

**Sintesi delle Conclusioni dei lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali**

**IV Congresso Nazionale**  
**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE**  
**PER IL DIRITTO ALLA SALUTE**

**RIMINI, 20-22 NOVEMBRE 2015**

Presidente Onorario del Congresso

**Beatrice Lorenzin**

Presidente del Congresso

**Sergio Pecorelli**

Presidente Nazionale Senior Italia FederAnziani

**Roberto Messina**

Presidente della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

**Giuseppe Pozzi**

**SENIOR ITALIA**  
FEDERANZIANI

# IV Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute



ЕВРОПЕЙСКИ ПАРЛАМЕНТ    PARLAMENTO EUROPEO    EVROPSKÝ PARLAMENT    EUROPA-PARLAMENTET  
EUROPÄISCHES PARLAMENT    EUROOPA PARLAMENT    ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ    EUROPEAN PARLIAMENT  
PARLEMENT EUROPÉEN    PARLAIMINT NA HEORPA    PARLAMENTO EUROPEO    EIROPAS PARLaments  
EUROPOS PARLAMENTAS    EURÓPAI PARLAMENT    IL-PARLAMENT EWROPEW    EUROPEES PARLEMENT  
PARLAMENT EUROPEJSKI    PARLAMENTO EUROPEU    PARLAMENTUL EUROPEAN  
EUROPÝSKÝ PARLAMENT    EVROPSKI PARLAMENT    EUROOPAN PARLAMENTTI    EUROPARLAMENTET

The President

Mr Roberto Messina  
National President of FederAnziani Senior Italia  
Mr Giuseppe Pozzi  
President of the Court of Justice for Health Rights  
Via Orazio, 10  
00193 Rome  
ITALY

D 318285 30.10.2015

Dear Mr Messina, dear Mr Pozzi,

Thank you for your letter of 7 October 2015 seeking the patronage of the European Parliament for the 4th National Congress of the Court of Justice for Health Rights that is to be held in Rimini from 20 to 22 November 2015.

I am pleased to see that, once again, your congress will gather patients, physicians and experts in many related fields, to discuss, identify and evaluate various health issues from a European perspective and, ultimately, propose concrete solutions. As you are aware, the European Parliament, through its legislative work, constantly calls for the social inclusion, active participation and the well-being of all generations<sup>1</sup>, paying particular attention to the most vulnerable groups – children, the elderly and disabled citizens – and calling on the Member States to ensure all its citizens affordable, accessible and non-discriminatory health care and to prioritise prevention in their health care policies.

Given the clear European dimension of your initiative, it is with great pleasure that I grant your event the European Parliament's patronage<sup>2</sup>.

As for your kind invitation to be a key note speaker and a guest of honour on 21 November 2015, I regret to inform you that, unfortunately, owing to a prior engagement and a large number of requests, I will be unable to attend in person or to record a personal video message for the Congress.

I hope you will accept my best wishes for the Congress, which I am sure will be a great success.

Yours sincerely,

**Martin Schulz**

<sup>1</sup> European Parliament resolution of 9 September 2015 on the Report on the implementation, results and overall assessment of the 2012 European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2014/2255(INI)).

<sup>2</sup> Events receiving patronage should highlight this fact in any communications and publicity, using the wording 'under the patronage of the European Parliament' and the European Parliament logo. The terms of use, Parliament's Graphics Guide and Parliament's logo are available from the Visual Identity Service, Directorate-General for Communication (IVIP@ep.europa.eu) or from the European Parliament's Download Centre at <http://www.europarl.europa.eu/downloadcentre/en>. Please note that communications concerning the event, including web content, should clearly distinguish the Parliament's role as an institutional partner providing moral support from any providers of financial support.

For more information, see [www.europarl.europa.eu/patronage](http://www.europarl.europa.eu/patronage).

## IV Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

---

Il Congresso di Senior Italia FederAnziani è un importante momento di incontro tra tutti gli attori del mondo sanitario: istituzioni, pazienti, società scientifiche, medici, farmacisti, coinvolti in un dialogo finalizzato, da un lato, a rendere più forte ed efficiente il Servizio Sanitario Nazionale e, dall'altro, ad aprire una riflessione a 360 gradi sul mondo della terza età, con le sue potenzialità da valorizzare e sostenere; e le criticità da affrontare e superare.

Federanziani è uno dei luoghi dove anziani, appartenenti al mondo medico scientifico e istituzioni dialogano insieme, realizzando un modello che consente alle decisioni delle Istituzioni di essere ancora più rispondenti ai bisogni espressi dai pazienti ed elaborati dalla comunità scientifica. Gli anziani sono parte integrante della nostra società, sono la nostra memoria viva e sono stati il grande punto di forza del nostro sistema sociale accompagnando la famiglia a superare questi anni di crisi economica, che abbiamo attraversato, e che gli indicatori ci dicono che possiamo finalmente abbandonare.

Nei prossimi anni si prevede un innalzamento dell'età media e un incremento della popolazione mondiale. Si stima, infatti, che nel 2050 il numero delle persone di età superiore ai 60 anni sarà globalmente intorno ai 2 miliardi. Le modifiche demografiche incidono nel determinare i bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di malattie legate all'invecchiamento e alle condizioni socio-economiche. Di conseguenza il Sistema Sanitario deve favorire l'integrazione tra i momenti preventivi e di cura da una parte, e i bisogni socio-sanitari dall'altra; e deve rispondere in maniera adeguata a questi mutamenti, considerando che la persona anziana è una persona con esigenze differenti e il suo stato funzionale è il frutto dell'interazione tra la sua condizione clinica e la situazione sociale, ambientale, neuropsicologica ed economica. In questo contesto la sfida che tutti i servizi sanitari del mondo si trovano a dover affrontare per garantire la sostenibilità del sistema alle future generazioni è grande ed è quella di non fare ammalare i sani, di cercare di far arrivare le persone alla terza, alla quarta età, più in salute possibile.

Oggi sappiamo che un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori e che la prevenzione primaria con l'adozione di corretti stili di vita, cioè promozione dell'attività fisica, dieta equilibrata, abolizione del fumo, ridotto consumo di alcol e vaccinazioni, è fondamentale sia per favorire l'invecchiamento attivo che per assicurare la conservazione di capacità funzionali che consentono alle persone anziane una vita autonoma e priva di disabilità. Per questo motivo la diffusione di stili di vita sani rappresenta uno dei pilastri della politica sanitaria dei prossimi anni. Accanto alla prevenzione primaria è altrettanto importante l'individuazione e il trattamento precoce di malattie frequentemente diffuse nell'anziano come le malattie neurodegenerative, il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, i tumori.

Tale visione mira anche a trasformare la sfida dell'invecchiamento attivo in una opportunità, attraverso un approccio positivo centrato sulle potenzialità dell'anziano, ottimizzando le possibilità di favorire la partecipazione e tutelando la salute e la sicurezza. È necessario, pertanto, valorizzare il contributo che gli anziani possono dare alla società, permettere a uomini e donne di mantenersi in buona salute e di condurre una vita attiva e indipendente il più a lungo possibile. Perché questo accada la cultura della prevenzione deve entrare a far parte di noi, deve guidare i nostri comportamenti quotidiani ed il nostro stile di vita.

*Il Ministro della Salute*  
**Beatrice Lorenzin**

## IV Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

---

La Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute è una piattaforma tecnico-scientifica che promuove e coordina un'attività sinergica, condivisa e concreta tra tutti gli attori del Servizio Sanitario Nazionale.

Pazienti, medici di medicina generale, specialisti, società medico-scientifiche nazionali ed internazionali, il mondo delle farmacie dei servizi, le università e la ricerca scientifica, esponenti della giurisprudenza e dell'economia sanitaria, decisori politici e le istituzioni affrontano un percorso comune di valutazione delle criticità del Servizio Sanitario Nazionale con l'elaborazione di soluzioni concrete e sostenibili. L'obiettivo primario è di promuovere l'evoluzione del SSN con politiche sanitarie volte ad un sistema universalistico concretamente equo, omogeneo e sostenibile a tutela di tutti, nel rispetto del diritto alla salute.

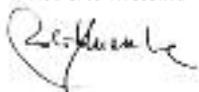
I tavoli di lavoro sono composti da esponenti eccellenti nella sanità riuniti in Commissioni Tecniche Nazionali monotematiche. I lavori conducono all'elaborazione di documenti in grado di contribuire alla definizione di un modello avanzato di Sistema Sanitario che promuova corretti stili di vita, la centralità della prevenzione, sistemi di cura evoluti, dal territorio al ricovero ospedaliero, nuovi PDTA e la piena presa in carico del paziente portatore di cronicità e non autosufficiente.

Il presente volume racchiude una sintesi delle conclusioni dei lavori delle Commissioni Tecniche attive nel IV Congresso Nazionale, svoltosi a Rimini dal 20 al 22 novembre 2015. Tali documenti sono stati approvati dai 6.000 delegati Senior Italia FederAnziani riunitisi nell'Assemblea del 22 novembre in rappresentanza degli oltre 3,5 milioni di aderenti della federazione.

Auspichiamo che il risultato di tali lavori possa rappresentare un utile strumento per le Istituzioni e per tutti gli attori del mondo della Sanità.

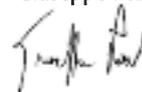
*Il Presidente Nazionale  
Senior Italia FederAnziani*

**Roberto Messina**



*Il Presidente della Corte di Giustizia Popolare  
per il Diritto alla Salute*

**Giuseppe Pozzi**





## Sotto l'Alto Patrocinio del Parlamento Europeo

### Con il patrocinio di



Senato della Repubblica  
Camera dei Deputati  
Presidenza del Consiglio dei Ministri

*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*



*Ministero della Giustizia*

Ministero della Difesa  
Ministero della Giustizia



*Ministero della Salute*

Ministero dell'Interno  
Ministero della Salute

*Ministro per la Semplificazione  
e la Pubblica Amministrazione*



Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione  
Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome



Regione Autonoma Valle d'Aosta

Regione Piemonte



Regione Lombardia

Regione Veneto



Regione Umbria

Regione Campania



Regione Puglia

Regione Basilicata



REGIONE BASILICATA

Regione Abruzzo



Comune di Rimini



Agenas

AIFA

*Istituto Superiore  
di Sanità*

Istituto Superiore di Sanità

## Con il patrocinio di



ANCI

Federsanità-ANCI



IRCCS Neuromed Istituto Neurologico Mediterraneo

Università degli Studi dell'Insubria



Università degli Studi di Brescia

Università degli Studi di Catania



Università degli Studi di Ferrara

Università degli Studi di Foggia



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

Università degli Studi di Genova

Università degli Studi di Messina



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

Università degli Studi di Parma

Università degli Studi di Roma La Sapienza

Università degli Studi Roma Tre

Università degli Studi di Trieste



Università degli Studi di Verona



# Partner della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute



FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale



ACIT - Associazione Chirurgica Italiana Tecnologica

ACOI - Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani

ADI - Associazione Dietetica Italiana



AIAC - Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmo

AID - Associazione Italiana Diabetici



AIMAR - Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

AIMO - Associazione Italiana Medici Oculisti



AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

AISCUP - Associazione Italiana per lo Studio e la Cura del Paziente Oncologico



Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico

AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico



AMEC - Associazione per la terapia delle malattie Metaboliche e Cardiovascolari

ANMVI - Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani



ASON - Associazione Specialisti Osteoarticolari Nazionale

CIC - Collegio Italiano dei Chirurghi



Consorzio Mario Negri Sud

CSRO - Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano



European Network of Social Authorities

ENSA - European Network of Social Authorities

ERS - European Respiratory Society



ESPT - European Society of Pharmacogenomics and Theranostics

ESVS - European Society for Vascular Surgery



FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti

Farmindustria



Federfarma

Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti



Italian Barometer Diabetes Observatory

IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia



ISHAWs - Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Surgery

METIS - Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale

NOPAIN Onlus

# Partner della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

		Ordine Nazionale dei Biologi
		Pain Alliance Europe
		SIAF - Società Italiana di Audiologia e Foniatria
		SIAMS - Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità
		SIC - Società Italiana di Cardiologia
		SIC - Società Italiana di Chirurgia
		SICG - Società Italiana di Chirurgia Geriatrica
		SICOOP - Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata
		SICVE - Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
		SID - Società Italiana di Diabetologia
		SIE - Società Italiana di Endocrinologia
		SIEMG - Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale
		SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
		SIA - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
		SIMEP - Società Italiana Medicina Personalizzata
		SIMER - Società Italiana di Medicina Respiratoria
		SIMFER - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
		SIMI - Società Italiana di Medicina Interna
		SIMPesV - Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita
		SIMPIOS - Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie
		SIN - Società Italiana di Nefrologia
		SINCH - Società Italiana di Neurochirurgia
		SINPE - Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo
		SINPF - Società Italiana di Neuropsicofarmacologia
		SIO - Società Italiana dell'Obesità
		SIO - Società Italiana di Implantologia Osteointegrata
		SIP - Società Italiana di Psichiatria
		SIR - Società Italiana di Reumatologia
		SIRM - Società Italiana di Radiologia Medica
		SIU - Società Italiana di Urologia
		UHCE - Urban Health Centers Europe
		Funded by the European Union, under the Health Programme 2008-2013

## **Sintesi delle Conclusioni dei Lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali dei Dipartimenti:**

Cardiocircolatorio, Ipertensione e Aritmia

Dermatologia

Dolore

Ematologia

Endocrinologia

Incontinenza

Medical Device in Chirurgia

Medicina Generale e Territorio

Metabolismo e Diabete

Nutrizione

Oftalmologia

Oncologia

Osteoarticolare

Pet Therapy

Psichiatria

Respiratorio

Urologia

---

# Dipartimento CARDIOCIRCOLATORIO, IPERTENSIONE e ARITMIA

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Cardiocircolatorio ha iniziato i lavori sulla base di quanto emerso durante il Punto Insieme Sanità dello scorso 25 marzo, dove si è discusso delle determinanti che sottendono l'aderenza alla terapia, e di come questa sia un punto cardine su cui lavorare per un sistema sanitario evoluto e sostenibile. Durante la discussione, tra i vari argomenti si è parlato quindi di aderenza alla terapia, dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO).

È noto come, ad una elevata aderenza terapeutica, sia collegata una maggior spesa in farmaci con minor costi complessivi per il SSN:

Livello di Aderenza	alta	Intermedia	Bassa
Farmaci	1,28	1,23	0,33
Costi per SSN	2,82	6,50	6,98
Costi totali	4,10	7,73	7,31

In sintesi, la Commissione Tecnica ha affermato quanto segue:

### Aderenza alla terapia

- Nelle patologie croniche la scarsa aderenza è la prima causa dell'insuccesso terapeutico
- Nelle patologie cardiovascolari l'aderenza è strettamente legata alla riduzione degli eventi cardiovascolari
- Per aumentare l'aderenza è necessario:
  - Migliorare la relazione medico/paziente soprattutto per le patologie come l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia
  - Migliorare la condivisione delle informazioni cliniche fra le varie figure professionali (fascicolo elettronico)
  - Evitare lo "zapping" terapeutico: è fonte di confusione per il paziente e origina il "bio creep"
  - Semplificare il più possibile gli schemi terapeutici: il numero di farmaci e il numero di somministrazioni incidono in modo inversamente proporzionale l'aderenza (applicare i principi della de-prescription nelle politerapie e incoraggiare l'utilizzo delle combinazioni fisse)

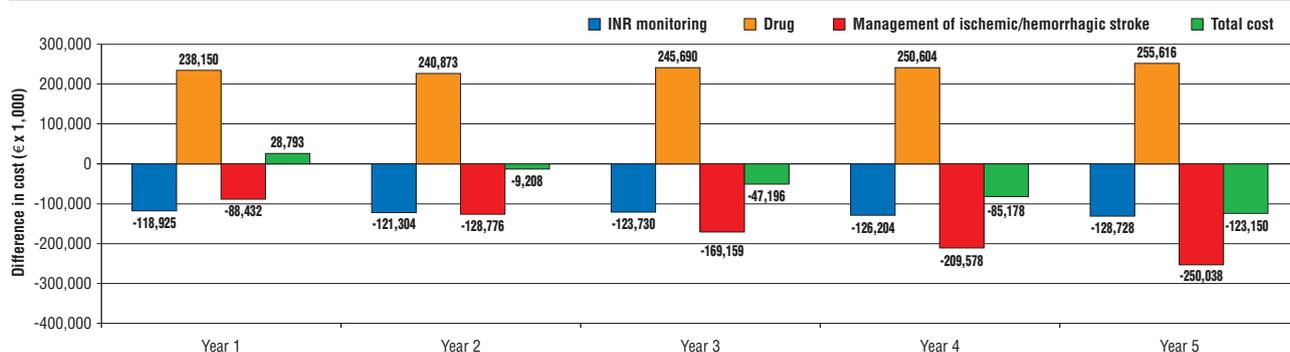
### NAO

Proprietà	Warfarin	NAO
Insorgenza effetto	Lento	Rapido
Eliminazione effetto	Lento	Rapido
Dosaggio	Variabile	Fisso
Effetto cibo	Si	No
Interazioni	Molte	Poche
Monitoraggio	Si	No

### Risultati clinici dei NAO

- Rispetto a AVK riducono:
- stroke o embolia sistemica del 19%
  - stroke emorragico del 51%
  - mortalità del 10%

### Budget impact per i NAO nel SSN Italiano



- Proposte operative per favorire l'utilizzo dei NAO:**
- eliminare piano terapeutico (prescrizione ai MMG)
  - superare la "silomentalità" applicando l'HTA

# Dipartimento DERMATOLOGIA

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Dermatologia inizia i lavori prendendo in esame quanto emerso durante il Punto Insieme Sanità dello scorso 25 marzo: linee guida da attivare per minimizzare il rischio di insorgenza di dermatiti associate all'incontinenza (IAD) e ulcere da pressione, definizione dei principi di best practice nel preservare la salute della cute fragile.

- Nel determinismo dei fattori di rischio si è già affermato che le IAD rappresentano causa di perdita di qualità della vita, di costi economici sostenuti dai cittadini e di aumento del rischio di sviluppare ulcere da decubito nei pazienti fragili.
- Per la salvaguardia della cute, gli studi clinici hanno evidenziato la disponibilità di alcuni prodotti che hanno la funzione di ripristinare la barriera cutanea e proteggerla.
- Valutando i LEA, si osserva che questo tipo di prodotti sono assenti dalla rimborsabilità per cui si chiede che, come nei pazienti stomizzati, i prodotti per la prevenzione siano associati ai prodotti assorbenti che già sono rimborsati.
- In Italia, il valore del mercato dei prodotti per il ripristino della barriera cutanea relativi ai protettivi cutanei (creme barriera ed ossido di zinco) ammonta a €33,3 Mio (di cui il 60% spesi per pazienti anziani) a carico degli utilizzatori, ma la maggior parte dei cittadini (2/3) non si può permettere l'acquisto dei prodotti per la prevenzione. Pertanto i pazienti, non utilizzando i prodotti, sono sottoposti ad aumento del rischio di gravi lesioni cutanee (per esempio piaghe da decubito nel paziente fragile) i cui costi gravano poi sulle tasche dei contribuenti.
- Secondo dati AISLEC 2015 la prevalenza su 4.853 pazienti istituzionalizzati mostrano che il 20,6% degli incontinenti (qualsiasi incontinenza) sviluppano arrossamenti, mentre in media il 10% sviluppano soluzioni di continuo o erosioni (rispettivamente 12,8% e 7,2%). Applicando queste percentuali ad altri dati di letteratura emerge come la semplice prevenzione delle IAD possa far risparmiare 3,3 milioni di euro per le IAD di primo livello e 155,5 milioni di euro per le IAD di secondo livello.

	I Livello	II Livello
	Arrossamenti	Soluzione di continuo + Erosione
Popolazione >18 Italia	50.699.447	50.699.447
% Prevalenza Media IU	11,6	11,6
Prevalenza IU in Val. Ass.	6.068.857	6.068.857
% Pazienti che usano pannoloni	50%	50%
Prevalenza utilizzatori pannoloni in valore assoluto	3.034.429	3.034.429
% Prevalenza IAD	20,6%	10,0%
Prevalenza IAD valore assoluto	625.092	303.443
Costo medio per guarire una IAD	€ 17,71	€ 1.709
Costo totale per guarire tutte le IAD	€ 11.070.384,74	€ 518.583.859
% IAD prevenibili	70%	70%
N. IAD effettive	187.528	91.033
Risparmio	€ 7.749.269	€ 363.008.701
Costo ipotetico effettivo	€ 3.321.115	€ 155.575.157

Il tavolo ritiene inoltre necessario che la qualità dei prodotti per l'incontinenza (presidi assorbenti e protettivi) sia salvaguardata, ovvero che le gare di appalto siano basate prevalentemente su criteri di oggettiva qualità e non solo sul prezzo. Devono essere a base di film barriera (terpolimeri acrilici e dimeticone), che hanno dimostrato superiorità in termini di costo/efficacia da studi clinici ben condotti.

### Costo per Incontinenti in \$

Applicazioni	Film barriera	Costo del lavoro
1 volta al di	431.950.921	232.588.958
3 volte a sett.	188.286.299	99.680.982
	Protettivo cutaneo (crema)	Costo del lavoro
Protettivo 1	808.523.519	708.842.538
Protettivo 2	841.750.513	708.842.538

Come dimostra la tabella, il costo del lavoro è significativamente superiore nel caso del protettivo cutaneo, in quanto lo stesso prodotto deve essere applicato ad ogni evento di incontinenza.

Pertanto, la Commissione Tecnica Dermatologia chiede che il rimborso del film protettivo sia a carico del Sistema Sanitario, per garantire al cittadino la migliore appropriatezza, le cure adeguate e quindi la migliore qualità di vita. Una vera appropriatezza consente di ridurre i costi garantendo la massima efficacia.

Minori costi consentono di attingere di meno alle tasche dei contribuenti e di erogare i dispositivi un modo uniforme durante l'anno.

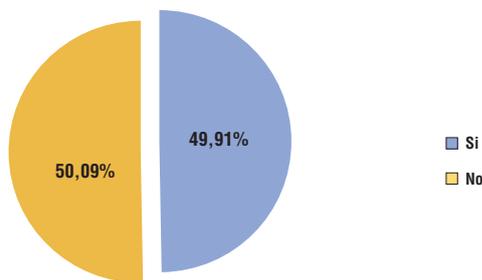
# Dipartimento DOLORE

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Dolore ha iniziato i lavori partendo da quanto emerso durante il Punto Insieme Sanità dello scorso 25 marzo; ha cercato di inquadrare le problematiche connesse al dolore cronico non oncologico con una visione sui Paesi dell'Unione Europea stimandone l'impatto economico-sanitario negli >65; ha focalizzato inoltre l'attenzione sulle principali criticità presenti in Italia nello sviluppo ed attuazione della Legge 38/10 e sulla predisposizione di centri antalgici denominati Hub e Spoke.

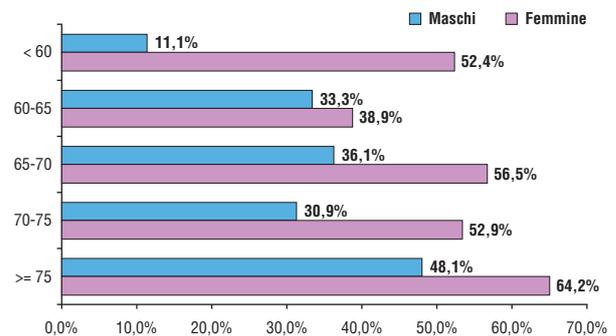
Nello specifico, la Commissione ha discusso i dati emersi dai Registri della Salute raccolti ed elaborati da Senior Italia FederAnziani.

### Soffre di dolore cronico?

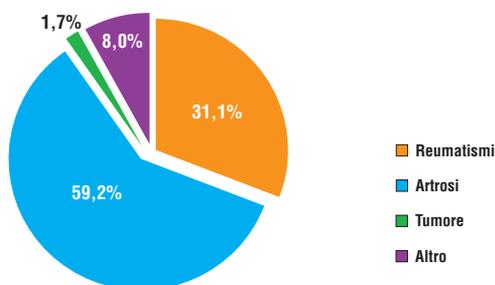


Campione 5.831: Maschi 2.191; Femmine 3.640

### Soffre di dolore cronico per sesso e classi d'età



### Dolore cronico, per quale patologia?

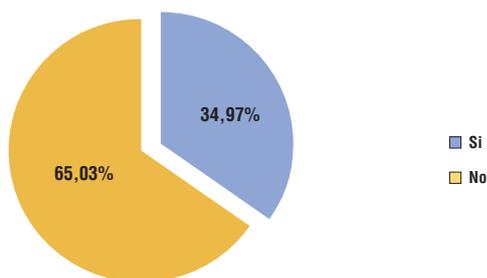


Campione 5.831: Maschi 2.191; Femmine 3.640

Soffre di dolore cronico il 39% del campione Maschile contro il 56% di quello Femminile

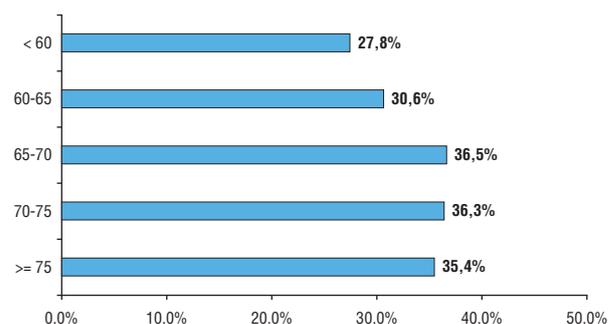
Il campione analizzato soffre di dolore cronico mediamente da 13,4 anni

### È soddisfatto della cura del suo dolore?

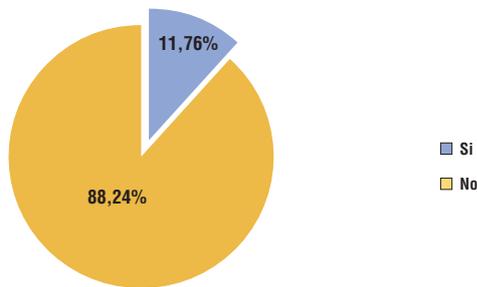


Campione 3.836: Maschi 1.381; Femmine 2.485

### Soddisfazione cura del dolore per classi d'età

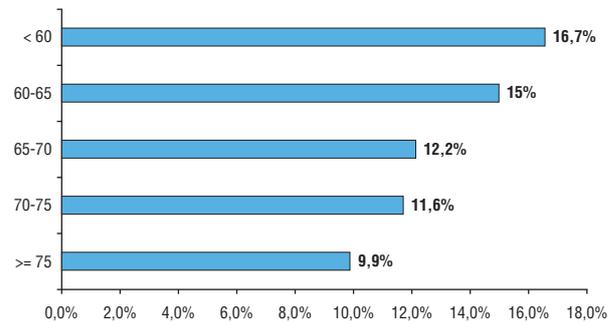


## Conosce i Centri specialistici regionali per la terapia del dolore?



Campione 4.086: Maschi 1.412; Femmine 2.674

## Terapia del dolore, conoscenza dei Centri specialistici regionali per classi d'età



In seguito alla discussione dei dati, la Commissione ha evidenziato differenti criticità e necessità.

In Italia la risposta al bisogno di salute proveniente dalla persona affetta da dolore è purtroppo ancora disomogenea con variazioni significative da Regione a Regione. Le reti regionali di terapia del dolore da sole non sono sufficienti a garantire la capillarità del servizio ed un'ideale assistenza al domicilio del paziente.

In questo contesto è evidente l'esigenza prioritaria di percorsi strutturati e condivisi tra specialisti e MMG e la realizzazione in tutte le Regioni delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali). Inoltre, come previsto dalla legge 38, occorre proseguire in ogni Regione la formazione continua dei MMG e identificare un MMG esperto in ogni unità operativa territoriale.

Occorre essere certi che a capo di una Struttura Complessa di Terapia del Dolore ci sia un terapeuta del dolore: a tal fine per la composizione delle commissioni concorsuali di Strutture Complesse di Terapia del Dolore a direzione ospedaliera è di assoluta rilevanza l'identificazione di algologi riconosciuti dalle Regioni di appartenenza per attività prestata ai cittadini e istituzionalizzati affinché sostituiscano anestesisti - rianimatori senza maturata competenza in algologia.

È prioritario il ripristino del codice di branca 84, per l'autonomia della disciplina e lo sviluppo di linee guida univoche nelle Regioni, finalizzate ad una più attenta programmazione delle risorse da destinare alle corrette procedure antalgiche stabilite dagli step procedurali dei PTDA, condizioni necessarie per una corretta compilazione delle SDO negli Hub di Algologia a direzione ospedaliera.

È opportuna la stesura di un documento nazionale (vedi delibera 4610/2012 della Regione Lombardia) che elenchi tutte le procedure proprie di un Centro di Terapia del Dolore.

Per tali criticità e necessità le proposte operative identificate dal dipartimento possono essere riassunte nelle seguenti:

Verifica e monitoraggio dell'attuazione della legge 38/2010:

- Adozione nazionale del modello operativo della Regione Piemonte DD 156 del 7 marzo 2013 relativa ai requisiti minimi di Hub e Spoke che ha consentito il riordino della rete ospedaliera e territoriale secondo criteri di efficienza ed efficacia;
- Monitoraggio e verifica da parte dei Direttori Sanità di ogni Regione dell'aderenza ai requisiti di accreditamento dei centri istituzionalizzati come Hub e Spoke;
- Adozione nazionale del PTDA sul Low Back Pain della Regione Piemonte, primo atto ufficiale realizzato con Senior Italia FederAnziani.

Individuazione di un percorso agevolato nella rete di terapia del dolore per i pazienti fragili (65+):

- Attivazione di uno strumento, riservato ai MMG, per teleconsulto con i centri Hub e Spoke;
- Apertura di uno 'Sportello Anziano' nelle A.O.U., A.O., A.S.L., IRCC di ogni Regione;
- Campagna di comunicazione nazionale "L'anziano e il dolore".

Condivisione e recepimento della "Carta Europea dei Diritti dei Cittadini Over 65 con Dolore Cronico" a livello nazionale e regionale. Valutazione della possibilità di rappresentare "Senior Italia" nelle varie Commissioni regionali con uno specialista del settore come parte attiva.

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Ematologia ha analizzato alcune problematiche legate al mondo dell'ematologia e le principali criticità nel trattamento del linfoma Non Hodgkin, come la costante innovazione tecnologica, che permette di diagnosticare patologie sempre più nuove e per le quali non esistono ancora cure specifiche.

I linfomi aggressivi (o ad alto grado) sono accomunati da un rapido decorso clinico e da una breve sopravvivenza nei casi non adeguatamente trattati o non responsivi al trattamento. I pazienti che ne sono affetti presentano una prognosi infausta sia che la terapia abbia avuto riscontro, sia che la terapia non ne abbia avuto (malattia refrattaria). La terapia standard di prima linea per i pazienti non ad alto rischio, il regime immuno-chemioterapico R-CHOP (Rituximab, ciclofosfamide, adriamicina, vincristina e prednisone), è in grado di curare circa i 2/3 dei pazienti trattati, mentre i pazienti ad alto rischio vengono avviati a chemioterapia più intensive (con o senza trapianto) o arruolati in studi clinici con farmaci sperimentali.

Il decorso dei pazienti che ricadono o che non rispondono alla terapia di prima linea è negativo, e la sopravvivenza globale (OS) dei pazienti refrattari alla seconda linea di terapia è limitata, come quella dei pazienti che ricadono dopo trapianto. Applicare i nuovi standard terapeutici sia alla seconda che alla terza linea sembra essere invece una risposta valida alle richieste di cure di questa tipologia di pazienti, posto che ad un certo stadio della malattia, i nuovi trattamenti disponibili vanno meramente ad alleviare i sintomi influenzando positivamente sulla QdV e ad aumentare la sopravvivenza.

Nello specifico, il dipartimento ha analizzato i seguenti temi e criticità:

1. **Umanizzazione rapporto medico/paziente:** a) Dote umana personale b) Formazione non adeguata sulla comunicazione
2. **Diagnosi precoce e ruolo dei MMG:** a) In ematologia non ci sono strumenti di screening precoce b) Difficoltà di contatto con lo specialista
3. **Presa in carico in centri dedicati:** a) Distanza territoriale dei centri specialistici
4. **Consenso informato unico nazionale:** a) Eterogeneità dei consensi a livello nazionale, anche in realtà vicine
5. **Percorso facilitato per over 65:** a) Maggiore vulnerabilità sociale
6. **Percorso diagnostico terapeutici condivisi:** a) Scarsità di posti di diagnostica b) Inappropriatezza
7. **Assistenza Domiciliare Integrata:** a) Carenza di strutture per post acuti e per la riabilitazione b) Difficoltà a eseguire prestazioni sanitarie domiciliari
8. **Accesso ai programmi innovativi di terapia:** a) Eccessivo peso all'età anagrafica b) Elevati costi di cura c) Tossicità anche dei nuovi farmaci
9. **Selezione dei Centri Nazionali di Eccellenza:** a) Carenza dell'applicazione dei criteri di selezione già esistenti

Le proposte emerse sulla base di quanto espresso sono risultate le seguenti:

1. **Umanizzazione rapporto medico/paziente:** a) Coinvolgimento del volontariato come trade union fra pazienti e specialisti b) Didattica finalizzata (laurea e specializzazione) c) Obbligo di formazione per il personale sanitario
  2. **Diagnosi precoce e ruolo dei MMG:** a) Utilizzo di tecnologie informatiche per rapido contatto b) Coinvolgimento di Senior Italia in progetti di prevenzione
  3. **Presa in carico in centri dedicati:** a) Creazione di centri sul territorio condivisi fra MMG e specialisti b) Utilizzo di strumenti informatici per la presa in carico
  4. **Consenso informato (CI) unico nazionale:** a) Mediazione da parte di Senior Italia con il Ministero della Salute per un unico CI
  5. **Percorso facilitato per over 65:** a) Accesso in orari dedicati (diagnostica e terapia) b) Supporto logistico del volontariato nella mobilità
  6. **Percorso diagnostico terapeutici condivisi:** a) Obbligo di realizzazione dei PDTA b) Coinvolgimento dei MMG nei PDTA
  7. **ADI:** a) Ospedale di comunità (intermedio fra ospedale e domiciliante)
  8. **Accesso ai programmi innovativi di terapia:** a) Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) b) Azione politica per ridurre il costo dei farmaci
  9. **Selezione dei Centri Nazionali di Eccellenza:** a) Applicazione dei criteri esistenti b) Coinvolgimento delle società scientifiche nella scelta dei criteri selettivi (i.e. Commissione Anziani della Fondazione Italiana Linfomi)
-

# Dipartimento ENDOCRINOLOGIA

---

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Endocrinologia, tra le varie problematiche legate alle patologie endocrinologiche, ha analizzato le criticità inerenti alla terapia farmacologica e ha proposto linee guida per regolare l'assunzione di farmaci (branded e generici). Sono stati sviluppati percorsi diagnostico-terapeutici di I e II livello multidisciplinari e di partnership tra la medicina generale e specialistica, nell'ambito dell'ipo/iper-tiroidismo. È stato aperto un capitolo sulle modificazioni ormonali e funzione sessuale nell'over 65.

Argomenti di discussione:

- ENDOCRINOLOGIA: Medicina del Benessere declinata come Medicina di Genere.
- PREVENZIONE: uno Stile di Vita che dovrebbe iniziare sin dalla primissima infanzia
  - TIPOLOGIA ASSISTENZIALE SPECIALISTICA: R.O., D.H., D.S., Ambulatorio
  - GESTIONE INTEGRATA DI I E II LIVELLO: MMG e Specialistica.
  - RIMBORSABILITÀ FARMACI ORMONALI vs Federalismo Sanitario
  - DIAGNOSTICA di laboratorio e imaging: appropriatezza, accuratezza e timing ripetibilità per il monitoraggio della terapia
  - FARMACI GENERICI: equivalenza e titolazione
- PATOLOGIE e DISFUNZIONI ENDOCRINE PREVALENTI nella popolazione Senior  
Tireopatie; Incidentaloma (riscontro accidentale di noduli a livello di ghiandole endocrine); Carezza ormonale post-menopausale; Ipogonadismo maschile; Osteoporosi; Obesità e dismetabolismi; Sessualità

*A seguito di queste argomentazioni, sono emerse le seguenti criticità:*

- Inadeguata sinergia tra la Specialistica Endocrinologica e la Medicina Generale come partnership per il benessere del cittadino
- Equità e qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi alla salute endocrinologica nelle realtà regionali
- Procedure e protocolli diagnostico terapeutici non uniformi nel territorio nazionale e non rispondenti alle diverse realtà territoriali
- Liste di attesa nel SSN per l'endocrinologia, conseguente indirizzo del paziente in ambiente non endocrinologico e non appropriatezza nella prescrizione di analisi, esami diagnostici e terapie
- Utilizzazione appropriata dello Specialista endocrinologo nel II livello assistenziale:
  - identificazione delle patologie di competenza endocrinologica come primo step di un network assistenziale
  - identificazione corretta del momento di consulenza specialistica nel percorso diagnostico terapeutico
- Appropriatezza delle indagini di laboratorio in relazione alla patologia endocrina
- Standardizzazione della refertazione ecografica in particolare tiroidea
- Farmaci generici: non intercambiabilità per assicurare l'efficacia della continuità terapeutica
- Non adeguata attenzione alla prevenzione endocrinologica (sale iodato, Vit. D, stili di vita)
- Endocrinopatie indotte da farmaci (es. Litio, Amiodarone, etc.): inadeguata informazione

La Commissione Tecnica Nazionale ha poi evidenziato le seguenti soluzioni:

- Definizione di Modelli di percorso assistenziale endocrinologico a partire dal MMG, all'Ambulatorio Specialistico, D.H. ed eventuale accesso al R.O
  - Campagne di comunicazione ed informazione rivolte alla popolazione per una migliore conoscenza delle possibilità preventive e terapeutiche
  - Formazione specifica (ECM) del MMG per la gestione integrata del paziente endocrinologico
  - Definizione ed utilizzo di standard di Volumi Assistenziali minimi per le UO di endocrinologia
  - Applicazione e vigilanza sugli standard del laboratorio di diagnostica extra ospedaliero per una verifica dell'accreditamento
  - Sensibilizzazione delle Società Scientifiche per una standardizzazione della refertazione ecografica
  - Identificazione della prescrizione del farmaco endocrinologico come "non sostituibile" per assicurare l'efficacia della continuità terapeutica
  - Ripensamento culturale:
    - per la terapia ormonale sostitutiva nel trattamento della menopausa
    - per la terapia ormonale sostitutiva nell'ipogonadismo maschile ad esordio tardivo
    - per il riconoscimento e la eventuale terapia delle disfunzioni sessuali del Senior
-

# Dipartimento INCONTINENZA

---

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Incontinenza si è proposta una serie di obiettivi: identificazione dei requisiti di Centri di riferimento per l'incontinenza; Identificazione di Centri di riferimento sul territorio nazionale; creare delle partnership tra Centro di riferimento regionale e Senior Italia e prevedere percorsi agevolati per gli over 65 e i soggetti fragili.

Incontinenza Urinaria (IU):

- **Prevalenza:** registra un range di prevalenza che va dal 5% al 69%, con la maggior parte degli studi internazionali che riferiscono una prevalenza variabile tra il 25% e il 45%, ed a causa dell'invecchiamento della popolazione questa prevalenza risulta in aumento.
- **Costi diretti:**
  - Presidi ad assorbenza e traverse 300.000.000 € 1
  - Cateterismo a intermittenza 43.550.000 euro € 2
  - Cateteri foley 14.500.000 euro € 1
  - Tutori per ureterocutaneostomia 3.500.000 € 1
  - Sacche urina 20.000.000 euro € 1
  - Cateteri esterni: condom 10.000.000 € 1
  - Stomie:
    - Sacche per urostomia monopezzo 5.600.000 € 2*
    - Urostomia 2 pezzi 9.000.000 € (sacca + placca) 2*
    - Per l'urostomia il totale è di 14.600.000 €*

Un paziente incontinente costa al SSN circa 867 € l'anno di pannoloni assorbenti (2,4 € al giorno).

- **impatto sulla persona:** seria modificazione della Qualità di Vita
- **impatto sanitario:** l'incontinenza è una patologia cronica complessa, multidisciplinare e multidimensionale
- **impatto sulla società (over 65):** l'incontinenza registra una prevalenza media del 20% ed un elevato impegno economico (30-50 milioni di euro annui in ogni regione solo per pannoloni)

La Commissione ha individuato le seguenti aree critiche da sviluppare:

- **Farmaci:** l'Italia è l'unico paese in Europa nel quale i farmaci sono a totale carico del cittadino
- **Riabilitazione:** non riconoscimento nei LEA della Riabilitazione dell'incontinenza nelle sue voci diversificate
- **Chirurgia:** non adeguato riconoscimento DRG e non razionale distribuzione dei presidi chirurgici impiantabili

Nella prima area, i farmaci anti muscarinici, la principale criticità risiede nella discriminazione a cui sono esposti i cittadini italiani rispetto ai cittadini di altri stati membri dell'Unione Europea. Alcune criticità persistenti risultano essere i numerosi "tentativi" di sensibilizzazione dell'AIFA da parte di Associazioni Pazienti, Società Scientifiche e Fondazioni caduti nel vuoto. Nella Riabilitazione per la prevenzione e trattamento dell'Incontinenza Urinaria e Fecale, la Commissione Tecnica identifica una significativa carenza di centri dedicati. Alcune criticità persistenti risiedono in problemi giuridici: riconoscimento della voce specifica nei LEA. Voci diversificate per la Riabilitazione del Pavimento Pelvico (fisioterapisti), la Uro-riabilitazione (infermieri) e la Prevenzione e Rieducazione pre e post-partum (ostetriche).

Per quanto concerne la parte chirurgica, nell'ottica di una politica di razionalizzazione della spesa, la Commissione richiede una corretta distribuzione dei presidi chirurgici più sofisticati e costosi e una adeguata allocazione di risorse (budget), per i Centri di eccellenza di III livello (Neurom. Sacrale, Sfintere artificiale, protesi). Alcune criticità persistenti si traducono nella mancata uniformità ed aggiornamento nella codificazione delle terapie chirurgiche nei DRG.

La Commissione Tecnica ha poi sottolineato che la quanto precedentemente avanzato durante gli scorsi incontri della Corte, ovvero l'istituzione di un Tavolo Ministeriale sulla Incontinenza, è stato un grande obiettivo raggiunto. Ora, invece, come nuova proposta di lavoro, la Commissione Tecnica ha identificato:

- linee di indirizzo ministeriale per gli Assessorati regionali alla Sanità per l'istituzione della Rete di Centri per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Incontinenza urinaria e fecale e la definizione di PDTA.
-

# Dipartimento MEDICAL DEVICE in CHIRURGIA

---

## Commissione Tecnica Nazionale

Il Dipartimento Medical Device ha incentrato la sua discussione sulla situazione dell'Health Technology Assessment in Italia.

Alcune evidenze sul mercato dei medical device:

- In Europa il MKT genera un fatturato di ca. €100 Mld annui e impiega ca. 575 mila persone. Il 70% di questo fatturato è generato da Germania, Francia, Gran Bretagna, Italia e Spagna;
- L'8% circa del fatturato globale viene reinvestito in R&D (€8 Mld annui) e al deposito di un brevetto ogni 50 minuti;
- Compongono questo indotto 25 mila imprese, il 95% delle quali di piccole e medie dimensioni.
- In Italia il numero di società produttrici di DM è di ca. 4.940, con un incremento pari al 200% rispetto al 1994;
- Vengono impiegati complessivamente 41.931 lavoratori, con un incremento medio annuo del 9,5% tra il 2004 e il 2012.

Si sono riscontrate una serie di criticità, condivise da tutti i partecipanti alla discussione, come ad esempio l'evidenza che il criterio guida per l'approvvigionamento dei medical device nelle aziende sanitarie e ospedaliere italiane sia il prezzo più basso.

Si è anche criticamente sottolineato l'assenza di obbligo dei registri dei dispositivi impiantabili, l'assenza di studi clinici osservazionali post marketing sulle nuove tecniche, l'obsolescenza e l'inefficacia del sistema delle gare d'appalto, e, soprattutto le difformità dei criteri di approvvigionamento, tanto a livello nazionale, quanto inter e intra regionale, nonché all'interno della singola azienda sanitaria.

Per superare questa situazione si sono avanzate una serie di proposte, tra le quali introdurre una differenziazione tra dispositivi innovativi e dispositivi di miglioramento continuo, l'istituzione di registri obbligatori per dispositivi medici di classe 3 e 4, l'abolizione dell'attuale sistema delle gare d'appalto (seguendo ad esempio il modello degli accordi quadro), far partecipare la comunità scientifica nella definizione dei criteri di accreditamento dei centri e degli operatori del settore.

Infine il dipartimento si è speso a delineare una nuova declinazione dell'HTA italiano. Si ritiene che la commissione nazionale dell'HTA debba valutare e approvare dispositivi e tecnologie esclusivamente innovative e di alta complessità, e non tecnologie già precedentemente disponibili. Deve decidere se utilizzare queste nuove tecnologie su larga scala o se prima sottoporle a periodo di valutazione presso centri di riferimento. Da ultimo si ritiene che la composizione dei tavoli tecnici non possa prescindere dalla presenza di esperti del settore indicati dalle relative società scientifiche.

Viene fortemente affermato e sottolineato dal dipartimento medical device che la scelta dei dispositivi dovrebbe avvenire solo ed esclusivamente sulla base di criteri di efficienza e qualità, superando il criterio del costo come unica discriminante attraverso la quale effettuare la scelta.

---

## Commissione Tecnica Nazionale

Nei lavori svolti dalla Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Medicina Generale e Territorio è emersa la descrizione delle competenze che la Medicina Generale deve garantire, ovvero un APPROCCIO DI PRIMO LIVELLO, basato sulle caratteristiche del proprio intervento e cioè:

- ESTENSIVITÀ
- COORDINAMENTO
- PROSSIMITÀ
- PRESA IN CARICO COMPLESSIVA

È stata individuata anche una richiesta da parte dei cittadini di garantire loro una risposta più efficace sia in termini di presa in carico dei bisogni h24 sia in particolare di gestione dei percorsi di cura delle patologie croniche con una modalità di medicina di iniziativa, basata su ciò che realmente è utile fare (real life) come quelle che si possono definire nei percorsi integrati di primo - secondo livello e non su astratti PDTA.

La Mission della Medicina Generale in risposta alle richieste dei cittadini è quella di:

- MANTENERE
  - L'approccio olistico alla persona
  - Univocità del rapporto di fiducia medico-paziente
  - La capillare diffusione sul territorio degli studi e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute
- AGGIUNGERE
  - Una riorganizzazione del lavoro per operare anche in team, mono (AFT) e multiprofessionali (UCCP), responsabilizzandosi attorno ai bisogni dei cittadini per garantire loro una gestione proattiva e personalizzata della cronicità e della fragilità attraverso l'identificazione delle specifiche figure professionali del territorio che entrino in rete con i MMG della AFT in un'ottica di fatto di "rapporto fiduciario delegato" realizzando così la reale integrazione tra le varie figure professionali, sanitarie e sociali che operano sul territorio
- RIVEDERE
  - L'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità

### **Il nuovo modello professionale: APPROCCIO PRIMARIO**

L'APPROCCIO PRIMARIO, caratteristico della Medicina Generale, ne definisce le modalità di Intervento sulle condizioni di salute dei cittadini, sul rapporto con ogni singolo assistito e la differenza da un approccio specialistico e di secondo livello.

È caratterizzato da:

- MEDICINA DI INIZIATIVA: nuovo paradigma per la gestione della cronicità basata su un controllo periodico e programmato secondo percorsi che tengano conto della "vita reale" e garantiti dal gruppo di professionisti
  - NUOVO PARADIGMA FORMATIVO PROFESSIONALE: presuppone il passaggio da competenze/conoscenze di tipo simil-specialistico, apprese con modelli formativi neo-accademici, a competenze/conoscenze apprese con modelli formativi «esperienziali» e orientate verso la autonomia, la responsabilità, il sapere specifico e un maggior controllo delle proprie attività per garantire le competenze professionali tipiche della Medicina Generale (accessibilità, presa in carico, prossimità, continuità delle cure)
  - «MEDICO ESPERTO»: medico di famiglia della AFT deputato al trasferimento/implementazione delle nuove conoscenze secondo un modello orizzontale e di confronto; un «coaching formativo» su definite aree di patologia e problematiche professionali
  - NUOVO MODELLO RELAZIONALE COL PAZIENTE (Empowerment): "alleanza" con i pazienti per supportare i loro percorsi di salute rendendoli consapevoli delle proprie malattie e capaci di esercitare autocontrollo ed automonitoraggio della propria condizione; un cittadino competente ed informato rappresenta la migliore preconditione per raggiungere obiettivi di massima salute possibile oltre che rafforzare il ciclo di fiducia
-

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione ha identificato un nuovo modello organizzativo per garantire:

- Coordinamento e presa in carico attraverso:
    - Lavoro in squadra mono-professionale (solo MMG in Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT)
    - Integrazione tra Medici di famiglia e Continuità assistenziale (ruolo unico)
    - Inserimento nelle AFT dei medici in formazione specifica in medicina generale
    - Fruibilità dei dati clinici dei cittadini mediante la rete clinica di AFT per un intervento qualificato ed efficace
  
  - Accessibilità e prossimità attraverso:
    - Mantenimento da parte dei medici di famiglia della AFT degli studi "decentrati" aperti nei piccoli centri
    - Contemporanea creazione di sedi comuni dei medici, sedi dei gruppi o Case della Salute, aperte per molte ore al giorno, fino ad h12, ("visibili" sul territorio, anche in alternativa al ricorso improprio al Pronto Soccorso)
    - Presenza nelle sedi di personale di studio dei medici appositamente formato che garantisce ai cittadini ascolto, accoglienza, semplificazione e guida nei percorsi
    - Diagnostica di primo livello per garantire nelle sedi gli accertamenti necessari alla medicina di iniziativa
    - Previsione, alla fine del percorso di riorganizzazione, che ogni medico di ogni AFT svolga parte del suo lavoro in una sede comune/Casa della Salute
  
  - Personalizzazione e domiciliarità attraverso:
    - Team multi professionale
    - Valutazione multidimensionale - piano personalizzato
    - Ruolo Assistente sociale «generalista»
    - Ruolo badante formata
    - Riorganizzazione della domiciliarità e della residenzialità e individuazione interfacce ospedale-territorio
-

# Dipartimento METABOLISMO e DIABETE

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Metabolismo e Diabete ha evidenziato molteplici criticità che ancora oggi impediscono di aumentare l'aderenza alla terapia e allo stile di vita corretto nel paziente diabetico e di conseguenza ostacolano la riduzione delle complicanze.

In merito si è sottolineato che:

- Il 15% dei diabetici sviluppa un'ulcera agli arti inferiori e 1/3 di questi va incontro ad amputazione.
- Solo al 14,9% dei pazienti viene effettuato l'esame del piede almeno una volta l'anno, con marcate differenze regionali

% pazienti esame del piede una volta l'anno	N° Regioni
Al di sotto del 10%	12
Oltre 10% (fra 18 e 11%)	3
Al di sopra del 20% (fra il 45% e il 24%)	5

- In Italia, il diabete è la prima causa di amputazioni non traumatiche
- Il 37,5% dei diabetici si sottopone una volta l'anno all'esame del fondo dell'occhio e risulta ampia l'eterogeneità fra le regioni

% pazienti esame fondo dell'occhio una volta l'anno	N° Regioni
Al di sotto del 20%	5
Al di sotto del 30%	6
Oltre il 30%	7
Fra il 50 e il 52%	2

- La percentuale di pazienti aderenti alla terapia assegnata dal medico è risultata soltanto del 62,2%.

Tra le criticità proprie del nostro SSN è stata evidenziata innanzitutto la mancanza di un modello di gestione integrata delle cronicità di I e II livello omogeneo su tutto il territorio nazionale. Si potrebbe porre rimedio promuovendo un modello di gestione integrata tramite la presa in carico del paziente da parte del MMG attraverso percorsi di I e II livello, condivisi con il Diabetologo. Emerge ancora una mancanza di equità di accesso alle cure e una non omogeneità dei percorsi assistenziali sul territorio nazionale, causata da forti disparità loco-regionali. Ci sono anche differenze regionali nei limiti di prescrivibilità riguardanti i farmaci innovativi e i dispositivi di monitoraggio.

Tali criticità influiscono sulla problematica di una scarsa aderenza alla terapia da parte del diabetico la quale potrebbe essere perseguita:

- Rafforzando il rapporto del team di Cura – Paziente (dato che spesso vi è un'inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti)
- Responsabilizzando il paziente a perseguire uno stile di vita adeguato attraverso l'educazione e il coinvolgimento nella scelta del percorso di cura (alimentazione, attività fisica ecc.).

Inoltre è necessaria più prevenzione e un approccio proattivo alla patologia. Tale necessità potrebbe essere soddisfatta promuovendo la diagnosi precoce da parte del MMG al fine di ridurre le diagnosi in fase avanzata e le conseguenti complicanze.

Per quanto riguarda invece il monitoraggio della patologia, si registra un'insufficiente attività di screening delle principali complicanze come la retinopatia e il piede diabetico. A tal fine sarebbe auspicabile il potenziamento dei programmi di prevenzione delle complicanze nei percorsi di I livello (MMG).

Inoltre una migliore gestione della patologia sarebbe perseguibile anche attraverso un costante auto-monitoraggio della glicemia da eseguire secondo le indicazioni del MMG o del diabetologo.

Sarebbe auspicabile l'istituzione di un Registro Nazionale del Diabete e delle complicanze e la stesura di un Piano Nazionale di Prevenzione dell'Obesità, dato che l'80% dei diabetici è Obeso.

# Dipartimento NUTRIZIONE

## Commissione Tecnica Nazionale

Facendo seguito alla trattazione delle tematiche inerenti la nutrizione iniziata con la collaborazione di Senior Italia FederAnziani alla stesura del "Manifesto delle criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva", è stato istituito il Dipartimento Nutrizione nel IV Congresso di Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute.

In particolare la Commissione Tecnica Nazionale si è soffermata sull'analisi di alcune delle criticità in tema di nutrizione, fra quelle trattate nel suddetto Manifesto, specifiche degli over 65:

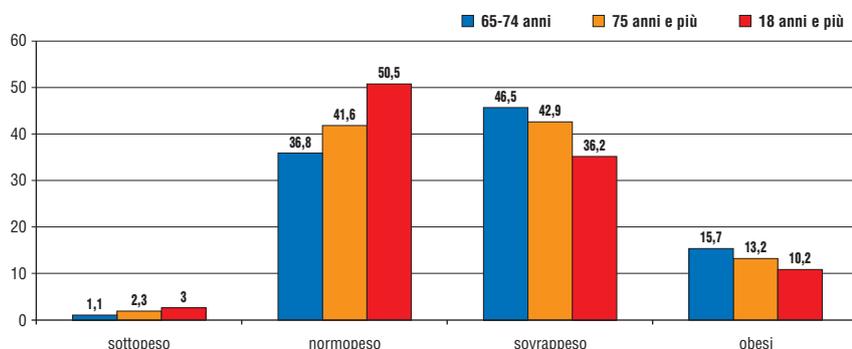
- Sovrappeso e obesità;
- Sarcopenia;
- Malnutrizione calorico-proteica;
- Comportamenti e condizioni socio-economiche a rischio di scadimento dello stato di nutrizione;
- Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)

Al fine di poter giungere alla formulazione di proposte risolutive, ognuna delle suddette tematiche è stata ampiamente analizzata nel contesto degli over 65.

Per quanto riguarda **il sovrappeso e l'obesità**, si è evidenziato come:

- In Italia nel 2014, degli oltre 5 milioni di obesi fra la popolazione maggiorenne, 1,9 milioni sono stati rappresentati da over 65.
- L'obesità possa ridurre l'aspettativa di vita anche di 8 anni e causare la perdita di 19 anni di vita in buona salute.
- L'obesità severa aumenti il rischio di disabilità, soprattutto se associata a sarcopenia.

### Indice di massa corporea per fasce d'età della popolazione italiana



### Persone per indice di massa corporea

	> 18 anni	65-74 anni	> 75 anni
sottopeso	3	1,1	2,3
normopeso	50,5	36,8	41,6
sovrappeso	36,2	46,5	42,9
obesi	10,2	15,7	13,2

Prevenire l'insorgere di questa criticità si traduce nella riduzione delle patologie cronic degenerative ad essa associate (diabete tipo 2, patologie cardiovascolari, tumori, osteoporosi) e conseguentemente nella contrazione della spesa sanitaria.

## Dipartimento NUTRIZIONE

### Commissione Tecnica Nazionale

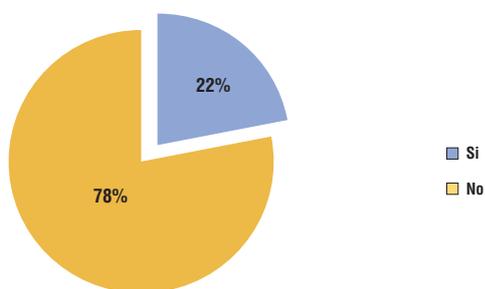
È stato stimato che l'aumento degli over 65 e degli obesi nei prossimi 20 anni porterà un aumento di circa il 20% dei costi per la disabilità derivante da **sarcopenia**, la quale interessa il 17% degli uomini e l'11% delle donne ultra sessantacinquenni. Conseguenze associate alla presenza della sarcopenia sono:

- Aumento della durata del ricovero
- Maggiore rischio di re-ricovero o istituzionalizzazioni
- Aumento della mortalità

In merito alla **Malnutrizione Calorico-Proteica (MCP)**, sono non meno di 1.900.000 gli ultra 65enni a rischio, di cui non meno di 150.000 istituzionalizzati. Nelle residenze per anziani la prevalenza della MCP è in media il 20%. L'importanza del prevenire l'insorgenza della MCP emerge ancora di più se si considera che è responsabile di un allungamento della durata della degenza del 45% e che è destinata ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'accresciuta prevalenza delle malattie croniche invalidanti come neoplasie, patologie cardiovascolari, ecc.

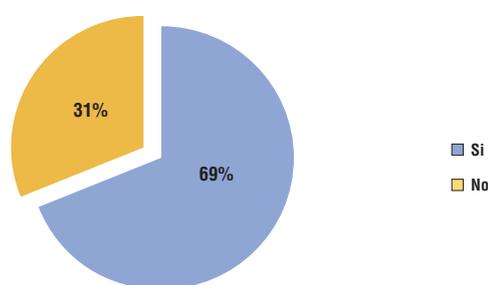
Con riferimento ai **comportamenti e alle condizioni socio-economiche a rischio di scadimento dello stato di nutrizione**, il Dipartimento ha evidenziato come il perseguimento di un corretto stile di vita non sia determinato solo dalla volontà dell'individuo ma anche dal contesto socio-culturale di riferimento. Infatti nonostante la dieta mediterranea sia associata a una riduzione del 9% della mortalità totale, si registra un allontanamento da questo stile di alimentazione probabilmente come risposta alla crisi economica che ha ridotto il potere d'acquisto penalizzando il consumo proprio di questa tipologia di alimenti.

#### Uso di alcolici



Uso di alcolici negli over 60

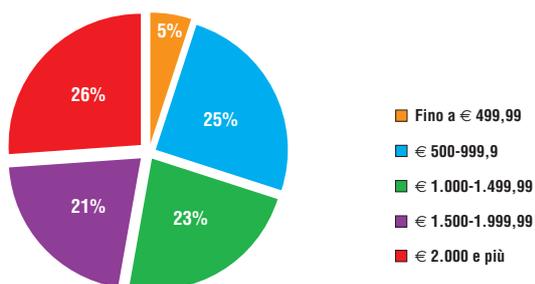
#### Consumo di verdura ogni pasto



Consumo di verdura negli over 60

Si consideri che gli anziani devono fronteggiare la riduzione del proprio potere d'acquisto che naturalmente si ripercuote sul loro carrello della spesa, come dimostra il fatto che circa il 30% delle pensioni di vecchiaia erogate nel 2013 è stato di importo inferiore a 1.000 euro.

#### Importo delle pensioni - Anno 2013 (Istat)



# Dipartimento NUTRIZIONE

---

## Commissione Tecnica Nazionale

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) è una criticità strettamente correlata alla necessità di ridurre i giorni di degenza ospedaliera, deospedalizzando quanto prima il paziente. Si registrano mediamente 325 casi/milione di pazienti da trattare con NAD, pari a circa 19.500 pazienti attesi all'anno. Purtroppo se non adeguatamente pianificata e gestita, la NAD aumenta il rischio di complicazioni, scadimento della qualità della vita e di ri-ospedalizzazioni. Per questo risulta importante l'adeguata implementazione della NAD in quanto consentirebbe di ridurre i costi assistenziali, considerato che il costo di una NAD è 40-100 euro a fronte di una giornata di ricovero il cui costo è circa 600-800 euro.

I lavori del Dipartimento hanno portato a raggruppare le criticità trattate nelle seguenti macro-categorie:

- COMPORTAMENTI E CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE A RISCHIO DI SCADIMENTO DELLO STATO DI NUTRIZIONE  
(Solo 0,4% del PIL destinato alla prevenzione nutrizionale per 12,8 milioni di anziani)
- MALNUTRIZIONE:
  - per eccesso (obesità)
  - per difetto (calorico-proteica, ospedaliera, residenziale)
- NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE (NAD).

L'ampia trattazione di tutte le problematiche inerenti l'ambito nutrizionale negli over 65 si è conclusa con l'individuazione di proposte concrete finalizzate alla loro risoluzione e sintetizzate come segue:

- Inserimento dell'informazione ed educazione nutrizionale in uno stile di vita attivo, capillarizzate sul territorio  
(Es. di iniziative: *Campanili della salute, Anziani imprenditori della qualità della vita, Convivialità per anziani soli*)
  - Inserimento della malnutrizione per eccesso e per difetto nei LEA:
    - integrazione ospedale-territorio per la gestione del paziente obeso
    - intervento sulla malnutrizione ospedaliera e in RSA/case di riposo
    - Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)
  - Misurazione obbligatoria del peso, della circonferenza vita e dell'altezza in ambito ospedaliero e di assistenza primaria
  - Attivazione delle "unità operative (UO) di dietetica e nutrizione clinica" e "preventiva" su tutto il territorio nazionale
  - Studio di rilevazione della malnutrizione iatrogena
  - Creazione di un PDTA/PIC sulla nutrizione.
-

# Dipartimento OFTALMOLOGIA

## Commissione Tecnica Nazionale

I lavori della Commissione Tecnica Nazionale sono stati incentrati principalmente su due patologie: CATARATTA e MACULOPATIA esaminandone le criticità, per giungere a soluzioni concrete.

### CATARATTA

Partendo dall'evidenza che in Italia vengono effettuati più di 500.000 interventi/anno (Prevalenza del 95% oltre i 65 anni).

Criticità	Soluzioni
Difficoltà di accesso alle visite oculistiche ed esami strumentali	Potenziamento degli ambulatori territoriali (oculistici - ortottistici) e messa in rete
Eccessivo tempo di attesa per la diagnosi e tra la diagnosi e terapia	Screening e attivazione percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)
Strumentazione insufficiente ed obsoleta	Adeguamento DRG alle tecnologie attuali e robotica (in rapporto a pazienti in carico)
Ridotto accesso alle terapie avanzate	Copayment

### MACULOPATIA

350.000 ciechi in Italia e oltre 1,5 milioni di ipovedenti. Di questi ultimi oltre il 60% ha un'età superiore a 50 anni.

Criticità	Soluzioni
Difficoltà di accesso alle visite oculistiche ed esami strumentali	Potenziamento degli ambulatori territoriali (oculistici) e messa in rete
Ritardo nella diagnosi ed accesso al percorso diagnostico terapeutico con conseguente calo visivo irreversibile	a) Accorciare drasticamente i tempi d'attesa b) Innovazione tecnologica
Follow-up dei pazienti con maculopatia	Coinvolgimento dei medici sul territorio

Il tavolo tecnico Oncologia ha incentrato la sua discussione sulle circostanze che impediscono una reale implementazione di un'olistica e ottimale presa in carico del paziente anziano affetto da neoplasia.

Evidenze scientifiche in campo oncologico:

- Il tumore viene considerato la patologia del secolo, seconda causa di decesso (29% di tutti i decessi) dopo le patologie cardiocircolatorie. (AIRTUM - 2015)
- In Italia nel 2015 sono circa 3 milioni (3.036.741) i casi prevalenti, con un incremento del 17% rispetto al 2010 (+20% per i maschi e +15% per le femmine), con una frequenza di 7 nuovi casi ogni 1000 uomini e 5 nuovi casi ogni 1000 donne (AIRTUM - 2015)
- In termini di proporzioni, il 4,9% dell'intera popolazione Italiana (il 4,6% dei maschi e il 5,2% delle femmine) è rappresentata dalle persone che, nel 2015, vivono dopo una diagnosi di tumore - con un incremento rispetto al 2010 dell'8% nei maschi e del 5% nelle femmine (AIRTUM - 2015)
- La frequenza dei tumori cresce con l'avanzare dell'età, si passa da un decina di casi ogni 100.000 persone nelle prime decadi di vita, per arrivare a oltre 1.000 casi ogni 100.000 persone over 60
- È possibile stimare che nel 2015, in Italia, verranno diagnosticati poco più di 363.000 nuovi casi di tumore maligno di cui circa 194.000 (54%) negli uomini e circa 169.000 (46%), nelle donne (esclusi i carcinomi della cute)
- Nella popolazione nel suo complesso, il tumore della mammella è diventato il tumore più frequente, seguito dal tumore del colon retto; seguono il tumore della prostata, il tumore del polmone, e i tumori della vescica
- Nei maschi prevale il tumore alla prostata, con circa il 20% di incidenza annua
- Nelle femmine prevale la neoplasia alla mammella, con circa il 29% di incidenza annua
- In Europa, secondo lo studio dell'OMS "Rapporto sulla salute in Europa", il 20% di tutti i decessi avvenuti è da imputare a causa oncologica
- Nel 2013 i nuovi casi di cancro in Europa sono stati circa 3.500.000, con un numero di decessi pari a oltre 1.750.000, pari a 3 decessi al minuto
- Il peso economico del cancro in Europa è stimato attorno ai 130 miliardi di euro, formato per il 39% da costi diretti di assistenza sanitaria, e per il 61% dalla perdita di anni produttivi dovuti all'invalidità o alla morte anticipata per causa oncologica

Nelle edizioni passate di Corte di Giustizia Popolare e dei Punto Insieme Sanità, il dipartimento di oncologia ha prodotto un PDTA di dettaglio ottimale per la presa in carico del paziente oncologico, soprattutto se anziano, purtroppo, però, le evidenze di studi e ricerche di Senior Italia FederAnziani hanno mostrato come, nella pratica quotidiana, esista ancora una distanza fra *«Quel che si dovrebbe fare, e quel che in realtà si sta facendo»*.

Preso atto di ciò, il dipartimento ha voluto offrire una serie di spunti operativi su come applicare in concreto quegli elementi migliorativi a suo tempo già inseriti nel PDTA di cui sopra. Sono per tanto state selezionate 7 aree per le quali è stato proposto un elenco di attività di processo la cui implementazione potrebbe ridurre la distanza fra *«Quel che si dovrebbe fare, e quel che in realtà si sta facendo»*:

1. Inserimento MMG nella rete oncologica (laddove esista)
  2. Istituzione dell'Oncology Case Manager
  3. Personalizzazione attraverso analisi genomiche funzionali
  4. Prevenzione e trattamento della malnutrizione
  5. Inserimento LEA del Linfedema secondario
  6. Applicazione processi e logiche di Simultaneous Care
  7. Identificare PDTA specifici per paziente oncologico anziano
-

Il tavolo tecnico Osteoarticolare ha incentrato la sua discussione sull'artrosi.

Evidenze scientifiche sull'artrosi:

- L'artrosi in Italia colpisce il 18% della popolazione tra i 19 e 60 anni e l'80% degli over 65, ed è la causa più importante di dolore tra le malattie articolari;
- È la patologia articolare più diffusa al mondo (10% della popolazione mondiale);
- L'accesso alle cure risulta inappropriato, per tempi o per costi proibitivi per la maggior parte degli anziani, che quindi ripiegano su metodi apparentemente più economici, alimentando un mercato fondato sulla disinformazione e sugli sprechi. Il risultato è che la maggior parte dei paziente cura il sintomo e non la causa, con uso non appropriato di FANS e altri antidolorifici in fascia A che generano un costo eccessivo per il Sistema, sia per il consumo di farmaci che per i costi connessi all'uso di gastro-protettori ed al degenerare della malattia con l'avanzare dell'età che rende necessario l'intervento chirurgico e l'inserimento di protesi ortopedica;
- Tra le principali classi farmacologiche prescritte per le patologie osteoarticolari, il 72% è costituito da FANS, L'11% da analgesici non narcotici, Il 3% dagli steroidi sistemici e un altro 3% dai miorellassanti. Il 6% comprende una serie di altri rimedi, di cui il 41% è rappresentato dall'acido ialuronico ad alto peso molecolare, il 37,2% da glucosamina solfato, il 21% da condroitinsolfato e lo 0,3% dalla dicereina. L'acido ialuronico, quindi, è utilizzato nel 2,5% circa dei casi, nonostante ne sia stata dimostrata l'efficacia nel trattamento della gonartrosi grazie all'effetto lubrificante e protettivo dei tessuti unito ad una riduzione quasi totale del dolore nel 90% dei casi, limitando o eliminando in questo modo anche l'assunzione di FANS.

Dopo aver brevemente analizzato e revisionato le attività svolte da Senior Italia FederAnziani nel corso dei passati anni sulle tematiche osteoarticolari, la discussione si è incentrata su quale potesse essere il miglior modello per la presa in carico del paziente artrosico anziano.

Sia tra i medici di medicina generale che tra gli specialisti di branca è stata condivisa la necessità della reale implementazione di un processo di gestione integrata di primo e secondo livello come best practice nella presa in carico del paziente artrosico.

Per questo tramite si è ritenuto possibile superare una serie di criticità tipiche della specifica tematica come la scarsa prevenzione, la diagnosi spesso tardiva e generica, l'inappropriato utilizzo di mezzi diagnostici e farmacologici (vedi eccessivo ricorso a Rx e utilizzo di FANS) e la scarsa integrazione tra i principali attori e fattori terapeutici coinvolti.

Un nuovo modello organizzativo territoriale e interprofessionale permetterebbe una migliore prevenzione grazie alla medicina d'iniziativa e quindi una più rapida presa in carico del paziente, un tempistico inquadramento diagnostico e un più facile monitoraggio della patologia nel tempo che consenta di individuare pazienti idonei a sottoporsi alla terapia di mantenimento a base di acido ialuronico, una riduzione nell'inappropriato uso di FANS, e l'implementazione di attività comunicative di sensibilizzazione condivise da tutti i principali attori coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo.

---

### Commissione Tecnica Nazionale

La presenza di un animale domestico nella casa o nella vita di un anziano è molto importante per il suo benessere psicologico perché è fonte di stimoli. Il rapporto che si crea con l'animale è fonte di affetto e stimolo al movimento quotidiano e alla socializzazione.

Il cane, ad esempio, rappresenta per un anziano un'ottima risorsa, una "Pet Therapy" completa, poiché dal punto di vista fisico comporta un impegno costante e continuo. Impegna la persona ad uscire e fare movimento all'aria aperta, portandolo fuori per la passeggiata. Lo impegna nelle relazioni sociali e, dal punto di vista psicologico, avere qualcuno di cui prendersi cura risveglia l'elasticità mentale. Prendendosi cura di un animale (principalmente cani e gatti) si migliora quindi la qualità della propria vita.

Gli obiettivi della Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Pet Therapy sono stati i seguenti:

- Evidenziare i benefici che la relazione con l'animale familiare può offrire alla vita quotidiana delle persone anziane (promotore di comportamenti salutari: socialità, affettività, attività cognitivo-motoria)
- Analizzare le principali criticità che ruotano attorno al rapporto anziano-pet (dall'adozione alla convivenza all'interno del contesto sociale)
- Produrre evidenze scientifiche che confermino come la presenza di un pet influisca positivamente sulla salute dell'anziano con patologie croniche
- Proporre soluzioni concrete e sostenibili per facilitare la presenza dei pet nella vita degli anziani

#### **Considerazioni e criticità:**

La relazione animale-anziano si declina in 3 ambiti: familiare, sociale (centri Anziani), istituzionale (RSA Residenze Sanitarie Assistenziali, ospedali, hospice).

- Familiare: corretta e informata scelta e gestione dell'animale, informazioni sui benefici bio-psico-sociali della relazione con l'animale, costi di mantenimento e cura, disponibilità di servizi accessori (accudimento del pet in caso di bisogno), facilitazioni di accesso in luoghi pubblici e comuni (chiese, alberghi, supermercati, cinema, centri anziani, ecc.)
- Sociale (centri Anziani): accoglienza dell'animale nei luoghi condivisi, attività ludico-ricreative strutturate, informazioni sui benefici bio-psico-sociali della relazione con l'animale
- Istituzionale (RSA Residenze Sanitarie Assistenziali): definizione dei criteri per l'accessibilità dell'animale alle strutture, equipe multidisciplinare e integrazione con protocolli terapeutici in corso

La relazione animale-anziano/paziente cronico potrebbe porsi come integrazione al percorso terapeutico/farmacologico, riducendo l'impatto della politerapia ed i costi della spesa sanitaria.

Di seguito le proposte della Commissione Tecnica Nazionale:

- Valorizzazione e qualificazione in Italia della relazione animale-anziano attraverso la ricerca scientifica validata da EBM (Evidence Based Medicine) nei 3 ambiti descritti
  - Coinvolgimento delle Società scientifiche, della Medicina generale, delle Istituzioni, dell'Università, degli Enti di ricerca coordinati dal Ministero della Salute e da Federanziani
  - Istituzione di un Tavolo tecnico permanente
  - Percorsi informativi e formativi per l'anziano
  - Sostegno fiscale a fronte del risparmio sanitario prodotto
  - Sostenere e promuovere l'adozione da strutture per animali abbandonati.
-

# Dipartimento PSICHIATRIA

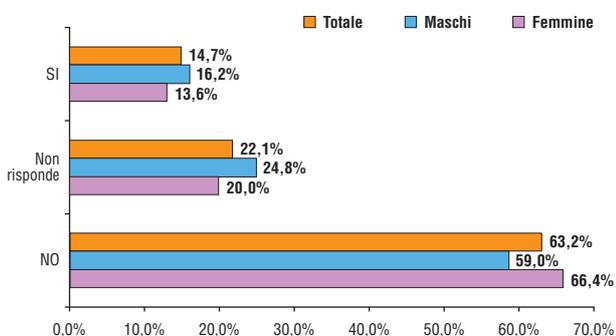
## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Psichiatria ha avviato i lavori sottolineando la dimensione della patologia depressiva, soprattutto fra i senior. Fra gli anziani ne soffre almeno una persona su 10, arrivando a superare il 16% fra le donne ultraottantenni.

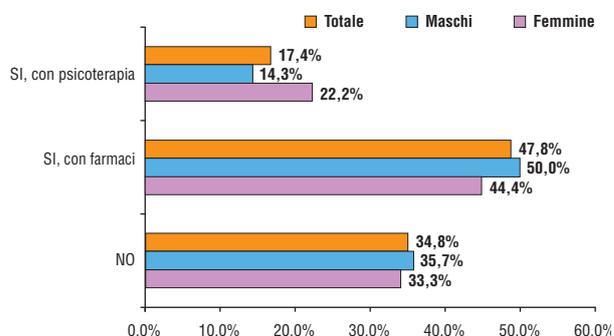
In particolare sono stati discussi i dati emersi dalla survey che sta conducendo Senior Italia FederAnziani sui "Disturbi d'umore nell'anziano". Di seguito si riportano dei dati sintetici:

- Campione preliminare di 2.679 soggetti
- Età media 71,9
- 22 Centri Anziani di cui 8 nel Nord, 10 Centro e 4 nel Sud.

### Attualmente soffre di depressione?"



### Si sta curando?"

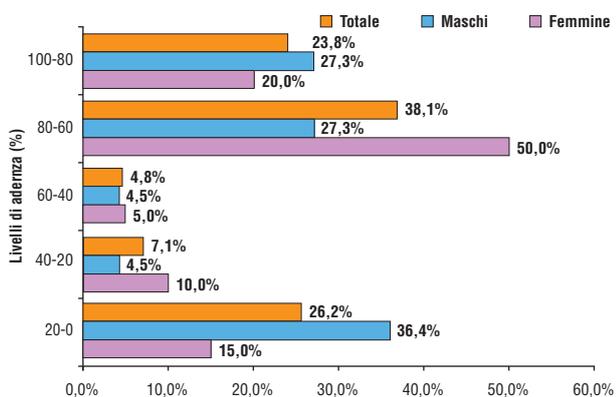


Il 34,8% dei soggetti che ha dichiarato di soffrire attualmente di depressione non si sta curando.

La psicoterapia è molto più frequente tra le donne (22,2%) che tra gli uomini (14,3%).

La terapia farmacologica è relativamente più frequente tra gli uomini (50,0% Vs. 44,4%).

### Se si cura con farmaci, è aderente?"



Durante i lavori della Commissione sono emerse diverse necessità.

Innanzitutto diminuire il peso dei disturbi depressivi nella popolazione dei senior. A tal fine la Commissione ha evidenziato come non siano da trascurare l'attivazione di interventi di prevenzione in senso stretto, promuovendo stili di vita salutari (attività fisica, dieta mediterranea, possibilmente non oltre le 1.800 calorie, partecipazione sociale e stimolazione cognitiva).

Un'altra esigenza emersa è stata quella di anticipare la diagnosi dei nuovi casi e di valutare i possibili segni di decadimento cognitivo, approfondendo in particolare la problematica della diagnosi differenziale tra disturbi dell'umore e della cognitiv .

La depressione costituisce una patologia di difficile emersione pertanto per la Commissione risulta indispensabile intercettare i bisogni di benessere mentale che spesso rimangono inespressi, con conseguenti costi sociali. Ci  permetterebbe anche di raggiungere una gestione precoce del paziente anziano affetto da depressione. Quindi   necessario abbattere le barriere sociali, ambientali e culturali che si oppongono al riconoscimento, alla cura e all'accettazione dei disturbi depressivi nell'anziano.

Emerge anche che occorre migliorare l'adeguatezza e l'appropriatezza degli standard di intervento nella prospettiva di una terapia personalizzata.

Durante i lavori della Commissione, si   evidenziata, fra le altre necessit  da perseguire, quella di incrementare l'aderenza alle terapie intervenendo a pi  livelli (paziente, famiglia, rete sociale, sistema sanitario).

Dopo aver trattato le varie criticit  e necessit  inerenti la depressione, i partecipanti al dipartimento hanno stilato diverse proposte:

- In primo luogo   auspicabile una prima diagnosi da parte del MMG.
- In secondo luogo   cruciale la formazione delle figure professionali coinvolte nel processo di gestione condivisa della depressione.

Si   proposta, inoltre, l'introduzione e la conseguente diffusione di uno strumento integrativo di percorsi non routinari del paziente depresso. Si tratta del "Voucher depressione", il quale dopo la valutazione congiunta di MMG e Psichiatra, permette la gestione della patologia psichiatrica.

Strumentali al suo impiego sono:

- La definizione dei soggetti coinvolti
- La definizione puntuale delle attivit  da avviare
- La definizione delle risorse necessarie

La Commissione inoltre ha proposto la gestione della patologia attraverso un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale condiviso che assicuri l'aderenza alla terapia da parte del paziente anche attraverso lo strumento del "voucher".

Si   consigliata anche la creazione di "reti" tra specialisti psichiatri e MMG, da implementare con "reti sociali" tra Centri anziani e MMG per facilitare l'emersione della depressione.

---

Il Dipartimento Respiratorio ha incentrato la sua discussione sulle malattie respiratorie croniche (Asma e BPCO).

Evidenze scientifiche sulle malattie respiratorie croniche:

- 235 milioni di persone nel mondo sono affette da asma e 65 milioni soffrono di BPCO di grado moderato o grave;
- La BPCO causa ogni anno circa 350.000 morti premature in Europa, causando circa il 55% delle morti per MRC (Malattie Respiratorie Croniche);
- In Italia la prevalenza di Asma sulla popolazione assistibile è di 7,1% (OsMed 2014), mentre quella della BPCO è del 3,3%, con valori maggiori negli uomini (3,6%) rispetto alle donne (2,4%), e con valori crescenti in base all'età (18% ca. negli ultra 85enni);
- Le malattie respiratorie rappresentano in Italia la terza causa di morte dopo quelle cardiocircolatorie e i tumori;
- Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento farmacologico, l'Asma registra circa il 12% mentre la BPCO circa il 28%;
- In Italia si stimano il 6,6% di richieste di spirometrie semplici da parte del MMG effettuate per pazienti con Asma e il 13,6% per pazienti con BPCO, per un totale di 474,7 mila spirometrie.

Non esistono dati di prevalenza attendibili sulla diffusione di tali patologie; molte persone non sono consapevoli di esserne portatrici; molti pazienti in cura non hanno ricevuto una corretta impostazione della diagnosi (insufficiente ricorso alle spirometrie); esiste una scarsa integrazione e frammentazione dei livelli di cura che impatta negativamente sui livelli di aderenza alla terapia; difficoltà dei pazienti nell'utilizzo del device inalatore. Il Dipartimento Respiratorio si è quindi prodotto in una serie di raccomandazioni atte a superare questi aspetti critici.

È stata proposta l'implementazione della gestione integrata per i casi noti, il ricorso alla medicina di iniziativa per l'identificazione dei casi non noti, e la promozione della cessazione del fumo come misura tanto di prevenzione quanto terapeutica.

Per un miglioramento dei livelli di aderenza terapeutica si è proposto di fornire una formazione più completa degli operatori sanitari in materia di patologie respiratorie croniche, minimizzare le occasioni di switch terapeutico (cambio inalatore), informare maggiormente i pazienti affetti e chi li assiste sulla pericolosità delle patologie in esame.

Si richiede inoltre un superamento delle barriere d'accesso agli esami strumentali di monitoraggio in termini tanto di costo quanto di tempistiche.

Infine il dipartimento ha avanzato una proposta, avviare un'indagine sul paziente anziano in trattamento per BPCO volta a determinare le principali cause di non aderenza derivanti dalle caratteristiche dell'inalatore, promossa e implementata da Senior Italia FederAnziani.

---

# Dipartimento UROLOGIA

## Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Urologia ha focalizzato l'interesse della discussione su due patologie ad alta prevalenza nei senior: Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB) e Disfunzione Erettile (DE).

La prevalenza dell'IPB aumenta con l'aumentare dell'età, i seguenti dati epidemiologici dimostrano che questa patologia ha un forte impatto sociale e necessità pertanto di accurate "strategie" preventive e terapeutiche.

Fasce d'età	Prevalenza IPB %	Maschi Italia
35-44	0,6%	4.535
45-54	4,5%	4.742
55-64	20,0%	3.699
65-74	42,0%	3.067
75-84	51,6%	2.009
85 e oltre	50,3%	601
Totale	100%	18.653

Durante i lavori della Commissione Tecnica Nazionale sono emerse varie criticità inerenti la gestione di tale patologia, sia da parte del paziente che del personale medico. Si è evidenziato infatti, come meno del 50% degli uomini con LUTS (Sintomi del Basso Tratto Urinario) consulti il proprio medico e ci sia mancata comprensione dell'importanza della continuità della cura.

Criticità	Soluzioni
Ritardo (23 mesi) nel rivolgersi al proprio medico per sottovalutazione della patologia	- Ruolo delle associazioni di pazienti - Adeguata informazione attraverso l'integrazione tra MMG e Specialisti
Difficoltà indagini diagnostiche	Appropriatezza prescrittiva e riduzione tempi di attesa
Scarsa aderenza alla terapia medica (cronicità, politerapia, effetti collaterali...)	Informazione med/pz - motivazione pz- semplificazione terapie (combinazione fissa Vs estemporanea) - facilitazione accesso ai farmaci

Un altro punto su cui la Commissione si è soffermata è il problema inerente la DISFUNZIONE ERETTILE:

- Affligge 1 uomo su 10, circa 3.000.000 di Italiani presentano un deficit dell'erezione
- La prevalenza di DE aggiustata per l'età risulta pari al 17% degli uomini
- La prevalenza della Disfunzione Erettile (DE) porterà a 322 milioni di uomini con tale condizione nel 2025
- Il rischio di insorgenza di DE è associata a diabete, patologie cardiocircolatorie, LUTS, fumo e depressione

Dopo aver discusso sulla tematica in oggetto dalla Commissione sono state esplicitate le seguenti criticità e proposte alcune possibili soluzioni al problema:

Criticità	Soluzioni
Problema sottostimato	Corretta informazione
Identificazione delle cause, malattie e terapie concomitanti in atto	Trattamento appropriato
Problemi relazionali di coppia	Trattamento multidisciplinare
Problema automedicazione	Rivolgersi SEMPRE al proprio medico
Costo della terapia	OMS: salute sessuale diritto fondamentale



**Momenti  
del IV Congresso Nazionale  
della Corte di Giustizia Popolare  
per il Diritto alla Salute**

# IV Congresso Nazionale Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Venerdì 20 novembre



# IV Congresso Nazionale Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute



# IV Congresso Nazionale Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Domenica 22 novembre



SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI

Via Orazio, 10 - 00193 Roma - Tel. 06.8775.6407 - Fax 06.8775.6396 - [segreteria@cortegiustiziapopolare.it](mailto:segreteria@cortegiustiziapopolare.it)

[www.cortegiustiziapopolare.it](http://www.cortegiustiziapopolare.it)