

2 mostra la persistenza in trattamento con broncodilatatori a lunga durata d'azione nei due anni che seguono un ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata. L'analisi è riferita ai soggetti avviati al trattamento nel primo semestre dopo l'evento acuto. In questo caso, la "velocità" è molto variabile durante il periodo di osservazione. Dopo un brusco declino iniziale tra il primo e il secondo semestre, le riduzioni si attenuano fino a raggiungere una percentuale del 52 per cento. Dopo due anni di osservazione, solo 52 pazienti su 100 erano ancora in trattamento con broncodilatatori.

Alla ricerca della soluzione

Nel giro di pochi anni dall'evento acuto, sia esso cardiovascolare o respiratorio, gli effetti protettivi del trattamento svaniscono. Ciò determina un aumento degli accessi in pronto soccorso, delle ospedalizzazioni e dei costi sostenuti dal sistema sanitario che, anche a causa di questo fenomeno, vede minata la sua sostenibilità. Purtroppo non esistono ancora soluzioni definitive per contrastare questo problema.

Tuttavia, è opinione ormai diffusa e, in buona parte, supportata da evidenze scientifiche che per mantenere il paziente in trattamento e attenuare il declino dell'aderenza sia necessario implementare nuovi modelli per la presa in carico della cronicità, orientati alla responsabilizzazione del paziente e alla collaborazione tra discipline e figure professionali differenti, come medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri e farmacisti di comunità^{5,7,8}. ■

Per attenuare il declino dell'aderenza servono nuovi modelli orientati alla responsabilizzazione del paziente e alla collaborazione tra operatori sanitari.

1. World health organization. Non-communicable diseases country profiles, 2011. (<http://www.who.int/...>).
2. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: who cares? *Mayo Clin Proc* 2011;86:304-14.
3. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World health organization, 2003.
4. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.
5. Di Martino M, Alagna M, Cappai G, et al. Adherence to evidence-based drug therapies after myocardial infarction: is geographic variation related to hospital of discharge or primary care providers? A cross-classified multilevel design. *BMJ Open* 2016;6:e010926.
6. Volpe M, Degli Esposti L, Romeo F, et al. Il ruolo dell'aderenza al trattamento farmacologico nella terapia cronica delle malattie cardiovascolari: documento inter-societario di consenso. *G Ital Cardiol* 2014;15: 35-105.
7. Manfrin A, Tinelli M, Thomas T, Kraska J. A cluster randomised control trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of the Italian medicines use review (I-Mur) for asthma patients. *BMC Health Services Research* 2017;17:300.
8. Schneider MP, Celio J, van Camp Y, Cavassini M. Interventions to improve adherence to drug treatment. In: *Drug Utilization Research. Methods and Applications*. Singapore: Wiley Blackwell, 2016.

La rapidità per la migliore qualità di cura

Se e come è misurabile la capacità di erogare tempestivamente le cure sanitarie

Il fondamento degli interventi sanitari effettuati in condizioni di emergenza/urgenza è la tempestività, fornendo la migliore qualità di cura nel minor tempo possibile.

Nel caso degli infarti con soprasslivellamento del tratto ST, l'aforisma "il tempo è muscolo e vita" fa capire quanto un intervento di riperfusione tempestivo, idealmente eseguito entro 90 minuti, possa salvare la vita del paziente e risparmiare cellule miocardiche, garantendo al paziente un recupero quanto più completo possibile. Anche nel caso delle fratture del collo del femore nei pazienti anziani la tempestività riveste un ruolo fondamentale. Seppure cambia il tempo di intervento e si ragiona in ore anziché in minuti, trattare la frattura entro 48 ore riduce il rischio che il paziente possa andare incontro a complicanze e ne aumenta la capacità di ripresa funzionale.

Nella Regione Lazio, il Programma regionale di valutazione degli esiti (Prevale) valuta sistematicamente la capacità del sistema sanitario regionale di fornire risposte tempestive ai pazienti con infarto con soprasslivellamento del tratto ST o con frattura del collo del femore, descrivendo una situazione in netto miglioramento negli ultimi otto anni. Infatti, sono nettamente aumentate le proporzioni di pazienti trattati entro le soglie che garantiscono i migliori esiti delle cure. I pazienti infartuati riperfusi entro 90 minuti sono passati dal 21 per cento del 2010 al 51 per cento del 2017, mentre i pazienti con frattura del femore operati entro 48 ore sono passati dal 16 per cento al 47 per cento.

È tuttavia necessario riflettere su quanto tali misure siano in grado di descrivere la tempestività dei trattamenti erogati. Nelle nuove linee guida della Società europea di cardiologia¹ la tempestività non viene più misurata a partire dall'accesso in ospedale, così come calcolata nel Prevale, ma dal momento in cui viene effettuata la diagnosi di infarto con soprasslivellamento del tratto ST attraverso un elettrocardiogramma, e il tempo massimo di attesa è definito non più sui 90 minuti bensì sui 120 minuti.

Questo permette una più corretta definizione clinica della misura, che però – da un punto di vista pratico – diventa molto più difficile da "misurare" in quanto le informazioni necessarie per il calcolo non sono ancora disponibili nei sistemi informativi correnti. Inoltre, pur potendo tener conto dei tempi di trasferimento dopo il primo contatto con il servizio sanitario, non è possibile calcolare il tempo impiegato per arrivare a quel contatto. Un recente studio² ha mostrato come anche in caso di riperfusione tem-



Daniilo Fusco



Luigi Pinnarelli

Dipartimento di epidemiologia
Servizio sanitario regionale del Lazio
Asl Roma 1

Sarebbe auspicabile che la capacità di misurare mutasse alla stessa velocità della realtà che deve misurare.

pesta la mortalità a 30 giorni fosse più elevata per i pazienti che impiegavano più tempo per il primo contatto medico.

Analogamente anche per il femore potrebbe esserci un problema dello stesso tipo e una tempestività calcolata a 24/48 ore o "entro il giorno dopo", così come raccomandato dalle linee guida del Nice³, potrebbe portare a risultati completamente diversi.

Sarebbe auspicabile che la capacità di misurare mutasse alla stessa velocità della realtà che deve misurare, ma allo stato attuale possiamo "accontentarci" della visione di Galileo che circa quattrocento anni fa suggeriva: "Misura ciò che è misurabile, e rendi misurabile ciò che non lo è". ■

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 Esc guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2018; 39:119-77.
2. Di Domenicantonio R, Cappai G, Sciatella P, et al. The tradeoff between travel time from home to hospital and door to balloon time in determining mortality among STEMI patients undergoing PCI. *PLoS One* 2016;11:e0158336.
3. National clinical guideline centre. The management of hip fracture in adults 2011. NICE Clinical guideline [CG124] – last update 2017.