

## I PERCORSI APPROPRIATI ASSISTENZIALI E TERAPEUTICI IN PREVENZIONE SECONDARIA

### Aderenza alla poli-terapia cronica nella prevenzione secondaria dell'infarto: il «*tradeoff*» tra ospedale e territorio

Mirko Di Martino

*Dipartimento di Epidemiologia  
del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio*

10 giugno 2022

### I trattamenti farmacologici nella prevenzione secondaria dell'infarto miocardico acuto

Le linee guida per la prevenzione secondaria dell'infarto miocardico acuto (IMA) raccomandano l'utilizzo congiunto e continuativo di quattro farmaci: antiaggreganti, betabloccanti, ACE-inibitori/sartani e statine.

Tuttavia, gli studi osservazionali riportano una **ridotta aderenza** alla poli-terapia cronica.

## Il trade-off tra cure primarie e cure secondarie

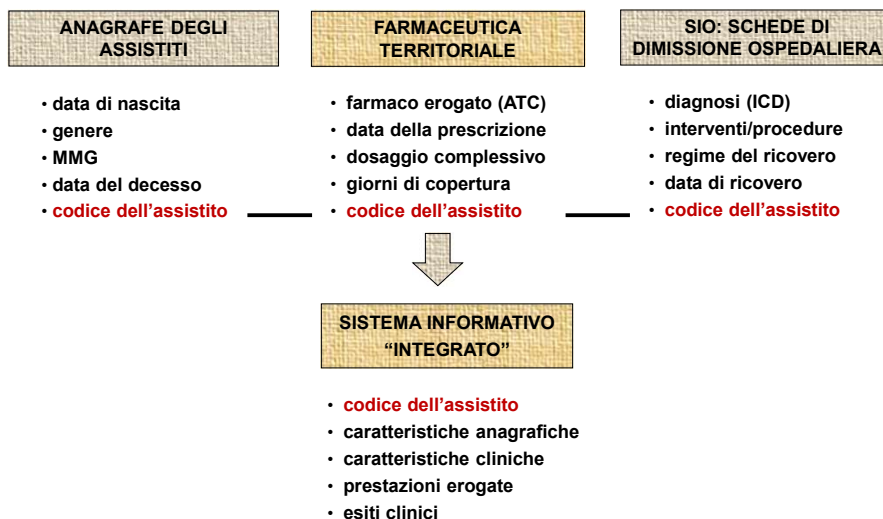
Dalle attuali evidenze scientifiche non è possibile **quantificare** quanta parte della "distanza dalle linee guida" è attribuibile al comportamento del paziente, ai *provider* delle **cure territoriali** (medico di medicina generale, distretto sanitario, azienda sanitaria locale) o all'**ospedale** che ha dimesso il paziente.

L'analisi di queste "componenti" può essere di aiuto per definire gli assi prioritari di intervento delle politiche sanitarie orientate al miglioramento dell'aderenza alle linee guida.

## Obiettivi

1. Misurare l'aderenza in pratica clinica alla poli-terapia cronica nei pazienti con pregresso infarto.
2. Identificare quale «livello assistenziale» (l'ospedale di dimissione, i provider del territorio) ha il maggiore impatto sull'aderenza al trattamento del paziente.

## I Sistemi informativi sanitari «correnti»



D/EP/Lazio

## Materiali e metodi

**Popolazione in studio.** Attraverso l'integrazione dei sistemi informativi sanitari della Regione Lazio è stata identificata una coorte di pazienti dimessi dall'ospedale con una **prima diagnosi** di IMA tra il 2014 e il 2017.

**Follow-up.** I pazienti sono stati seguiti per **due anni**, a partire dalla data della dimissione.

**Aderenza al trattamento.** Per ciascun paziente, l'aderenza alla politerapia cronica è stata definita come segue: *medication possession ratio*  $\geq 0.75$  per **almeno tre dei quattro "farmaci" evidence-based**, in accordo alle dosi definite giornaliere.

D/EP/Lazio

## Metodi: «componenti» e impatto sull'aderenza al trattamento

Le “componenti” sono state espresse attraverso una misura chiamata **odds ratio mediano** (MOR).

Questa misura quantifica la variabilità tra gruppi (MMG, Distretti, ASL, Ospedali).

È sempre maggiore o uguale ad 1.

- Se il MOR è uguale ad 1, non c'è variabilità tra i gruppi.
- Se c'è variabilità tra i gruppi, il MOR sarà elevato.

<i>Livelli del Sistema sanitario</i>	<i>Odds Ratio Mediano</i>
MMG	?
Distretto sanitario	?
ASL	?
Ospedale di dimissione	?

## Risultati



## Risultati: il sistema «gerarchico» e la popolazione in studio

**Il sistema sanitario «gerarchico».** Il Sistema sanitario regionale era composto da 9606 pazienti, 2156 MMG, 55 Distretti sanitari, 10 ASL e 93 ospedali di dimissione cross-classificati.

Circa il 68% dei pazienti era di genere maschile, l'età media era pari a  $67 \pm 13$  anni (uomini:  $64 \pm 12$ ; donne:  $72 \pm 12$ ).


Più del 55% dei pazienti presentava almeno una patologia concomitante.

## Risultati: la poli-terapia cronica è davvero efficace in pratica clinica?

Combinazioni terapeutiche	Mortalità			Re-infarto		
	OR *	IC 95%	P-value	OR *	IC 95%	P-value
No terapie EB	1.00	-	-	1.00	-	-
1 terapia EB	0.68	0.53 - 0.87	0.003	0.73	0.57 - 0.97	0.018
2 terapie EB	0.59	0.47 - 0.76	< 0.001	0.49	0.38 - 0.62	< 0.001
3 terapie EB	0.59	0.46 - 0.76	< 0.001	0.37	0.28 - 0.47	< 0.001
4 terapie EB	0.35	0.21 - 0.59	< 0.001	0.23	0.15 - 0.37	< 0.001

\* Gli odds ratio sono aggiustati per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.

## Risultati: aderenza alla poli-terapia (%)



Classi d'età	4/4	3/4	4/4 (DDD Betabloccante revisionate)	3/4 (DDD Betabloccante revisionate)
<b>Uomini</b>				
35-54	8.98	50.13	31.86	65.83
55-69	8.97	55.35	32.86	70.90
70-84	5.39	51.19	28.05	65.03
85+	1.15	28.41	11.55	39.49 ↓
<b>Totale uomini</b>	7.49	51.48	30.06	66.32
<b>Donne</b>				
35-54	8.33	42.24	26.15	56.90
55-69	8.60	50.38	30.21	62.33
70-84	5.74	46.32	25.75	60.09
85+	1.47	23.09	10.44	35.74 ↓
<b>Totale donne</b>	6.00	42.97	24.30	56.13
<b>Totale</b>				
35-54	8.88	48.91	30.98	64.45
55-69	8.89	54.19	32.24	68.90
70-84	5.54	49.15	27.09	62.96
85+	1.35	25.16	10.87	37.20
<b>Totale coorte</b>	7.01	48.76	28.23	<b>63.06</b>

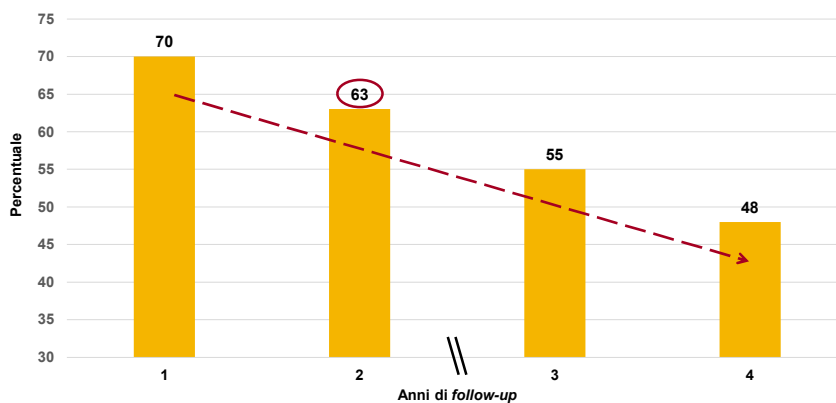
D/EP/Lazio

*Circa il 63% dei pazienti con pregresso infarto risultava aderente alla poli-terapia cronica.*

D/EP/Lazio

## Risultati: mantenere il paziente in trattamento

Proporzione di pazienti aderenti nel tempo di *follow-up* (esteso a quattro anni)



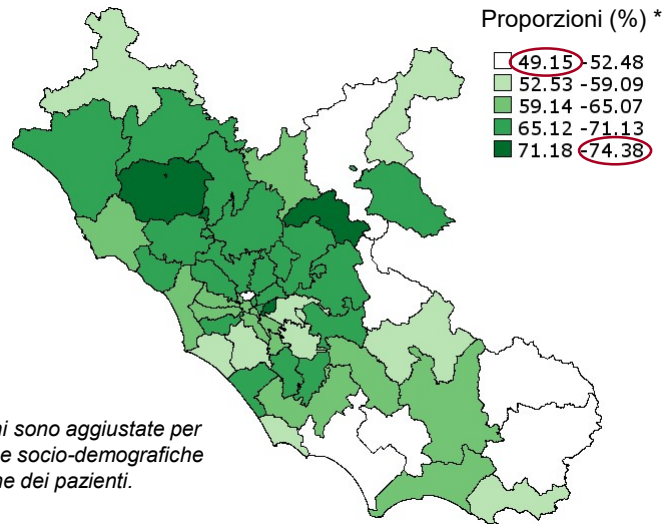
D/EP/Lazio

## Predittori di aderenza alla poli-terapia

Determinanti	Reference	Odds Ratio	P-value
Genere del paziente	(uomo)	0.81	0.000
Classi d'età	(35-54)	55-69 1.15	0.031
		70-84 0.99	0.904
		85+ 0.42	0.000
Reparto alla dimissione: cardiologia	(altri)	1.56	0.000
Durata del ricovero	(<=7 gg)	1.11	0.043
PTCA	(assenza)	2.60	0.000
Pregresso uso di betabloccanti	(assenza)	1.63	0.000
Pregresso uso di ACE-I/Sartani	(assenza)	1.87	0.000
Pregresso uso di statine	(assenza)	1.30	0.000
Pregresso uso di antiaggreganti	(assenza)	1.03	0.702
Tumori	(assenza)	0.85	0.062
Disordini del metabolismo lipidico	(assenza)	0.91	0.352
Malattie ematologiche	(assenza)	0.69	0.001
Scempenso cardiaco	(assenza)	0.89	0.115
Altre malattie cardiache	(assenza)	0.85	0.050
Aritmie	(assenza)	0.71	0.000
Malattie cerebrovascolari	(assenza)	0.87	0.102
Malattie vascolari	(assenza)	0.88	0.090
BPCO	(assenza)	0.71	0.001
Nefropatie croniche	(assenza)	0.83	0.074
Emorragia gastroesofagea	(assenza)	0.54	0.011
Genere del medico	(uomo)	1.01	0.923
Classi d'età del medico	(34-49)	50-54 0.99	0.853
		55-59 0.85	0.026
		60+ 0.86	0.074
Modello organizzativo	(singolo)	associazione 1.05	0.485
		rete 1.13	0.095
		gruppo 1.14	0.042

D/EP/Lazio

## Aderenza alla poli-terapia, per Distretto di assistenza



\* Le proporzioni sono aggiustate per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.

D/EP/Lazio

## A «chi» sono attribuibili queste differenze?

Livelli del Sistema sanitario	Median odds ratio (p-value)
MMG	1.06 $p = 0.458$
Distretto sanitario	1.24 $p < 0.001$
ASL	1.10 $p = 0.177$
Ospedale di dimissione	-

D/EP/Lazio

## Il trade-off tra ospedale e territorio

Livelli del Sistema sanitario	Median odds ratio (p-value)	
MMG	1.06 $p = 0.458$	1.05 $p = 0.485$
Distretto sanitario	1.24 $p < 0.001$	1.13 $p = 0.020$
ASL	1.10 $p = 0.177$	1.07 $p = 0.223$
Ospedale di dimissione	-	1.37 $p < 0.001$

D/EP/Lazio

## Una sintesi dei risultati principali

- La regione Lazio è caratterizzata da una ridotta aderenza alla poli-terapia cronica nella prevenzione secondaria dell'infarto e da un'elevata variabilità tra *provider* assistenziali.
- Lo studio evidenzia un «effetto sinergico» tra ospedale e territorio nel determinare i livelli di aderenza del paziente con pregresso infarto. Tuttavia, l'ospedale di dimissione ha un impatto sull'aderenza **maggiore** rispetto ai *provider* assistenziali del territorio.

D/EP/Lazio

## I possibili interventi negli "assi" prioritari del sistema

<b>Distretto</b>	Organizzare corsi di "condivisione" in medicina generale, centrando la discussione sulle più recenti linee guida.
	Incentivare le forme di associazionismo in medicina generale, al fine di migliorare la continuità dell'assistenza.
	Migliorare tutti gli aspetti (culturali, organizzativi, informatici) legati all' <u>integrazione</u> tra medici di medicina generale e medici specialisti.
<b>Ospedale</b>	Migliorare i processi organizzativi all'interno degli ospedali, con l'obiettivo di dimettere il paziente da reparti specialistici; redigere una lettera di dimissione accurata e completa; programmare le visite successive per il monitoraggio del paziente, con particolare attenzione alle prime fasi della transizione dall'ospedale al territorio.

D/EP/Lazio

**Mirko Di Martino**  
U.O.C. Epidemiologia Valutativa  
Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R.  
Regione Lazio - ASL Roma 1

[m.dimartino@deplazio.it](mailto:m.dimartino@deplazio.it)

D/EP/Lazio