un peggioramento della qualità della vita del paziente, nonché a una maggiore prevalenza e recidiva della malattia.

L'aderenza alle terapie farmacologiche può essere influenzata da diversi fattori (**Figura 4**), prendendo in considerazione aspetti contestuali più ampi e l'interazione tra di essi (36).



Adattato da Osterberg L, Blaschke T. N Engl J Med. 2005; 353(5):487-97.

Figura 4 Barriere dell'aderenza alle terapie

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Dunque, come riconosciuto anche dall'OMS, l'aderenza ai farmaci non è influenzata solo dal rapporto paziente-fornitore e/o da fattori sistemici e organizzativi associati al sistema sanitario, ma anche dalla natura della patologia, dalla complessità e dalla durata del regime terapeutico, dalle reazioni avverse ai farmaci. Secondo l'OMS, questi fattori determinanti della non aderenza possono essere aggregati in cinque dimensioni:

- sociale ed economica;
- legate al sistema sanitario
- legati alla terapia;
- legate alla condizione;
- legate al paziente.

Alcuni dei principali fattori predittivi di scarsa aderenza sono i seguenti: (i) la complessità dei regimi terapeutici; (ii) l'insorgenza di effetti collaterali o reazioni avverse; (iii) una bassa alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) che, unita a una comunicazione insufficiente tra medico e paziente, può portare a una comprensione incompleta delle informazioni sulla terapia e delle istruzioni per la corretta aderenza; (iv) l'età avanzata e la mancanza di supporto familiare e sociale, che potrebbero scoraggiare il paziente dal seguire il trattamento; (v) le credenze personali dei pazienti riguardo le terapie farmacologiche; (vi) problemi di natura psicologica, come l'ansia e la depressione, che possono ridurre la motivazione del paziente a seguire il trattamento farmacologico (**figura 5**) (40,41). Per abbattere le barriere che impediscono il raggiungimento di una aderenza ottimale

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

sono necessarie soluzioni multifattoriali, di tipo organizzativo e relazionale.



Figura 5 Principali fattori predittivi di scarsa aderenza alle terapie farmacologiche

Fonte: World Health Organization (WHO), 2003.

La non aderenza ai farmaci prescritti è un importante problema di salute pubblica, intrinsecamente legato alla multimorbilità e alla politerapia. Le ricerche condotte finora suggeriscono che tra il 50% e l'80% dei pazienti con patologie croniche può essere non aderente, a seconda della condizione clinica studiata (42). Nello specifico, infatti, diversi studi stimano che la non aderenza sia responsabile

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

del 48% dei decessi per asma, di un aumento dell'80% del rischio di morte per diabete e di un aumento di 3,8 volte del rischio di morte per infarto (43). In generale, è da notare che la mancata aderenza alle terapie farmacologiche costa all'Unione Europea 125 miliardi di euro all'anno (10,43,44). Pertanto, alla luce della pressione per ridurre la spesa sanitaria non necessaria nell'attuale scenario economico, la letteratura ha sottolineato e studiato le evidenze di costo-efficacia degli interventi di miglioramento dell'aderenza (42,43,45). Le strategie per migliorare l'aderenza devono considerare l'impatto sui costi complessivi dell'assistenza sanitaria, valutando l'aumento della spesa per i farmaci rispetto ai risparmi derivanti dal miglioramento degli esiti (http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Institute/RUOM-2013/IHII_Responsible_Use_Medicines_2013.pdf) (42,43,45).

La maggior parte dei costi attribuiti alla non aderenza ai farmaci deriva da ricoveri ospedalieri evitabili (46). Altri costi diretti sono sostenuti dalla progressione della malattia controllabile con:

- 1) l'aumento dell'utilizzo di servizi presso gli studi medici, il pronto soccorso e le strutture di assistenza e cura urgenti, come le case di cura, gli ospizi o i centri di dialisi;
- 2) i costi farmaceutici evitabili legati all'intensificazione della terapia con l'insorgere di condizioni di comorbidità;

3) gli esami diagnostici che potrebbero essere evitati controllando la malattia primaria (42,43,45). La relazione tra la mancata aderenza e i costi sanitari associati è illustrata nella **Figura 6**. La non aderenza ai farmaci porta a esiti negativi, che aumentano l'utilizzo dei servizi sanitari e i costi complessivi dell'assistenza sanitaria. La pressione finanziaria viene trasferita dai pagatori ai pazienti attraverso un aumento dei *copayment* o dei costi di copertura per i datori di lavoro. L'aumento della partecipazione ai costi da parte del paziente oltre una certa soglia ha un impatto negativo sul livello di aderenza ai farmaci (47).

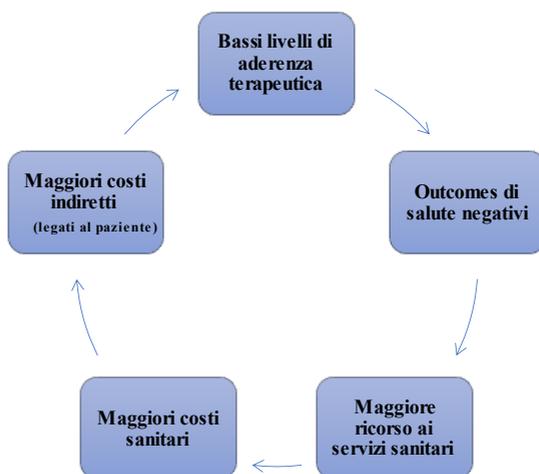


Figura 6 Relazione tra l'aderenza alle terapie e i costi sanitari
Adattata da Iuga AO et al, Risk Manag Healthc Policy. 2014;7:35-44.

Implementazione di strategie per il miglioramento dell'Aderenza Terapeutica

La non-aderenza ai farmaci prescritti è un importante problema di salute pubblica, strettamente legato alla multimorbilità e alla politerapia. Sebbene esistano interventi promettenti che migliorano l'aderenza ai farmaci, la maggior parte degli interventi viene sviluppata e testata in ambienti di ricerca strettamente controllati, che non si discostano dai contesti in cui la maggior parte dei pazienti riceve assistenza sanitaria (48). Pertanto, finora sono state sviluppate e studiate diverse strategie per implementare l'aderenza nei contesti reali (49–51). Diverse ricerche hanno già esaminato come la comunicazione operatore sanitario-paziente possa migliorare l'aderenza del paziente e hanno illustrato come gli interventi per migliorare la comunicazione possano effettivamente migliorare l'aderenza (52). Pertanto, è essenziale sensibilizzare i pazienti sulle sfide della non-aderenza e sulle modalità di prevenzione dei danni derivanti dalle reazioni avverse ai farmaci. Ai pazienti devono essere fornite informazioni e strumenti sviluppati per consentire loro di porre domande e capire come prendere decisioni sulla gestione delle loro condizioni a lungo termine; inoltre, queste informazioni devono essere coerenti in tutti i settori del sistema sanitario (53). Diversi strumenti per valutare la percezione da parte dei pazienti delle capacità interpersonali e comunicative degli operatori sanitari sono già stati considerati utili per supportare lo sviluppo di queste abilità professionali, al fine di migliorare il coinvolgimento dei pazienti nel determinare una migliore aderenza (49–51,54,55).

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Diverse strategie sono state esplorate o messe in atto per migliorare l'aderenza alle terapie farmacologiche (56,57). Tra le varie tipologie di intervento, alcune sono più studiate o più promettenti, come il coinvolgimento attivo del paziente nella pianificazione del trattamento, la riduzione della complessità dei regimi terapeutici e del *pill burden*, la programmazione di regolari *follow-up*, l'utilizzo di terapie cognitive comportamentali e l'uso di strumenti digitali o di pilloliere per l'assunzione dei farmaci.

Educazione del paziente - L'educazione del paziente è indirizzata a consentire ai pazienti di assumere il controllo della propria assistenza sanitaria in seguito a un processo decisionale condiviso. Gli interventi possono includere informazioni educative sulla malattia di cui il paziente è affetto e sugli aspetti relativi al trattamento farmacologico. Tali strumenti si sono dimostrati efficaci nel migliorare l'aderenza (56,58), ma gli effetti maggiori si riscontrano quando integrati con altri interventi (59).

Semplificazione regimi terapeutici - Tra i fattori di scarsa aderenza legati al paziente sono da considerarsi i fattori legati alla terapia. Un esempio di approccio in questo ambito è la semplificazione del regime terapeutico, il quale è capace di contribuire alla riduzione della complessità del trattamento e renderlo più semplice e accettabile da parte del paziente, soprattutto per pazienti con una o più malattie croniche, generalmente sottoposti a regimi di politerapia. È stato dimostrato che i pazienti che assumono una terapia combinata hanno meno probabilità di non essere persistenti rispetto a quelli in monoterapia (60–62). L'utilizzo di

combinazioni fisse di farmaci definite *polypill*, ovvero pillole contenenti dosi fisse di più principi attivi combinati, è un esempio di semplificazione del regime terapeutico studiato e messo in atto per trattamenti complessi, come quello delle malattie cardiovascolari, che richiedono spesso l'utilizzo di farmaci con attività su vari sistemi fisiopatologici (antiipertensivi, antiaggreganti piastrinici, ipoglicemizzanti, ipolipemizzanti, ecc.) (63).

Coinvolgimento farmacisti - In letteratura sono stati molto descritti interventi da parte di operatori sanitari per migliorare l'aderenza del paziente, con particolare interesse per quelli gestiti da farmacisti (64,65). Nello specifico, gli interventi a componente singolo (ad esempio l'educazione del paziente svolta dal farmacista), benché validi nell'aiutare a migliorare l'aderenza alla terapia, sono meno efficaci degli interventi a più componenti, per esempio aggiungendo degli strumenti digitali (applicazioni di avviso sonoro al momento della prevista assunzione del farmaco) o la terapia cognitiva comportamentale (66). In molti casi, gruppi multidisciplinari, spesso con l'inclusione di farmacisti clinici, svolgono delle attività di ricognizione, riconciliazione e *deprescribing* su pazienti anziani o con terapie complesse (67). Queste attività, oltre al miglioramento della qualità della vita del paziente, la diminuzione degli effetti avversi, delle interazioni farmacologiche e delle cascate prescrittive, hanno anche come effetto di migliorare l'aderenza terapeutica. Infatti, spesso l'utilizzo di un numero elevato di farmaci e una terapia complessa è associata a una diminuzione dell'aderenza terapeutica (68,69). Purtroppo, la sostenibilità economica e l'impatto sugli esiti clinici di

ciascuna strategia non sono ancora fortemente dimostrati (70).

Ausili per la gestione della terapia - Soprattutto per i pazienti anziani in polifarmacoterapia, gli ausili per la gestione terapeutica giornaliera o settimanale, come i portapillole o i dosatori, sono una risorsa importante, particolarmente in caso di politerapia (71). Tali dosatori possono essere preparati da operatori sanitari come medici, farmacisti, o infermieri, o dai pazienti stessi e i loro *caregiver* (72). Con l'avanzare delle nuove tecnologie digitali, sono stati sviluppati nuovi tipi di dosatori o pilloliere con microsensori, che generano allarmi visivi o sonori al momento della prevista assunzione, oppure che possono registrare le aperture del contenitore per tracciare più direttamente la reale assunzione e periodicamente generare un *report* per il paziente stesso o il medico (73).

App - La digitalizzazione nel campo della medicina ha compiuto significativi progressi negli ultimi anni e rappresenta un'opportunità per migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica. Esistono per esempio nuove applicazioni mobili che utilizzano microsensori per monitorare vari parametri corporei, come la glicemia, la saturazione periferica e la pressione sanguigna, a riposo e durante l'attività fisica. Queste applicazioni sono particolarmente utili poiché possono inviare tali parametri direttamente nella cartella clinica elettronica del medico curante, così da evidenziare eventuali fallimenti terapeutici potenzialmente dovuti alla mancata aderenza alle terapie (74). Gli strumenti digitali sono comunque utili sia per gli

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

operatori sanitari che per i pazienti per la gestione delle terapie complesse. Sebbene l'efficacia di ciascuna strategia non sia ancora del tutto stabilita in termini di risultati clinici e sostenibilità economica, la necessità di strategie integrate è ampiamente riconosciuta in letteratura.

Molti interventi per migliorare l'aderenza sono stati testati senza considerare gli elementi che facilitano l'implementazione degli interventi sperimentali nel mondo reale (ad esempio, la portata, le risorse o i costi) (75). È importante che i futuri interventi comportamentali siano progettati in modo pratico, con un'attenzione specifica all'applicabilità, alla modularità e alla sostenibilità nei contesti clinici.

A questo proposito, molti studi esistenti di alta qualità sull'aderenza ai farmaci non sono stati progettati con sufficiente attenzione alla futura implementazione. È importante assicurarsi, negli studi futuri che vengano affrontate le domande chiave sull'implementazione, il potenziale per l'implementazione di interventi di successo nella pratica clinica può aumentare, aiutando così il campo a raggiungere l'obiettivo finale di migliorare l'aderenza ai farmaci dei pazienti, gli esiti clinici associati e la qualità della vita.

Curran et al. (76) illustrano diversi disegni di studi di *Implementation Science* e approcci ibridi per coniugare ricerca clinica e metodologia di implementazione di nuovi interventi sperimentali in *real-world* richiede di abbracciare la complessità coinvolgendo le parti interessate fin dall'inizio e in tutte le fasi del progetto. Un'implementazione di successo implica l'esecuzione di un'analisi contestuale

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

approfondita (ovvero sugli individui e sui contesti interni ed esterni) (77) con un'ampia attenzione ai fattori rilevanti per lo sviluppo, l'implementazione e la modularità dell'intervento. Può anche richiedere la valutazione dei fattori che potrebbero ostacolare o facilitare l'attuazione dell'intervento per tradurre i risultati della sperimentazione clinica in interventi efficaci e sostenibili nel mondo reale.

Lo sviluppo e la valutazione delle strategie di implementazione sono parti intrinseche di questo approccio.

L'implementazione di nuovi interventi è fondamentale per snellire il processo di assistenza ai pazienti nella reale pratica clinica mirando a risultati ottimali in termini di salute e qualità della vita, mantenendo salda la consapevolezza realistica delle risorse e dei risultati economici.

Definizione di un indicatore per il monitoraggio dell'Aderenza Terapeutica

Alla luce di quanto discusso, questo Studio, condotto dal Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF) dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, si propone di definire un indicatore di Aderenza alle Terapie come parte integrante del processo di valutazione della qualità e della performance dei percorsi di cura per la gestione dei pazienti cronici.

L'obiettivo principale dello Studio è definire un indicatore di aderenza terapeutica che possa essere utilizzato come strumento di **valutazione e monitoraggio** delle cure fornite ai pazienti cronici. La misurazione dell'aderenza alle terapie rappresenta una misura oggettiva e quantificabile dell'appropriatezza d'uso delle terapie farmacologiche prescritte, permettendo una valutazione accurata dell'efficacia dei percorsi di cura implementati. Per raggiungere questo obiettivo, lo Studio ha utilizzato su un approccio multidisciplinare coinvolgendo ricercatori, clinici, farmacologi, esperti di farmacoeconomia e rappresentanti dei pazienti. Sono state analizzate le evidenze scientifiche disponibili, i modelli di valutazione dell'aderenza terapeutica utilizzati a livello internazionale per l'identificazione dei fattori chiave che influenzano l'aderenza alle terapie nei pazienti cronici.

Il fine ultimo dello Studio consiste, dunque, nella definizione di un indicatore di aderenza alle terapie che miri a contribuire in modo significativo alla valutazione e al miglioramento della qualità dei percorsi di cura per i pazienti cronici, promuovendo una gestione ottimale delle malattie

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

croniche e garantendo un utilizzo efficace delle risorse sanitarie.

Le fasi progettuali si sono articolate come segue:

FASE 1: Analisi di scenario

- ⇒ Raccolta delle informazioni sul contesto relativo all'aderenza terapeutica.
- ⇒ Conduzione di un'indagine o survey in 39 Paesi dell'Unione Europea per ottenere una panoramica delle pratiche attuali e delle sfide legate all'aderenza terapeutica.

FASE 2: Costituzione Gruppo di Lavoro (GdL)

- ⇒ Formazione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiregionale.
- ⇒ Coinvolgimento di esperti provenienti da diverse aree, come ricerca, clinica, farmacologia, farmacoconomia e rappresentanti dei pazienti.

FASE 3: Survey SWOT

- ⇒ Conduzione di un'analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).
- ⇒ Identificazione dei punti di forza, delle debolezze, delle opportunità e delle criticità relative all'aderenza alle terapie.
- ⇒ Analisi delle opportunità e dei bias attuali che influenzano l'aderenza terapeutica.

FASE 4: Identificazione di un indicatore di Aderenza

- ⇒ Utilizzo delle informazioni raccolte nella fase precedente e delle evidenze scientifiche disponibili.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

⇒ Definizione di un Indicatore per il monitoraggio dell'Aderenza Terapeutica nei processi decisionali.

FASE 5: Disseminazione dei risultati

⇒ Condivisione dei risultati con la comunità scientifica, operatori sanitari e altre parti interessate e stakeholder.

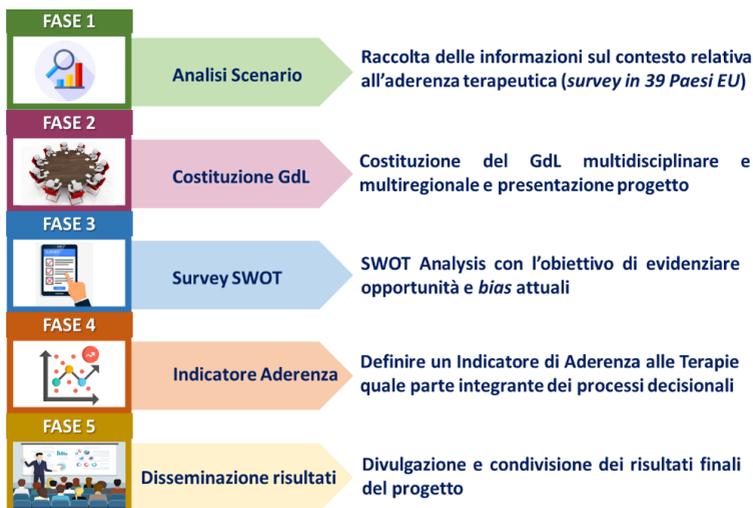


Figura 7 Fasi dello studio

Fase 1 - Analisi di Scenario

La Fase 1 di questo Studio è stata dedicata allo sviluppo di un'analisi di scenario relativa alla **misurazione** e al **monitoraggio** e all'**implementazione di sistemi di miglioramento dell'aderenza alle terapie croniche** nei diversi **piani sanitari europei**.

L'analisi di scenario è stata condotta attraverso una **survey online** con specifiche domande relative alle strategie di gestione dell'aderenza e sugli interventi disponibili di miglioramento dell'aderenza terapeutica in ciascun Paese coinvolto. Tale survey è stata condotta nell'ambito di un **Action Europea** rivolta interamente alla Ricerca in ambito di Aderenza ([ENABLE - COST Action CA19132 – “European Network to Advance Best practices & technology on medication adherence”](#)) in cui il CIRFF ne è il **Delegato Italiano**. La survey è stata indirizzata ai **Key Opinion Leader (KOL)** di **39 Paesi Europei** raggiunti attraverso il Network ENABLE (78,79).



Figura 8 Obiettivo della Survey

La **survey** è stata strutturata in due macroaree o sezioni al fine di investigare eventuali strategie di miglioramento (*Quesiti da 1 a 5*) e barriere e facilitatori (*Quesiti 6 e 7*) in ambito di gestione dell'aderenza terapeutica.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

SURVEY

SEZIONE 1: Metodi di implementazione dei piani di miglioramento di aderenza terapeutica

SEZIONE 2: Barriere e facilitatori personali, professionali e del sistema sanitario

PARTECIPANTI



Figura 9 Sezioni e partecipanti della Survey

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 3 – Struttura della Survey

SEZIONE 1 Metodi di implementazione dei piani di miglioramento di aderenza terapeutica nei paesi Europei.	<i>Quesito 1</i>	Quali professioni sono coinvolte nell'aderenza terapeutica nel vostro Paese e qual è il loro ruolo nella valutazione, nel monitoraggio, nella documentazione e/o nel miglioramento dell'aderenza?
	<i>Quesito 2</i>	In che modo gli operatori sanitari valutano l'aderenza terapeutica dei pazienti nel vostro Paese?
	<i>Quesito 3</i>	A quale tipologia di dati a livello di paziente sull'aderenza terapeutica hanno accesso gli operatori sanitari?
	<i>Quesito 4</i>	Se un operatore sanitario identifica un paziente come non aderente, dove può essere documentato?
	<i>Quesito 5</i>	Se un paziente viene identificato come non aderente, quali interventi possono essere offerti dagli operatori sanitari per il miglioramento dell'aderenza terapeutica?
SEZIONE 2 Barriere e facilitatori personali, professionali e del sistema sanitario in ambito di aderenza terapeutica.	<i>Quesito 6</i>	Descrivete le politiche nazionali, le linee guida, i framework o le campagne esistenti in materia di aderenza terapeutica previste nel vostro Paese.
	<i>Quesito 7</i>	Cosa identifichereesti come esigenza non soddisfatta e barriere che ostacolano l'aderenza terapeutica nel vostro Paese?

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

La **survey online** è stata indirizzata ai **Key Opinion Leader (KOL)** di **39 Paesi Europei** raggiunti attraverso il Network ENABLE. Essa è stata condotta in forma anonima e non raccogliendo informazioni personali dei partecipanti. La survey è stata strutturata con domande a risposta aperta e il tempo medio stimato per il completamento è stato di 20 minuti. L'invio è stato effettuato a istituzioni sanitarie, associazioni, società e/o individui identificati come key opinion leader, con 2 solleciti settimanali, al fine di completare la dimensione del campione stimato.

I **Key opinion leader** intervistati rappresentavano gli **operatori sanitari** (clinici, medici, medici di base, specialisti, pediatri, infermieri, farmacisti, psicologi), gli **esperti di aderenza terapeutica** provenienti da diversi settori **accademici e/o governativi, e i pazienti**.

Sono stati intervistati **5 KOL per Paese**, tra le opzioni precedentemente descritte. È stato consigliato di selezionare un solo rappresentante per ciascuna delle opzioni sopraelencate disponibili in ogni Paese, anche se in circostanze eccezionali e giustificate è stato possibile selezionare due rappresentanti della stessa opzione professionale.

Le risposte alle domande aperte sono state analizzate attraverso la conduzione di un'**analisi qualitativa**.

Risultati: EU-Survey – SEZIONE I

Metodi di implementazione dei piani di miglioramento di aderenza terapeutica nei paesi Europei.

Durante la **Fase 1 dello Studio**, si è ottenuto il consenso informato da un totale di **140 Key Opinion Leader (KOL)** provenienti da **35 Paesi Europei**, i quali hanno partecipato attivamente fornendo preziose risposte alla Survey condotta. La maggioranza dei KOL partecipanti operava in ambito accademico e di ricerca (34,7%), seguito da quelli con attività ospedaliera (18,3%) e di assistenza sanitaria primaria (12,7%).

Dai risultati emersi a livello europeo, è emerso che le **figure professionali coinvolte** nella **valutazione, monitoraggio, documentazione e/o miglioramento dell'Aderenza Terapeutica** sono principalmente **medici (35,9%), farmacisti (28%) e infermieri (22%)**. Questi professionisti valutano l'aderenza terapeutica principalmente tramite **metodi diretti**, come **l'autodichiarazione del paziente (24,2%)**, e **metodi indiretti**, come l'analisi delle informazioni sulla **dispensazione (15,5%)** e la **prescrizione (9,6%)** dei farmaci. I dati più comunemente utilizzati a livello europeo provengono dai registri clinici (23,7%) e dai dati di dispensazione e prescrizione (18,7%).

Per quanto riguarda il **reporting dei livelli di aderenza** dei pazienti, oltre il **60%** dei KOL europei dichiara di registrare tali dati nelle **cartelle cliniche dei pazienti**. Tuttavia, degno di nota è che il **20,4% dei KOL** coinvolti ammette di **non registrare in alcuna documentazione i livelli di aderenza** monitorati.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Per quanto riguarda l'implementazione di interventi volti al miglioramento dell'aderenza terapeutica nei pazienti non aderenti, si è riscontrata una **notevole eterogeneità** nelle strategie adottate. Alcune delle strategie più comunemente utilizzate includono un'attenzione particolare al paziente attraverso una **comunicazione diretta (30,1%)** e **follow-up ravvicinati (16,9%)**, oltre all'utilizzo di **soluzioni digitali personalizzate (11%)**.

Questi risultati evidenziano la complessità e la diversità dell'approccio all'aderenza terapeutica tra i professionisti sanitari a livello europeo. Questa informazione sarà fondamentale per sviluppare strategie e raccomandazioni specifiche, volte a migliorare l'aderenza terapeutica nei pazienti cronici e garantire una gestione ottimale delle terapie prescritte.

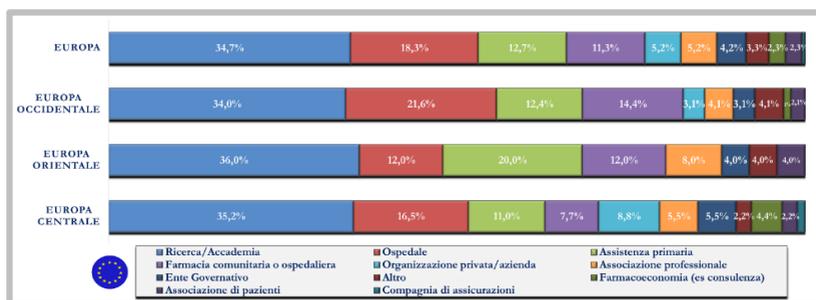


Figura 10 Setting professionale dei KOLs Europei coinvolti

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

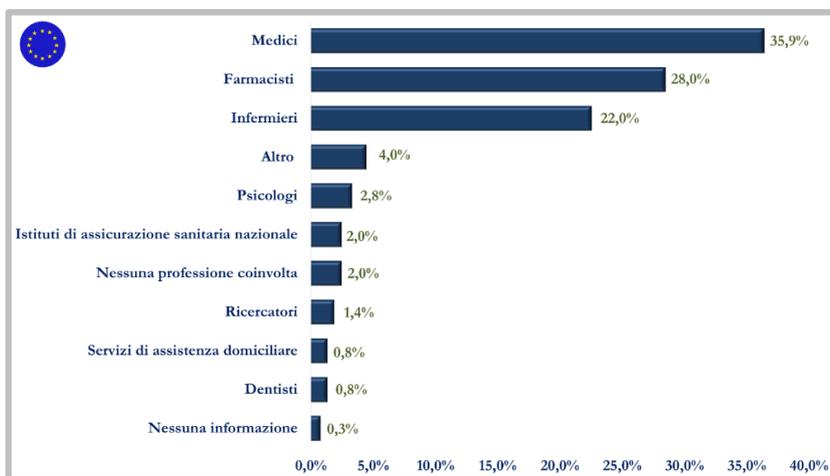


Figura 11 Professioni coinvolte nella valutazione, nel monitoraggio, nella documentazione e/o nel miglioramento dell'Aderenza Terapeutica

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 4 - Professioni coinvolte nella valutazione, nel monitoraggio, nella documentazione e/o nel miglioramento dell'Aderenza Terapeutica

	Medici	Farmacisti	Infermieri	Dentisti	Servizi di assistenza domiciliare	Psicologi	Altri (tecnici, fisioterapisti, ostetriche)	Nessuna professione coinvolta	Istituti di assicurazione e sanitaria nazionale	Ricercatori	Nessuna informazione
Albania	28,6%	28,6%	28,6%	-	-	14,3%	-	-	-	-	-
Austria	25,0%	-	25,0%	-	-	25,0%	25,0%	-	-	-	-
Belgio	16,7%	16,7%	16,7%	-	33,3%	-	-	-	-	16,7%	-
Bosnia-Erzegovina	40,0%	30,0%	20,0%	-	-	-	-	10,0%	-	-	-
Bulgaria	62,5%	37,5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croazia	50,0%	37,5%	-	-	-	-	-	-	12,5%	-	-
Cipro	33,3%	33,3%	25,0%	-	-	-	-	8,3%	-	-	-
Repubblica Ceca	28,6%	28,6%	28,6%	-	-	14,3%	-	-	-	-	-
Estonia	28,6%	28,6%	28,6%	-	-	-	-	14,3%	-	-	-
Finlandia	36,4%	27,3%	36,4%	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	36,4%	18,2%	27,3%	-	-	9,1%	9,1%	-	-	-	-
Germania	37,5%	37,5%	25,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	33,3%	16,7%	33,3%	-	-	-	8,3%	8,3%	-	-	-
Ungheria	33,3%	33,3%	20,0%	-	6,7%	6,7%	-	-	-	-	-
Islanda	33,3%	33,3%	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-
Italia	28,6%	28,6%	21,4%	-	-	7,1%	-	-	-	14,3%	-
Lettonia	60,0%	20,0%	-	-	-	-	20,0%	-	-	-	-
Lituania	37,5%	37,5%	25,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Medici	Farmacisti	Infermieri	Dentisti	Servizi di assistenza domiciliare	Psicologi	Altri (tecnici, fisioterapisti, ostetriche)	Nessuna professione coinvolta	Istituti di assicurazione e sanitaria nazionale	Ricercatori	Nessuna informazione
Malta	33,3%	33,3%	16,7%	-	-	-	16,7%	-	-	-	-
Montenegro	33,3%	26,7%	13,3%	-	-	-	13,3%	-	13,3%	-	-
Paesi Bassi	30,8%	30,8%	30,8%	-	-	-	7,7%	-	-	-	-
Macedonia	31,3%	31,3%	12,5%	12,5%	-	-	-	-	12,5%	-	-
Norvegia	25,0%	25,0%	25,0%	-	-	25,0%	-	-	-	-	-
Polonia	50,0%	12,5%	18,8%	-	-	6,3%	6,3%	-	6,3%	-	-
Portogallo	42,9%	28,6%	28,6%	-	-	-	-	-	-	-	-
Romania	35,3%	29,4%	17,6%	-	-	5,9%	5,9%	-	5,9%	-	-
Serbia	41,2%	41,2%	11,8%	-	-	-	-	-	-	-	5,9%
Slovacchia	45,5%	-	27,3%	-	-	9,1%	18,2%	-	-	-	-
Slovenia	33,3%	33,3%	22,2%	-	-	-	-	-	-	11,1%	-
Spagna	29,4%	23,5%	29,4%	5,9%	-	-	11,8%	-	-	-	-
Svezia	35,7%	35,7%	28,6%	-	-	-	-	-	-	-	-
Svizzera	38,9%	38,9%	22,2%	-	-	-	-	-	-	-	-
Turchia	33,3%	16,7%	33,3%	-	-	-	-	-	-	16,7%	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

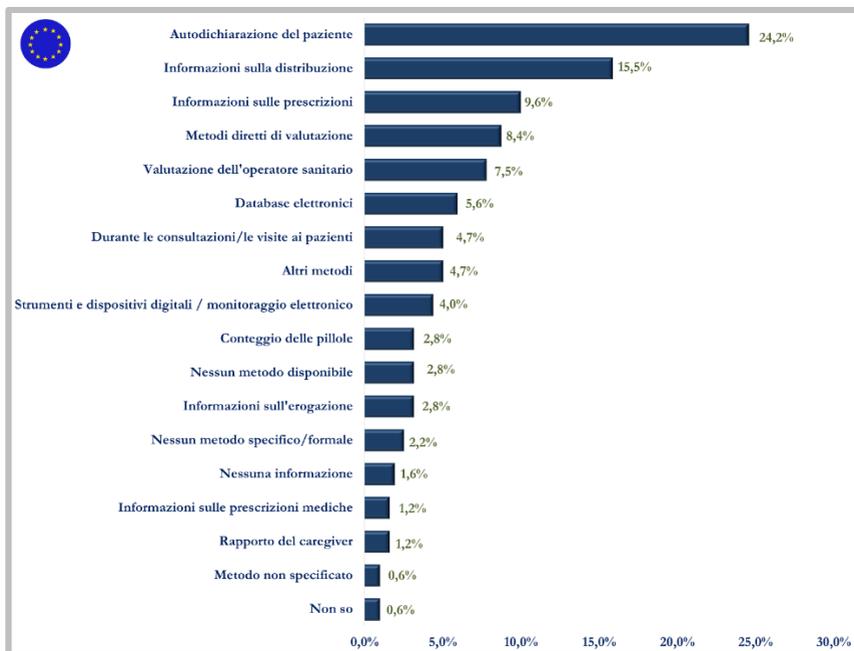


Figura 12 Metodi di valutazione dell'aderenza alle terapie

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 5 - Metodi di valutazione dell'aderenza terapeutica

	Autodi chiarazion e del paziente	Rap porto del caregiver	Dati di dispensazi one	Metodi diretti di valutazione	Valutazion e dell'opera tore sanitario	Database elettronici	Dati di prescriz ione	Altro	Nessun metodo	Dispositivi digitali	Visite al paziente	Conteggio delle pillole	Nessun metodo specifico	Metodo non specificato	Nessuna informazio ne
Albania	25,0%	-	-	25,0%	25,0%	-	-	-	25,0%	-	-	-	-	-	-
Austria	16,7%	-	16,7%	-	-	-	-	16,7%	-	16,7%	16,7%	-	-	-	-
Belgio	25,0%	-	25,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,0%	-	-
Bosnia/Erzegovina	22,2%	-	11,1%	-	-	11,1%	11,1%	-	-	-	11,1%	-	-	-	11,1%
Bulgaria	18,2%	-	18,2%	9,1%	9,1%	9,1%	-	18,2%	9,1%	-	9,1%	-	-	-	-
Croazia	33,3%	-	11,1%	11,1%	-	-	11,1%	11,1%	-	11,1%	-	-	-	-	-
Cipro	15,4%	-	23,1%	15,4%	-	15,4%	-	-	-	-	7,7%	-	7,7%	-	-
Repubblica Ceca	18,2%	-	18,2%	18,2%	-	-	18,2%	9,1%	-	9,1%	-	9,1%	-	-	-
Estonia	25,0%	-	41,7%	-	-	-	25,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlandia	30,8%	-	23,1%	15,4%	7,7%	-	7,7%	-	-	-	-	-	15,4%	-	-
Francia	44,4%	-	11,1%	-	-	11,1%	11,1%	-	-	11,1%	-	-	-	-	-
Germania	14,3%	-	28,6%	-	-	-	14,3%	14,3%	-	-	-	-	14,3%	-	-
Grecia	44,4%	-	11,1%	-	33,3%	-	11,1%	-	-	-	-	-	-	-	-
Ungheria	10,0%	-	20,0%	10,0%	-	-	20,0%	-	-	-	-	10,0%	10,0%	-	20,0%
Islanda	40,0%	20,0%	20,0%	-	-	-	20,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	50,0%	-	-	-	-	-	-	5-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	30,8%	-	15,4%	7,7%	15,4%	7,7%	-	7,7%	-	7,7%	7,7%	-	-	-	-
Lettonia	-	-	16,7%	-	16,7%	-	16,7%	-	16,7%	-	16,7%	-	-	-	-
Lituania	33,3%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	-	22,2%	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	-	-	-	-	-	-	-	50,0%	-	-	-	-	50,0%	-	-
Malta	25,0%	-	25,0%	-	-	-	-	25,0%	-	-	-	-	-	25,0%	-
Montenegro	20,0%	10,0%	10,0%	20,0%	10,0%	10,0%	-	-	-	-	2-	-	-	-	-
Paesi Bassi	20,0%	-	26,7%	13,3%	-	6,7%	-	-	-	13,3%	13,3%	6,7%	-	-	-
Macedonia	11,1%	-	11,1%	-	-	33,3%	22,2%	-	11,1%	-	11,1%	-	-	-	-
Norvegia	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	23,5%	-	5,9%	11,8%	5,9%	5,9%	17,6%	5,9%	5,9%	-	5,9%	-	-	-	5,9%
Portogallo	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	33,3%	-	33,3%	-	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Autodi chiarazione del paziente	Rap porto del caregiver	Dati di dispensazione	Metodi diretti di valutazione	Valutazione dell'operatore sanitario	Database elettronici	Dati di prescrizione	Altro	Nessun metodo	Dispositivi digitali	Visite al paziente	Conteggio delle pillole	Nessun metodo specifico	Metodo non specificato	Nessuna informazione
Romania	44,4%	11,1%	-	-	33,3%	-	-	-	-	-	11,1%	-	-	-	-
Serbia	23,1%	-	7,7%	-	15,4%	7,7%	7,7%	7,7%	-	-	-	7,7%	-	-	-
Slovacchia	10,0%	-	20,0%	10,0%	20,0%	20,0%	2-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenia	25,0%	-	-	12,5%	-	12,5%	-	12,5%	-	12,5%	12,5%	12,5%	-	-	-
Spagna	29,4%	-	23,5%	11,8%	11,8%	5,9%	5,9%	-	-	-	-	11,8%	-	-	-
Svezia	28,6%	-	14,3%	-	-	-	14,3%	-	28,6%	-	-	-	-	14,3%	-
Svizzera	20,0%	-	13,3%	13,3%	10,0%	3,3%	6,7%	3,3%	-	16,7%	-	6,7%	-	-	-
Turchia	40,0%	-	-	20,0%	-	-	-	-	20,0%	-	-	-	-	-	20,0%

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

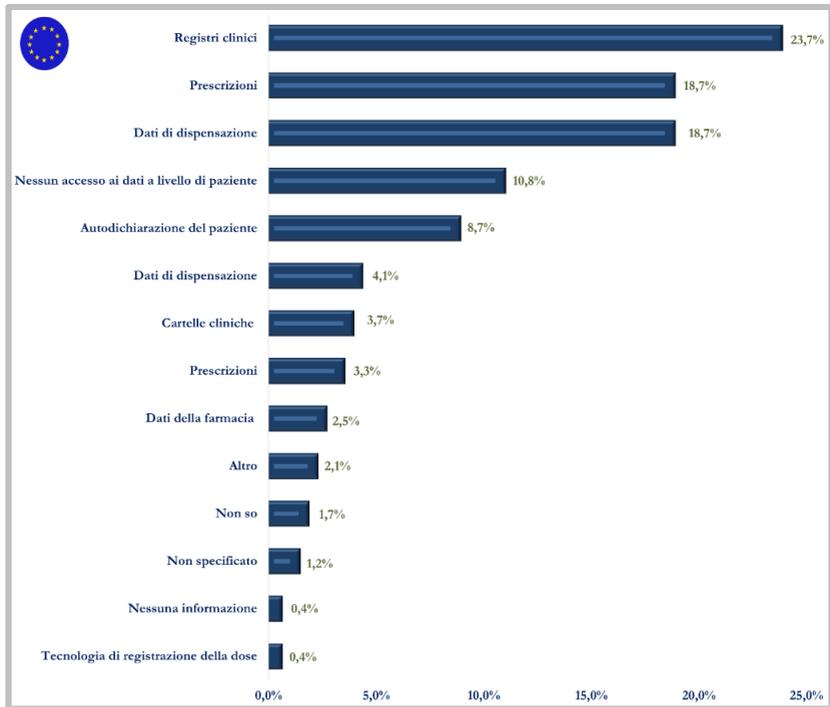


Figura 13 Tipologie di dati disponibili relativi al monitoraggio dell'Aderenza Terapeutica

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 6 - Tipologie di dati disponibili relativi al monitoraggio dell'Aderenza Terapeutica

	Dispensazioni	Prescrizioni	Cartelle cliniche	Tecnologie di registrazione della dose	Autodichiarazione del paziente	Nessun accesso ai dati a livello di paziente	Dati della farmacia (non specificati)	Non so	Altro	Non specifico	Nessuna informazione
Albania	-	-	50,0%	-	-	-	-	-	-	50,0%	-
Austria	33,3%	-	33,3%	-	33,3%	-	-	-	-	-	-
Belgio	50,0%	-	-	-	-	50,0%	-	-	-	-	-
Bosnia/Erzegovina	-	16,7%	50,0%	-	-	16,7%	-	-	-	-	16,7%
Bulgaria	16,7%	16,7%	33,3%	-	-	16,7%	-	-	-	16,7%	-
Croazia	40,0%	-	20,0%	-	20,0%	20,0%	-	-	-	-	-
Cipro	23,1%	23,1%	30,8%	-	15,4%	7,7%	-	-	-	-	-
Repubblica Ceca	33,3%	33,3%	16,7%	-	16,7%	-	-	-	-	-	-
Estonia	27,3%	45,5%	-	-	9,1%	9,1%	9,1%	-	-	-	-
Finlandia	33,3%	22,2%	22,2%	-	11,1%	-	-	11,1%	-	-	-
Francia	20,0%	-	40,0%	-	-	20,0%	-	-	20,0%	-	-
Germania	-	-	33,3%	-	16,7%	50,0%	-	-	-	-	-
Grecia	14,3%	28,6%	14,3%	-	-	28,6%	14,3%	-	-	-	-
Ungheria	27,3%	27,3%	27,3%	-	-	-	9,1%	-	9,1%	-	-
Islanda	-	-	50,0%	-	50,0%	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	-	-
Italia	12,5%	37,5%	12,5%	-	12,5%	25,0%	-	-	-	-	-
Lettonia	25,0%	50,0%	-	-	-	25,0%	-	-	-	-	-
Lituania	25,0%	75,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	-
Malta	50,0%	-	-	-	-	-	-	50,0%	-	-	-
Montenegro	12,5%	25,0%	37,5%	-	25,0%	-	-	-	-	-	-
Paesi Bassi	44,4%	22,2%	22,2%	-	11,1%	-	-	-	-	-	-
Macedonia	-	-	50,0%	-	16,7%	16,7%	-	16,7%	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Dispensazioni	Prescrizioni	Cartelle cliniche	Tecnologie di registrazione della dose	Autodichiarazione del paziente	Nessun accesso ai dati a livello di paziente	Dati della farmacia (non specificati)	Non so	Altro	Non specifico	Nessuna informazione
Norvegia	-	50,0%	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	9,1%	27,3%	45,5%	-	9,1%	-	-	-	-	9,1%	-
Portogallo	25,0%	-	25,0%	-	25,0%	-	25,0%	-	-	-	-
Romania	-	-	57,1%	-	14,3%	14,3%	-	-	14,3%	-	-
Serbia	11,1%	22,2%	33,3%	-	11,1%	11,1%	-	11,1%	-	-	-
Slovacchia	16,7%	50,0%	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovenia	20,0%	-	-	-	40,0%	20,0%	20,0%	-	-	-	-
Spagna	50,0%	12,5%	37,5%	-	-	-	-	-	-	-	-
Svezia	37,5%	25,0%	-	-	12,5%	12,5%	12,5%	-	-	-	-
Svizzera	27,3%	9,1%	27,3%	-	-	18,2%	-	-	18,2%	-	-
Turchia	-	16,7%	33,3%	-	-	50,0%	-	-	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

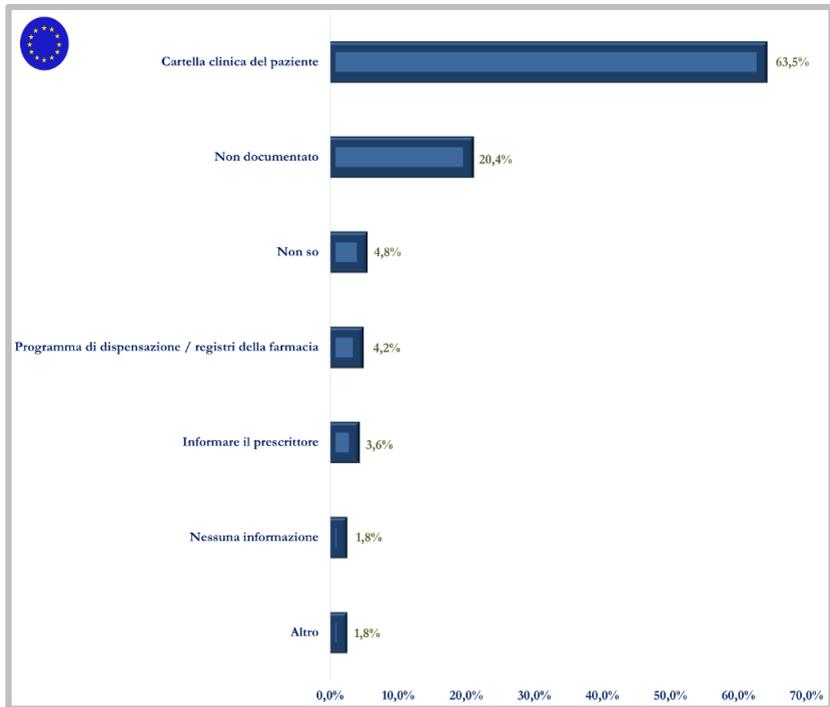


Figura 14 Metodi di reporting di un paziente non-aderente alla terapia

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 7 - Metodi di reporting di un paziente non-aderente alla terapia

	Cartelle cliniche del paziente	Programma di dispensazione/registri della farmacia	Informare il prescrittore	Non documentato	Non so	Altro	Nessuna informazione
Albania	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-
Austria	100,0%	-	-	-	-	-	-
Belgio	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-
Bosnia /Erzegovina	66,7%	-	-	33,3%	-	-	-
Bulgaria	60,0%	-	-	40,0%	-	-	-
Croazia	60,0%	-	-	20,0%	20,0%	-	-
Cipro	75,0%	-	12,5%	12,5%	-	-	-
Repubblica Ceca	66,7%	33,3%	-	-	-	-	-
Estonia	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-
Finlandia	50,0%	-	16,7%	-	16,7%	-	16,7%
Francia	50,0%	-	25,0%	-	25,0%	-	-
Germania	100,0%	-	-	-	-	-	-
Grecia	60,0%	-	-	40,0%	-	-	-
Ungheria	71,4%	-	-	28,6%	-	-	-
Islanda	100,0%	-	-	-	-	-	-
Irlanda	100,0%	-	-	-	-	-	-
Italia	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-
Lettonia	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-
Lituania	100,0%	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-
Malta	25,0%	-	-	25,0%	25,0%	25,0%	-
Montenegro	71,4%	-	-	28,6%	-	-	-
Paesi Bassi	80,0%	20,0%	-	-	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Cartelle cliniche del paziente	Programma di dispensazione/registri della farmacia	Informare il prescrittore	Non documentato	Non so	Altro	Nessuna informazione
Macedonia	100,0%	-	-	-	-	-	-
Norvegia	100,0%	-	-	-	-	-	-
Polonia	100,0%	-	-	-	-	-	-
Portogallo	50,0%	25,0%	-	25,0%	-	-	-
Romania	25,0%	12,5%	12,5%	25,0%	12,5%	-	12,5%
Serbia	25,0%	-	12,5%	50,0%	12,5%	-	-
Slovacchia	100,0%	-	-	-	-	-	-
Slovenia	50,0%	-	-	-	25,0%	25,0%	-
Spagna	80,0%	-	-	-	-	-	20,0%
Svezia	50,0%	-	16,7%	16,7%	16,7%	-	-
Svizzera	63,6%	27,3%	-	-	-	9,1%	-
Turchia	50,0%	-	-	50,0%	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

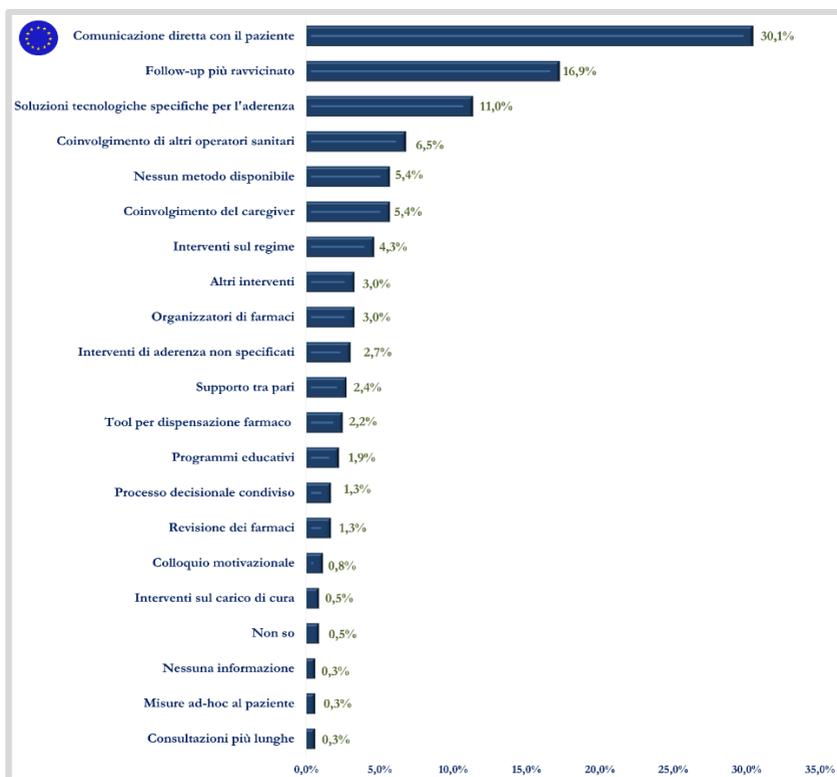


Figura 15 Interventi per il miglioramento dell'aderenza terapeutica in caso di paziente identificato come non aderente

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 8 - Interventi per il miglioramento dell'aderenza terapeutica in caso di paziente identificato come non aderente

	Comunicazione diretta con il paziente	Organizzatori di farmaci	Sistemi di erogazione delle dosi	Interventi sul regime posologico	Soluzioni tecnologiche specifiche per l'aderenza	Follow-up ravvicinato	Coinvolgimento di altri operatori sanitari	Programmi di educazione	Interventi sul carico del trattamento	Consultazioni più lunghe	Peer support	Review farmaci	Colloquio motivazionale	Processo decisionale con diviso	Interventi di aderenza non specificati	Altro	Nessun metodo	Non so
Albania	-	-	-	-	-	33,3%	-	-	-	-	33,3%	-	-	-	-	-	-	33,3%
Austria	33,3%	-	-	-	-	16,7%	16,7%	-	-	-	-	-	-	-	-	16,7%	-	16,7%
Belgio	66,7%	-	-	-	-	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia/ Erzegovina	40,0%	-	-	-	-	30,0%	10,0%	-	-	-	-	-	10,0%	-	-	-	10,0%	-
Bulgaria	44,4%	11,1%	-	-	11,1%	22,2%	-	11,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croazia	44,4%	-	-	11,1%	11,1%	22,2%	11,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cipro	23,8%	4,8%	-	4,8%	19,0%	14,3%	9,5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19,0%	4,8%
Repubblica Ceca	33,3%	33,3%	-	16,7%	-	16,7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	33,3%	-	8,3%	-	8,3%	8,3%	-	8,3%	-	-	-	-	8,3%	-	-	-	-	25,0%
Finlandia	21,4%	7,1%	7,1%	14,3%	14,3%	28,6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,1%	-
Francia	25,0%	-	-	8,3%	16,7%	8,3%	8,3%	-	25,0%	-	-	-	-	-	-	-	8,3%	-
Germania	33,3%	-	-	-	33,3%	11,1%	-	-	-	-	-	-	11,1%	-	-	-	-	11,1%
Grecia	50,0%	-	-	-	-	20,0%	20,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,0%	-
Ungheria	31,3%	-	-	6,3%	-	12,5%	12,5%	-	6,3%	-	-	-	6,3%	-	-	-	6,3%	12,5%
Islanda	20,0%	20,0%	20,0%	-	-	20,0%	20,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	33,3%	-	-	-	33,3%	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	16,7%	-	-	-	16,7%	33,3%	25,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,3%
Lettonia	50,0%	-	-	-	-	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,7%	-
Lituania	33,3%	-	-	-	-	16,7%	16,7%	-	16,7%	-	-	-	-	-	-	-	-	16,7%
Lussemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-
Malta	66,7%	-	-	-	-	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	33,3%	-	-	6,7%	-	26,7%	-	-	6,7%	6,7%	-	-	-	-	-	6,7%	13,3%	-
Paesi Bassi	30,8%	-	7,7%	15,4%	15,4%	-	7,7%	-	-	-	-	-	-	7,7%	7,7%	7,7%	-	-
Macedonia	40,0%	-	-	-	-	30,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	10,0%	10,0%	-	10,0%
Norvegia	-	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	43,8%	6,3%	-	-	6,3%	18,8%	6,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,3%	12,5%
Portogallo	66,7%	-	33,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Comunicazione diretta con il paziente	Organizzatori di farmaci	Sistemi di erogazione delle dosi	Interventi sul regime posologico	Soluzioni tecnologiche specifiche per l'aderenza	Follow-up ravvicinato	Coinvolgimento di altri operatori sanitari	Programmi di educazione	Interventi sul carico del trattamento	Consultazioni più lunghe	Peer support	Review farmaci	Colloquio motivazionale	Processo decisionale condiviso	Interventi di aderenza non specificati	Altro	Nessun metodo	Non so
Romania	35,7%	-	-	-	28,6%	7,1%	7,1%	-	-	-	-	7,1%	-	-	7,1%	7,1%	-	-
Serbia	35,7%	7,1%	-	7,1%	7,1%	21,4%	7,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3%
Slovacchia	45,5%	-	-	-	27,3%	18,2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,1%	-
Slovenia	33,3%	-	-	-	11,1%	11,1%	11,1%	-	-	-	-	-	11,1%	-	-	11,1%	11,1%	-
Spagna	19,0%	4,8%	-	4,8%	14,3%	14,3%	9,5%	-	-	4,8%	-	-	-	-	9,5%	4,8%	14,3%	-
Svezia	27,3%	-	9,1%	-	18,2%	27,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,2%
Svizzera	24,1%	6,9%	6,9%	6,9%	13,8%	17,2%	6,9%	-	-	-	-	-	-	3,4%	-	10,3%	3,4%	-
Turchia	12,5%	-	-	25,0%	12,5%	-	-	-	12,5%	-	-	-	-	-	-	-	12,5%	25,0%

Risultati: EU-Survey – SEZIONE II

Barriere e facilitatori personali, professionali e del sistema sanitario in ambito di aderenza terapeutica.

Nella **seconda sezione** della survey, l'attenzione si è focalizzata sull'**identificazione delle barriere e dei facilitatori** personali, professionali e del sistema sanitario che influenzano l'aderenza terapeutica. Dai risultati emersi, è emerso che **circa la metà dei KOL europei** intervistati **non rileva o non è al corrente di alcuna strategia nazionale** specifica in ambito di aderenza terapeutica, come politiche nazionali, linee guida, framework o campagne.

Le risposte hanno rivelato che tra le barriere principali che ostacolano un'aderenza terapeutica ottimale vi è la **mancanza di una struttura nazionale** appositamente dedicata al supporto dell'aderenza (**16,4%**). Inoltre, le **risorse limitate per i sistemi sanitari (12,2%)** e la **mancanza di conoscenza, educazione e consapevolezza dell'importanza dell'aderenza terapeutica (11% e 10,8% rispettivamente)** sono stati identificati come ulteriori fattori critici.

Questi risultati rivelano un importante divario nelle strategie e nelle risorse a livello nazionale per affrontare l'aderenza terapeutica, indicando la necessità di sviluppare e implementare politiche e framework specifici per affrontare questa sfida. La mancanza di una struttura nazionale dedicata all'aderenza terapeutica e la limitatezza delle risorse disponibili rappresentano ostacoli significativi che richiedono interventi mirati.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Inoltre, l'importanza della formazione e della consapevolezza sul tema dell'aderenza terapeutica emersa dai risultati sottolinea la necessità di sensibilizzare i professionisti sanitari e i responsabili politici sull'importanza di questo fenomeno per migliorare la gestione delle terapie e la qualità delle cure fornite ai pazienti cronici. Un approccio più consapevole e informato potrebbe portare a una maggiore attenzione verso l'aderenza terapeutica e all'implementazione di strategie più efficaci per affrontare questo aspetto critico nella cura dei pazienti cronici.

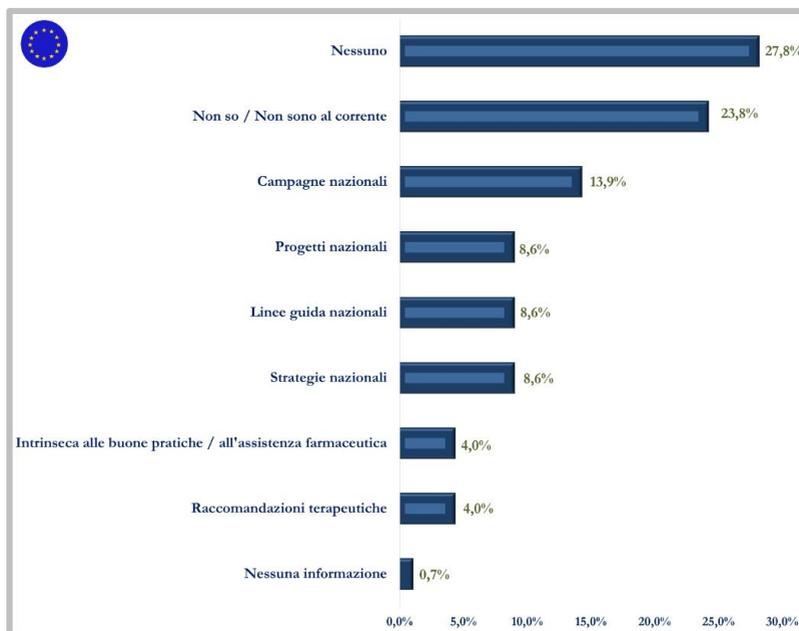


Figura 16 Descrizione di eventuali politiche nazionali, linee guida, framework o campagne sull'aderenza terapeutica

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 9 - Descrizione di eventuali politiche nazionali, linee guida, framework o campagne sull'aderenza terapeutica

	Campagne nazionali	Strategie nazionali	Linee guida nazionali	Progetti nazionali	Nessuno	Non so / Non consapevole	Parte di linee guida/raccomandazioni terapeutiche	Insite nelle buone pratiche / cure farmaceutiche	Nessuna informazione
Albania	50,0%	-	-	-	-	50,0%	-	-	-
Austria	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-
Belgio	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-
Bosnia/Erzegovina	-	20,0%	-	-	60,0%	20,0%	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-
Croazia	25,0%	-	-	25,0%	25,0%	25,0%	-	-	-
Cipro	-	-	-	16,7%	83,3%	-	-	-	-
Repubblica Ceca	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-
Estonia	-	-	16,7%	-	33,3%	50,0%	-	-	-
Finlandia	50,0%	-	25,0%	25,0%	-	-	-	-	-
Francia	-	25,0%	25,0%	25,0%	-	25,0%	-	-	-
Germania	-	-	-	50,0%	-	25,0%	25,0%	-	-
Grecia	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-
Ungheria	-	60,0%	-	-	-	20,0%	-	20,0%	-
Islanda	-	-	-	-	50,0%	50,0%	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-
Italia	25,0%	50,0%	-	-	-	25,0%	-	-	-
Lettonia	-	-	-	-	66,7%	-	33,3%	-	-
Lituania	25,0%	-	-	-	25,0%	25,0%	25,0%	-	-
Lussemburgo	-	-	-	-	100,0%	-	-	-	-
Malta	-	-	-	-	-	100,0%	-	-	-
Montenegro	20,0%	-	20,0%	-	-	40,0%	20,0%	-	-
Paesi Bassi	50,0%	-	50,0%	-	-	-	-	-	-
Macedonia	40,0%	-	20,0%	-	40,0%	-	-	-	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Campagne nazionali	Strategie nazionali	Linee guida nazionali	Progetti nazionali	Nessuno	Non so / Non consapevole	Parte di linee guida/raccomandazioni terapeutiche	Insierto nelle buone pratiche / cure farmaceutiche	Nessuna informazione
Norvegia	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	-
Polonia	11,1%	11,1%	11,1%	-	11,1%	33,3%	-	22,2%	-
Portogallo	-	-	33,3%	33,3%	33,3%	-	-	-	-
Romania	28,6%	-	-	28,6%	-	14,3%	14,3%	-	14,3%
Serbia	14,3%	-	-	14,3%	42,9%	28,6%	-	-	-
Slovacchia	16,7%	-	33,3%	-	50,0%	-	-	-	-
Slovenia	-	25,0%	-	-	-	-	25,0%	50,0%	-
Spagna	33,3%	33,3%	-	22,2%	-	11,1%	-	-	-
Svezia	-	-	-	-	20,0%	80,0%	-	-	-
Svizzera	12,5%	-	-	12,5%	50,0%	25,0%	-	-	-
Turchia	-	20,0%	-	-	40,0%	20,0%	-	20,0%	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

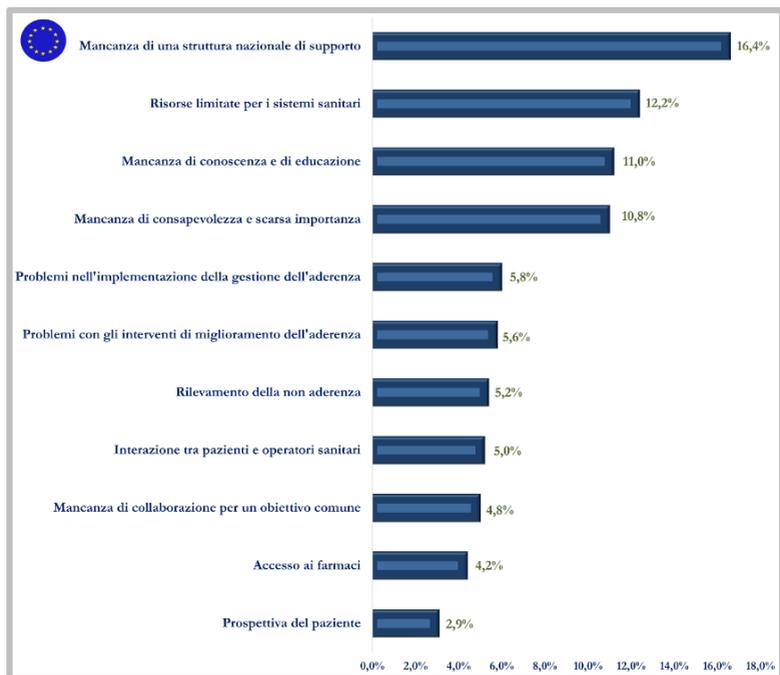


Figura 17 Esigenze non soddisfatte e barriere che ostacolano un'ottimale aderenza terapeutica

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 10 - Esigenze non soddisfatte e barriere che ostacolano un'ottimale aderenza terapeutica

	Mancanza di consapevolezza e scarsa importanza	Mancanza di conoscenza e di educazione	Mancanza di una struttura nazionale e di un supporto coordinato	Mancanza di collaborazione verso un obiettivo comune	Problemi con gli interventi per migliorare l'aderenza	Problemi di implementazione della gestione dell'aderenza	Problemi nell'individuazione della non aderenza	Problemi di accesso ai farmaci	Problemi relativi al punto di vista del paziente	Risorse sanitarie limitate	Mancanza di interazione tra pazienti e operatori sanitari
Albania	25,0%	25,0%	25,0%	-	-	-	-	-	-	25,0%	-
Austria	20,0%	-	60,0%	20,0%	-	-	-	-	-	-	-
Belgio	10,0%	-	-	20,0%	10,0%	20,0%	10,0%	-	-	30,0%	-
Bosnia/Erzegovina	12,5%	25,0%	25,0%	-	-	6,3%	6,3%	12,5%	6,3%	6,3%	-
Bulgaria	10,0%	10,0%	40,0%	-	20,0%	-	10,0%	-	-	10,0%	-
Croazia	-	20,0%	30,0%	-	-	10,0%	10,0%	-	-	20,0%	10,0%
Cipro	26,3%	10,5%	15,8%	5,3%	15,8%	-	5,3%	5,3%	-	5,3%	10,5%
Repubblica Ceca	-	-	-	25,0%	-	25,0%	-	-	-	37,5%	12,5%
Estonia	21,4%	-	42,9%	-	7,1%	7,1%	-	-	-	14,3%	7,1%
Finlandia	12,5%	16,7%	-	4,2%	16,7%	-	12,5%	12,5%	-	20,8%	4,2%
Francia	9,1%	9,1%	9,1%	-	18,2%	-	27,3%	-	-	18,2%	9,1%
Germania	8,3%	-	-	8,3%	8,3%	8,3%	25,0%	-	8,3%	25,0%	8,3%
Grecia	11,1%	11,1%	27,8%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	-	11,1%	11,1%	5,6%
Ungheria	10,0%	15,0%	15,0%	5,0%	5,0%	15,0%	10,0%	5,0%	-	15,0%	5,0%
Islanda	25,0%	25,0%	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	85,7%	-	-	-	-	-	-	-	14,3%
Lettonia	11,1%	11,1%	22,2%	-	-	-	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%
Lituania	28,6%	28,6%	42,9%	-	-	-	-	-	-	-	-
Lussemburgo	100,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malta	100,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	9,5%	14,3%	9,5%	14,3%	-	-	4,8%	9,5%	4,8%	23,8%	9,5%
Paesi Bassi	14,3%	14,3%	4,8%	4,8%	9,5%	19,0%	4,8%	4,8%	-	9,5%	14,3%
Macedonia	14,3%	21,4%	35,7%	-	7,1%	7,1%	7,1%	-	7,1%	-	-
Norvegia	-	50,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	50,0%
Polonia	16,7%	5,6%	22,2%	5,6%	11,1%	11,1%	-	5,6%	11,1%	5,6%	5,6%
Portogallo	20,0%	20,0%	20,0%	-	-	20,0%	-	-	-	20,0%	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

	Manca di consapevolezza e scarsa importanza	Mancanza di conoscenza e di educazione	Mancanza di una struttura nazionale e di un supporto coordinato	Mancanza di collaborazione verso un obiettivo comune	Problemi con gli interventi per migliorare l'aderenza	Problemi di implementazione della gestione dell'aderenza	Problemi nell'individuazione della non aderenza	Problemi di accesso ai farmaci	Problemi relativi al punto di vista del paziente	Risorse sanitarie limitate	Mancanza di interazione tra pazienti e operatori sanitari
Romania	4,8%	33,3%	14,3%	4,8%	4,8%	4,8%	9,5%	4,8%	4,8%	9,5%	4,8%
Serbia	5,0%	-	15,0%	25,0%	5,0%	-	5,0%	10,0%	5,0%	25,0%	5,0%
Slovacchia	6,7%	20,0%	26,7%	-	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%	6,7%
Slovenia	16,7%	-	25,0%	-	8,3%	16,7%	8,3%	-	-	8,3%	16,7%
Spagna	5,0%	15,0%	15,0%	5,0%	15,0%	-	5,0%	5,0%	-	35,0%	-
Svezia	-	25,0%	8,3%	8,3%	-	-	-	8,3%	16,7%	25,0%	8,3%
Svizzera	22,2%	14,8%	18,5%	3,7%	-	18,5%	-	3,7%	-	14,8%	3,7%
Turchia	13,3%	6,7%	26,7%	6,7%	6,7%	6,7%	-	20,0%	6,7%	6,7%	-

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI



Figura 18 Barriere che ostacolano un'ottimale aderenza terapeutica – Livelli Macro, Meso e Micro

Fase 2 - Identificazione degli Esperti

Dopo aver ottenuto una panoramica chiara dello scenario europeo nella Fase 1 attraverso la raccolta di informazioni da 39 Paesi dell'Unione Europea, si è ritenuto necessario approfondire l'analisi e la definizione dell'indicatore nel **contesto nazionale italiano**. La Fase 2 dello Studio si è concentrato sull'identificazione di un indicatore di aderenza alle terapie a livello nazionale, tenendo conto delle specificità e delle evidenze italiane nel campo dell'aderenza terapeutica.

Per garantire una **rappresentanza nazionale** e l'acquisizione di **diverse prospettive**, per la costituzione del Gruppo di Lavoro, sono stati coinvolti **10 Key Opinion Leaders (KOLs)** per ognuna delle tre aree geografiche dell'Italia: Nord, Centro e Sud. Questo approccio ha permesso di catturare le **specificità regionali** e le diverse realtà del sistema sanitario italiano in materia di gestione dell'aderenza terapeutica.

Sono stati selezionati KOLs che ricoprono diverse professioni sanitarie, **quali ricercatori/accademici, clinici, medici di medicina generale, infermieri, farmacisti ospedalieri territoriali, farmacisti di comunità, rappresentanti del dipartimento di salute regionale, referenti per le case di comunità e direttori farmaceutici**.

I referenti regionali sono stati identificati nelle seguenti regioni: **Liguria** per il Nord Italia, **Lazio** per il Centro Italia e **Campania** per il Sud Italia, quali responsabili di coordinare le attività dei KOLs nelle rispettive regioni e di facilitare la collaborazione e il confronto tra gli esperti:

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Nello specifico, al fine di ottenere una rappresentanza nazionale, i Referenti Regionali erano chiamati a coinvolgere **10 KOL** per ognuna delle aree del Nord, Centro e Sud Italia, come segue:

- ⇒ **Nord** Italia -> Regione **Liguria**, *Referente Regionale*: Dott.ssa Barbara **Rebesco**.
- ⇒ **Centro** Italia -> Regione **Lazio**, *Referente Regionale*: Dott.ssa Lorella **Lombardozi**.
- ⇒ **Sud** Italia -> Regione **Campania**, *Leader Policy Maker e Referente Regionale*: Dott. Ugo **Trama**.

La partecipazione dei KOLs italiani e il coinvolgimento delle diverse professioni sanitarie e delle diverse regioni hanno permesso di ottenere un quadro completo e rappresentativo dell'aderenza alle terapie in Italia. Questo contribuirà a garantire che l'indicatore di aderenza alle terapie sviluppato sia valido, affidabile e rilevante per le specifiche esigenze del sistema sanitario italiano e dei pazienti cronici nel paese.

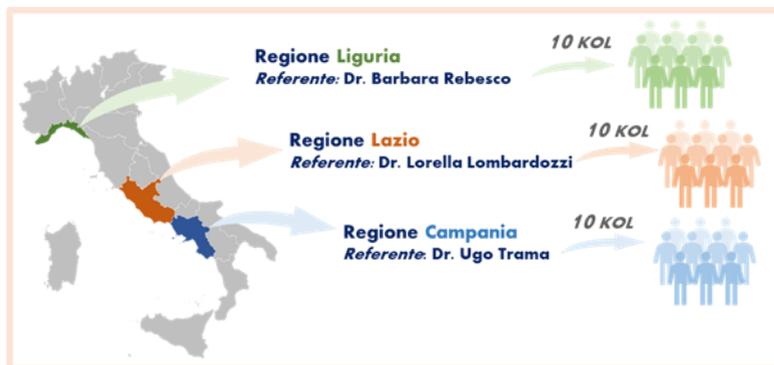


Figura 19 Identificazione degli Esperti partecipanti alla Survey

Fase 3 - La Survey SWOT La Fase 3 dello Studio ha previsto l'utilizzo della metodologia dell'analisi SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) e la prospettiva degli esperti, rappresentata dai Key Opinion Leaders (KOLs) selezionati delle regioni Lazio, Liguria e Campania.

La survey è stata suddivisa in **due sezioni**:

- ⇒ **Nella sezione generale**, sono state presentate domande a risposta multipla sulle pratiche attuali e in merito alla gestione dell'aderenza terapeutica nella loro Regione.
- ⇒ **Nella sezione SWOT**, a risposta aperta, sono state poste domande specifiche relative ai punti SWOT identificati, permettendo agli esperti di condividere le loro opinioni e esperienze in modo più dettagliato.

SCAN ME per visionare la Survey Online



La Sezione generale

Nella sezione generale della survey, sono state presentate domande a risposta multipla riguardanti la prospettiva e l'esperienza dei KOLs nella gestione dell'aderenza terapeutica dei pazienti cronici nella loro Regione. Queste domande avevano l'obiettivo di raccogliere informazioni sulle pratiche attuali, le sfide e le opportunità riscontrate nella gestione dell'aderenza terapeutica. Si riportano di seguito i sei quesiti presentati ai KOL Italiani.

Quali figure professionali sono coinvolte nel processo di aderenza alle terapie nella Sua Regione? *

- Medici
- Farmacisti
- Infermieri
- Dentisti
- Servizi di assistenza domiciliare
- Psicologi
- Ricercatori
- Altro: _____

 Questa è una domanda obbligatoria

Figura 20 Quesito 1

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tramite quale strumento viene valutata l'aderenza alle terapie nella Sua Regione? *

- Questionari ai pazienti
- Questionari ai Caregiver
- Questionari ai medici
- Monitoraggio dei dati di prescrizione/erogazione del farmaco
- Applicazioni mobili (App)
- Dispositivi di somministrazione programmata (pill box o dispenser di farmaci)
- Dispositivi Wearable (indossabili)
- Nessuna delle precedenti
- Altro: _____

 Questa è una domanda obbligatoria

Figura 21 Quesito 2

Nel caso in cui un operatore sanitario identifichi un paziente come non aderente, *
in che documentazione può essere registrata questa informazione?

- Non documentato
- Cartelle cliniche del paziente
- Flusso farmaceutica: dati di erogazione del farmaco
- Flusso farmaceutica: dati di prescrizione del farmaco (database MMG)
- Altro: _____

 Questa è una domanda obbligatoria

Figura 22 Quesito 3

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Qualora un paziente venga identificato come non aderente, quali interventi possono essere offerti dagli operatori sanitari per migliorare l'aderenza alle terapie? *

- Comunicazione diretta con il paziente
- Pill organizer
- Interventi sul regime terapeutico prescritto
- Strumenti digitali specifici per l'aderenza
- Follow-up ravvicinati
- Programmi educativi
- Patient advocacy
- Nessuno dei precedenti
- Altro: _____

 Questa è una domanda obbligatoria

Figura 23 Quesito 4

Quali dei seguenti interventi di monitoraggio dell'aderenza alle terapie vengono correntemente seguiti nella Sua Regione? *

- Campagne formative /informative
- Campagne di comunicazione
- Progetti di ricerca ad-hoc
- Creazione di strumenti tecnologici
- Nessuno dei precedenti
- Altro: _____

 Questa è una domanda obbligatoria

Figura 24 Quesito 5

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Quali identifica come barriere che ostacolano l'aderenza alle terapie nella Sua Regione? *

- Mancanza di consapevolezza sull'importanza del fenomeno
- Educazione del paziente
- Formazione degli operatori sanitari
- Mancanza di linee guida e politiche nazionali e/o regionali
- Campagne e iniziative pubbliche
- Mancanza di comunicazione
- Mancanza di metodi per migliorare l'aderenza
- Mancanza di strumenti digitali efficaci per il monitoraggio dell'aderenza
- Mancanza di personale sanitario
- Mancanza di metodi di premialità per MMG
- Mancanza di metodi di valutazione quali/quantitativi dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica
- Altro: _____

 Questa è una domanda obbligatoria

Indietro Avanti Cancellare modulo

Figura 25 Quesito 6

La Sezione SWOT

L'analisi SWOT è una tecnica ampiamente utilizzata per valutare la situazione attuale di un progetto o di un'organizzazione, basata sull'identificazione dei **punti di forza (Strengths)** e delle **debolezze (Weaknesses) interni**, nonché delle **opportunità (Opportunities)** e delle **criticità (Threats) esterne**. Nel contesto dell'aderenza terapeutica, l'analisi SWOT riveste un ruolo fondamentale nel comprendere il panorama e definire strategie efficaci per migliorare l'aderenza dei pazienti cronici alle terapie prescritte. L'analisi, basata sulla prospettiva degli esperti, offre una visione completa e approfondita dei punti di forza e delle debolezze del sistema di cura attuale, delle opportunità di miglioramento e delle criticità che potrebbero ostacolare il raggiungimento degli obiettivi di aderenza terapeutica.

Una volta identificati i punti di forza, le debolezze, le opportunità e le criticità, è importante analizzare le **relazioni e le interazioni tra questi elementi**. Per esempio, i punti di forza possono essere utilizzati per sfruttare al meglio le opportunità, mentre le debolezze possono essere affrontate per mitigare le criticità. L'analisi SWOT consente di individuare le strategie e le azioni prioritarie per sfruttare al meglio gli aspetti positivi e affrontare le sfide identificate.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 11 – Schema metodologico per la conduzione di un'analisi SWOT

FATTORI INTERNI	<u>STRENGTHS</u> punto di forza 1 punto di forza 2 punto di forza <i>n</i>	<u>WEAKNESSES</u> punto di debolezza 1 punto di debolezza 2 punto di debolezza <i>n</i>
FATTORI ESTERNI	<u>S-O STRATEGIES</u> Strategie che usano i punti di forza per trarre vantaggio dalle opportunità	<u>W-O STRATEGIES</u> Strategie che superano i punti deboli per trarre vantaggio dalle opportunità
<u>OPPORTUNITIES</u> opportunità 1 opportunità 2 opportunità <i>n</i>		
<u>THREATS</u> criticità 1 criticità 2 criticità <i>n</i>	<u>S-T STRATEGIES</u> Strategie che usano uno o più punti di forza al fine di minimizzare una o più criticità	<u>W-T STRATEGIES</u> Strategie che implementano difese di uno o più punti deboli per modificare l'impatto di una criticità sugli obiettivi

La **combinazione dell'analisi SWOT e della prospettiva degli esperti** ha permesso di ottenere una valutazione accurata e dettagliata del panorama dell'aderenza terapeutica, considerando le diverse dimensioni del contesto nazionale e le esperienze dei professionisti coinvolti. Infatti, l'utilizzo della survey online ai KOLs, insieme all'analisi SWOT, fornisce una base solida per lo sviluppo dell'indicatore di aderenza alle terapie e per guidare le future strategie volte a migliorare la gestione delle terapie per i pazienti cronici. Questo approccio multidimensionale e basato sull'esperienza reale dei KOLs contribuirà a sviluppare soluzioni mirate e innovative per affrontare le sfide legate all'aderenza terapeutica e migliorare la qualità dei percorsi di cura per i pazienti cronici.

Si riportano di seguito le quattro matrici SWOT presentate ai KOL Italiani.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

I punti di forza (Strengths)

La gestione dell'aderenza terapeutica nella mia Regione ha forti punti di forza che *
la distinguono dalle altre Regioni.

1 2 3 4 5

Non sono affatto d'accordo Sono molto d'accordo

Elenchi i punti di forza identificati: *

La tua risposta

Indietro Avanti Cancella modulo

Figura 26 Fattori INTERNI positivi

Le debolezze (Weaknesses)

La gestione dell'aderenza terapeutica nella mia Regione ha alcune debolezze che *
potrebbero essere migliorate.

1 2 3 4 5

Non sono affatto d'accordo Sono molto d'accordo

Elenchi le debolezze identificate: *

La tua risposta

Indietro Avanti Cancella modulo

Figura 27 fattori INTERNI negativi

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Le opportunità (Opportunities)

Ci sono molte opportunità per migliorare la gestione dell'aderenza terapeutica nella mia Regione. *

1 2 3 4 5

Non sono affatto d'accordo Sono molto d'accordo

Elenchi le opportunità identificate: *

La tua risposta

Indietro Avanti Cancellà modulo

Figura 28 Fattori ESTERNI positivi

Le criticità (Threats)

Ci sono alcune criticità che potrebbero influenzare negativamente la gestione dell'aderenza terapeutica nella mia Regione. *

1 2 3 4 5

Non sono affatto d'accordo Sono molto d'accordo

Elenchi le criticità identificate: *

La tua risposta

Indietro Avanti Cancellà modulo

Figura 29 Fattori ESTERNI negativi

Risultati: ITA-Survey – SEZIONE GENERALE

Barriere e facilitatori personali, professionali in ambito di aderenza terapeutica.

Regione Campania

In totale, il 70% dei Key Opinion Leaders (KOL) della Regione Campania intervistati hanno acconsentito a partecipare alla Survey. Di questi, il 57,1% erano medici di medicina generale e il 42,9% farmacisti ospedalieri.

Dai risultati emersi, le figure professionali maggiormente coinvolte nel processo di aderenza alle terapie, in termini di monitoraggio, sono i medici (43,8%) e i farmacisti (37,5%). La valutazione dell'aderenza viene principalmente effettuata tramite il monitoraggio dei dati di prescrizione o erogazione del farmaco (63,6%). In effetti, tali risultati sono confermati dalla prevalenza di metodi di reporting dei livelli di aderenza basati sul flusso della farmaceutica (55,6%) e soprattutto sui dati di prescrizione (44,4%) nella Regione Campania. Per quanto riguarda gli interventi finalizzati al miglioramento dell'aderenza, i metodi diretti più utilizzati comprendono la comunicazione con il paziente (32,3%), mentre tra gli interventi indiretti si riscontra un intervento sul regime terapeutico prescritto (25%). Gli interventi di monitoraggio sono prevalentemente riconducibili a campagne formative/informative (33,3%) e progetti di ricerca ad-hoc (33,3%). Infine, i principali fattori identificati come ostacoli per un'aderenza terapeutica ottimale riguardano la mancanza di educazione del paziente riguardo al fenomeno (26,1%) e, in generale, la scarsa consapevolezza sull'importanza dell'aderenza (17,4%).

Regione Lazio

La risposta alla Survey nella Regione Lazio ha raggiunto il 60% dei Key Opinion Leader (KOL) contattati, e di questi, la maggioranza (83%) erano farmacisti ospedalieri.

Dai risultati emersi, le figure professionali coinvolte nel processo di aderenza alle terapie in termini di monitoraggio sono principalmente medici (36,4%), farmacisti (36,4%) e infermieri (18,2%). Riguardo agli strumenti di valutazione dell'aderenza, essa avviene attraverso il monitoraggio dei dati di prescrizione o erogazione del farmaco (57,1%) e, in parte, mediante questionari diretti rivolti a medici, caregiver e pazienti (42,9%). Nella Regione Lazio, i metodi di reporting dei livelli di aderenza registrati convergono per il 57,1% nel flusso della farmaceutica, mentre il 42,9% avviene attraverso l'utilizzo delle cartelle cliniche.

Per quanto riguarda gli interventi attuati nella Regione per favorire il miglioramento dell'aderenza, tra i metodi diretti maggiormente utilizzati ci sono i programmi educativi (26,7%) e la comunicazione diretta con il paziente (20%), mentre tra quelli indiretti si effettuano prevalentemente interventi sul regime terapeutico prescritto (20%). Gli interventi relativi al monitoraggio sono principalmente riscontrabili in campagne di comunicazione (40%), e in minor misura (20% ciascuno) in campagne formative/informative, progetti di ricerca ad-hoc e sviluppo di strumenti tecnologici per il monitoraggio dell'aderenza.

Infine, i fattori maggiormente identificati come ostacoli per un'aderenza terapeutica ottimale consistono nella mancata educazione del paziente sul fenomeno (30%) e, più in generale,

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

nella mancanza di consapevolezza sull'importanza di tale fenomeno (30%).

Regione Liguria

Complessivamente, il 70% dei Key Opinion Leaders (KOL) intervistati della Regione Liguria hanno acconsentito a partecipare alla Survey. Di questi, il 42,9% erano clinici, il 28,6% farmacisti ospedalieri, il 14,3% farmacisti di comunità e il rimanente 14,3% infermieri.

Dai risultati emersi, le figure professionali coinvolte nel processo di aderenza alle terapie, in termini di monitoraggio, sono principalmente medici (31,8%), farmacisti (31,8%) e infermieri (22,7%). Riguardo agli strumenti di valutazione dell'aderenza, questa avviene principalmente attraverso il monitoraggio dei dati di prescrizione o erogazione del farmaco (50%) e, in parte, mediante questionari diretti, principalmente somministrati ai pazienti (30%). Nella Regione Liguria, i metodi di reporting dei livelli di aderenza registrati convergono per il 54,4% nel flusso della farmaceutica e soprattutto tramite dati di prescrizione (36,4%), mentre l'18,2% tramite cartelle cliniche.

Per quanto riguarda gli interventi attuati nella Regione per favorire il miglioramento dell'aderenza, tra i metodi diretti maggiormente utilizzati si annovera la comunicazione con il paziente (26,3%), mentre tra quelli indiretti figurano gli interventi sul regime terapeutico prescritto (26,3%). Gli interventi legati al monitoraggio sono prevalentemente riscontrabili in campagne di comunicazione (45,5%) e campagne formative/informative (36,4%).

Infine, i fattori maggiormente identificati come ostacoli per un'aderenza terapeutica ottimale consistono nella mancata

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

consapevolezza sull'importanza del fenomeno (20%), scarsa formazione degli operatori sanitari (17,1%) e mancata educazione del paziente sul fenomeno (14,3%).

Quali figure professionali sono coinvolte nel processo di aderenza alle terapie nella Sua Regione?

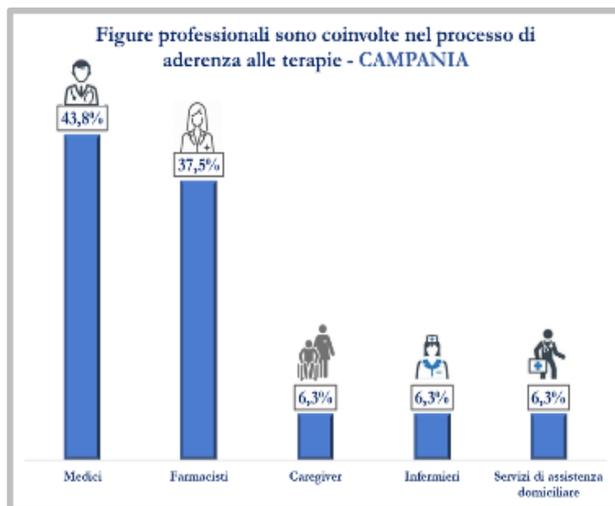


Figura 30 Figure professionali coinvolte nel processo di aderenza alle terapie in Regione Campania

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

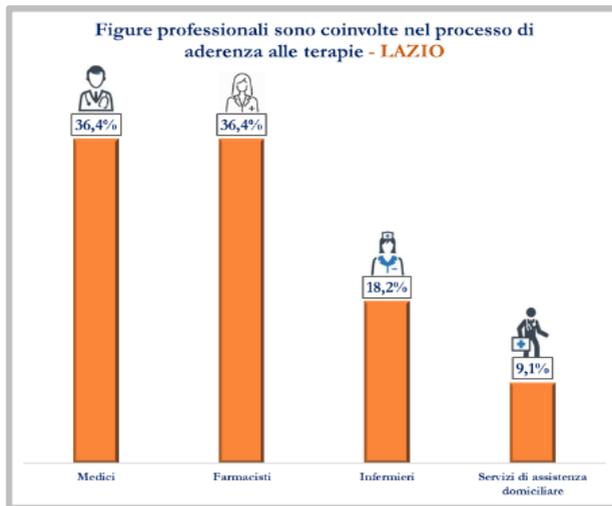


Figura 31 Figure professionali coinvolte nel processo di aderenza alle terapie in Regione Lazio

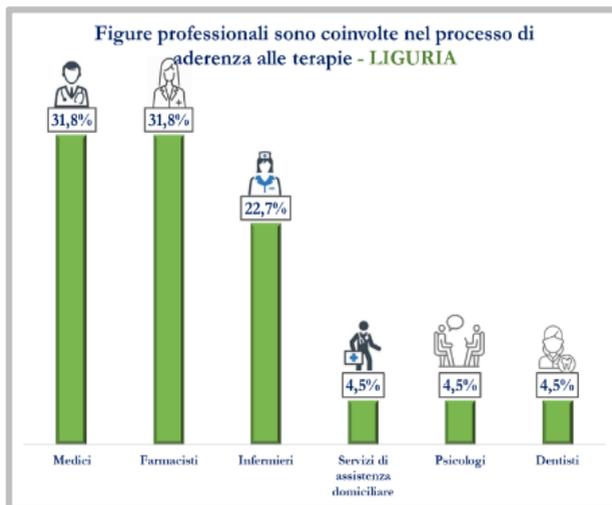


Figura 32 Figure professionali coinvolte nel processo di aderenza alle terapie in Regione Liguria

Tramite quale strumento viene valutata l'aderenza alle terapie nella Sua Regione?

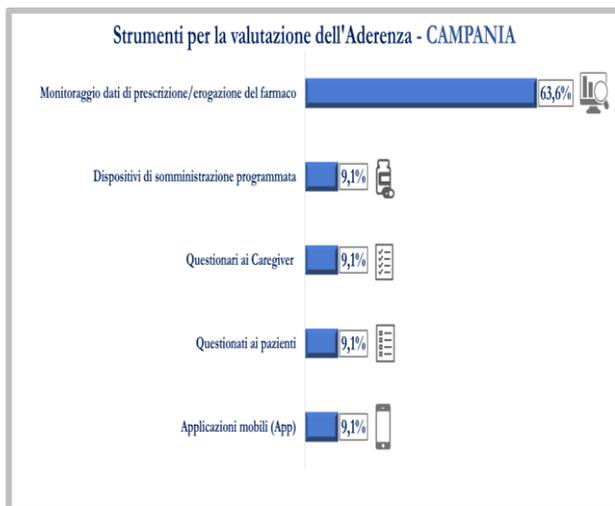


Figura 33 Strumenti per la valutazione dell'aderenza alle terapie in Regione Campania

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

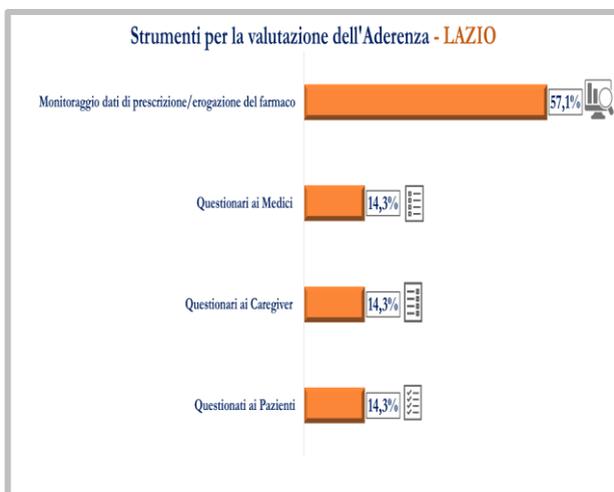


Figura 34 Strumenti per la valutazione dell'aderenza alle terapie in Regione Lazio

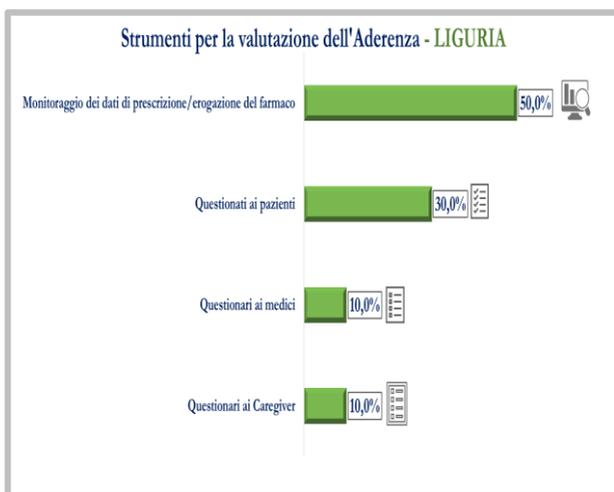


Figura 35 Strumenti per la valutazione dell'aderenza alle terapie in Regione Liguria

Nel caso in cui un operatore sanitario identifichi un paziente come non aderente, in che documentazione può essere registrata questa informazione?

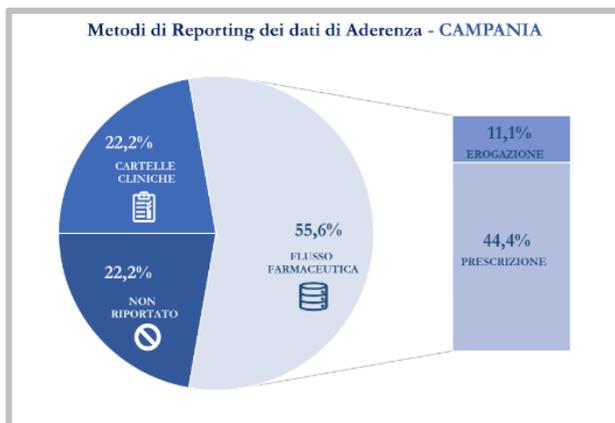


Figura 36 Metodi di reporting dei dati di Aderenza in Regione Campania

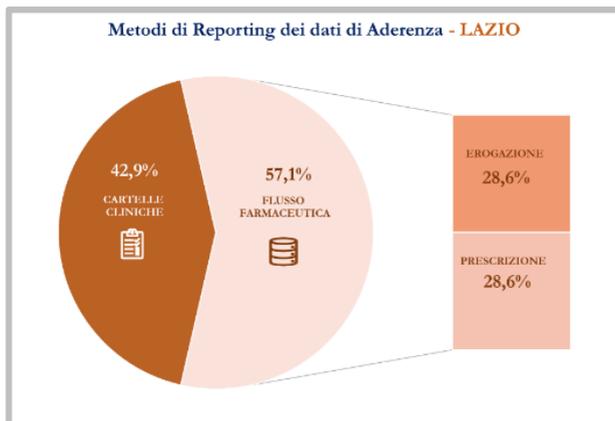


Figura 37 Metodi di reporting dei dati di Aderenza in Regione Lazio

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

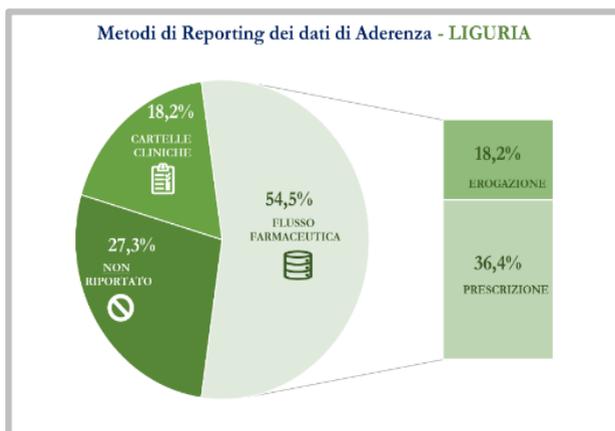


Figura 38 Metodi di reporting dei dati di Aderenza in Regione Liguria

Qualora un paziente venga identificato come non aderente, quali interventi possono essere offerti dagli operatori sanitari per migliorare l'aderenza alle terapie?

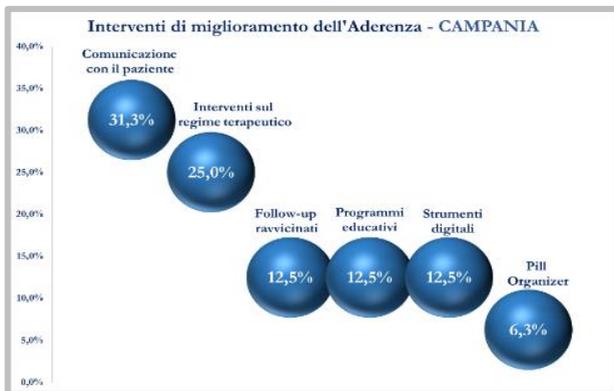


Figura 39 Interventi di miglioramento dell'Aderenza alle terapie in Regione Campania



Figura 40 Interventi di miglioramento dell'Aderenza alle terapie in Regione Lazio

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI



Figura 41 Interventi di miglioramento dell'Aderenza alle terapie in Regione Liguria

Quali dei seguenti interventi di monitoraggio dell'aderenza alle terapie vengono correntemente seguiti nella Sua Regione?



Figura 42 Interventi di monitoraggio dell'Aderenza alle terapie in Regione Campania



Figura 43 Interventi di monitoraggio dell'Aderenza alle terapie in Regione Lazio

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI



Figura 44 Interventi di monitoraggio dell'Aderenza alle terapie in Regione Liguria

Quali identifica come barriere che ostacolano l'aderenza alle terapie nella Sua Regione?

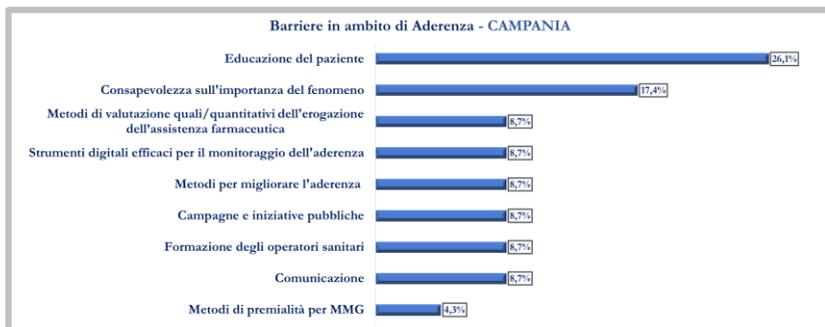


Figura 45 Barriere in ambito di Aderenza alle terapie in Regione Campania



Figura 46 Barriere in ambito di Aderenza alle terapie in Regione Lazio



Figura 47 Barriere in ambito di Aderenza alle terapie in Regione Liguria

Risultati: ITA-Survey – SEZIONE SWOT

Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats in ambito di aderenza terapeutica.

Regione Campania

I risultati della SWOT analisi condotta nella Regione Campania hanno evidenziato diversi punti di forza e debolezza, rappresentanti i fattori interni, nonché opportunità e criticità, riflettenti i fattori esterni. I Key Opinion Leader (KOL) campani intervistati hanno mostrato un elevato grado di accordo (valutazione media di 3,9 su 5) riguardo alla presenza di punti di debolezza nella gestione dell'aderenza terapeutica in Campania. Allo stesso modo, hanno dimostrato un notevole livello di accordo (valutazione media di 4,3 su 5) riguardo all'esistenza di numerose opportunità per migliorare la gestione dell'aderenza nella Regione.

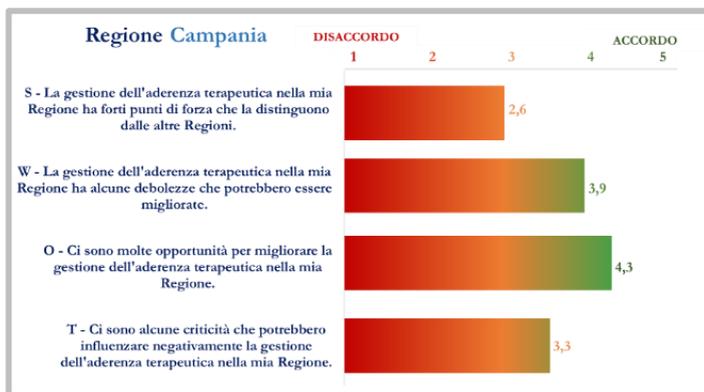


Figura 48 Risultati dell'analisi SWOT condotta nella Regione Campania

Regione Lazio

I risultati dell'analisi SWOT condotta nella Regione Lazio hanno evidenziato diversi punti di forza e debolezza, rappresentanti i fattori interni, così come opportunità e criticità, riflettenti i fattori esterni. I Key Opinion Leader (KOL) intervistati hanno raggiunto un elevato grado di accordo (valutazione media di 4 su 5) riguardo alla presenza di punti di debolezza che possono essere affrontati per migliorare la governance dell'aderenza terapeutica nella Regione Lazio. Inoltre, hanno espresso un livello di accordo ancora maggiore (valutazione media di 4,3 su 5) riguardo all'esistenza di numerose opportunità favorevoli al miglioramento della gestione dell'aderenza nella stessa Regione.

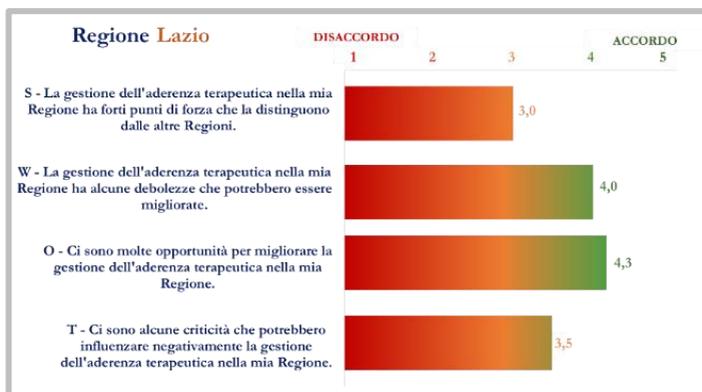


Figura 49 Risultati dell'analisi SWOT condotta nella Regione Lazio

Regione Liguria

I risultati dell'analisi SWOT condotta nella Regione Liguria hanno evidenziato diversi punti di forza e debolezza, rappresentanti i fattori interni, così come opportunità e criticità, riflettenti i fattori esterni. I Key Opinion Leader (KOL) intervistati hanno raggiunto un elevato grado di accordo (valutazione media di 4 su 5) riguardo all'esistenza di numerose opportunità per migliorare la gestione dell'aderenza terapeutica nella Regione. Allo stesso modo, hanno dimostrato un grado di accordo significativo (valutazione media di 3,6 su 5) riguardo alla presenza di alcune criticità esterne che necessitano ancora di risoluzione.

Mediante un'analisi qualitativa delle risposte ricevute, sono stati identificati e riportati nella griglia SWOT tutti i fattori positivi e negativi, sia di natura interna che esterna, riguardanti l'attuale governance dell'aderenza terapeutica nelle regioni Campania, Lazio e Liguria.

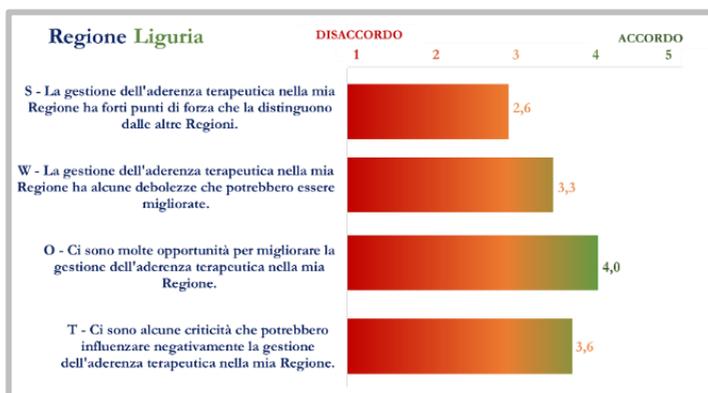


Figura 50 Risultati dell'analisi SWOT condotta nella Regione Liguria

Tabella 12 – Risultati SWOT Regione Campania

Regione Campania	
<p style="text-align: center;"><u>S</u>TRENGTHS</p> <p>S1 Monitoraggio attraverso Flussi Farmaceutici</p> <p>S2 Struttura informatica regionale</p> <p>S3 Progetti ad-hoc di supporto al paziente</p> <p>S4 Interventi diretti ai prescrittori</p>	<p style="text-align: center;"><u>W</u>EAKNESSES</p> <p>W1 Mancata sensibilizzazione dei pazienti e dei caregiver</p> <p>W2 Mancanza di tecnologie digitali</p> <p>W3 Mancanza di una rete di comunicazione tra i vari operatori sanitari</p> <p>W4 Scarsa consapevolezza del fenomeno da parte dei prescrittori</p> <p>W5 Scarsa intercomunicabilità tra piattaforme</p> <p>W6 Mancanza di specifici sistemi di indicatori e di valutazione dei MMG</p>
<p style="text-align: center;"><u>O</u>PPORTUNITIES</p> <p>O1 Sistemi digitali per il monitoraggio</p> <p>O2 Formazione di una rete tra prescrittori farmacisti SSN (Fondi PNRR)</p> <p>O3 Implementazione di piattaforme di telefarmacia</p> <p>Progetti ad-hoc</p> <p>O4 Campagne di comunicazione</p> <p>O5 Maggiore dialogo tra piattaforme</p> <p>O6 Collaborazione normata tra MMG e farmacisti</p>	<p style="text-align: center;"><u>T</u>HREATS</p> <p>T1 Fattori socioeconomici e socioculturali legati al paziente</p> <p>T2 Incomunicabilità fra le piattaforme dei vari segmenti</p> <p>T3 Incomunicabilità e mancanza di collaborazione tra clinica e farmacisti</p> <p>T4 Carezza di misure organizzative e di implementazione</p> <p>T5 Reale adesione alle misure identificate da parte degli attori del percorso</p>

Tabella 13 – Risultati SWOT Regione Lazio

Regione Lazio	
<p><u>S</u>TRENGTHS</p> <p>S1 Campagne di informazione S2 Struttura informatica regionale S3 Monitoraggio dell'attività prescrittiva dei MMG</p>	<p><u>W</u>EAKNESSES</p> <p>W1 Mancanza di consapevolezza sull'importanza del fenomeno W2 Mancata sensibilizzazione dei pazienti e dei caregiver W3 Mancanza di una metodica di monitoraggio univoca W4 Mancato coinvolgimento e formazione assistiti, W4 Ridotta progettualità con i prescrittori</p>
<p><u>O</u>PPORTUNITIES</p> <p>O1 Campagne di formazione O2 Sistemi monitoraggio ad-hoc O3 Identificazione di target e indicatori univoci da monitorare O4 Istituzione di linee guida regionali</p>	<p><u>T</u>HREATS</p> <p>T1 Mancanza di tempo e risorse T2 Mancanza di un modello standardizzato e omogeneo a livello regionale T3 Ridotta collaborazione tra prescrittori T4 Scarsa compliance da parte di pazienti e operatori sanitari</p>

Tabella 14 – Risultati SWOT Regione Liguria

Regione Liguria	
<p style="text-align: center;"><u>S</u>TRENGTHS</p> <p>S1 Struttura informatica regionale S2 Buona collaborazione tra area ospedaliera e cure primarie S3 Monitoraggio dell'attività prescrittiva dei MMG S4 Istituzione di Centri ad-hoc (vd anti diabetici) S5 Istituzione dei Dipartimenti Interaziendali</p>	<p style="text-align: center;"><u>W</u>EAKNESSES</p> <p>W1 Carenza di restituzione ai clinici W2 Eterogeneità territoriali W3 Mancanza di consapevolezza sull'importanza del fenomeno W4 Mancanza di coordinazione W5 Mancanza di un programma unico di prescrizione condiviso W6 Promozione iniziative pubbliche di comunicazione istituzionale</p>
<p style="text-align: center;"><u>O</u>PPORTUNITIES</p> <p>O1 azioni culturali, sistemi informatici trasversali, collaborazione ospedale territorio O2 Coinvolgimento di più figure professionali O3 Gruppi di lavoro ad-hoc sull'appropriatezza prescrittiva O4 Implementazione di sistemi digitali O5 Sfruttamento struttura Dipartimenti Interaziendali O6 Utilizzo presso le farmacie territoriali di sistemi di controllo informatizzati (farmacia dei servizi)</p>	<p style="text-align: center;"><u>T</u>HREATS</p> <p>T1 Fattori socioeconomici e socioculturali legati al paziente T2 Incomunicabilità e mancanza di collaborazione tra clinica e farmacisti T3 Reale disponibilità e collaborazione tra gli stakeholder T4 Maggioranza di popolazione anziana in regime di multimobilità e politerapia T5 Mancanza di consapevolezza dell'importanza dei report di monitoraggio inviati T6 Mancanza di una metodologia uniforme T7 Percorsi formativi non uniformi e priorità non definite</p>

Conclusioni ITA-Survey

L'analisi dei risultati della fase 3 dello Studio, basato sulla survey SWOT condotta nelle regioni Campania, Lazio e Liguria, rivela una serie di punti di forza, debolezze, opportunità e criticità riguardanti la governance dell'aderenza terapeutica. Una comparazione dei risultati tra le tre regioni offre un'opportunità di comprensione delle differenze e delle somiglianze tra le sfide affrontate da ciascuna Regione.

Tutte e tre le regioni hanno individuato come **punti di forza** la presenza di un sistema informatico regionale che consente il monitoraggio dell'attività prescrittiva dei medici di medicina generale e farmacisti, il coinvolgimento di diverse figure professionali nel processo di aderenza terapeutica e l'utilizzo di metodologie di reporting dei livelli di aderenza basati sui dati di prescrizione e flusso della farmaceutica. Questi punti di forza indicano che esiste una base di dati solida e accessibile per monitorare l'aderenza e che vi è un coinvolgimento multidisciplinare nel processo di miglioramento dell'aderenza terapeutica.

La mancanza di consapevolezza sull'importanza dell'aderenza da parte dei professionisti sanitari e dei pazienti è un **punto di debolezza** riscontrato in tutte e tre le regioni. Questa carenza di consapevolezza rappresenta una sfida significativa per promuovere l'aderenza terapeutica e potrebbe essere affrontata attraverso campagne informative e programmi educativi mirati.

Tutte e tre le regioni hanno individuato **diverse opportunità** per migliorare la gestione dell'aderenza terapeutica. L'implementazione di sistemi digitali per il monitoraggio, la formazione di reti di collaborazione tra

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

professionisti sanitari e il coinvolgimento di più figure professionali possono contribuire a migliorare l'aderenza terapeutica e promuovere una visione più integrata dell'assistenza sanitaria.

Le **principali criticità** identificate in tutte e tre le regioni includono la mancanza di tempo e risorse, la mancanza di una metodologia uniforme per valutare e monitorare l'aderenza terapeutica e la mancanza di collaborazione tra prescrittori e professionisti sanitari. Queste criticità evidenziano le sfide strutturali e organizzative che devono essere affrontate per garantire un'aderenza terapeutica ottimale.

In sintesi, pur presentando alcune differenze, le tre regioni condividono sfide e opportunità simili riguardanti l'aderenza terapeutica. La consapevolezza dell'importanza dell'aderenza, l'implementazione di sistemi tecnologici avanzati, il coinvolgimento di più professionisti e la collaborazione tra gli attori coinvolti possono essere strategie chiave per migliorare l'aderenza terapeutica e ottimizzare i risultati clinici nei pazienti. L'analisi SWOT ha fornito un quadro esauriente delle criticità e delle potenzialità, aprendo la strada a possibili interventi mirati e allo sviluppo di strategie personalizzate per ciascuna Regione al fine di migliorare l'aderenza terapeutica e, di conseguenza, la qualità dell'assistenza sanitaria.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

Tabella 15 Keypoints comuni nelle Regioni coinvolte

Analisi SWOT	Keypoints comuni Campania Lazio Liguria
<p><u>S</u>TRENGTHS</p> <p>Punti di Forza <i>Interni</i></p>	<p>⇒ Struttura informatica regionale</p> <p>⇒ Monitoraggio dell'attività prescrittiva dei MMG attraverso Flussi Farmaceutici</p>
<p><u>W</u>EAKNESSES</p> <p>Punti di debolezza <i>Esterni</i></p>	<p>⇒ Mancata sensibilizzazione dei pazienti e dei caregiver</p> <p>⇒ Mancanza di consapevolezza sull'importanza del fenomeno</p> <p>⇒ Mancanza di una metodica di monitoraggio univoca</p> <p>⇒ Mancanza di una rete di comunicazione tra i vari operatori sanitari</p>
<p><u>O</u>PPORTUNITIES</p> <p>Opportunità <i>Interne</i></p>	<p>⇒ Sistemi monitoraggio ad-hoc</p> <p>⇒ Campagne di comunicazione/formazione</p> <p>⇒ Implementazione di sistemi digitali</p> <p>⇒ Identificazione di target e indicatori univoci da monitorare</p>
<p><u>T</u>HREATS</p> <p>Criticità <i>Esterne</i></p>	<p>⇒ Fattori socioeconomici e socioculturali legati al paziente</p> <p>⇒ Mancata comunicazione tra flussi provenienti da piattaforme differenti (es. farmaceutica e dati MMG)</p> <p>⇒ Mancanza di un modello standardizzato e omogeneo a livello nazionale e regionale</p> <p>⇒ Mancato utilizzo della reportistica (monitoraggio prescrizioni) dagli operatori sanitari per la valutazione della performance</p>

Bibliografia

1. Liska J, Beal A. One Patient Is Not One Condition: Delivering Patient-Centered Care to Those With Multiple Chronic Conditions. *Ther Innov Regul Sci*. 2017 Jul;51(4):468–70.
2. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006 Jul 1;333(7557):15.
3. AIFA. Rapporto OsMed 2022 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 11]. Available from: <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf>
4. Bogart M, Stanford RH, Laliberté F, Germain G, Wu JW, Duh MS. Medication adherence and persistence in chronic obstructive pulmonary disease patients receiving triple therapy in a USA commercially insured population. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2019;14:343–52.
5. Hill MN, Miller NH, Degeest S, American Society of Hypertension Writing Group, Materson BJ, Black HR, et al. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Am Soc Hypertens*. 2011;5(1):56–63.
6. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments:

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

- longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*. 2008 May 17;336(7653):1114–7.
7. Lerner BH. From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance. *Soc Sci Med*. 1997 Nov;45(9):1423–31.
 8. Sackett D and Haynes RB. *Compliance With Therapeutic Regimens*. MD: John Hopkins University Press. 1976;293.
 9. Blackwell B. Compliance. *Psychother Psychosom*. 1992;58(3–4):161–9.
 10. World Health Organization (WHO). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. 2003.
 11. Myers LB, & MK. Concepts and issues in adherence. In: *Adherence to treatment in medical conditions*. Harwood Academic Publishers.; 1998. p. 1–24.
 12. O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med Care Rev*. 1992;49(4):435–54.
 13. Price PE. Education, psychology and “compliance”. *Diabetes Metab Res Rev*. 2008;24 Suppl 1:S101-5.
 14. Tilson HH. Adherence or compliance? Changes in terminology. *Ann Pharmacother*. 2004 Jan;38(1):161–2.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

15. Ward-Collins D. "Noncompliant." Isn't there a better way to say it? *Am J Nurs.* 1998 May;98(5):26–31; quiz 31–2.
16. Blackwell B. From compliance to alliance. A quarter century of research. *Neth J Med.* 1996 Apr;48(4):140–9.
17. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *From Compliance to Concordance: Towards Shared Goals in Medicine Taking.* 1997.
18. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation.* 1997 Feb 18;95(4):1085–90.
19. Elliott RA, Shinogle JA, Peele P, Bhosle M, Hughes DA. Understanding medication compliance and persistence from an economics perspective. *Value Health.* 2008;11(4):600–10.
20. Elliott R. Non-adherence to medicines: not solved but solvable. *J Health Serv Res Policy.* 2009 Jan;14(1):58–61.
21. Lehane E, McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Int J Nurs Stud.* 2007 Nov;44(8):1468–77.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

22. Mitchell AJ. Adherence behaviour with psychotropic medication is a form of self-medication. *Med Hypotheses*. 2007;68(1):12–21.
23. Nordqvist O, Södergård B, Tully MP, Sönnnerborg A, Lindblad AK. Assessing and achieving readiness to initiate HIV medication. *Patient Educ Couns*. 2006 Jul;62(1):21–30.
24. Shearer HM ED. Adherence to health care. In: Kazarian SS, Evans DR, editors. *Handbook of Cultural Health Psychology*. San Diego, CA: US Academic Press;; 2001. p. 113–
25. Stevenson FA. Concordance. *Soc Theory Health*. 2004;2:184–93.
26. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*. 2008 Jan;11(1):44–7.
27. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 May;73(5):691–705.
28. Bernardo C, Tosin MH de S, Almada M, Sampaio R, Oliveira BGRB de, Costa E, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the ABC taxonomy for medication adherence into Portuguese – Updating patients into people. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2023 Apr;19(4):653–9.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

29. Garcia-Cardenas V, Hughes D, Aguilar-Palacio I, Benrimoj SI, Rabanaque MJ, Martinez-Martinez F, et al. Spanish translation of the ABC taxonomy for medication adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2023 Sep;19(9):1292–7.
30. Haag M, Lehmann A, Hersberger KE, Schneider M, Gauchet A, Vrijens B, et al. The ABC taxonomy for medication adherence translated into French and German. *Br J Clin Pharmacol*. 2020 Apr 23;86(4):734–44.
31. Malá-Ládová K, Voříšková E, Košťálová B, Malý J. Medication adherence terminology - the first consensual translation using the Delphi method. *Vnitr Lek*. 2022 Apr 4;68(2):E22–8.
32. Mucherino S, Maffoni M, Cena C, Armando LG, Guastavigna M, Orlando V, et al. Italian Translation and Validation of the Original ABC Taxonomy for Medication Adherence. *Healthcare*. 2023 Mar 13;11(6):846.
33. Dima AL, Allemann SS, Dunbar-Jacob J, Hughes DA, Vrijens B, Wilson IB. TEOS: A framework for constructing operational definitions of medication adherence based on Timelines-Events-Objectives-Sources. *Br J Clin Pharmacol*. 2021 Jun;87(6):2521–33.
34. Elseviers M, Wettermark B, Almarsdóttir AB, Andersen M, Benko R, Bennie M. *Drug Utilization Research: Methods and Applications*. Can J Hosp Pharm. 2016.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

35. Wettermark B, Elseviers M, Almarsdóttir AB, Andersen M, Benko R, Bennie M, et al. Introduction to drug utilization research. In: Drug Utilization Research. Wiley; 2016. p. 1–12.
36. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005 Aug 4;353(5):487–97.
37. Menditto E, Cahir C, Aza-Pascual-Salcedo M, Bruzzese D, Poblador-Plou B, Malo S, et al. Adherence to chronic medication in older populations: application of a common protocol among three European cohorts. Patient Prefer Adherence. 2018;12:1975–87.
38. Galozy A, Nowaczyk S, Sant'Anna A, Ohlsson M, Lingman M. Pitfalls of medication adherence approximation through EHR and pharmacy records: Definitions, data and computation. Int J Med Inform. 2020 Apr;136:104092.
39. Gellad WF, Thorpe CT, Steiner JF, Voils CI. The myths of medication adherence. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2017 Dec;26(12):1437–41.
40. Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, et al. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021 Sep 2;11(9):e044987.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

41. Bhattarai B, Walpola R, Mey A, Anoopkumar-Dukie S, Khan S. Barriers and Strategies for Improving Medication Adherence Among People Living With COPD: A Systematic Review. *Respir Care*. 2020 Nov;65(11):1738–50.
42. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004 Mar;42(3):200–9.
43. IMS Institute for Healthcare Informatics. Avoidable costs in US health care. [Internet]. 2013 [cited 2024 Sep 15]. Available from: http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Institute/RUOM-2013/IHII_Responsible_Use_Medicines_2013.pdf.
44. OECD. Using Routinely Collected Data to Inform Pharmaceutical Policies. Analytical Report for OECD and EU countries. . 2019.
45. DiMatteo MR. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *JAAPA*. 2004 Nov;17(11):18–21.
46. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005 Jun;43(6):521–30.
47. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy*. 2014;7:35–44.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

48. Zullig LL, Deschodt M, Liska J, Bosworth HB, De Geest S. Moving from the Trial to the Real World: Improving Medication Adherence Using Insights of Implementation Science. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2019 Jan 6;59:423–45.
49. Bandiera C, Ribaut J, Dima AL, Allemann SS, Molesworth K, Kalumiya K, et al. Swiss Priority Setting on Implementing Medication Adherence Interventions as Part of the European ENABLE COST Action. *Int J Public Health*. 2022;67:1605204.
50. Hogervorst S, Vervloet M, Adriaanse MC, Zamboni K, Zullig LL, Schoonmade L, et al. Scalability of effective adherence interventions for patients using cardiovascular disease medication: A realist synthesis-inspired systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2023 Jul;89(7):1996–2019.
51. Hogervorst S, Adriaanse M, Brandt H, Vervloet M, van Dijk L, Hugtenburg J. Feasibility study of a digitalized nurse practitioner-led intervention to improve medication adherence in type 2 diabetes patients in Dutch primary care. *Pilot Feasibility Stud*. 2021 Aug 7;7(1):152.
52. Thompson TL, Haskard-Zolnieriek K. Adherence and Communication. In: *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. Oxford University Press; 2016.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

53. Mair A, Fernandez-Llimos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, et al. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge. . 2nd ed. SIMPATHY consortium; 2017.
54. Armellino MF, Marini P, Piazza D, Manguso F, Bottino V, Scandroglio I, et al. Assessment of surgeon communication skills from the patient perspective: A national evaluation using the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2022 Mar;105(3):769–74.
55. Scala D, Menditto E, Armellino MF, Manguso F, Monetti VM, Orlando V, et al. Italian translation and cultural adaptation of the communication assessment tool in an outpatient surgical clinic. *BMC Health Serv Res*. 2016 Apr 29;16:163.
56. Kini V, Ho PM. Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. *JAMA*. 2018 Dec 18;320(23):2461–73.
57. Marengoni A, Monaco A, Costa E, Cherubini A, Prados-Torres A, Muth C, et al. Strategies to Improve Medication Adherence in Older Persons: Consensus Statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs Aging*. 2016 Sep;33(9):629–37.
58. Tan JP, Cheng KKF, Siah RCJ. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. *J Adv Nurs*. 2019 Nov;75(11):2478–94.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

59. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RCM, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012 Dec 4;157(11):785–95.
60. Putignano D, Orlando V, Monetti VM, Piccinocchi G, Musazzi UM, Piccinocchi R, et al. Fixed Versus Free Combinations Of Antihypertensive Drugs: Analyses Of Real-World Data Of Persistence With Therapy In Italy. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:1961–9.
61. Perrone V, Veronesi C, Gambera M, Nati G, Perone F, Tagliabue PF, et al. Treatment with Free Triple Combination Therapy of Atorvastatin, Perindopril, Amlodipine in Hypertensive Patients: A Real-World Population Study in Italy. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention.* 2019 Oct 28;26(5):399–404.
62. Degli Esposti E, Sturani A, Di Martino M, Falasca P, Novi M V, Baio G, et al. Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum Hypertens.* 2002 Jun 1;16(6):439–44.
63. Webster R, Rodgers A. Polypill: Progress and Challenges to Global Use--Update on the Trials and Policy Implementation. *Curr Cardiol Rep.* 2015 Dec;17(12):121.
64. Presley B, Groot W, Pavlova M. Pharmacy-led interventions to improve medication adherence among adults with diabetes: A

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

- systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2019 Sep;15(9):1057–67.
65. Hatah E, Braund R, Tordoff J, Duffull SB. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. *Br J Clin Pharmacol.* 2014 Jan;77(1):102–15.
66. Janjua S, Pike KC, Carr R, Coles A, Fortescue R, Batavia M. Interventions to improve adherence to pharmacological therapy for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Sep 8;9(9):CD013381.
67. Ruiz-Ramos J, Hernández MH, Juanes-Borrego AM, Milà R, Mangues-Bafalluy MA, Mestres C. The Impact of Pharmaceutical Care in Multidisciplinary Teams on Health Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Dec;22(12):2518–26.
68. Zuckerman IH, Sato M, Rattinger GB, Zacker C, Stuart B. Does an increase in non-antihypertensive pill burden reduce adherence with antihypertensive drug therapy? *Journal of Pharmaceutical Health Services Research.* 2012 Aug 5;3(3):135–9.
69. Benner JS, Chapman RH, Petrilla AA, Tang SSK, Rosenberg N, Schwartz JS. Association between prescription burden and medication adherence in patients initiating antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Am J Health Syst Pharm.* 2009 Aug 15;66(16):1471–7.

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

70. Laberge M, Sirois C, Lunghi C, Gaudreault M, Nakamura Y, Bolduc C, et al. Economic Evaluations of Interventions to Optimize Medication Use in Older Adults with Polypharmacy and Multimorbidity: A Systematic Review. *Clin Interv Aging*. 2021;16:767–79.
71. Hersberger KE, Boeni F, Arnet I. Dose-dispensing service as an intervention to improve adherence to polymedication. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2013 Jul;6(4):413–21.
72. Schwartz JK. Pillbox use, satisfaction, and effectiveness among persons with chronic health conditions. *Assist Technol*. 2017;29(4):181–7.
73. Stip E, Vincent PD, Sablier J, Guevremont C, Zhornitsky S, Tranulis C. A randomized controlled trial with a Canadian electronic pill dispenser used to measure and improve medication adherence in patients with schizophrenia. *Front Pharmacol*. 2013;4:100.
74. Kampmeijer R, Pavlova M, Tambor M, Golinowska S, Groot W. The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 5;16 Suppl 5(Suppl 5):290.
75. Zullig LL, Gellad WF, Moaddeb J, Crowley MJ, Shrank W, Granger BB, et al. Improving diabetes medication adherence: successful,

IL VALORE DELL'ADERENZA TERAPEUTICA NEI PROCESSI DECISIONALI

- scalable interventions. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:139–49.
76. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*. 2012 Mar;50(3):217–26.
77. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009 Aug 7;4:50.
78. Hafez G, Aarnio E, Mucherino S, Kamusheva M, Qvarnström M, Potočnjak I, et al. Barriers and Unmet Educational Needs Regarding Implementation of Medication Adherence Management Across Europe: Insights from COST Action ENABLE. *J Gen Intern Med*. 2024 Jun 28.
79. Kamusheva M, Aarnio E, Qvarnström M, Hafez G, Mucherino S, Potočnjak I, et al. Pan-European survey on medication adherence management by healthcare professionals. *Br J Clin Pharmacol*. 2024 Jul 27.



CRF

Centro Interdisciplinare di Ricerca
in Farmacologia e Farmacoterapia

LABORATORIO
HEALTH
CaRe

Progetto realizzato con
il contributo incondizionato di

SERVIER 
moved by you