

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Sintesi dei lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali
Rimini, 20-22 Novembre 2015

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Dipartimento Cardiocircolatorio, Ipertensione e Aritmia
Rimini, 20-22 Novembre 2015

- 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 asintomatiche come l'ipertensione o 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 riduce l'aderenza (applicare i principi della de-prescription nelle politerapie e incoraggiare l'utilizzo delle combinazioni fisse)

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%

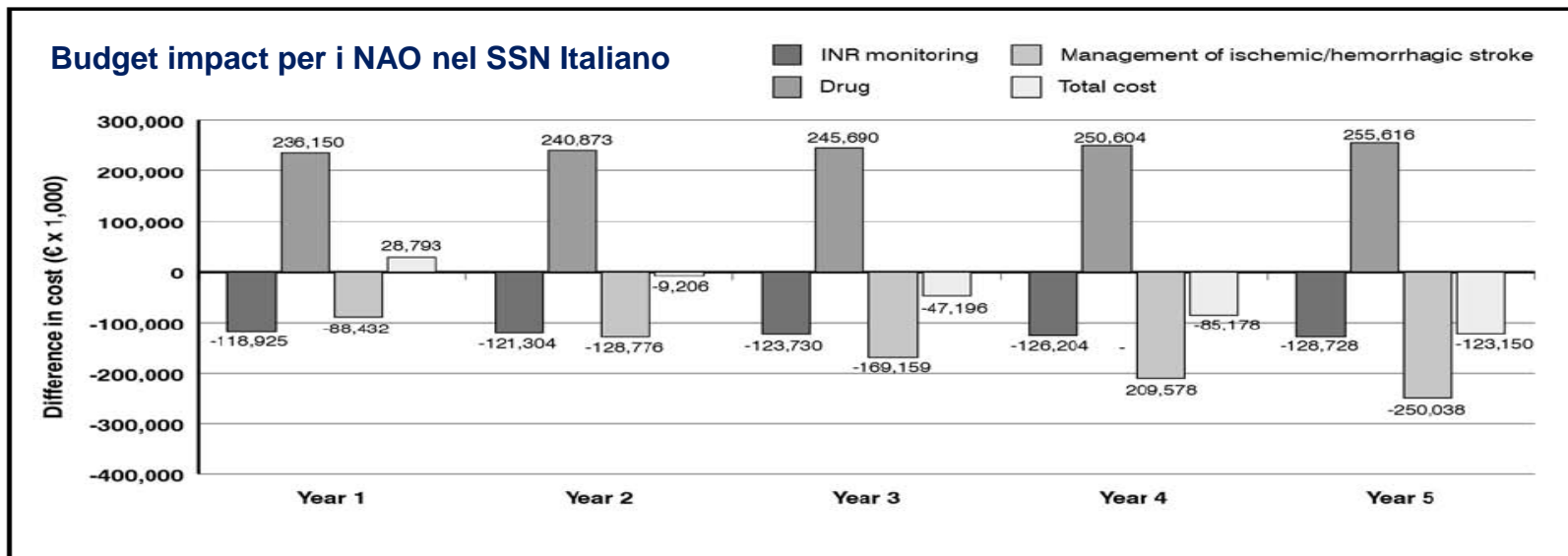


Figure 3. Differences in cost of dabigatran etexilate vs. treatment with VKA

Proposte operative per favorire l'utilizzo dei NAO

- Eliminare piano terapeutico (prescrizione ai MMG)
- Superare la «silomentalità» applicando l'HTA

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Dermatologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Il dipartimento di Dermatologia continua il lavoro iniziato l'anno precedente per la 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 dermatiti associate ad incontinenza (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.**

AISLEC 2015: i dati di prevalenza su 4853 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%**)

	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 necessario che la **qualità** dei prodotti per l'incontinenza (presidi assorbenti e protettivi) sia salvaguardata → 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.

Applicazioni	Costo per Incontinenti in \$	
	Film barriera	Costo del lavoro
1 volta al di	431.950.921	232.588.958 ↓
3 volte a settimana	188.286.299	99.680.982 ↓
	Protettivo cutaneo (crema)	
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.

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Dolore

Rimini, 20-22 Novembre 2015

OBIETTIVI

DETTAGLIO PROPOSTE

Analisi delle principali criticità e sviluppo delle soluzioni più appropriate

In Italia la risposta al bisogno di salute proveniente dalla persona affetta da dolore, è, purtroppo ancora inadeguata ed estremamente varia da Regione a Regione.

Le reti regionali di terapia del dolore da sole non sono sufficienti a garantire la capillarità del servizio ed un'adeguata assistenza al domicilio del paziente.

In questo contesto è evidente l'esigenza prioritaria di percorsi strutturati e condivisi tra specialisti e MMG, la realizzazione in tutte le Regioni delle AFT . Inoltre, come previsto dalla legge 38, 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: 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 per attività prestata ai cittadini e istituzionalizzati dalle Regioni di appartenenza affinché sostituiscano anestesisti - rianimatori senza maturata competenza in algologia

E' 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 steps procedurali dei PTDA, condizioni necessarie per una corretta compilazione delle SDO negli Hub di Algologia a direzione ospedaliera

E' 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.

<p>Verifica e monitoraggio dell'attuazione della legge 38/2010</p>	<p>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</p> <p>Adozione nazionale del PTDA sul Low Back Pain della Regione Piemonte , primo atto ufficiale realizzato con FederAnziani</p>
<p>Individuazione di un percorso agevolato nella rete di terapia del dolore per i pazienti fragili (65+)</p>	<p>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</p> <p>Campagna di comunicazione nazionale " L'anziano e il dolore "</p>
<p>Condivisione e recepimento della "Carta Europea dei Diritti dei Cittadini Over 65 con Dolore Cronico" a livello nazionale e regionale</p>	<p>Si</p>
<p>Valutare la possibilità di rappresentare Senior Italia nelle varie Commissioni regionali con uno specialista del settore</p>	<p>Si come parte attiva</p>

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Ematologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

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. **Presenza 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

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 domiciliazione)
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)

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Endocrinologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- 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.
- RIMBORSABILITA' 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
 1. Tireopatie
 2. Incidentaloma (riscontro accidentale di noduli a livello di ghiandole endocrine)
 3. Carenza ormonale post – menopausale
 4. Ipogonadismo maschile
 5. Osteoporosi
 6. Obesità e dismetabolismi
 7. Sessualità

- 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:
 1. identificazione delle patologie di competenza endocrinologica come primo *step* di un network assistenziale;
 2. 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.

- 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:
 1. per la terapia ormonale sostitutiva nel trattamento della menopausa
 2. per la terapia ormonale sostituiva nell'ipogonadismo maschile ad esordio tardivo
 3. per il riconoscimento e la eventuale terapia delle disfunzioni sessuali del Senior

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI

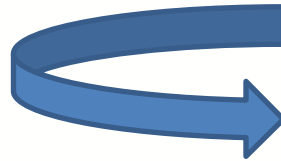


Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Incontinenza

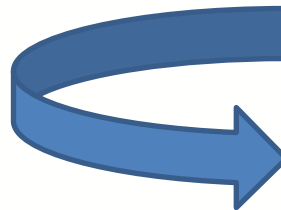
Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Il p.d.v. della persona



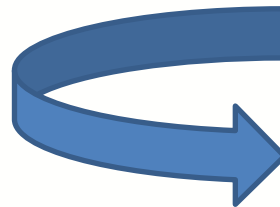
**Grosso impatto sulla Q.o.L.
Rischio di gravi complicanze**

- Il p.d.v. sanitario



**Patologia cronica e complessa
multidimensionale e
multispecialistica**

- Il p.d.v. della società



**Alta prevalenza (20%)
Elevato impegno economico
(30-50 milioni di E. in ogni
regione solo per pannoloni)**

- **Obiettivo:** “creare in ogni regione una Rete di Centri per la Prevenzione, Diagnosi e Cura della Incontinenza”

Criticità Persistenti

- **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

I farmaci anti muscarinici

- **Farmaci:** odiosa e ingiusta discriminazione a cui sono esposti i cittadini italiani rispetto ai cittadini di altri stati membri dell' Unione Europea

Alcune criticità persistenti

- Numerosi “tentativi” di sensibilizzazione dell' AIFA da parte di Associazioni Pazienti, Società Scientifiche e Fondazioni ...caduti nel vuoto

La Riabilitazione dell'Incontinenza Urinaria e Fecale

- **Riabilitazione:** grossa carenza di centri di Riabilitazione dedicati

Alcune criticità persistenti

- 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)

La Chirurgia

- **Chirurgia:** Nell'ottica di una politica di razionalizzazione della spesa, la 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

- Mancata uniformità ed aggiornamento nella codificazione delle terapie chirurgiche nei DRG

Proposta:

- Istituire un tavolo ministeriale sulla Incontinenza
Obiettivo raggiunto!!!
- *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***

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Medical Device in Chirurgia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Il criterio del prezzo più basso sembra ancora largamente utilizzato dalle aziende sanitarie e ospedaliere per l'approvvigionamento dei *medical device* sebbene l'evidenza dimostri come siano possibili risparmi basandosi su criteri qualitativi.
- Assenza di obbligo dei registri dei dispositivi impiantabili
- Assenza di studi clinici osservazionali post marketing sulle nuove tecniche
- Mancanza di criteri condivisi di accreditamento dei centri e degli operatori
- Obsolescenza ed inefficacia del sistema delle gare d'appalto (moltiplicazione di processi e costi)
- Difformità dei criteri di approvvigionamento:
 - Nazionale
 - Interregionale
 - Regionale
 - Aziendale

- Differenziare tra
 - a. Dispositivi Innovativi (nuova tecnologia)
 - b. Dispositivi di Miglioramento Continuo (modifica di un dispositivo esistente)
- La commissione nazionale dell'HTA (Health Technology Assessment) deve:
 - a) Valutare e approvare dispositivi e tecnologie innovative, non precedentemente esistenti, di alta complessità
 - b) Decidere se utilizzarli su larga scala o previo periodo di valutazione presso centri di riferimento
 - c) Mantenere aggiornato il sistema dei DRG seguendo l'evoluzione tecnologica

La composizione dei tavoli tecnici non può prescindere dalla presenza di esperti del settore indicati dalle relative società scientifiche
- Istituire registri obbligatori sui dispositivi medici di classe 3 e 4
- Abolizione dell'attuale sistema gare e sostituzione con altro sistema (esempio accordi quadro)
- La scelta dei *dispositivi* dovrebbe avvenire esclusivamente in base a criteri di efficienza e qualità e non può in alcun caso essere subordinata a criteri di ordine economico.
- Partecipazione da parte delle società scientifiche alla definizione dei criteri di accreditamento dei centri e degli operatori

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Medicina Generale e Territorio

Rimini, 20-22 Novembre 2015

Mantenere

- L'approccio olistico alla persona, l'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 la 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

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

E' 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.

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 multiprofessionale
- Valutazione multidimensionale - piano personalizzato
- Ruolo Assistente sociale «generalista»
- Ruolo badante formata
- Riorganizzazione della domiciliarità e della residenzialità e individuazione interfacce ospedale-territorio

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento metabolismo e diabete

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Promuovere la **diagnosi precoce da parte del MMG** al fine di ridurre le diagnosi in fase avanzata e le conseguenti complicanze
- Promuovere il 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
- Potenziare i **programmi di prevenzione delle complicanze** (piede diabetico, retinopatia ecc.) nei percorsi di I livello (MMG)
- Rafforzare il **rapporto Team di Cura – Paziente** al fine di aumentare **l'aderenza alla terapia**
- Auto-monitoraggio della glicemia (secondo le indicazioni del MMG o del diabetologo) per migliorare la gestione della terapia
- Responsabilizzare il **paziente** a perseguire uno **stile di vita adeguato** attraverso l'educazione e il coinvolgimento nella scelta del percorso di cura (alimentazione, attività fisica, etc...)

- **Diabetico Guida** nelle **Associazioni di Pazienti certificato** dalle ASL (progetto Nazionale): paziente specificamente formato alla trasmissione delle conoscenze nella gestione della malattia diabetica, di supporto ed in collaborazione con MMG
- Campagne mirate e coinvolgenti di **prevenzione, educazione alimentare** e corretti **stili di vita**
- Realizzare un percorso strutturato di Transizione Assistita dal centro diabetologico pediatrico all'ambulatorio dell'adulto
- Realizzare un **disegno unitario nazionale**, tale da garantire in ogni Regione **l'uniformità di accesso alle cure, ai farmaci ed ai device** innovativi, per una sanità giusta ed uguale per tutti (Diritto alla Salute, Art. 32 Cost.)

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Nutrizione

Rimini, 20-22 novembre 2015

- **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)**
- Circa **7 milioni** di anziani interessati
- **120 mld €/anno** in Europa
- Circa **20 mila** soggetti in trattamento

- **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**

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Oftalmologia

Rimini, 20-22 novembre 2015

Caratatta

1. **Difficoltà di accesso alle visite oculistiche ed esami strumentali:**
potenziamento degli ambulatori territoriali (oculisti – ortottisti) e messa in rete
2. **Eccessivo tempo di attesa per la diagnosi e tra la diagnosi e terapia:**
screening e attivazione percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)
3. **Strumentazione insufficiente ed obsoleta:**
adeguamento DRG alle tecnologie attuali e robotica (in rapporto a pazienti in carico)
4. **Ridotto accesso alle terapie avanzate:**

copayment

Maculopatia legata all'età

1. **Difficoltà di accesso alle visite oculistiche ed esami strumentali:**
potenziamento degli ambulatori territoriali (oculisti) e messa in rete
2. **Ritardo nella diagnosi ed accesso al percorso diagnostico terapeutico con conseguente calo visivo irreversibile:**
 - a) accorciare drasticamente i tempi d'attesa
 - b) innovazione tecnologica
3. **Follow-up dei pazienti con maculopatia:**
coinvolgimento dei medici sul territorio

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Oncologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

Problema in evidenza

- 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 le evidenze di studi e ricerche di 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».
- Consci della mancanza di «dolo» in queste mal practice, 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.

Soluzioni proposte

- Il dipartimento ha pertanto selezionato i punti più cogenti per i quali fornire le indicazioni operative utilizzando la logica dell'incrocio fra:
 - impatto migliorativo – da piccolo a grande;
 - facilità di implementazione – da complesso a semplice;
- ... che ha consentito di identificare soluzioni quick win al pari di quelle strategiche di più lunga implementazione.
- 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».
- Più analiticamente, i punti sono:
 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

Esempio

Identificazione PDTA specifici per anziani e grandi anziani in area oncologica

Azioni concrete

- Identificazione PDTA di riferimento internazionale
- Identificazione PDTA di riferimento nazionale
- Identificazione Best Practice
- Identificare competenze distintive – individuali ed organizzative
- Enucleare modello
- Analisi aree di divergenza in logica paziente anziano
- Identificazione modelli e processi correttivi
- Integrazione con PDTA
- Identificazione modello unico/specifico di relazione con il patologo
- Strutturazione indicatori per consiglio sospensione terapie anti neoplastiche
- Genesi PDTA OncoAnziano
- Condivisione MMG
- Presentazione ASL/Regioni

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Osteoarticolare

Rimini, 20-22 Novembre 2015

Malattia ad elevato impatto socio-economico, a massima frequenza negli over 65, esiti spesso invalidanti:

- Scarsa prevenzione (rimozione fattori di rischio modificabili);
- Diagnosi spesso tardiva e generica;
- Utilizzo inappropriato di mezzi diagnostici e farmacologici;
- Difficoltà di integrazione/comunicazione tra le professionalità coinvolte;
- Scarsa responsabilizzazione nella correzione dei fattori di rischio soggettivi;
- Difficoltà di coinvolgimento del paziente nella gestione della patologia artrosica per fragilità socio - sanitaria;
- Scarsa attenzione alla integrazione tra tutti i fattori terapeutici, farmacologici e non.

- Modificazione dell'organizzazione territoriale e integrazione interprofessionale per una gestione ottimale mediante la quale:
 - Passare da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa per intercettare i pazienti a rischio;
 - Tempestiva presa in carico del paziente;
 - Tempestivo e corretto inquadramento diagnostico (stadiazione);
 - Monitoraggio nel tempo;
 - Gestione condivisa tra MMG, specialista di riferimento e team curante;
 - Maggior sensibilizzazione dei pazienti con efficace comunicazione mediatica (istituzionale) e da parte di tutti gli attori coinvolti nel percorso terapeutico assistenziale, finalizzata alla conoscenza dei rischi connessi ad abitudini ed errati stili di vita (obesità, posizioni lavorative incongrue, attività usuranti, etc.);
 - Riduzione uso inappropriato FANS (riservati solo nelle *pousses* infiammatorie);
 - Utilizzo di analgesici oppioidi nei casi cronici, negli stadi non infiammatori;
 - Utilizzo di acido ialuronico negli stadi I – II dell'artrosi o nei casi più gravi inoperabili (per rischio operatorio o per volontà del paziente).

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento *Pet-Therapy*

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- **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



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

- Valorizzare e qualificare in Italia la 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.

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Psichiatria

Rimini, 20-22 Novembre 2015

CRITICITÀ

- In Italia le sindromi depressive sono il problema più diffuso di salute mentale e interessano circa 2,6 Mio di persone, ovvero il 4,4% della popolazione, con prevalenze doppie nelle donne rispetto agli uomini.
- Fra gli anziani ne soffre almeno una persona su 10, arrivando a superare il 16% fra le donne ultraottantenni.



NECESSITÀ

- Diminuire il peso dei disturbi depressivi nella popolazione dei senior. Anche attivando interventi di prevenzione in senso stretto promuovendo stili di vita salutari (attività fisica, dieta mediterranea, possibilmente non oltre le 1800 calorie, partecipazione sociale e stimolazione cognitiva)
- Anticipare la diagnosi dei nuovi casi e valutare i possibili segni di decadimento cognitivo, approfondendo in particolare la problematica della diagnosi differenziale tra disturbi dell'umore e della cognitivtà

- Intercettare i bisogni di benessere mentale che spesso rimangono inespressi, con conseguenti costi sociali.
- Gestione precoce del paziente anziano affetto da depressione.
- Abbattimento delle barriere sociali , ambientali e culturali che si oppongono al riconoscimento, cura e accettazione dei disturbi depressivo nell'anziano
- Migliorare l'adeguatezza e appropriatezza degli standard di intervento nella prospettiva di una terapia personalizzata
- Intervenire a più livelli (paziente, famiglia, rete sociale, sistema sanitario) per incrementare l'aderenza alle terapie

- Necessità crescente di prima diagnosi da parte del MMG.
- Formazione delle figure professionali coinvolte nel processo di gestione condivisa della Depressione.
- Diffusione del "voucher" come strumento integrativo di percorsi non routinari del paziente depresso:
 - ✓ Definizione soggetti coinvolti
 - ✓ Definizione puntuale delle attività
 - ✓ Definizione delle risorse necessarie.
- 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"
- Creazione di "reti " non solo tra specialisti psichiatri e MMG da implementare anche con "reti sociali" tra Centri anziani e MMG per facilitare l'emersione della depressione.

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Respiratorio

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Non esistono dati attendibili in Italia sulla frequenza reale delle malattie respiratorie croniche (le proiezioni ricavate da dati amministrativi sono approssimative)
- Molti malati non sanno di esserlo (sottodiagnosi e sottotrattamento)
- Alcuni di quelli in cura non sono correttamente diagnosticati per insufficiente utilizzo della spirometria (cui segue scarsa appropriatezza nella prescrizione dei farmaci)
- Scarsa integrazione (e notevole frammentazione) dei livelli di cura
- Scarsa aderenza alla terapia della persona malata di malattia respiratoria cronica ostruttiva anche per difficoltà nell'utilizzo dell'inalatore
- Riguardo ai disturbi respiratori del sonno una serie di criticità fra cui: malattia frequente non conosciuta, con complicazioni gravi e costi sociali elevati, disomogeneità tra regioni nella diagnosi e soprattutto nella prescrivibilità e nel rimborso dei trattamenti

A) **Priorità**

1. la implementazione della gestione integrata dei casi noti (soprattutto per migliorare la aderenza alla terapia), 2. la identificazione dei casi non noti (medicina di iniziativa) e 3. la promozione della cessazione del fumo come misura preventiva e terapeutica

B) **Realizzazione di obiettivi che superino le principali cause di non aderenza:**

1. Formazione degli operatori sanitari; 2. informazione del Paziente e di chi lo assiste; 3. attenzione alla ingiustificata modifica della terapia inalatoria (dispositivo); 4. definizione delle rispettive competenze di MG e specialisti (gestione integrata); 5. individuazione di strumenti di monitoraggio della aderenza; 6. Superamento delle difficoltà di accesso agli esami di monitoraggio (costo/liste di attesa)

C) **Proposte di azioni per FederAnziani**

Avviare un'indagine sul paziente anziano in trattamento per BPCO volta a determinare le principali cause di non aderenza derivanti dalle caratteristiche dell'inalatore

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI




Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Urologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

<i>Criticità</i>	<i>Soluzioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> • 2,6 milioni di pazienti sofferenti 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ritardo (23 mesi) nel rivolgersi al proprio medico per sottovalutazione della patologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruolo delle associazioni (...) • Adeguata informazione attraverso l'integrazione tra MMG e Specialisti
<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà indagini diagnostiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriata prescrizione e riduzione tempi di attesa
<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa aderenza alla terapia medica (cronicità, politerapia, effetti collaterali...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informazione med/pz- motivazione pz- semplificazione terapie (combinazione fissa Vs estemporanea)– facilitazione accesso ai farmaci
<ul style="list-style-type: none"> • Confusione tra IPB e CANCRO 	<ul style="list-style-type: none"> • NON sono la stessa cosa

<i>Criticità</i>	<i>Soluzioni</i>
<ul style="list-style-type: none"> • 3 milioni di italiani ne soffrono 	
<ul style="list-style-type: none"> • Problema sottostimato 	<ul style="list-style-type: none"> • Corretta informazione
<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione delle cause , malattie e terapie concomitanti in atto 	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento appropriato
<ul style="list-style-type: none"> • Problemi relazionali di coppia 	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento multidisciplinare
<ul style="list-style-type: none"> • Problema automedicazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivolgersi SEMPRE al proprio medico
<ul style="list-style-type: none"> • Costo della terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS: salute sessuale diritto fondamentale