ANNUAL Report 2014

FEDERANZIANI
SENIOR ITALIA

ANNUAL Report 2014

FederAnziani FA!

FEDERANZIANI
SENIOR ITALIA

Il giovane cammina
più veloce dell'anziano
ma l'anziano
conosce la strada

(detto Masai)

Organi Direttivi FederAnziani Senior Italia

Comitato di Presidenza

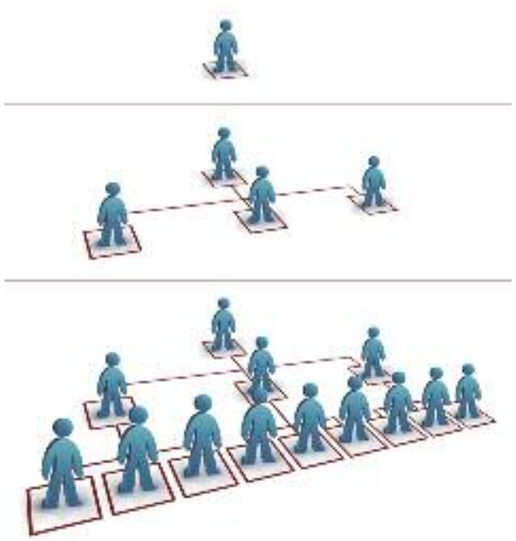
Roberto Messina - *Presidente*

Claudio Luci - *Direttore Generale*
Bruno Montanaro - *Vice Presidente Vicario*
Giuseppe Pozzi - *Vice Presidente*
Eleonora Selvi - *Consigliere*

Consiglio Direttivo

Roberto Messina - *Presidente e Direttore Centro Studi SIC*

Claudio Luci - *Direttore Generale*
Giuseppe Pozzi - *Vice Presidente*
Bruno Montanaro - *Consigliere, Responsabile Sicurezza*
Eleonora Selvi - *Consigliere, Responsabile Comunicazione*
Luciana Valente - *Consigliere, Responsabile Sicurezza Ambiente e Centri*



Comitato Scientifico

Giuseppe Pozzi - *Presidente - Chirurgo*

Fabio Abenavoli - *Chirurgo plastico*
Emanuela Baio - *Politica*
Renato Balduzzi - *Politico, Ex Ministro della Salute*
Pierluigi Bartoletti - *Politiche sindacali*
Augusto Battaglia - *Politico*
Piero Bonadeo - *Chirurgo Vascolare*
Maria Luisa Brandi - *Endocrinologa*
Achille Caputi - *Farmacologo*
Vittorio Cavaceppi - *Medico*
Alessandro Cesaroni - *Neurochirurgo*
Americo Cicchetti - *Economista*
Daniel Jacques Cristelli - *Farmacista*
Fernando De Benedetto - *Pneumologo*
Leopoldo Di Girolamo - *Politico*
Franco Fontana - *Economista*
Luigi Giacco - *Politico*
Andrea Maini - *Farmacoeconomista*
Paolo Marchetti - *Oncologo*
Mario Marino - *Pneumologo*
Armando Masucci - *Medico Chirurgo*
Francesco Saverio Mennini - *Economista*
Giacomo Milillo - *Medico*
Vincenzo Mirone - *Medico Chirurgo*
Carlo Molino - *Chirurgo*
Paolo Notaro - *Anestesista Algologo*
Salvatore Passaro - *Manager settore Assicurativo*
Marco Romanelli - *Dermatologo*
Raffaele Scalpone - *Diabetologo*
Girolamo Sirchia - *Ex Ministro della Salute*
Luigi Sudano - *Medico*
Francesca Toppetti - *Avvocato*
Gianluca Trifirò - *Farmacologo*
Luciana Valente - *Health & Safety*

FederAnziani FA!

Non ci stancheremo mai di ripeterlo: gli anziani rappresentano le radici della nostra società e non c'è futuro per una società che ignora le proprie radici. Il grande cambiamento demografico che stiamo attraversando è il segno di un accresciuto benessere, di una più elevata qualità della vita che consente a tutti noi di vivere più a lungo: sfida e opportunità che sta a noi cogliere per far evolvere il sistema sanitario e di welfare alla luce dei mutati bisogni della popolazione. Si tratta di un processo di cambiamento necessario, al quale FederAnziani non ha mai fatto e non farà mai mancare il proprio contributo.

Anche in quest'ultimo anno FederAnziani ha lavorato intensamente per mettere le proprie competenze e il proprio network a disposizione delle Istituzioni al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Ha svolto, assieme alle società medico-scientifiche, ai medici di famiglia e alle università, un approfondito lavoro di analisi delle problematiche del Servizio Sanitario Nazionale, costruendo altrettante proposte per far evolvere il Sistema, attraverso la Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute e il think tank Punto Insieme Sanità; ha lavorato per sensibilizzare la popolazione over 65 rispetto a temi quali prevenzione, salute e stili di vita, e raggiunto centinaia di migliaia di persone con le sue capillari campagne di informazione, condotte attraverso i convegni organizzati ogni giorno negli oltre 3.500 centri anziani aderenti alla sua rete; ha condotto campagne di comunicazione sulla salute attraverso i propri canali quali l'ufficio stampa, la web tv, i siti, le newsletter, i social network; ha coinvolto 100mila anziani nel progetto Insieme a scuola di Internet, dedicato all'alfabetizzazione informatica degli over 55 e realizzato da Fondazione Vodafone Italia in collaborazione con FederAnziani; ha raccolto oltre 275mila Registri della Salute, elaborando attraverso il suo Centro Studi SIC Sanità in Cifre i dati relativi alle principali patologie croniche, per poter affermare con più efficacia il diritto alla salute di anziani e malati cronici; ha distribuito i primi assegni ai centri anziani che hanno aderito alla Fondazione Senior Italia; ha lanciato Senior Italia Società di Mutuo Soccorso, la prima mutua solidale creata dagli stessi anziani; e ancora, il Forum della Salute ha visto oltre 18mila presenze nel corso dei tre giorni interamente dedicati alla salute e al benessere, mentre i tre coordinamenti interregionali tenutisi nel corso dell'anno al Sud, al Centro e al Nord, con migliaia di partecipanti da tutta Italia, hanno rappresentato le tre importanti tappe verso la definizione della strategia di FederAnziani per la difesa della salute, culminando nel III Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, svoltosi nel mese di novembre.

Quello che si chiude è un anno difficile, che ha visto i bisogni di salute della popolazione continuare a crescere, a fronte di una riduzione delle risorse disponibili oramai inesorabile a causa delle esigenze di razionalizzazione del sistema. Oltre a ciò non possiamo nasconderci che la stagione che ci attende sarà anche più dura. Da qui l'importanza di lavorare seriamente, come pazienti, acconto ai decisori politici per aiutarli ad adottare le migliori strategie, focalizzandosi sulla prevenzione, sull'aderenza alla terapia, sulla definizione di protocolli diagnostico-terapeutici appropriati ed efficaci, sui tagli agli sprechi, sulle cure personalizzate, sulla riorganizzazione della medicina del territorio, sullo sviluppo della sanità integrativa.

FederAnziani chiude quest'anno con un bilancio molto positivo rispetto alle attività svolte e agli obiettivi raggiunti, preparandosi ad un lavoro ancora più capillare, sempre cosciente del fatto che la salute è un bisogno, un diritto, un valore, ma è anche un fattore per la crescita dell'intero Paese.

Il Presidente Nazionale FederAnziani
Roberto Messina

Annual Report 2014

Indice

6 **FederAnziani Senior Italia**

8 **Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute**

10 **III Congresso Nazionale Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute**
Sintesi delle Conclusioni dei Lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali

40 **Punto Insieme Sanità**

42 **Punto Insieme Sanità**
20 marzo 2014

44 **Punto Insieme Sanità**
19 giugno 2014

46 **Punto Insieme Sanità**
Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

66 **Il Lavoro con le Istituzioni**
Norma sulla prescrizione del principio attivo

70 **Il Lavoro con le Istituzioni**
Levotiroxina

74 **Il Lavoro con le Istituzioni**
Statine

82 **La presenza di FederAnziani in organi tecnici ed iniziative nazionali e internazionali**

84 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**

86 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
I Registri della Salute

110 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
Il Compendio

114 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
Gli Studi: Interventi di contenimento della Spesa Sanitaria

116 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
Gli Studi: Infezioni correlate all'Assistenza

118 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
Gli Studi: Gestione e Terapia del Dolore

120 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
Gli Studi: Incontinenza Urinaria

122 **Centro Studi SIC Sanità in Cifre**
Gli Studi: Prevenzione e Gestione degli Arrossamenti e Bruciori Cutanei nel Paziente Incontinente

124 **La Rete Sociale e gli Eventi**

126 **I Convegni sulla Salute**

128 **Corsi di Alfabetizzazione Informatica**

130 **I Grandi Eventi Nazionali del2014**

132 **Forum della Salute**

134 **La Benedizione di lunga vita**

136 **Fondazione Senior Italia**

140 **Senior Italia SMS Società di Mutuo Soccorso**

142 **SIHA Senior International Health Association**

144 **SIT Senior International Tourism**

146 **Il Premio 60 e più**

150 **FederAnziani Solidarietà**

152 **La Comunicazione**

154 **FederAnziani e il mondo delle Aziende**

FederAnziani Senior Italia

Chi siamo

FederAnziani Senior Italia è la federazione delle associazioni della terza età fondata nel 2006 con lo scopo di tutelare i diritti e migliorare la qualità della vita delle persone Senior.

FederAnziani Senior Italia riunisce numerose associazioni per un totale di 3.500 Centri Sociali per Anziani su tutto il territorio nazionale ed oltre 3,5 milioni di persone aderenti.

La nostra Mission

- Valorizzare il ruolo dei Senior come risorsa insostituibile per la famiglia e la società;
- Orientare le politiche sanitarie e sociali verso lo sviluppo di programmi che favoriscano una sana longevità e promuovano il benessere lungo tutto l'arco della vita;
- Affermare il diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo, sancito dalla Costituzione, e sensibilizzare le Istituzioni per garantire equità nell'accesso alle cure.

Le Attività

La Federazione promuove ogni anno molte iniziative per rispondere alle esigenze della terza età. In particolare:

- Organizza convegni nazionali e internazionali che coinvolgono migliaia di partecipanti tra delegati FederAnziani Senior Italia, medici delle principali società medico-scientifiche ed organizzazioni di categoria partner della Federazione;
- Collabora con le istituzioni e la comunità scientifica per la tutela della salute e la promozione dell'invecchiamento attivo specialmente attraverso la Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute;
- Effettua ricerche sui temi della salute e dell'economia sanitaria attraverso il suo Centro Studi SIC Sanità in Cifre;
- Promuove la rappresentanza sociale nei confronti degli organismi pubblici e privati che operano nelle politiche sociali, di salute e assistenza;
- Organizza, all'interno dei 3.500 centri anziani affiliati in tutta Italia, attività volte alla socializzazione e al benessere come l'informazione in ambito sanitario, il turismo sociale, la prevenzione, la formazione nell'ambito tecnologico;
- Promuove stili di vita che favoriscano un sano invecchiamento attraverso campagne di comunicazione.

Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Pazienti, clinici, MMG, Istituzioni insieme per l'evoluzione del SSN

La **Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute** è un organismo costituito da FederAnziani per aiutare i cittadini a vedere garantito il diritto alla salute, e supportare al tempo stesso le Istituzioni in una logica di sostenibilità, condizione fondamentale per garantire la qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

Nella Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute i Medici di Medicina Generale (FIMMG), i Medici Specialisti delle principali società medico-scientifiche, i farmacisti (Federfarma), le Istituzioni nazionali e regionali lavorano insieme allo scopo di identificare linee guida, idee e progetti per migliorare qualità ed efficienza del Servizio Sanitario, attraverso un approccio dedicato alle problematiche di salute dell'anziano.

Il Congresso annuale, organizzato da FederAnziani in collaborazione con la FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale - con il patrocinio delle più alte Istituzioni, vede a lavoro le eccellenze del sistema salute, riunite in sessioni monotematiche all'interno di Dipartimenti dedicati ad aree terapeutiche specifiche, con uno sguardo attento alle best practices nazionali ed internazionali.

I tavoli scientifici hanno come punto di partenza un'analisi economico-sanitaria dettagliata delle incongruità del sistema salute e i risultati delle attività svolte dalla Corte nel corso dell'anno. I lavori conducono all'elaborazione di documenti scientifici 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, con nuovi PDTA (Protocolli diagnostico-terapeutici).

Obiettivo ultimo, una piena presa in carico del paziente sia acuto che portatore di cronicità, con un'attenzione particolare ai soggetti più fragili e non autosufficienti. Nella sessione plenaria conclusiva migliaia di delegati FederAnziani si esprimono con il voto sui risultati dei lavori dei Dipartimenti che costituiscono la linea d'azione della Corte di Giustizia nel corso dell'anno.

Sintesi delle Conclusioni dei Lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali

III Congresso Nazionale

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

RIMINI, 21-23 NOVEMBRE 2014

Il diritto alla salute: un diritto inalienabile
CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

Presidente Onorario del Congresso
Beatrice Lorenzin

Presidente del Congresso
Sergio Pecorelli

Presidente della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Giuseppe Pozzi

Anche quest'anno i lavori del III Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute hanno visto un proficuo confronto tra pazienti, medici, economisti, esponenti del mondo del diritto, della ricerca, delle professioni sanitarie, con l'obiettivo di analizzare in profondità il Servizio Sanitario Nazionale per evidenziarne le criticità dal punto di vista del paziente e costruire risposte concrete.

Stiamo dando vita ad una importante fase di cambiamento del nostro Sistema Sanitario. Abbiamo la grande opportunità di lavorare insieme, in modo coordinato e sinergico al fianco delle Istituzioni, per contribuire a scrivere le regole di un sistema sanitario più evoluto, sostenibile e rispondente alle esigenze di cambiamento socio-demografico della nostra Nazione.

Non solo. Ancora una volta il successo della manifestazione si è palesato con la costante presenza del Ministro della Salute, del Presidente dell'AIFA, dei Direttori Generali del Ministero della Salute e dei Direttori Generali delle Regioni, dei rappresentanti del Parlamento Europeo, della Commissione Europea, dell'OMS e dell'EMA. L'autorevole lavoro fin qui svolto da tutti i soggetti coinvolti ha finalmente dato prova che il dialogo costruttivo multidisciplinare è l'approccio più utile, condiviso e supportato dalle Istituzioni stesse.

Nello specifico, i risultati dei lavori dei dipartimenti scientifici monotematici e delle Commissioni Tecniche Nazionali, sintetizzati nelle pagine che seguono, hanno messo in luce le incongruità e le esigenze del sistema salute, con le complesse differenze territoriali e le disomogeneità regionali, ideando proposte e soluzioni specifiche, approvate poi dai 6.000 delegati di FederAnziani presenti.

Prossimamente questo comune obiettivo ci vedrà ancora riuniti per continuare questo prezioso lavoro, con la scrittura di percorsi di prevenzione, diagnosi e terapia; un percorso che dobbiamo proseguire al fine di contribuire a sollecitare l'evoluzione del sistema, come modello assistenziale a tutela di tutti, nel rispetto del diritto alla salute, senza lasciare indietro nessuno, soprattutto i soggetti più fragili.

Il Presidente Nazionale FederAnziani	*Il Segretario Generale Nazionale FIMMG*	*Il Presidente della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute*
Roberto Messina	**Giacomo Milillo**	**Giuseppe Pozzi**

Dipartimento ALLERGOLOGIA

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Allergologia ha analizzato alcune criticità del sistema sanitario che interessano l'ambito delle patologie allergiche nella terza età, sia da un punto di vista del Paziente che da un punto di vista medico, proponendo soluzioni concrete e sostenibili.

Dopo aver evidenziato che le allergopatie costituiscono la terza malattia cronica più diffusa e che nelle forme più gravi possono rappresentare causa di morte, si sono discusse le criticità ad esse collegate presenti nel nostro Sistema Sanitario Nazionale come di seguito riportate:

- Gli anziani sono interessati dalle varie forme allergiche con frequenza rilevante e in aumento. Attualmente si stima che il numero globale di anziani colpiti da allergopatie sia di circa 2 milioni. Tuttavia la malattia è sottovalutata e la diagnosi spesso non viene effettuata, anche per carenza di centri allergologici specialistici sul territorio nazionale. Di conseguenza il paziente non riceve un'adeguata terapia. Questo accade soprattutto nei confronti del paziente anziano, in quanto il manifestarsi della sintomatologia viene spesso associato a disturbi correlati all'età, senza considerare l'eventualità di una allergopatia.
- I costi delle allergie respiratorie sono estremamente elevati: in particolare nella rinite il costo per paziente è di circa 1.000 €/anno e nell'asma è di circa 1.500 €/anno. Tali costi corrispondono a circa 2 miliardi di euro di spesa globale per la rinite e circa 3 miliardi di euro per l'asma.
- Attualmente la terapia dell'allergia respiratoria si basa quasi esclusivamente sui farmaci, che hanno un'azione solo sintomatica non impedendo la cronicizzazione della malattia ed esponendo il paziente a effetti collaterali.
- Molti farmaci sono controindicati in presenza di patologie concomitanti (epatiche, neurologiche, nefrologiche) particolarmente frequenti nell'anziano. In aggiunta, la necessità di politerapia favorisce l'evenienza di reazioni avverse legate a interferenza farmacologica.
- Nonostante l''immunoterapia specifica (AIT) sia l'unica cura in grado di superare i limiti della terapia farmacologica, non ne viene ancora facilitato l'accesso soprattutto per le fasce più deboli sia dal punto di vista clinico, sia dal punto di vista economico come, appunto, gli anziani (il 41% dei quali percepisce una pensione sotto i 1.000 euro).

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Allergologia si è soffermata sui vantaggi dell'AIT, che sono indicati di seguito:

- L'AIT è l'unica cura che, diversamente dai farmaci, agisce sulle cause dell'allergia e quindi cambia il decorso della malattia, inducendo la tolleranza immunologica agli allergeni.
- L'AIT non ha interazioni con altri farmaci e non è controindicata alla presenza di altre patologie, che interessano soprattutto gli anziani.
- L'effetto dell'AIT perdura oltre il periodo della somministrazione permettendo una riduzione progressiva del consumo di farmaci e di risorse sanitarie.
- Gli studi di farmaco-economia dimostrano che dal terzo anno di trattamento si ottiene un sostanziale guadagno in termini di spesa globale, con massimizzazione dell'effetto economico negli anni successivi.
- Il vantaggio farmaco-economico è stato pienamente recepito dai SSN europei che rimborsano l'AIT, al contrario dell'Italia.

Per affrontare queste criticità sono state proposte le seguenti soluzioni:

- Promuovere la consapevolezza del Medico di Medicina Generale sulla rilevanza delle allergopatie dell'anziano attraverso specifici ECM.
- Facilitare l'accesso a un corretto percorso diagnostico attraverso l'istituzione e la strutturazione di reti allergologiche regionali, gestite da specialisti in Allergologia e Immunologia Clinica.
- Permettere all'anziano l'accesso all'AIT attraverso rimborsabilità, almeno per fasce di reddito.
- Favorire un invecchiamento in buona salute prevenendo l'aggravarsi della malattia attraverso una diagnosi e una terapia precoce, anche con interventi nelle età precedenti, al fine di garantire a medio-lungo termine la sostenibilità del sistema.

Dipartimento CARDIOCIRCOLATORIO

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Cardiocircolatorio, partendo dal documento emerso da Punto Insieme Sanità dello scorso 20 marzo nel quale venivano definite le attività ed i requisiti di eccellenza ad ogni livello di presa in carico del Paziente cardiopatico cronico, ha analizzato le principali criticità del sistema sanitario che ruotano attorno all'ambito cardiocircolatorio, sia da un punto di vista del Paziente che da un punto di vista medico, proponendo soluzioni concrete e sostenibili.

Di seguito verranno evidenziate le principali criticità, con annesse le soluzioni proposte per ognuna:

- La scarsa integrazione di tutti gli attori del sistema nei differenti modelli sanitari regionali, con non uniforme applicazione dei LEA e non omogeneo accesso alle cure o alle innovazioni tecnologiche da parte dei cittadini/pazienti, che potrebbe essere risolta con una gestione del paziente integrata e la presa in carico delle cronicità attraverso percorsi condivisi;
- Come seconda criticità è emerso lo "zapping farmaceutico", dovuto alla poca chiarezza sulla legge di sostituzione del farmaco, in particolar modo per i farmaci utilizzati nelle malattie cardiovascolari critiche. Istituendo un Orange Book per la sostituibilità dei farmaci equivalenti a livello ministeriale questo problema potrebbe essere, se non risolto, quanto meno arginato;
- L'Assistenza Domiciliare Integrata risulta carente in relazione al territorio, dovrebbero essere implementate le cure intermedie;
- Le postazioni di Pronto Soccorso vengono spesso utilizzate in maniera inappropriata. Una riorganizzazione del sistema, con conseguente integrazione della medicina territoriale limiterebbe l'uso inappropriato del PS;
- Il paziente risulta poco attivo nella gestione della propria patologia cardiologica, e questo comporta anche una scarsa aderenza al percorso di cura condiviso tra le varie figure mediche; da qui la necessità di aumentare l'Empowerment del paziente attraverso il suo coinvolgimento nella terapia;
- Criticità fondamentale in ambito specialistico è risultata essere la non rimborsabilità della tele-cardiologia, inclusi i controlli dei device. Questo potrebbe e dovrebbe essere risolto attraverso l'inserimento nei LEA delle prestazioni afferenti questa attività;
- Il nomenclatore tariffario nazionale, inoltre, dovrebbe poter essere aggiornato periodicamente, per consentire un più adeguato rimborso delle prestazioni;
- Il potenziamento della rete cardiologica territoriale e l'istituzione di agende per classi di priorità favorirebbe lo snellimento dei lunghi tempi di attesa per esami/prestazioni specialistiche cardiologiche;
- In ultimo è stata evidenziata una difficoltà nella presa in carico del paziente per le patologie a maggior impatto socio-economico come scompenso cardiaco - cardiopatia ischemica - ipertensione - fibrillazione atriale. L'individuazione di percorsi specifici centrati sul paziente (screening e validazione del monitoraggio) risolverebbe questo tipo di criticità.

Dipartimento CATARATTA

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione, partendo dall'evidenza degli oltre 500.000 interventi di cataratta effettuati in Italia nel corso di un anno, sottolinea che il 95% degli stessi vengono effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, in regime ambulatoriale. Epidemiologicamente la patologia colpisce oltre 2 persone su 3 superati i 70 anni di età, da qui la necessità di indagare a fondo sulle criticità che in questo ambito si riscontrano, per giungere a soluzioni concrete cui un vasta platea di pazienti, per lo più anziani, potrà usufruire.

La principale criticità emersa dai lavori della Commissione è il mancato recepimento all'interno dei LEA della correzione dei problemi refrattivi e, conseguentemente, dei più recenti frutti del progresso tecnologico in tale ambito. Si sono, infatti, rese disponibili nuove tipologie di lenti intraoculari ad avanzata tecnologia, le così dette AT-IOL, che, a differenza delle antiquate lenti monofocali, sono in grado di correggere gran parte dei difetti visivi dei pazienti (astigmatismo e presbiopia). Questa condizione fa sì che in Italia l'impianto delle AT-IOL avvenga prevalentemente in ambito privatistico, mentre negli ambulatori pubblici vengono utilizzate, quasi esclusivamente, i più obsoleti cristallini monofocali.

Ciò è dovuto principalmente a determinanti di natura economica. Le nuove tipologie di cristallino hanno un costo medio 5 volte superiore a quello delle lenti monofocali. Dato il continuo contingentamento di risorse cui è soggetto il SSN, la Commissione ha cercato di produrre una soluzione economicamente sostenibile e, pertanto, effettivamente implementabile. Si propone, quindi, di adeguare lo Standard of Care della chirurgia della cataratta attraverso il sistema del Copayment, facendo ricadere sul paziente il sostenimento dei costi incrementali che si affrontano utilizzando le più recenti tecnologie rispetto alle precedenti e più obsolete lenti monofocali. Ciò consentirebbe allo specialista di poter proporre al paziente il trattamento più idoneo ed efficace tra i vari tipi permessi dalle attuali tecnologie, garantendo, inoltre, al paziente di poter optare per una prestazione aggiuntiva che il SSN non include nei LEA e che, di conseguenza, non può essere finanziata con fondi pubblici. Opzione sicuramente favorevole per il paziente, vista la costo efficienza della nuova tipologia di cristallino, che per le sue qualità aggiuntive rispetto alle lenti monofocali, genera un abbattimento dei costi post operatori che dovrà sostenere, rendendolo, ad esempio, indipendente dall'uso degli occhiali da vista.

Dipartimento CHIRURGIA MINI-INVASIVA E DEVICE

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Chirurgia Mini-Invasiva e Device ha portato avanti il proprio lavoro attorno ai documenti redatti durante l'incontro Punto Insieme Sanità, modificandoli e condividendoli con i nuovi partecipanti ai lavori.

Di seguito un riassunto delle criticità e delle principali soluzioni proposte relative alle tematiche in oggetto durante il Congresso.

Prevenzione: Ricorrere alla chirurgia rappresenta in molti casi il fallimento della prevenzione; le attuali modalità di svolgimento degli screening esistenti sono differenti nell'ambito del territorio nazionale; le risorse dedicate alla prevenzione oncologica sono insufficienti.

- Occorre individuare nel MMG la figura di riferimento per la gestione ed il coordinamento degli screening, grazie al rapporto di fiducia medico-paziente che rende più efficace l'arruolamento.

Sostenibilità economica: Le risorse economiche per una buona ed equa chirurgia su tutto il territorio nazionale sono insufficienti.

- Ottimizzazione dei costi di sala operatoria; creazione dei dipartimenti per intensità di cura; definizione del costo unico per prodotto su scala nazionale; incrementare l'indicazione alla chirurgia mini-invasiva per ridurre costi diretti e indiretti.

Rapporto medico-paziente: Mancanza di un consenso informato su scala nazionale validato dal Ministero.

- Favorire l'umanizzazione del rapporto medico-paziente ritenendolo punto fondamentale di un buon percorso di cura, anche attraverso la rimozione di numerosi ostacoli burocratici ed amministrativi; consenso informato unico nazionale validato dal Ministero.

Conflittualità: Elevata incidenza dei contenziosi medico legali che portano ad un incremento dei costi per la medicina difensiva (22 miliardi di euro); difformità di copertura assicurativa delle aziende sanitarie.

- Il Ministero è sollecitato a divulgare e specificare che nei contenziosi medico-legali, in ambito SSN, la richiesta di risarcimento deve essere indirizzata all'azienda sanitaria, che risponde per il proprio dipendente. Il dipendente risponde all'azienda solo per dolo o colpa grave accertati. Uniformare gli standard di copertura assicurativa delle aziende ospedaliere a livello nazionale.

Medical device: sono indispensabili, ma non tutte le ditte garantiscono prodotti di alta qualità certificata; il chirurgo non è libero di scegliere il device che ritiene più adatto alla procedura, ma è costretto ad utilizzare quello che viene fornito dall'amministrazione aziendale.

- Istituzione di una Commissione Tecnica Specialistica per la valutazione qualitativa dei medical device prima dell'ingresso sul mercato; abolizione delle gare d'appalto con la definizione del prezzo unico nazionale per i device (per fasce di categoria), tutti potenzialmente ordinabili dall'utilizzatore finale, unico responsabile dell'impiego e della valutazione costo/beneficio.

Chirurgia Robotica: Non esistono indicazioni d'uso in base alle quali il robot possa essere considerato indispensabile, utile o superfluo; le macchine attualmente presenti sul territorio non sono distribuite in modo omogeneo e razionale.

- Definire le indicazioni d'uso per cui il robot può essere considerato indispensabile o particolarmente utile; nell'ambito del SSN concentrare i robot nei centri d'eccellenza valutandone il corretto utilizzo qualitativo e quantitativo a medio termine; individuazione da parte del Ministero dei criteri secondo i quali le Regioni possano regolamentare l'acquisizione di nuove tecnologie robotiche e loro localizzazione.

Dipartimento DIABETE

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione è partita analizzando il Modello della Gestione Integrata delle Patologie Croniche, tra le quali il diabete rappresenta la principale, ponendo al centro della discussione e del confronto avvenuto, una valutazione delle sue peculiarità, l'individuazione dei suoi limiti e le criticità, proprie del nostro SSN, ostative ad una sua capillare ed effettiva applicazione all'intero contesto nazionale.

Il Modello di Gestione Integrata del Diabete è, infatti, una realtà già ampiamente codificata e applicata in altre esperienza estere. La sua implementazione in Italia, obiettivo principale della Commissione, è affidata alla singole Regioni, e solo alcune di esse si sono, nel corso negli ultimi anni, mosse verso questa direzione.

È stata quindi rimarcata l'esigenza di valorizzare il presente modello di gestione integrata delle cronicità per una sua omogenea utilizzazione su tutto il territorio nazionale, promuovendo parallelamente un nuovo paradigma culturale nella cura delle stesse, ossia la Medicina di Iniziativa, presupposto fondamentale alla reale applicazione di un modello di gestione integrata, che si sostanzia nella proattività della cura; non aspettare, quindi, l'insorgere o l'aggravamento della patologia per procedere alla terapia, ma cercare di anticipare il problema, gestire e monitorare anziché rincorrere l'evoluzione clinica della malattia.

Tra le criticità proprie del nostro SSN che impediscono il raggiungimento dell'obiettivo, la Commissione ha sottolineato l'assenza del Registro Nazionale Diabetici, esprimendo l'esigenza di integrare le reti informatiche di centri diabetologici, degli ospedali e le banche dati dei MMG. Si è menzionata, inoltre, l'assenza di sinergia e cooperazione fra i vari attori del SSN coinvolti nella cura del diabete, e la mancanza di un piano nazionale di prevenzione dell'obesità, internazionalmente riconosciuta come la madre di tutte le patologie croniche, in un Paese dove si stima un tasso di obesità pari al 33% della popolazione nel 2025. È stata inoltre discussa la crescente spesa per i presidi diabetici affrontata dai pazienti, individuando come dirimente criticità l'eccessivo costo degli strumenti di automonitoraggio glicemico, che risultano essere più costosi dei farmaci per il diabete. Alla Commissione risulta corretto, inoltre, utilizzare i farmaci equivalenti nei pazienti diabetici sia per la cura delle cronicità che delle complicanze.

Altra criticità emersa è l'insufficiente attività di screening per la maculopatia diabetica, superabile attraverso una maggiore diffusione del retinografo in sinergia con il sevizio oculistico. Uno dei punti più dibattuti ha coinvolto la disciplina delle esenzioni, da un duplice punto di vista. Da un lato si è espressa l'esigenza di uniformità nazionale nell'iter burocratico da seguire per richiedere l'esenzione del paziente diabetico, dall'altro una revisione del troppo datato elenco degli esami esenti per i pazienti diabetici (rimasto aggiornato al 1988, non includendo pertanto le più innovative tipologie di esami emerse nel corso degli ultimi due decenni). Da ultimo sono state sottolineate le difficoltà di accesso alle cure farmacologiche, criticità risolvibile attraverso una prescrizione consapevole della terapia da parte sia degli specialisti che dei MMG, e la carenza di comunicazione tra operatori sanitari e pazienti, proponendo un ruolo più attivo e integrato dell'associazione dei pazienti ed un supporto psicologico agli stessi, sulla base delle necessità rilevate attraverso indicatori comportamentali ben definiti.

Dipartimento DOLORE

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Dolore ha lavorato nella giornata di venerdì 21 novembre per consentire, nella giornata di sabato 22, alla Commissione Tecnica Europea di stilare e firmare la Carta Europea dei diritti dei cittadini over 65 con Dolore cronico. La discussione è stata orientata a valutare l'applicazione della Legge 38/2010 che "(...) tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore." Dai lavori del Dipartimento è emerso che la Legge non viene applicata correttamente su tutto il territorio nazionale per svariati motivi:

- Al recepimento della Legge da parte delle Regioni non ha fatto seguito (o non dappertutto) la concreta realizzazione della rete ospedale-territorio prevista dalle suddette norme, essenziale per garantire un adeguato servizio ai cittadini. Si dovrebbe pertanto attuare rapidamente quanto concordato in Conferenza Stato-Regioni il 25 Luglio 2012 per tutti i livelli erogativi;
- Rimangono assenti i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali e di continuità per la terapia del dolore; l'organizzazione della rete del dolore ed i connessi percorsi terapeutici dovrebbero essere condivisi tra tutti i professionisti che lavorano per la diagnosi, la cura e l'assistenza della persona con dolore secondo principi di appropriatezza;
- Le risorse sia umane che tecnologiche risultano inadeguate, pertanto c'è necessità di riallocarle in maniera adeguata per implementare la rete;
- La conoscenza dei compiti specifici dei diversi professionisti che operano nei diversi nodi della rete risulta insufficiente: dovrebbe coordinarsi perfettamente il lavoro dei Medici di Medicina Generale, dei centri ospedalieri e di quelli territoriali (MMG, Hub e Spoke), nonché quello svolto da varie tipologie di caregivers. Bisognerebbe realizzare dei programmi formativi periodici per l'aggiornamento di queste figure;
- Il cittadino risulta poco informato sia sull'esistenza della rete che sulle modalità di accesso alla stessa, quindi bisognerebbe portare avanti campagne informative volte a favorire la consapevolezza e l'esercizio del diritto alle cure;
- La Commissione ha inoltre evidenziato disomogeneità tra diverse Regioni nell'accesso alle cure farmacologiche: a livello ospedaliero non sono disponibili tutti i farmaci per il dolore in tutte le formulazioni; in alcune Regioni nel dispensario sono presenti certi farmaci, in altre gli stessi non sono disponibili per quel regime. Anche a livello territoriale vi sono differenze in termini di dispensazione, pertanto la richiesta della Commissione è quella di rendere questa dispensazione omogenea sul territorio nazionale;
- La forte disomogeneità nell'accesso alle cure ad alta tecnologia meriterebbe una definizione di adeguati Budget a livello regionale;
- Alla prevenzione dei meccanismi di cronicizzazione non viene data l'adeguata attenzione: occorre condividere e diffondere buone pratiche di trattamento precoce e tempestivo al fine di ridurre le limitazioni funzionali, anche prima di ricorrere allo specialista algologo;
- Non c'è una tempestiva presa in carico della disabilità, mentre invece sarebbe indispensabile trattare il dolore secondo il triage algologico, meccanismo che ridurrebbe anche i costi sociali e sanitari, diretti e indiretti, legati a questa patologia;
- Da ultimo, la Commissione evidenzia un'inadeguata educazione sanitaria circa il nesso tra dolore cronico e stile di vita, alimentazione e attività fisica, per cui sarebbe auspicabile la promozione di campagne informative a beneficio della consapevolezza circa tutte le implicazioni che deve conoscere il malato di dolore cronico.

Dipartimento INCONTINENZA

Commissione Tecnica Nazionale

In Italia il 7,1% della popolazione soffre di incontinenza urinaria (per oltre il 70% donne). Tali dati risultano ancora più importanti se si considera che gli stessi sono caratterizzati da un trend costantemente crescente riscontrato negli ultimi anni per tutte le fasce d'età analizzate. Il 20-30% degli incontinenti viene registrato in età giovanile, il 30-40% in età intermedia e il 30-50% over 65. Poiché la percentuale di soggetti con incontinenza aumenta con l'età, ed il nostro Paese presenta una popolazione sempre più anziana, questo problema è destinato ad assumere una portata sempre più rilevante. Pertanto i lavori della Commissione, l'individuazione delle più cogenti criticità in tale ambito e la formulazione di soluzioni concrete e condivise per superarle, risulta di dirimente importanza.

La Commissione ha ritenuto basilare, in un'ottica di miglioramento del servizio offerto al paziente incontinente, la costituzione, in ogni Regione o macroarea territoriale, di una rete integrata di centri per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento delle incontinenze, con budget dedicati, al fine di rendere finalmente adeguata l'assistenza sanitaria offerta al paziente incontinente.

È stata inoltre sottolineata la evidente disomogeneità territoriale in termini di presa in carico del paziente incontinente e l'insufficiente numero di centri specialistici dedicati alla riabilitazione pelvica, che permetterebbe, nella maggioranza dei casi, di risolvere o migliorare i sintomi legati alla patologia. L'accesso alla terapia chirurgica e/o protesica non trova un corrispettivo economico o una sicura e omogenea identificazione all'interno dei LEA. È stato, infine, discusso l'approccio sanitario in termini di cura della Incontinenza, più focalizzato alla cura delle acuzie, che non alla più costo efficace ed efficiente gestione e monitoraggio della patologia, per tale via si favorisce, infatti, un peggioramento delle eventuali comorbilità e l'insorgenza di varie complicanze. Da ultimo si è fatta menzione della non rimborsabilità dei farmaci per il trattamento dell'incontinenza.

Per ovviare a queste criticità, in una condizione di continuo contingentamento di risorse, si propone la codificazione di criteri strutturali e assistenziali per la definizione di centri di riferimento (di I, II, III livello) per la cura delle incontinenze, che annualmente saranno monitorati, anche con l'ausilio di FederAnziani e della sua struttura, per valutare la qualità percepita e la continuità assistenziale dei servizi erogati. Si ritengono, però, necessarie delibere regionali per l'adeguamento dei budget e dei DRG per i trattamenti delle incontinenze, e la definizione di specifici PDTA condivisi e implementati da MMG, specialisti e dalla Regione stessa.

Dipartimento MACULOPATIA

Commissione Tecnica Nazionale

La Degenerazione Maculare è una delle cause principali della perdita della vista tra le persone anziane oltre i 65 anni di età. È per lo più dovuta al processo di invecchiamento dell'occhio e per questo motivo viene chiamata degenerazione maculare senile (DMS o AMD).

L'incidenza di questa patologia è pari all'8% in pazienti tra i 16 e i 64 anni di età, sale al 41% nei Pazienti tra 65 e 74 anni, raggiunge il picco del 60% nei Pazienti over 75.

Attualmente la degenerazione maculare viene trattata con terapia farmacologica, ma non è escluso che nelle prossime decadi essa diventi una terapia da poter trattare in regime chirurgico.

La Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, vista l'elevata incidenza di questa patologia, ha istituito un Advisory Board dedicato, ed ha evidenziato alcune delle principali criticità legate alla gestione di questa malattia, cercando di proporre adeguate soluzioni per tentare di migliorare il percorso diagnostico terapeutico del Paziente maculopatico.

Tra le varie criticità è emerso, in primis, un ritardo nella diagnosi della patologia con conseguente ritardo nell'accesso al percorso diagnostico terapeutico. Ciò è principalmente dovuto a tempi di attesa lunghi sia per visite specialistiche ed esami (e/o prestazioni sanitarie di approfondimento), che per prime visite e follow-up del paziente trattato.

Dal punto di vista sia clinico che del paziente non c'è né un'adeguata conoscenza della patologia (che favorirebbe un corretto screening iniziale) né il riconoscimento della gravità della stessa e dei costi ad essa collegati. La strumentazione diagnostica (OCT) risulta presente quasi esclusivamente nelle strutture ospedaliere e non negli ambulatori, inoltre il coordinamento tra oculisti territoriali e specialisti ospedalieri risulta carente in maniera omogenea sul territorio nazionale.

Altro fattore critico è rappresentato dalla scelta prescrittiva del medico: spesso influenzata da pressioni e condizionamenti di carattere economico derivanti dall'elevato costo delle terapie disponibili.

La Commissione ha proposto l'implementazione di un corretto Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), ad oggi assente, condiviso tra ospedale e territorio, che dovrebbe ottenere l'endorsement politico istituzionale e che dalla diagnosi arrivi al follow-up del paziente.

Le altre soluzioni che sono state proposte dalla Commissione riguardano l'implementazione della collaborazione tra diverse figure professionali presenti sul territorio, con il MMG che dovrebbe essere perno e promotore del processo di cura, aumentando la sensibilizzazione sulla patologia maculare nel paziente, e l'oculista che dovrebbe essere formato per caratterizzare l'urgenza della patologia stessa.

Il problema di comunicazione tra medico di base e specialista potrebbe essere risolto migliorando il coordinamento tra figure professionali ed integrando la multidisciplinarietà tramite networking ed utilizzo della telematicità.

A livello burocratico dovrebbe inoltre essere snellito il flusso di prenotazione di visite, esami e trattamenti sanitari.

Il medico di famiglia viene visto dai suoi pazienti come la parte dello Stato più vicina a loro, più attenta ai loro bisogni e alle loro necessità, ai loro problemi non solo strettamente sanitari, quella parte dello Stato di cui, in buona sostanza, maggiormente si fidano. Nonostante questo esistono aspetti critici, che possono essere migliorati, sia nel modo di lavorare del medico di famiglia sia degli altri professionisti che con lui operano sul territorio.

Le principali criticità possono così essere riassunte:
- Il medico che lavora da solo non è sempre reperibile in studio dove di solito si trova per mezza giornata, dedicando l'altra metà alle attività domiciliari;
- È difficile il raccordo con altri MMG e con la Continuità Assistenziale;
- Non c'è un unico soggetto a cui riferirsi per avere un ascolto ed una "presa in carico" dei bisogni;
- È difficile soprattutto il raccordo con altri professionisti, se serve consultarli;
- Il cittadino, per quanto possa andare dal proprio MMG quando vuole, non si sente attivamente "guidato" nei percorsi di cura e di prevenzione e non è coinvolto attivamente nel prendersi cura di sé e nel cercare di prevenire le malattie;
- Quando il cittadino va dal medico, se questi non ha personale di studio, deve fare lunghe attese anche per semplici atti burocratici, non è guidato nei percorsi assistenziali;
- Ogni volta che c'è bisogno di fare accertamenti, anche semplici, il cittadino deve fare la spola tra uffici diversi e poi lunghe liste di attesa per eseguire gli esami;
- I cittadini anziani e fragili che hanno bisogno di assistenza continua al loro domicilio spesso sono accuditi da familiari o "badanti" volenterosi ma scarsamente in grado di capire i bisogni e dare aiuto concreto;
- Spesso i MMG lavorano da soli perché c'è difficoltà a trovare sedi per far lavorare insieme più professionisti;
- La possibilità di trovare accoglienza in strutture residenziali, se il cittadino non ha una famiglia che se ne prende cura, è carente, insufficiente, frammentaria e scoordinata.

Le soluzioni proposte dalla Commissione per superare queste criticità possono essere raggruppate in tre macroaree:
- Capillare implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT); per far ciò è necessario che:
  I medici di famiglia ed i medici di Continuità Assistenziale lavorino insieme, magari diventando medici "a ruolo unico", in gruppi (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT), condividendo una rete informatica che contenga tutte le informazioni cliniche dei loro pazienti per poter garantire che ci sia sempre, giorno e notte, un collega informato, che si faccia carico dei problemi dei pazienti. I medici della AFT, pur mantenendo gli studi personali devono avere sedi comuni di lavoro in modo che i loro pazienti abbiano sempre una struttura fisica di riferimento, dove trovare il proprio medico o un altro del gruppo informato sulla loro storia clinica, quando ne hanno bisogno. Il SSN/SSR deve individuare queste sedi e metterle a disposizione dei gruppi di medici. Ogni medico deve essere affiancato nelle ore in cui è in studio, circa 20 ore la settimana, da un collaboratore appositamente formato, da lui assunto ma pagato dal SSN/SSR: l'assistente di studio medico di famiglia (ASMF) che garantisce al cittadino accoglienza, ascolto, guida nei percorsi assistenziali, semplificazione burocratica, piccole prestazioni socio-assistenziali. I medici di famiglia devono poter eseguire nei loro studi, aiutati dall'ASMF, esami diagnostici semplici, specie quelli correlati con la prevenzione e il controllo evolutivo delle patologie croniche, contribuendo così a decongestionare le attuali lunghissime liste di attesa. I MMG devono adottare un atteggiamento "proattivo", prima per la prevenzione poi nella cura delle patologie croniche, favorendo, insieme all' ASMF, una maggior aderenza alla terapia, insegnando ai pazienti ed ai care-givers a "prendersi cura", invitandoli periodicamente in studio per viste ed esami programmati. In questo processo di cambiamento i MMG devono mantenere il loro modo di rapportarsi ai pazienti con umanità, continuando ad essere "uno della famiglia" e restando a disposizione nei propri studi quando il cittadino ha bisogno, mantenendo operativa la rete degli studi capillarmente distribuiti sul territorio.

- Creazione di Team Multiprofessionali (UCCP):
  Quando i Pazienti anziani, con polipatologia, fragili, non autosufficienti hanno bisogno di assistenza complessa, il medico di famiglia, che rimane comunque il responsabile del processo di cura del singolo paziente, deve diventare il coordinatore di un gruppo di professionisti. Tali pazienti necessitano, infatti, di una valutazione multidimensionale e di un piano personalizzato di assistenza, e nessuno meglio del MMG, che conosce perfettamente la loro storia clinica e umana, può gestire tale processo.
  Il team andrebbe a operare prevalentemente nella sua sede distrettuale (ad esempio le Case della Salute), anche se l'obiettivo ultimo di una tale organizzazione sarebbe quello di poter assistere il paziente presso il suo domicilio o nelle strutture di residenzialità presenti nel territorio.

- Ridefinizione del Sistema della Domiciliarità e della Residenzialità:
  I sistemi della domiciliarità e della residenzialità dovrebbero diventare degli importanti strumenti a disposizione dei team multi professionali per garantire ai pazienti più fragili una reale presa in carico. È necessario rafforzare la logica del domicilio e sviluppare una maggiore attenzione ai bisogni della persona, superando la dicotomia sociale - sanitario, inserendo all'interno del team un assistente sociale che garantisca l'integrazione tra questi due ambiti della presa in carico del paziente e la possibilità di attivare le risorse del sociale che non dovranno più essere ripartite tra risorse socio - assistenziali gestite dai comuni, e risorse socio - sanitarie gestite dalle ASL.
  Il sistema delle residenzialità va inteso come una serie di strutturazioni che garantiscono il prolungamento temporaneo del domicilio, quando il paziente non può essere adeguatamente assistito presso di esso. È il luogo più appropriato per la gestione delle cronicità associata al vario grado del bisogno socio - sanitario. Andranno, ovviamente, predisposte diverse tipologie di strutture, modulate per tipologia ed intensità delle cure offerte, ridefinendo, nel contempo, il fabbisogno di posti letto per le varie tipologie di residenzialità, in modo da superare le attuali carenze e prevedendo anche una flessibilità di complessità organizzativa attorno al mutare delle esigenze del singolo Paziente.

Commissione Tecnica Nazionale

In Italia, nel 2013, convivono con una pregressa diagnosi di tumore oltre 2.800.000 persone, nello stesso anno sono stati diagnosticati oltre 360.000 nuovi casi di tumore maligno, il 55% negli uomini ed il 45% nelle donne, con una frequenza di 7 nuovi casi ogni 1000 uomini e 5 nuovi casi ogni 1000 donne. Il numero di persone che convivono con una pregressa diagnosi di tumore è in continua crescita nel corso degli anni, a causa del miglioramento delle attività di screening e quindi della conseguente probabilità di sopravvivenza e del progressivo invecchiamento della popolazione. 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. Da questi dati si evince chiaramente quanto importati siano stati i lavori che la Commissione ha svolto durante tutto l'anno, al fine di individuare le criticità proprie di questo ambito sanitario, per proporre soluzioni concrete per le stesse.

Il concetto base da cui è partita l'indagine promossa dalla Commissione è la difesa delle peculiarità e delle competenze dei Reparti di Oncologia Medica e Radioterapia Oncologica. Troppo spesso, infatti, negli ultimi anni questi reparti stanno perdendo di autonomia, venendo ridotti o accorpati ad altri quali Medicina Interna, Chirurgia, Ematologia, Radiologia, con una potenziale perdita di competenze assistenziali e scientifiche specifiche. Sottolineata questa, che rappresenta una conditio sine qua non per migliorare il servizio offerto al paziente oncologico, la Commissione si è spesa ad elencare, analizzare e risolvere le seguenti criticità:

- Riduzione dei tempi diagnostici attraverso l'inserimento dei MMG nei percorsi assistenziali della Rete Oncologica Regionale:
  L'obiettivo della Rete Oncologica Regionale deve essere l'integrazione funzionale delle opportunità diagnostiche e terapeutiche per i pazienti, quindi un'offerta assistenziale globale. La Commissione ha espresso l'assoluta necessità che venga istituzionalizzato un canale comunicativo bidirezionale tra specialisti e MMG per lo scambio di informazioni sul paziente e l'implementazione capillare delle TeleMedicina. Questo per permettere ai primi di conoscere la storia clinica pregressa e i farmaci che il paziente assume, ai secondi di avere contezza delle terapie effettuate e prescritte dagli specialisti assicurando così una riduzione dei tempi diagnostici e una reale continuità di cura, vigilando sull'aderenza alle terapie.
- Facilitazione del complesso percorso assistenziale mediante l'istituzione nei centri oncologici dell'Oncology Case Manager:
  A tutti gli effetti il "compagno di viaggio" del paziente, la sua interfaccia con il mondo della Sanità e del supporto sociale. È il Case Manager ad accogliere il paziente, è lui che lo consiglia sui suoi diritti e sulle diverse forme di tutela sociale cui può accedere, è lui che provvede ad attivare percorsi specifici per i diversi appuntamenti, evitando al paziente (o ai suoi familiari) estenuanti file o infinite telefonate ai vari call center, è lui che fornisce materiale informativo e che lo ascolta, proponendogli le soluzioni possibili. In questo modo il percorso diagnostico-terapeutico diventerebbe semplice, trasparente, non defatigante per il paziente, che non solo non si sente solo, ma percepisce come buona la qualità delle cure.
- Miglioramento della valutazione complessiva del paziente anziano mediante strumenti specifici (scale di valutazione funzionale), da inserire obbligatoriamente nella cartella clinica:
  La Commissione ha discusso dell'aumento di sopravvivenza relativa registrato per gli anziani che sono stati sottoposti alle stesse tipologie terapeutiche cui vengono sottoposti i pazienti oncologici più giovani. Si pone quindi un serio e cogente problema di accesso alle cure più innovative, ma nel contempo maggiormente aggressive, per i pazienti anziani. Si sottolinea, quindi, l'importanza della Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) per individuare quei Pazienti che, seppur anziani, possono essere sottoposti a schemi terapeutici più aggressivi. A questo scopo si è proposto di rendere meno complessa la VGM, riducendo il numero degli items (ora più di 270) in modo che possa essere più facilmente e diffusamente utilizzata sulla totalità dei pazienti oncologici anziani. Si propone di identificare uno "Standard Terapeutico Minimo" per i pazienti oncologici anziani da applicare anche nei piccoli centri.
- Personalizzazione delle scelte terapeutiche e prevenzione delle reazioni avverse attraverso analisi genomiche e funzionali:
  Grazie alle possibilità offerte dalla farmacogenomica (interazioni tra farmaci, polimorfismi, Massima Dose tollerata), è possibile raggiungere un significativo miglioramento in termini sia di adeguatezza prescrittiva che di sicurezza terapeutica, soprattutto per i pazienti più fragili, con conseguente riduzione delle tossicità e dei costi che il SSN sostiene, legati al trattamento degli effetti collaterali o a trattamenti inappropriati.
- Prevenzione e trattamento della malnutrizione attraverso la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale:
  Quasi i due terzi dei pazienti anziani non possono essere sottoposti a terapia oncologica a causa della malnutrizione legata all'età, alla malattia oncologica e alla presenza di altre comorbilità che determinano progressiva perdita di peso e di massa muscolare con conseguente aumento del rischio di tossicità da chemioterapia. Appare pertanto indispensabile inserire nei protocolli di diagnosi, cura e follow- up del paziente oncologico anziano anche la valutazione nutrizionale e muscolare per selezionare in maniera adeguata e costo-efficace i pazienti idonei all'inizio del trattamento antineoplastico e quelli che invece necessitano di un supporto metabolico-nutrizionale. Tale via consentirebbe di attuare strategie costo-efficaci riducendo il rischio di complicanze e migliorando l'efficacia del trattamento.
- Miglioramento nell'utilizzo delle apparecchiature di radioterapia attraverso un ampliamento della disponibilità oraria giornaliera:
  L'esistenza di grandi disomogeneità regionali, in particolare tra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud, riguardanti tanto il numero di apparecchiature disponibili, quanto la tipologia delle prestazioni radioterapiche incluse nei diversi tariffari regionali, nonché l'entità dei rimborsi, obbligano i pazienti delle Regioni più penalizzate, o a lunghe attese o a faticosi spostamenti per avere delle prestazioni che non possono ricevere nella loro regione o, peggio ancora, a rinunciare a un trattamento utile. Per superare queste criticità, pensare ad un piano organico per meglio sfruttare il numero di apparecchiature già in essere, utilizzando le stesse per il maggior numero di ore possibile nell'arco della giornata, porterebbe ad una ottimizzazione degli investimenti effettuati e ad un conseguente efficientamento delle risorse quotidianamente impiegate.
- Valutazione del disagio emozionale (da inserire nella cartella clinica) e adeguata assistenza psico-oncologica:
  La presenza di problemi emozionali (ansia protratta, depressione persistente, stress cronico) comporta un drammatico peggioramento prognostico della malattia oncologica e un incremento della mortalità. La Commissione pertanto propone che ogni reparto oncologico sia affiancato da una Unità Operativa di Psicologia Oncologica, come indicato dal recente regolamento 2014 recante la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", al fine di poter offrire ai pazienti una presa in carico "globale" che garantisca sia un sostegno psico-emotivo durante il percorso di cura, sia la possibilità di ricevere interventi specifici e precoci in merito alla insorgenza di sintomi psicopatologici.
- Inserimento nei LEA del linfedema secondario, causa di gravi menomazioni funzionali e invalidità, specie nei pazienti oncologici anziani:
  L'esperienza clinica individua nell'approccio riabilitativo mirato e precoce l'elemento prioritario per garantire una corretta gestione nel tempo del Linfedema. Il Gold Standard è la Terapia Fisica Combinata che prevede una prima fase di trattamento, detta intensiva, seguita da una fase di mantenimento con l'applicazione giornaliera di tutori elastici. Il Dipartimento evidenzia come il mancato inserimento dei supporti di compressione elastica nel Nomenclatore Tariffario delle protesi e ausili costituisca una grossa criticità per il reale superamento del problema in esame. Viene infine proposta la creazione di un tavolo di lavoro per la definizione di un "Programma di Educazione Terapeutica" specifico per la prevenzione e l'autocura da parte del paziente e dei suoi familiari come best practice per combattere la patologia e ridurre i costi per il SSN.
- Abbattimento di ricoveri ed accertamenti incongrui attraverso progetti di presa in carico precoce per il trattamento dei sintomi, con percorsi condivisi tra MMG, specialisti ospedalieri, territoriali e associazioni di volontariato (Simultaneous Care, anche a domicilio):
  Il Dipartimento ritiene che riunire tutti i principali attori coinvolti nella cura del paziente oncologico anziano in una rete integrata per la "Simultaneous Care" focalizzata alla terapia dei sintomi legati al tumore e agli effetti collaterali delle terapie stesse, sia l'unica via per fornire un servizio qualitativamente superiore e per assicurare una reale presa in carico globale del paziente oncologico anziano. Il tutto non trascurando l'evidente costo efficacia ed efficienza di tale programma.

A conclusione dei lavori, la Commissione ha proposto l'istituzione di una certificazione d'eccellenza, il "Bollino d'oro FederAnziani", per le varie strutture ospedaliere italiane che offrano nel percorso sanitario dedicato al paziente oncologico anziano:

1. personalizzazione delle terapie oncologiche;
2. valutazione geriatrica multidimensionale nelle sue diverse modalità;
3. assistenza psico-oncologica durante il percorso della malattia;
4. valutazione nutrizionale e prevenzione della malnutrizione;
5. prevenzione e trattamento precoce dei sintomi;
6. percorsi riabilitativi e fisioterapici dedicati;
7. accessibilità ai trattamenti radioterapici;
8. presenza di un Oncology Case Manager dedicato alle problematiche del paziente anziano;
9. collaborazione con le associazioni di volontariato

Dipartimento OSTEOARTICOLARE

Commissione Tecnica Nazionale

Di seguito riassunte criticità e soluzioni proposte dal Dipartimento Osteoarticolare durante i lavori del III Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute.
In Italia l'osteoporosi colpisce circa 5 milioni di persone:
- Di queste 90.000 all'anno si fratturano il femore, la metà sono anziani con più di 85 anni.
- Il 40% delle donne cinquantenni andrà incontro ad una frattura da osteoporosi nel corso della sua vita.
- La presenza di una qualsiasi frattura dopo i 50 anni di età indica un rischio quasi doppio di frattura del femore.
- Le fratture da fragilità aumentano la mortalità o le disabilità, con costi sociali rilevanti e spesso sottovalutati.
- Negli ultimi 10 anni le fratture femorali sono aumentate del 41% negli uomini over 75 e del 30% nelle donne over 75.
- Oltre il 70% dei pazienti che subiscono una frattura del femore o della vertebra non vengono posti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi (Rapporto Osmed 2012 e 2013).
- L'aderenza alla terapia per l'osteoporosi è molto bassa.

La frattura del femore costituisce la manifestazione più grave dell'osteoporosi:
- Solo il 10,5% dei pazienti con frattura del femore nei 5 anni precedenti è in terapia.
- Il Servizio Sanitario Nazionale ha speso oltre 4 miliardi di € nel 2012 per la cura delle fratture del femore negli anziani, di cui il 40% in terapie riabilitative.
- Per ridurre la disabilità dopo la frattura del femore è ben dimostrato che risultano determinanti: l'esecuzione precoce dell'intervento (auspicabile nelle 48-72 ore in base alle condizioni cliniche del paziente), una sintesi stabile o una protesizzazione a seconda del tipo di frattura, un inizio quanto più precoce della riabilitazione con ripresa del carico, anche in ambito domiciliare.
- Il 60% degli anziani con frattura del femore ha comunque una disabilità residua e fra questi 1 su 5 è costretto a entrare in una struttura residenziale o protetta.
- Non è purtroppo rara l'eventualità di un decesso post-frattura: succede nel 20% degli ultrasessantenni e addirittura in 1 caso su 3 quando il paziente supera i 75 anni.
- In una donna di 50 anni il rischio di morire a causa di una frattura del femore è uguale al rischio di morire per un tumore al seno e maggiore del rischio di morire per un tumore all'utero.

1. Attivare la terapia farmacologica nelle fratture da fragilità:
   - La terapia farmacologica nei pazienti con fratture da fragilità è economicamente molto conveniente perché il rischio di nuove fratture è alto e il numero di pazienti da trattare (NNT) è basso.
   - Il percorso diagnostico e terapeutico in questi Pazienti va iniziato in Ospedale e va esplicitato nella lettera di dimissione (concetto di «fracture liason») che deve indicare esplicitamente la frattura da fragilità e consigliare la terapia per l'osteoporosi
   - Necessità di attivare una codifica DRG per la frattura da osteoporosi
   - Alcune esperienze estere hanno dimostrato che includendo questo aspetto nei criteri per il rimborso del valore del DRG (Penalizzazioni/ Incentivazioni) il tasso di trattamento aumenta sensibilmente.
2. Applicare in modo puntuale ed omogeneo la normativa vigente in tutte le regioni (LEA diagnostici - nota 79): ciò consentirebbe un enorme progresso nella riduzione delle fratture da fragilità (Importanza dell'accesso gratuito alla MOC diagnostica per tutti i Pazienti a rischio over 65 e la rimborsabilità dei farmaci ai Pazienti a rischio elevato).
3. Favorire programmi di informazione e aggiornamento per i mmg: sensibilizzazione all'individuazione dei soggetti a rischio e coinvolgimento nel monitoraggio della terapia per assicurare l'aderenza.
4. Sensibilizzare i soggetti a rischio, gli anziani con campagne informative sul territorio.

Obiettivi:
Oggi: trattamento chirurgico mini-invasivo delle fratture del collo femorale mediante sintesi biologica.
Domani: prevenzione delle fratture del femore mediante «stent» femorale biologico.

Dipartimento PREVENZIONE VACCINALE

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale si è posta l'obiettivo di ribadire il valore della prevenzione vaccinale, estrapolando le criticità presenti sul territorio nazionale/regionale e proponendo soluzioni concrete e sostenibili.
Tali proposte sono in sintonia con quanto elaborato da S.It.I., F.I.M.M.G., F.I.M.P. e S.I.P:
- La Commissione afferma la necessità di una vigilanza sui fondi per la Prevenzione, in relazione al loro reale e fattivo utilizzo a quel solo fine, da parte delle Regioni.
- Auspica che le vaccinazioni siano uniformemente praticate in tutto il territorio nazionale, così da consentire a tutti i cittadini di avere le stesse possibilità di tutela della salute.
- Si richiede l'immediata riattivazione della Commissione Nazionale Vaccini, come organo competente per redigere un Piano Nazionale Vaccini che garantisca l'offerta uniforme ed omogenea a tutta la popolazione italiana.
- Viene fortemente raccomandata, nel frattempo, l'adozione del Calendario per la Vita, nato dalla sinergia fra le principali Società Scientifiche e Federazioni Mediche.
- La Commissione propone l'istituzione di un Fondo Nazionale Vaccini, in uso esclusivo alle Regioni, ma allocato presso il Ministero della Salute, al fine di assicurarne il più corretto utilizzo.
- La Commissione auspica che tutti i Direttori generali delle Asl abbiano fra i loro obiettivi il raggiungimento delle coperture vaccinali previste dal Piano vaccinale vigente.
- Si ritiene indispensabile che gli Operatori Sanitari siano i primi testimonial della validità delle vaccinazioni attraverso il loro esempio personale, vaccinandosi. Si sottolinea come gli Operatori Sanitari, proprio perché a contatto con soggetti fragili e suscettibili alle infezioni siano obbligati eticamente ad adottare ogni misura di profilassi, comprese le vaccinazioni.
- In assenza di adesione si propone il ricorso alla procedura del dissenso informato rivolto al personale sanitario dipendente e convenzionato, come atto di assunzione di responsabilità nei confronti dei pazienti assistiti.
- La Commissione concorda con l'abbassamento graduale dell'età per la vaccinazione antinfluenzale a 60 anni sin dalla prossima stagione e a 50 negli anni a venire, come già indicato nel Piano Nazionale Vaccini, e non solo.
- Ad ulteriore supporto della promozione della vaccinazione, viene accolta la proposta di FederAnziani di istituire delle giornate dedicate alla vaccinazione presso i centri anziani con il supporto di medici volontari e/o in pensione.
- La Commissione raccomanda fortemente l'utilizzo dei vaccini antinfluenzali innovativi per tutti i soggetti over 60. In particolare si sottolinea la disponibilità dei nuovi vaccini quadrivalenti in grado di ampliare lo spettro di copertura verso i ceppi virali effettivamente circolanti. Particolare attenzione va posta alla vaccinazione delle categorie a rischio (come da elenco ministeriale). Si ribadisce il ruolo attivo, nell'ottica della medicina d'iniziativa, dei MMG nella individuazione di tutti i soggetti eleggibili alla vaccinazione.
- Viene proposta l'offerta attiva e gratuita a tutti i soggetti over 65, del vaccino antipneumococcico coniugato.
- Si richiede una particolare attenzione alla copertura vaccinale contro l'Epatite B dei pazienti dializzati e l'individuazione precoce dei soggetti con insufficienza renale cronica, in modo da avviarli alla vaccinazione stessa prima dell'entrata in dialisi. Si sottolinea l'importanza di utilizzare vaccini anti-epatite B contenenti adiuvanti innovativi (es: AS04) capaci di indurre una risposta anticorpale più rapida, maggiore e persistente nel tempo, rispetto ai vaccini tradizionali e pertanto più adatti ad una popolazione immunocompromessa quale è quella dei pazienti con insufficienza renale cronica in fase avanzata.
- La Commissione raccomanda prioritariamente per tutti i soggetti, il richiamo decennale dei vaccini Anti Polio, Tetanico, Difterico, Pertossico.
- La Commissione auspica la coerenza e la continuità di percorso tra specialisti, servizi vaccinali, MMG e P.L.S. nel rispetto delle loro competenze, per:
  - Richiamare l'attenzione dei pazienti anziani e della popolazione in generale sull'opportunità di eseguire le vaccinazioni di base e i previsti richiami, al fine di garantire la protezione individuale e collettiva.
  - Condividere i flussi relativi alle patologie a rischio per la gestione integrata delle vaccinazioni indicate e il loro follow up.
  - Realizzare un'anagrafe vaccinale informatizzata che consenta la gestione anche dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia.
- La Commissione ritiene che il valore clinico, sociale ed economico delle vaccinazioni debba essere fortemente ribadito attraverso una corretta informazione alla popolazione e una forte risposta istituzionale alle campagne di disinformazione, coinvolgendo Opinion-Leader e Stakeholders.

Dipartimento PSICHIATRIA

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Psichiatria ha avviato i propri lavori partendo dai documenti elaborati ed approvati in occasione di Punto Insieme Sanità dello scorso 20 marzo 2014, arricchendoli e condividendoli con i partecipanti ai lavori. Di seguito una breve sintesi delle criticità emerse e delle principali soluzioni proposte relativamente alle tematiche in oggetto durante il congresso.

Dimensione del fenomeno e correlati interventi efficaci e sostenibili: È emersa con chiarezza durante i lavori la difficoltà correlata all'emersione delle patologie: ad oggi molte persone non ritengono la Depressione e i Deficit Cognitivi Lievi delle malattie curabili. Spesso non si rivolgono al medico per ritrosia o per mancanza di fiducia nelle cure.

- In tal senso un'attività di informazione e formazione rivolta sia alla popolazione che ai pazienti ed ai loro familiari in termini di conoscenza della patologia e di promozione di stili di vita salutari (strumenti di prevenzione nonché terapeutici) sarebbe strumento efficace sia di prevenzione che di cura.

Diritto alle cure: Il negato diritto all'accesso ad alcune tipologie di cure in campo psichiatrico per gli over 65 è una discriminazione con gravi ripercussioni socio-economiche.

- In considerazione dell'impatto che le attuali contingenze sociali possono avere sulla diffusione di patologie come la depressione, è necessario estendere il diritto di accesso a tutte le tipologie di cure in campo psichiatrico per la popolazione over 65.

Dialogo ed integrazione tra i professionisti: La difficoltà di comunicazione ed integrazione tra i professionisti è una criticità rilevata ai fini di un'efficace risposta al Paziente anche relativamente all'identificazione dei vari livelli di intervento.

- Promuovere la condivisione sia dell'utilizzo di strumenti diagnostico-operativi standardizzati (come ad es. il DSM - 5 ed altri strumenti di valutazione) che di specifici percorsi diagnostico-terapeutici- assistenziali e relativa formazione (educazione continua multidisciplinare);
- Costruzione di una assistenziale "Rete di Comunità" multidisciplinare.

Adesione terapeutica e interventi riabilitativi in funzione dell'età: L'adesione alla terapia è determinante per la riuscita della cura e viene spesso ostacolata da fattori correlati all'età e o al contesto familiare, che ha un ruolo significativo in quanto familiari e care givers sono presenti per una gran parte della giornata.

- Terapie sempre più personalizzate sulle esigenze specifiche del paziente over 65;
- Supporto psico-educativo ai Pazienti, alle famiglie e ai care giver.

Zapping farmaceutico e sostituibilità dei farmaci: In questa area terapeutica, diversi trattamenti hanno perso la copertura brevettuale nel corso degli ultimi anni. In ragione di questo il paziente, pure nel mantenimento della molecola prescritta dal medico, può essere esposto al rischio di dover periodicamente cambiare colore e forma della confezione del farmaco. In pazienti anziani politrattati il fenomeno dello "Zapping Farmaceutico" può determinare il rischio di una minore aderenza e, quindi, efficacia della terapia.

- Imporre la non sostituibilità del farmaco e responsabilizzare il farmacista su questa importante, e troppo spesso sottostimata, criticità.

Miglioramento del rapporto medico-paziente: È necessario che il medico riesca a coinvolgere il Paziente nel suo percorso terapeutico, nella sua presa in carico. Devono assieme governare l'aderenza alla terapia, pianificando follow-up ed eventuali scostamenti dalla prassi. È di fondamentale importanza che il medico renda consapevole il paziente e i suoi care givers della patologia psichiatrica che lo affligge, trasmettendo loro il valore tecnico, economico e simbolico del farmaco e della terapia che viene prescritta.

Supporti Sociali: È importante nella gestione di tali problematiche il supporto di tipo sociale.

- In tale senso bisogna sollecitare l'attivazione di una rete sociale con azione anti-isolamento da parte dei Servizi Socio-Assistenziali territoriali, con il coinvolgimento quindi di Comuni, ASL, DSM, Centri di Aggregazione.

Dipartimento RESPIRATORIO

Commissione Tecnica Nazionale

Secondo l'OCSE, asma, BPCO e diabete rappresentano le tre condizioni a maggior prevalenza di long-term-care. L'asma colpisce dai 150 ai 300 milioni di persone al mondo e causa ogni anno circa 250.000 morti. La BPCO colpisce circa 64 milioni di persone ed attualmente è la quarta causa di morte al mondo, responsabile di circa 3 milioni di morti ogni anno. Partendo dalla cruda evidenza di questi dati la Commissione ha lavorato per individuare e superare le criticità che in questo ambito sanitario, di dirimente importanza come palesato dai dati epidemiologici proposti, si riscontrano.

La Commissione ha concentrato la propria attenzione sulle seguenti tematiche:
Scarsa consapevolezza, tra la popolazione, della severità e dei fattori di rischio della BPCO: Spesso viene sottovaluta la severità della patologia, e la conseguenza di questa poca attenzione si traduce in un aumento progressivo dei costi che il SSN affronta per la sua cura, che crescono esponenzialmente con l'evoluzione incontrollata della malattia. La Commissione sottolinea l'assenza di educazione sanitaria e di programmi di diagnosi precoce, e lo scarso ricorso all'esame spirometrico. Propone quindi campagne di educazione socio-sanitaria sui principali media, sul controllo del fumo, campagne di screening mirate ad una popolazione selezionata, creazione di osservatori e registri pubblici e implementazione di sistemi di codifica più accurati.

Accesso alla diagnosi, presa in carico e continuità assistenziale: La Commissione evidenzia il mancato riconoscimento della BPCO come malattia ad impatto sociale, e denuncia inspiegabili difformità regionali e criticità nell'assistenza territoriale per i pazienti affetti da malattie respiratorie croniche. Rileva aree scoperte di servizi diagnostici (spirometria, gas-analisi, etc) ed un effetto imbuto in quelle, invece, coperte, oltre ad una scarsa accessibilità a servizi specialistici minimi e ad un effetto barriera rappresentato dai ticket molto elevati. La Commissione propone come soluzione alle suddette criticità l'inserimento nei LEA di tali attività diagnostiche, una migliore distribuzione territoriale dei servizi, l'implementazione della spirometria di screening sul territorio, la possibilità di prenotazioni on-line, il ruolo della farmacia nella sensibilizzazione/screening alle malattie respiratorie croniche.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA): Le differenze in termini di PDTA regionali a riguardo, se non addirittura una loro assenza, devono essere superate tramite la definizione multidisciplinare di un PDTA nazionale di riferimento che le Regioni adattino alle necessità specifiche nel rispetto dei principi generali LEA, recependo l'aggiornamento delle linee guida AGENAS datate 2010.

Aderenza e persistenza alla terapia e Medical Device (dispositivi inalatori): La Commissione ha riscontrato come criticità la scarsa aderenza e persistenza alla terapia, con aumento delle riacutizzazioni e dei costi SSN, e la conseguente diminuzione della qualità della vita del paziente. Ciò è determinato dalla insufficiente educazione al rispetto della terapia e da un inesistente "minimal advice" sull'importanza dei dispositivi inalatori. La Commissione ha quindi proposto una scelta, di esclusiva pertinenza medica, del dispositivo più idoneo per ogni Paziente, privilegiando la semplicità d'uso a parità di efficacia, addestrando il paziente all' uso del dispositivo, verificando periodicamente la correttezza d'impiego, ripetendo ogni volta le informazioni fornite e coinvolgendo il farmacista, l'infermiere e altri operatori sanitari in questa attività informativa.

Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG): La Commissione enfatizza l'importanza della figura del MMG in termini di prevenzione, educazione terapeutica (del paziente e di chi lo assiste) e gestione delle malattie respiratorie croniche.

Riacutizzazioni: La Commissione evidenzia una scarsa conoscenza dei sintomi precoci e delle cause delle malattie respiratorie croniche da parte dei Pazienti, un aumento di ospedalizzazioni evitabili, una concentrazione dei costi (70%) e propone come soluzioni l'implementazione di modelli di gestione integrata territoriale pre e post-acuzie, l'identificazione delle persone a rischio, l'attività educazionali alla malattia in fase acuta e il trattamento precoce dei sintomi.

Vaccinazioni: La Commissione sul tema delle vaccinazioni antinfluenzali e antipneumococcica nel Paziente con BPCO ritiene critico il sensibile calo riscontratosi tra gli over 65, con una significativa variabilità territoriale nella offerta della vaccinazione antipneumococcica. Vengono condannate le campagne di stampa che hanno ingenerato un ingiustificato allarmismo. Propone, quindi, la promozione di campagne vaccinali più efficaci e migliori strategie organizzative (MMG, associazioni pazienti, etc.) nonché la divulgazione di una più corretta informazione a riguardo (Ministero Salute., AIFA, Media, etc).

La prevalenza dell'IPB aumenta con l'aumentare dell'età per cui il numero di soggetti colpiti è in crescita dato il progressivo invecchiamento della popolazione. È presente in oltre il 60% degli uomini sui sessant'anni e fino all'80% in quelli di età superiore (tra i 70 e 80 anni). I dati epidemiologici dell'IPB dimostrano che questa patologia ha un forte impatto sociale e necessita, pertanto, di accurate strategie preventive e terapeutiche.

Durante l'incontro della Commissione Tecnica Nazionale sono emerse varie criticità concernenti la gestione di tale patologia sia da parte del paziente che da parte 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 e, allo stesso tempo, come il medico tenda a non utilizzare con frequenza gli strumenti a disposizione per intercettare precocemente i soggetti a rischio.

Un altro punto su cui la Commissione si è soffermata è quello riguardante L'Appropriatezza Terapeutica poiché, l'impostazione di una terapia precoce e adeguata riduce il rischio di complicanze e di intervento chirurgico e in particolare:
- Graduale progressione dei sintomi e peggioramento della qualità di vita
- Ritenzione acuta di urina con conseguente inserimento del catetere
- Ritenzione cronica di urina con possibili infezioni urinarie, incontinenza e disturbi della sfera sessuale, calcolosi vescicale, fino all'insufficienza renale

La precocità della terapia è direttamente correlata alla sensibilizzazione del paziente e quindi alla precoce emersione del problema.

L'adeguatezza della terapia fa riferimento all'utilizzo delle corrette possibilità terapeutiche indicate nelle Linee Guida nazionali e internazionali per il trattamento dell'IPB, attualmente però una quota di pazienti è trattata con prodotti inappropriati (es. integratori alimentari), con una conseguente inadeguatezza terapeutica.

Il tema della aderenza del paziente alla terapia è fondamentale nell'ambito di questa patologia; in uno studio recente su pazienti di nuova diagnosi con IPB è stato trovato che la maggioranza di essi aveva sospeso la terapia per l'IPB in modo prematuro: circa un terzo ha sospeso il trattamento dopo 3 mesi mentre il 64% nell'arco di un anno. La bassa aderenza al trattamento è correlata prevalentemente a:
- Mancata comprensione dell'importanza della continuità della cura
- Impressione di essere guarito e conseguente autosospensione della terapia
- Convinzione che troppi farmaci facciano male (il 66% dei Pazienti affetti da IPB presenta una comorbilità e di conseguenza è politrattato)
- La terapia non tiene conto dei problemi di vita del soggetto
- La difficoltà del medico a monitorare la terapia nel tempo

Un fattore determinante nella aderenza alla terapia (36% dei pazienti) è rappresentato da una buona relazione medico-paziente e da una chiara e completa informazione sui rischi associati alla IPB.
A tal proposito si rende necessario ottimizzare la presa in carico del paziente al fine di permettere una gestione della patologia efficace e sostenibile nel tempo:
- Favorendo l'emersione precoce del problema, con il supporto delle associazioni, anche attraverso la diffusione e l'utilizzo del Quick Prostate Test al fine di ridurre le complicanze e il numero di interventi
- Sviluppando la consapevolezza dell'IPB come patologia cronica che richiede un trattamento farmacologico precoce, appropriato (linee guida) e condiviso tra medico e Paziente (monoterapia con inibitori della 5α reduttasi (5-ARI), monoterapia con alfa litici,utilizzo associato di alfa litici e 5-ARI (terapia combinata)
- Migliorando la sinergia tra medico di medicina generale, urologo e farmacia dei servizi per favorire l'aderenza al trattamento
- Aumentando della consapevolezza del paziente su IPB come patologia cronica (campagne informative, programmi di educazione sanitaria, ecc.)

ADERENZA ALLA TERAPIA

Commissione Tecnica Internazionale

La prevalenza Il giorno 24 ottobre si è riunito a Roma il gruppo internazionale scientifico di lavoro per lo studio dell'aderenza alla terapia. In tale occasione, dopo una revisione della letteratura su tutti gli interventi messi in atto fino ad ora per migliorare l'aderenza, il gruppo di lavoro ne ha definiti sette.

Tali interventi andrebbero ad agire su tutti i fattori che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato come inclusi nel modello multidimensionale di aderenza (fattori correlati alla terapia, fattori correlati al paziente, fattori correlati alla malattia, fattori correlati al sistema sanitario, fattori socio-economici).
Per ogni intervento sono stati indicati:
1. La definizione dell'intervento
2. La popolazione target a cui l'intervento è rivolto
3. I professionisti coinvolti nell'intervento
4. Le modalità di applicazione dell'intervento
5. I tempi di applicazione dell'intervento

La tabella sottostante riassume i sette interventi e le loro caratteristiche.

	Definizione	Popolazione target	Professionisti coinvolti	Modalità	Tempi
Intervento 1	Valutazione multidimensionale del paziente (stato di salute, funzionale, cognitivo, affettivo, socio-economico, aderenza alla terapia al momento della valutazione)	Tutti i partecipanti al programma	Medico di medicina generale e assistente di studio	Strumenti di ultima generazione per la valutazione multidimensionale (InterRai) e per la valutazione dell'aderenza (MARS, Medication Adherence Rating Scale)	Al momento dell'ingresso nel programma e da ripetere minimo 1 volta/anno
Intervento 2	Ottimizzazione della terapia	Tutti i partecipanti al programma	Medico di medicina generale	Utilizzo di sistemi computerizzati di supporto alla prescrizione oltre al giudizio clinico	Al momento dell'ingresso nello studio e da ripetere ogni volta sia necessario, minimo 2 volte/anno
Intervento 3	Utilizzo di strumenti di aiuto	Pazienti con decadimento cognitivo, disabilità, in politerapia, e tutti coloro che li desiderino	Farmacisti, aziende farmaceutiche e aziende che producono strumenti tecnologici innovativi	Contenitori speciali, strumenti elettronici per 'ricordar' l'assunzione della terapia	Continuamente
Intervento 4	Educazione del paziente e se necessario del suo caregiver	Tutti i partecipanti al programma che desiderino aderire all'intervento	Medico di medicina generale e assistente di studio, farmacista, associazioni di pazienti, sistema sanitario	Utilizzo di strumenti di training e di valutazione come Health Belief Model per esaminare le motivazioni del paziente nell'adattare il suo comportamento	Continuamente
Intervento 5	Formazione del medico e delle altre figure professionali sanitarie	Medico e altre figure professionali sanitarie	Professionisti dedicati alla formazione	Formazione su strumenti di comunicazione fra medico e paziente e di farmacologia clinica	Continuamente
Intervento 6	Valutazione dell'aderenza	Tutti i partecipanti al programma	Medico di medicina generale, assistente di studio e farmacista	Valutazione oggettiva (conteggio dei farmaci, misurazione su sangue delle concentrazioni di farmaco) e soggettiva (MARS)	Continuamente
Intervento 7	Facilitare l'accesso al farmaco attraverso sistemi integrati	Tutti i partecipanti al programma	Medico di medicina generale e farmacista	Consegna a domicilio del farmaco, consulti bidirezionali fra farmacista e medico di medicina generale, sistemi di tecnologia innovativa	Continuamente

Durante il III Congresso di Corte di Giustizia nei giorni 22-23 novembre, il gruppo di lavoro sull'aderenza si è ampliato con altre figure professionali per discutere l'implementazione degli interventi identificati e la loro applicabilità nella realtà italiana.

CARTA EUROPEA dei Diritti dei Cittadini Over 65 con DOLORE CRONICO

Commissione Tecnica Internazionale

Premessa

Le organizzazioni no profit che rappresentano la maggior parte dei cittadini europei anziani e/o con dolore cronico:
- FederAnziani
- SIHA Senior International Health Association
- Age Platform
- Pain Alliance Europe

.....(eventuali altri)
nella loro Mission hanno l'obiettivo di salvaguardare i diritti dei cittadini over 65 anni con patologie croniche pertanto si impegnano a redigere il seguente documento di consenso e il diritto alla cura.

Overview a livello dell' Unione Europea

L'Unione Europea riconosce:
- nell'art. 25 della Carta dei Diritti fondamentali dell'UE (Carta di Nizza, Gazzetta ufficiale 2000/C 364/01 del 18/12/2000 pag. 0001 - 0022) i diritti delle persone anziane
  "L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale"
- nell'art. 35 il diritto alla protezione della salute
  "Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"

Si sottolinea che suddetti diritti sono pienamente vincolanti per le istituzioni europee e gli Stati membri grazie all'entrata in vigore del Trattato di Lisbona in quanto la Carta di Nizza acquisisce lo stesso valore dei Trattati.

Inoltre, un'importante pietra miliare come la "Carta europea dei diritti del malato" (pubblicata da Active citizenship network, 2002) enuncia chiaramente i seguenti diritti:
- diritto a misure preventive, diritto all'accesso, diritto all'informazione, diritto al consenso, diritto alla libera scelta, diritto alla privacy e alla confidenzialità, diritto al rispetto del tempo dei pazienti, diritto al rispetto di standard di qualità, diritto alla sicurezza, diritto all'innovazione, diritto a evitare sofferenze e dolore non necessari, diritto ad un trattamento personalizzato, diritto al reclamo, diritto al risarcimento.

Nel dicembre 2010, il Consiglio dell'Unione Europea (EPSCO Council) ha invitato gli Stati Membri a sviluppare politiche sanitarie focalizzate sui pazienti per promuovere la prevenzione primaria e secondaria, il trattamento, la cura delle patologie croniche in collaborazione con decisori pubblici e soprattutto le associazioni pazienti.

FOCUS SULLA CURA DEL DOLORE CRONICO NEGLI ANZIANI

Definizione

Con dolore cronico si intende quel dolore "che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto" (definizione della IASP). Protraendosi nel tempo, il dolore cronico può causare effetti negativi gravi a livello psicologico e sulla qualità di vita.

Il dolore cronico come malattia è praticamente sconosciuto ai operatori della sanità e all'opinione pubblica in generale anche se di fatto il dolore cronico è presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche, specie nelle fasi avanzate e terminali di malattia, e come tale assume caratteristiche di dolore GLOBALE, legato a motivazioni fisiche, psicologiche e sociali, come evidenziato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Epidemiologia e impatto sociale

Secondo i dati dell'OMS infatti, il dolore cronico affligge l'1% della popolazione mondiale, alterandone le capacità fisiche, emotive e lavorative, con un impegno finanziario probabilmente sovrapponibile a quello sostenuto per le patologie neoplastiche o cardiovascolari.

Di fatto il dolore cronico è una delle più significative cause di sofferenza e disabilità nel mondo (Lohman et al. BMC Medicine 2010, 8:8; http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/8).

Uno studio dell'OMS dimostra che le persone che vivono con dolore cronico sono 4 volte più predisposte a soffrire anche di depressione o ansia e influenza indirettamente anche gli outcomes riducendo l'aderenza al trattamento. (Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R: Persistent pain and well-being:a World Health Organization study in primary care. JAMA 1998,80:147-151).

Un Europeo su cinque soffre di dolore cronico, e un europeo su quattro di dolore cronico severo, 100 milioni solo nei 28 Paesi dell'Unione Europea, la metà dei quali non riceve alcun trattamento o addirittura non viene presa sul serio. In media le persone con dolore cronico vivono 7 anni.

Il 19% degli adulti europei soffrono di dolore cronico moderato/severo, impattando seriamente sulla qualità della loro vita lavorativa e sociale. Di queste persone, poche vengono trattate da specialisti del dolore e circa metà ricevono un inadeguato trattamento per il dolore, fermo restando che ogni Paese ha le sue peculiarità.

Il dolore cronico produce enormi costi per la società, sia costi diretti in termini di assistenza sanitaria e sociale, che costi indiretti in termini di impossibilità a svolgere un lavoro per pazienti e care-giver. Il 21% dei pazienti europei affetti da dolore cronico è impossibilitato a lavorare, e tra questi, il 61% ha dichiarato che la malattia ha fortemente condizionato il proprio status a livello lavorativo. Secondo il Pain Proposal European Consensus Report, il dolore cronico costerebbe all'Europa 300 miliardi di euro all'anno. La prevalenza del dolore cronico severo è più alta in Norvegia, seguita da Polonia e Italia. (Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment" by Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D and published in the European Journal of Pain 2006;10(4):287-333(11); The painful truth 2013).

Il sollievo dal dolore rappresenta pertanto un diritto fondamentale, riconosciuto come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Osservatorio sul rispetto dei Diritti Umani (Human Rights Watch), il che significa che gli Stati membri dell'Unione Europea dovrebbero considerare il trattamento del dolore cronico e l'accesso alle cure una priorità di salute pubblica (citazione di Hans Georg Kress, all'epoca Presidente dell'EFIC - oggi EPF/EFIC - Federazion Europea per il Dolore /Federazione Europea delle Associazioni Europee impegnate nella medicina del dolore, affiliate alla International Association for the Study of Pain, IASP).

È fondamentale contestualizzare la realtà epidemilogica, tenendo in considerazione che le persone anziane sono il segmento di popolazione che sta crescendo più rapidamente in tutto il mondo. Entro il 2050 il numero delle persone over 60 si stima supererà i 2 bilioni superando il numero di bambini. Solo l'8% di questa popolazione vivrà nei Paesi in via di sviluppo. Troppo a lungo si sono ignorati i diritti umani per le persone anziane, che ad oggi rimangono vulnerabili ad abusi, discriminazioni etc. (http://www.opensocietyfoundations.org).

Oggi più che mai, quindi, è molto importante che ogni Sistema Sanitario Nazionale risponda ai cambiamenti delle esigenze relative all'assistenza sanitaria e sociale dovute all'incremento dell'età della popolazione e alle relative cronicità, portando con sé le problematiche dell'accesso alle terapie, della continuità di cura, del garantire la qualità, la sicurezza, l'equità etc.

Pertanto è necessario che tutti i Paesi rispondano alle esigenze dei pazienti e ne salvaguardino i diritti.

Criticità

Nonostante ciò non sono definiti uniformemente:
- i centri specializzati/di eccellenza in tutti i Paesi europei e ove siano presenti non sono conosciuti dai cittadini che, di fatto, non sono orientati alla cura
- non sono definiti i patients pathways dei pazienti anziani e non solo con dolore cronico coinvolgendo i medici di medicina generale, gli infermieri, gli specialisti, caregivers ecc.
- non vi è un network europeo degli ospedali di eccellenza per la cura del dolore cronico e oggi più che mai con l'entrata in vigore La Direttiva UE n. 24 del 9 marzo 2011 sulle cure transfrontaliere diventa una questione più attuale che mai
- non è garantito accesso alla cura e continuità terapeutica in tutti i Paesi comunitari
- la valutazione del dolore nell'anziano non è ancora considerato un parametro vitale di monitoraggio infermieristico (fonte: Anziani e Dolore di Stefano Maria Zuccato in Dolore cronico in Medicina Generale, Roma 2010)
- il dolore cronico severo non è ancora riconosciuto come uno stato di invalidità
- non vengono condivise best practice e linee guida sul dolore cronico nell'anziano
- non vengono condotti abbastanza progetti e ricerche sulla percezione del dolore nell'anziano, sulla gestione del dolore a livello farmacologico e non e sulla problematica specifica del dolore nelle persone con patologie cognitive.

Proposta: Diritti dei cittadini over 65 con dolore cronico

Le suddette associazioni di pazienti, con esperti e istituzioni, propongono che vengano rispettati, oltre ai diritti già espressi dalla "Carta europea dei diritti del malato" (pubblicata da Active citizenship network, 2002), i seguenti DIRITTI con un appello all'azione:

1. Diritto all'informazione adatta alle persone anziane e, quindi, cartacea e online nella lingua del proprio Paese, coinvolgendo le associazioni pazienti o le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini.
   Le informazioni devono essere semplici e chiare:
   · sulle nuove terapie farmacologiche e sui dispositivi medici
   · sui centri di riferimento per il dolore cronico in tutti i Paesi europei
   · sui percorsi diagnostico-terapeutici che dovrebbero essere standard per ogni paese e, se possibile, condivisi a livello europeo creando una chiara ed efficiente rete di riferimento europea sul dolore cronico facilitando l'orientamento del paziente
2. Diritto alla diagnosi, al trattamento appropriato e alla presa in carico delle persone affette da dolore cronico finalizzata anche alla riabilitazione fisica e psico-sociale. Occorre informare il paziente anziano del diritto a eliminare/ridurre il dolore, che non deve accettare come se fosse un evento ineluttabile
3. Diritto alla scelta libera e consapevole, tramite materiale informativo sempre comprensibile, spiegato dal medico specialista, supportato dal medico di famiglia e condiviso anche con il caregiver
4. Diritto all'eguaglianza sia per età che per patologia: il paziente anziano ha diritto a essere trattato per il dolore cronico indipendentemente dal sesso, dall'età, dallo stato di salute mentale e dal suo inserimento nel contesto sociale
5. Il dolore cronico di grado severo quando determina disabilità documentata può essere una malattia con invalidità riconosciuta
6. Il diritto di accesso alla terapia appropriata e tempestiva per il dolore cronico attraverso il necessario sostegno delle strutture sanitarie identificate (indipendentemente dai vincoli economici) garantendo tutti i trattamenti necessari alla cura validati a livello internazionale
7. Diritto di continuità terapeutica: qualsiasi sia la cura essa dev'essere garantita nel tempo, nei modi e luoghi che siano necessari
8. Diritto all'innovazione: il paziente anziano con dolore cronico ha diritto di accedere all'innovazione qualora: contribuisca alla prevenzione, migliori lo stato di salute, la qualità della terapia e la gestione della persona con dolore cronico da parte del medico/operatore sanitario/caregiver.

ASSOCIAZIONI ED ESPERTI CHE HANNO COLLABORATO ALLA STESURA DEL SUDDETTO DOCUMENTO:
- FEDERANZIANI www.federanziani.it
- AGE Platform Europe www.age-platform.eu
- SIHA Senior International Health Association
- PAIN ALLIANCE EUROPE http://www.pae-eu.eu

Director Unidad del Dolor Hospital General Valencia, Spain - Josè De Andres,
Direttore Struttura Terapia del Dolore Azienda Ospedalera Ospedale Niguarda Ca' Granda Milano, Italia - Paolo Notaro

Note
La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, detta anche Carta di Nizza, è stata solennemente proclamata una prima volta il 7 dicembre 2000 a Nizza e una seconda volta, in una versione adattata, il 12 dicembre 2007 a Strasburgo da Parlamento, Consiglio e Commissione. Con l'entrata in vigore del trattato di Lisbona, la Carta di Nizza ha il medesimo valore giuridico dei trattati, ai sensi dell'art. 6 del Trattato sull'Unione europea, e si pone dunque come pienamente vincolante per le istituzioni europee e gli Stati membri e, allo stesso livello di trattati e protocolli ad essi allegati, come vertice dell'ordinamento dell'Unione europea. Essa risponde alla necessità emersa durante il Consiglio europeo di Colonia (3 e 4 giugno 1999) di definire un gruppo di diritti e di libertà di eccezionale rilevanza che fossero garantiti a tutti i cittadini dell'Unione.

Raccomandazioni
- **Bere** 1.5 litri di acqua o bevande (preferibilmente a basso apporto di sodio ed elevato contenuto di calcio) al giorno. Insieme a 1-2 porzioni al giorno di latte/yogurt ciò consente di assicurare un adeguato apporto di calcio.
- Considerare la **Dieta Mediterranea** come modello di riferimento per l'alimentazione anche in età geriatrica: debbono quindi essere presenti ad ogni pasto principale (colazione, pranzo, cena) cereali (pane, pasta, riso, …. 4-5 porzioni al giorno), verdura/ortaggi e frutta (anche qui 4-5 porzioni al giorno, scegliendo prodotti di stagione).
- Introdurre due porzioni al giorno di alimenti ad elevato apporto di **proteine** di maggiore valore biologico:
  · carne (due volte a settimana la carne rossa e quattro volte quella bianca)
  · pesce (3-4 volte a settimana)
  · uova (2-3 volte a settimana)
  · formaggi freschi (2-3 volte a settimana)
  In alternativa è possibile consumare i legumi due/tre volte a settimana combinandoli con i cereali nel primo piatto (esempio: pasta e fagioli, riso e piselli, pasta e lenticchie, pasta e ceci).
- Tra i **grassi di condimento** è da preferire l'olio extra vergine di oliva, la cui presenza è prevista tutti i giorni, nei due pasti principali (pranzo e cena). Il suo consumo va limitato nei soggetti sovrapppeso.
- Vanno consumati con parsimonia **zuccheri semplici** (zucchero da cucina, marmellata, miele, caramelle zuccherate, dolci, …) e **sale** (gli alimenti anche senza aggiunta di sale contengono un quantitativo di Na -sodio- sufficiente a coprire il fabbisogno giornaliero mentre gli alimenti conservati - salumi, formaggi, cibi in scatola, cibi precotti - ne contengono in eccesso).
- Compatibilmente con le condizioni cardio-respiratorie e osteo-articolari **camminare** almeno venti minuti al giorno. Il ballo e le altre attività ludiche, così come gli hobby in generale, possono essere importanti per la conservazione di un buono stato fisico e di un tono dell'umore elevato.

Raccomandazioni per i caregiver
- Valutare il **rischio nutrizionale** (variazioni ponderali, MNA, Griglia delle porzioni consumate) periodicamente.
- Valutare le **condizioni funzionali** (difficoltà alla masticazione, alla deglutizione, xerostomia, riduzione dell'autonomia), **cognitive** (deterioramento), **psicologiche** (depressione) o **socio-ambientali** (solitudine, assenza di un supporto familiare, basso reddito, basso livello culturale, …) che possono condizionare negativamente l'alimentazione.
- Considerare le **condizioni cliniche** sia acute che croniche (insufficienza renale, epatica, respiratoria, cardiaca, lesioni da decubito, fratture scheletriche) e le **terapie farmacologiche** (molti farmaci possono ridurre il senso del gusto e dell'olfatto, provocare anoressia, facilitare perdite di nutrienti) che possono influenzare negativamente lo stato di nutrizione e/o il comportamento alimentare.
- Prescrivere **regimi alimentari** restrittivi (in quantità e qualità di alimenti o nutrienti) solo in presenza di una reale necessità e sotto stretto controllo medico.

Raccomandazioni per i policy macker
- Implementare modelli **organizzativi alternativi** rispetto all'ospedalizzazione e alla lungodegenza basati su un'integrazione ospedale-territorio che attivi nuove forme di collaborazione stabile tra soggetti privati, pubblici, no profit e adotti strumenti condivisi.
- Promuovere progetti di **innovazione sociale** che prevedano attività e servizi innovativi volti a soddisfare bisogni sociali attraverso: la ricombinazione di elementi e risorse già esistenti, la creazione di legami relazionali tra gruppi e persone oltre i confini organizzativi, il superamento di modelli gestionali tradizionali con soluzioni economicamente sostenibili ed eticamente responsabili.

Momenti
del III Congresso Nazionale
della Corte di GiustiziaPopolare
per il Diritto alla Salute

Sabato 22 novembre

Domenica 23 novembre

Punto Insieme Sanità

verso un sistema sanitario a misura di terza età

il think tank
che unisce
clinici
pazienti
MMG
farmacisti
istituzioni

FederAnziani FA! Ovvero FederAnziani, in una logica di approccio costruttivo e di collaborazione istituzionale, ritiene proprio dovere aiutare il Sistema Sanitario, in tutti gli attori che lo compongono, a mettere in pratica quanto identificato come necessario dalla Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute.

Attraverso il think tank Punto Insieme Sanità, FederAnziani punta ad attivare sul territorio, nei diversi ambiti terapeutici identificati, progetti operativi di:

- formalizzazione di protocolli di gestione del paziente secondo logiche di salute, eccellenza del servizio e sostenibilità;
- organizzazione di grandi campagne di screening presso centri di eccellenza;
- attivazione a cavallo tra MMG e Farmacisti di una attività strutturata di medicina di iniziativa;
- promozione di condizioni di maggiore facilità di accesso alle cure da parte degli anziani, sia sul piano clinico, che farmaceutico, che assistenziale, attraverso voucher;
- "empowerment" della evoluzione della medicina generale in una medicina di gruppo capace di "presa in carico del paziente";
- "empowerment" della evoluzione della farmacia nella direzione di un contenuto di servizio a dimensione dell'anziano;
- "empowerment" della assistenza sanitaria sul territorio;
- informazione e promozione di una cultura sanitaria superiore negli anziani.

Lo scopo di **Punto Insieme Sanità** è di implementare modelli avanzati di gestione delle malattie croniche nell'anziano, articolati sull'integrazione tra Ospedali, MMG, Farmacie Territoriali e Assistenza Sanitaria Territoriale, secondo una logica di eccellenza nella presa in carico del paziente cronico.

Punto Insieme Sanità

20 marzo 2014

Il 20 marzo 2014 preso il Rome Marriott Park Hotel si è svolto il progetto operativo **Punto Insieme Sanità**, **verso un sistema sanitario a misura di terza età**, con lo scopo di discutere ed implementare "Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche" nell'anziano.

L'appuntamento si è svolto in collaborazione con FIMMG e Federfarma e con i patrocini del Senato della Repubblica, Camera dei Deputati, Ministero della Salute, AIFA.

I lavori, aperti dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, si sono svolti alla presenza delle massime Istituzioni e delle principali Società Medico Scientifiche nazionali e internazionali e delle Associazioni attive nelle aree terapeutiche coinvolte.

L'evento è stato accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua con Obiettivo Formativo (ECM) e ha ottenuto 10,8 crediti formativi.

PRINCIPALI SOGGETTI COINVOLTI IN 12 TAVOLI DI LAVORO

ERS - European Respiratory Society
ACOI - Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
AIAC - Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione
AIMAR - Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo studio delle malattie respiratorie
AIMO - Associazione Italiana Medici Oculisti
AIOM - Associazione Italiana Oncologia Medica
AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
AIRO - Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica
AIRONA - Associazione Italiana Ricerca in Oncologia dell'Anziano
AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologia e del pavimento pelvico
AISD - Assciazione Italiana per lo Studio del Dolore
EHS - European Hernia Society
ESMO - European Society for Medical Oncology
FAND - Federazione Associazioni Nazionali persone con Disabilità
IBDO - Italian Barometer Diabetes Observatory
SIIA - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
SIA - Società Italiana Artroscopia
SOU - Società Oftalmologi Universitari
SIC - Società Italiana di Cardiologia
SIC - Società Italiana di Chirurgia
SICG - Società Italiana di Chirurgia Geriatrica
SICVE - Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
SICCR - Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale
SID - Società Italiana di Diabetologia
SIGASCOT - Società Italiana del Ginocchio Artroscopia Sport e Cartilagine Tecnologie Ortopediche
SIMeR - Società Italiana di Medicina Respiratoria
SIMEP - Società Italiana Medicina Personalizzata
SIN - Società Italiana di Nefrologia
SINPE - Società Italiana Nutrizione Artificiale e Metabolismo
SINPF - Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia
SIO - Società Italiana Obesità
SIOT - Società Italiana Ortopedia e Traumatologia
SIP - Società Italiana Pneumologia
SIP - Società Italiana di Psichiatria
SIR - Società Italiana della Retina
SIU - Società Italiana di Urodinamica
Società Italiana dell'Anca
Società Italiana di Igiene
Associazione La Strada Onlus
Federazione Italiana Ricerche sulle Radiazioni

TAVOLI TEMATICI DI LAVORO

Tavolo ASMA e BPCO
Tavolo CARDIOCIRCOLATORIO
Tavolo CATARATTA e MACULOPATIA
Tavolo CHIRURGIA
Tavolo DEPRESSIONE
Tavolo DIABETE e OBESITÀ
Tavolo INCONTINENZA
Tavolo NON AUTOSUFFICIENZA
Tavolo ONCOLOGIA: colon, mammella, prostata
Tavolo OSTEOARTICOLARE
Tavolo PREVENZIONE VACCINALE
Tavolo TUTELA ASSICURATIVA IN SANITÀ

Punto Insieme Sanità

19 giugno 2014

Si è svolto il 19 giugno 2014 a Roma, presso l'Hotel NH Midas, il Convegno **Punto insieme Sanità, verso un sistema sanitario a misura di terza età**, organizzato da FederAnziani e Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute in collaborazione con Fimmg e Federfarma.

L'evento, che si è svolto con il patrocino di Senato della Repubblica, Camera dei Deputati, Ministero della Salute e Aifa, ha visto la partecipazione delle massime Istituzioni, delle principali società medico scientifiche per area terapeutica e con il coinvolgimento delle Associazioni interessate.

Due gli Advisory Board che hanno lavorato in parallelo ai Tavoli Tecnici:
- Advisory Board ADERENZA ALLA TERAPIA
- Advisory Board MACULOPATIA

PRINCIPALI SOGGETTI COINVOLTI NEI TAVOLI DI LAVORO

AIMAR - Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo studio delle malattie respiratorie
AIMO - Associazione Italiana Medici Oculisti
AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica
AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
AISD - Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
Associazione No Pain
Federdolore
FIP - Federazione Italiana della Pneumologia
FIRR Federazione Italiana Ricerche sulle Radiazioni
GISOOS - Gruppo Italiano Studio in Ortopedia
Italia Longeva
INS - International Neuromodulation Society
Lega Italiana Osteoporosi,
SIC - Società Italiana di Chirurgia
SICG - Società Italiana di Chirurgia Geriatrica
SIF - Società Italiana di Farmacologia,
SIMEP - Società Italiana Medicina Personalizzata
SIMeR - Società Italiana di Medicina Respiratoria
SIPO - Società Italiana di Psiconcologia
SIR - Società Italiana della Retina
SIU - Società Italiana di Urologia
SOI - Società Oftalmologica Italiana
Vivere Senza Dolore ONLUS

TAVOLI TEMATICI DI LAVORO

Tavolo RESPIRATORIO
Tavolo CHIRURGIA MINI-INVASIVA
Tavolo DOLORE CRONICO
Tavolo ONCOLOGIA
Tavolo OSTEOPOROSI
Tavolo UROLOGIA

Punto Insieme Sanità

Aderenza alla terapia: leva per la salute e la sostenibilità nel futuro

Documento approvato dall'Advisory Board sull'Aderenza alla Terapia in occasione di **Punto Insieme Sanità**
19 giugno 2014

LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

A cura di FederAnziani

In un contesto demografico e sociale contraddistinto da un continuo innalzamento dell'età media e, conseguentemente, dalla numerosità della popolazione anziana è imperativo strategico della società e dello Stato creare condizioni per garantire a chi è anziano una maggiore salute e "vita attiva" e, al contempo, un contenimento dei costi sanitari. È facile prevedere come, senza un complessivo ripensamento del funzionamento del Sistema Sanitario, in pochi anni si possa correre il rischio di un "default" dello stesso, a fronte di una crescita progressiva del numero di "senior" - nel 2013 il 20% della popolazione, ma il 30% nel 2050 - che già oggi "consuma" il 67,5% della spesa sanitaria.

È mission fondativa di FederAnziani contribuire a condizioni di maggiore qualità di vita per i propri aderenti e di minore spesa per le Istituzioni, collaborando con queste ultime e con ogni professionalità scientifica al fine di identificare e implementare nuovi modelli di organizzazione della sanità e nuovi percorsi di gestione del paziente che possano garantire più salute e, al contempo, maggiore sostenibilità. Nello specifico è convinzione di FederAnziani che sia fondamentale conseguire più efficacia ed efficienza nella gestione delle cronicità - che oggi comportano più del 70% dei costi della sanità - e che ciò possa essere ottenuto portando i pazienti anziani cronici a conseguire un maggiore grado di aderenza. In particolare, come già espresso chiaramente dagli atti del congresso di novembre 2013 della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, è opinione forte di FederAnziani che l'obiettivo di una maggiore aderenza possa essere conseguito esclusivamente attraverso una revisione del "sistema di presa in carico del paziente cronico".

Rispetto alle patologie croniche è di riferimento per FederAnziani un modello di gestione del paziente articolato su quattro punti cruciali, rispetto a ciascuno dei quali sono fondamentali alcune condizioni abilitanti:

1. DIAGNOSI PRECOCE; fare emergere la patologia, attraverso educazione e medicina di iniziativa;
2. APPROPRIATEZZA DELLA CURA E FARMACEUTICA; identificare la cura e il percorso terapeutico più idoneo non per la patologia, ma per il paziente, individualizzando la cura;
3. ADERENZA; conquistare il pieno rispetto delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche;
4. SOSTEGNO; affiancare l'anziano cronico nella sua vita quotidiana.

DIAGNOSI PRECOCE

- Informazione ed educazione costante del paziente
- Attività di prevenzione (giornate dedicate) nella Farmacia dei Servizi
- Medicina e diagnostica di iniziativa in AFT e UCCP
- Disponibilità diffusa di strumenti e competenze per diagnosi di I e II livello, sia a favore della medicina del territorio, che delle farmacie del territorio

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E FARMACEUTICA

- Istituzionalizzazione di Protocolli di gestione del paziente declinati sia in funzione della patologia, che dello stato complessivo di salute-comorbidità del paziente stesso
- Personalizzazione della medicina, attraverso la Scheda Clinica e la definizione di un Piano Terapeutico Individuale
- Integrazione tra medicina Specialistica - ospedaliera e non - e medicina di territorio, attraverso scambio regolare di competenze, attività congiunta in AFT-UCCP e integrazione informatica

ADERENZA

- Aggregazione della medicina di territorio in AFT e UCCP, per una maggiore efficacia organizzativa nella presa in carico del paziente
- Counseling verso il paziente da parte del medico di territorio
- Impiego diffuso della Telemedicina - attraverso l'integrazione tra medico e specialista, medico di territorio e farmacia di territorio - per il monitoraggio della salute
- Integrazione tra medicina e farmacie di territorio per il monitoraggio dell'aderenza
- Adozione di soluzioni terapeutiche semplici
- Impiego di farmaci a elevata efficacia e di device di facile uso

SOSTEGNO

- Gestione integrata del paziente cronico a domicilio, attraverso attività in team tra medico di territorio di riferimento, farmacia di riferimento e operatore assistenziale di riferimento
- Disponibilità quantitativamente adeguata di attività di assistenza domiciliare
- Formazione professionale certificata degli operatori socio-sanitari

L'adozione di tale sistema di presa in carico del paziente anziano cronico richiede il completamento della riforma delle cure primarie: richiede a medici e farmacisti di territorio di ampliare le loro competenze scientifiche e manageriali, di dotarsi di strumenti diagnostici, di integrarsi nella gestione del paziente, di riorganizzarsi strutturalmente per conquistare più efficienza, dedicare più tempo ai pazienti e offrire più servizi.

Per tale ragione FederAnziani è al fianco di AIFA nell'identificare e implementare istituzionalmente il continuo miglioramento degli standard di assistenza sanitaria, a partire dal prevenire e ridurre l'uso inappropriato dei farmaci e quindi la scarsa aderenza alla terapia. FederAnziani è quindi con AIFA per far sì che i sistemi sanitari locali siano effettivamente organizzati per garantire su tutto il territorio nazionale tali standard di assistenza sanitaria e le condizioni per una maggiore appropriatezza, che siano effettivamente disponibili le competenze e gli strumenti a ciò necessari e, infine, che gli stessi pazienti giochino un "ruolo attivo costruttivo" rispetto alla cura della propria cronicità.

Per tale ragione FederAnziani è al fianco di FIMMG nel riconoscere al medico di territorio il ruolo di punto di riferimento primario e autorevole per il paziente anziano cronico; in quanto profondo conoscitore della storia personale e sociale del paziente, il ruolo di "personalizzatore" delle cure - soprattutto in caso di comorbidità - attraverso una attività concordata di sintesi delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche proposte dai medici specialisti, ma anche il ruolo di promotore e assicuratore dell'aderenza alla terapia da parte del paziente stesso. FederAnziani è quindi con FIMMG nel promuovere e sostenere attivamente ogni iniziativa finalizzata alla riorganizzazione della medicina di territorio, che permetta alla stessa una maggiore capacità di presa in carico del paziente; sviluppando una maggiore intensità di competenze cliniche traversali e però anche disponibilità di strumenti diagnostici, maturando una crescita significativa nelle competenze manageriali, anche attraverso la disponibilità di strumenti informatici di governo clinico, destinando proattivamente una maggiore quantità di tempo ai pazienti per un'attività regolare e frequente di presidio e monitoraggio, attraverso una più efficace organizzazione del lavoro possibile solo mediante una attività di gruppo.

FederAnziani è anche a fianco di Federfarma nel riconoscere nel farmacista di territorio un punto di riferimento fondamentale e facilmente accessibile per il paziente anziano cronico, cui rivolgersi ogni qualvolta necessario per avere informazioni sulle patologie, per ottenere educazione sanitaria, per fare diagnosi di primo livello, per ricevere servizi di prima assistenza.

FederAnziani è quindi con Federfarma nel promuovere e sostenere ogni iniziativa finalizzata allo sviluppo di una farmacia dei servizi, che permetta alla stessa di essere vicina al paziente anziano cronico nella ricerca di una maggiore appropriatezza: sviluppando una maggiore intensità di conoscenze cliniche di base e disponibilità di strumenti di prima diagnosi, organizzando periodicamente giornate di informazione, prevenzione e diagnosi, attivando servizi di assistenza domiciliare per i pazienti con le patologie più invalidanti.

Con il fine di meglio qualificare, per ciascuna categoria di patologia e tipologia di paziente, il percorso di gestione più idoneo e le condizioni attuative per una efficace presa in carico del paziente anziano cronico FederAnziani, all'interno dei lavori della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, fin da novembre 2013 ha ipotizzato un "think tank" ad hoc: Punto Insieme Sanità. L'obiettivo di Punto Insieme Sanità è:

- prima di tutto, individuare "percorsi di gestione del paziente anziano", ovvero PDTA "dedicati";
- quindi, favorirne la messa in pratica "attraverso progetti pilota" - 500 farmacie, 150 UCCP, 100 Reparti ospedalieri, 500 mila anziani - promuovendo lo sviluppo di competenze, strumenti e condizioni organizzative e di governance idonee;
- poi, verificare attraverso le evidenze emerse l'impatto sulle condizioni di salute e aderenza dei pazienti e, conseguentemente, sui costi del sistema sanitario;
- infine, sulla base di quanto emerso, proporre un Piano Nazionale per l'Aderenza, durante i lavori di Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute di novembre 2014, che possa essere di riferimento per la riorganizzazione del Sistema Sanitario nella gestione delle cronicità in Italia, ma anche benchmark a cui fare riferimento in tutta Europa, proprio su proposta dell'Italia durante il semestre di Presidenza Italiana.

È, pertanto, doveroso il ringraziamento sentito di FederAnziani a tutti coloro che, all'interno di Punto Insieme Sanità, hanno offerto un contributo significativo e di grande valore:

- AIFA, nella figura del suo Presidente Sergio Pecorelli, anche Presidente della commissione EMA per l'aderenza, per avere chiaramente indicato le linee guida da seguire per conquistare un maggiore grado di appropriatezza e aderenza, quindi standard di offerta sanitaria più elevati;
- FIMMG, nella figura del suo Segretario Generale Giacomo Milillo, per la compiuta riforma della medicina di territorio proposta e la continua attività di stimolo al cambiamento in tal senso degli iscritti al sindacato;
- FEDERFARMA, nella figura del suo Presidente Anna Rosa Racca, per la chiara indicazione del percorso di crescita che le farmacie devono seguire nella direzione di una maggiore offerta di servizi e per la continua attività di promozione di iniziative di valore per il paziente in farmacia;
- SOCIETA' SCIENTIFICHE, nelle figure dei loro Presidenti, per aver portato a identificare percorsi di gestione del paziente che, attraverso un'attività integrata tra medici specialisti, medici di territorio e farmacie di territorio, permettano una più efficace presa in carico del paziente anziano cronico e offrano indicazioni chiare a tutti gli attori sanitari per garantire una maggiore appropriatezza e aderenza.

L'ADERENZA ALLE TERAPIE

A cura di AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

Nel contesto di una società globalizzata e di una popolazione sempre più anziana, il rimodellamento dei sistemi sanitari per rispondere ai profondi cambiamenti sociali, demografici e clinici sarà un nodo cruciale per l'efficienza dei processi assistenziali e per la sostenibilità economica dei servizi.

In particolare, l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, caratterizzata da terapie sempre più efficaci e personalizzate ma per questo più costose e complesse, costituirà un punto focale soprattutto per un sistema sanitario universale e solidaristico come quello italiano.

Tra i principali obiettivi dell'AIFA vi è il miglioramento degli standard dell'assistenza sanitaria, tra cui la prevenzione dell'uso inappropriato dei farmaci, un fenomeno che impatta, con sostanziali ripercussioni, sia sulla salute del paziente che sulla spesa sanitaria.

Tra le aree di inappropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, la scarsa aderenza al trattamento delle patologie, in particolare di quelle croniche, costituisce un problema di portata globale. In Europa si stima che la mancata aderenza alle terapie causi circa 200.000 morti all'anno e gravi sulla spesa sanitaria per circa 80 miliardi di euro all'anno.

Il miglioramento dell'aderenza alle terapie costituisce un fattore chiave per affrontare il cambiamento demografico e la sostenibilità futura dei sistemi sanitari dal momento che l'aumento dell'aspettativa di vita ha portato ad una maggiore incidenza di patologie croniche e conseguentemente maggiore necessità di terapie a lungo termine. Gli esiti clinici delle patologie sono strettamente associati al rispetto delle prescrizioni mediche ed i costi di ospedalizzazione derivanti da un utilizzo improprio dei farmaci impattano pesantemente sui costi sanitari. In un contesto in cui gli anziani costituiscono una porzione sempre maggiore della popolazione ed il 65% degli ultra-sessantacinquenni presenta due o più patologie croniche è fondamentale un utilizzo razionale delle risorse disponibili. Le persone anziane, inoltre, spesso prendono più farmaci nel quadro di regimi terapeutici complessi e sono a maggior rischio di reazioni avverse. Pertanto, è fondamentale assicurare agli anziani terapie efficaci e sicure che consentano un esito positivo del decorso clinico minimizzando gli eventi avversi.

L'aderenza ai piani terapeutici costituisce dunque un problema complesso influenzato simultaneamente da diversi aspetti (sociali ed economici, sanitari, correlati alla patologia, alla terapia e al paziente). Pertanto risulta essenziale delineare strategie multifattoriali che coinvolgano attivamente tutti gli operatori sanitari ed aumentino il coinvolgimento del paziente.
In primo luogo, risulta evidente come molti pazienti abbiano difficoltà a seguire le raccomandazioni mediche; a questo possono contribuire fattori fisici (deficit visivi, di mobilità, deterioramento cognitivo, etc…) e fattori psicologici/comportamentali (conoscenza della propria condizione clinica, motivazioni, aspettative, timore di perdere la propria indipendenza, frustrazione, stress psicologico, etc…).

Anche la complessità della terapia può compromettere la capacità del paziente di seguire le indicazioni; l'insorgenza di eventi avversi, l'assenza di benefici immediati nonché la durata della terapia costituiscono, specialmente negli anziani, barriere insormontabili che compromettono l'efficacia degli interventi medici. Contestualmente la severità dei sintomi della patologia e manifestazioni patologiche concomitanti, come malattie psichiche e ritardo mentale, sono fattori che compromettono drasticamente l'aderenza alle terapie.

Sussistono inoltre alcune complessità legate all'erogazione dell'assistenza sanitaria; il rapporto medico-paziente e la capacità del primo di informare correttamente il secondo, sembra essere uno dei principali determinanti dell'aderenza alle terapie. Quindi la formazione del personale sanitario a tutti i livelli del processo e l'integrazione di delle figure professionali coinvolte è determinante per migliorare i processi assistenziali e minimizzare le inappropriatezze. Spesso inoltre le inefficienze del sistema sanitario demotivano il paziente ad usufruire dei servizi (lunghe liste di attesa, code, strutture non accessibili, costi etc…), soprattutto nelle categorie più deboli e in quelle prive di supporto familiare o sociale.

Al fine di prevenire o correggere queste criticità sono disponibili diversi strumenti che possano aiutare il paziente a migliorare la qualità della vita ed a minimizzare il rischio di inappropriatezza; in primis la tecnologia ci permette di disporre di dispositivi a controllo remoto che tengano traccia dei farmaci assunti e supportano il paziente con deficit a ricordare di assumere il farmaco nelle dosi e nei tempi corretti. Inoltre il miglioramento della comunicazione tra paziente e medico rende il primo maggiormente consapevole dell'importanza della terapia che gli viene prescritta, aumentando il suo grado di partecipazione al processo. Questa interazione può essere migliorata attraverso una formazione specifica del personale sanitario che coinvolge non solo il medico prescrittore, ma, ad esempio, anche il farmacista, definendo un ulteriore livello di controllo della catena. Sia in ambito ospedaliero che sul territorio il paziente deve poter disporre di un punto di riferimento che lo educhi e ne segua il percorso clinico. Il processo, noto come "patient empowerment", deve costituire parte integrante dell'assistenza sanitaria attraverso interventi multidisciplinari all'interno delle strutture o a mezzo di programmi di formazione effettuati su pazienti con malattie croniche. Per una migliore sicurezza dei farmaci è inoltre necessario che la popolazione anziana sia maggiormente rappresentata nei trial clinici dei farmaci, in modo da evidenziare precocemente l'eventuale insorgenza di eventi avversi.

Diventa indispensabile quindi che i sistemi sanitari si evolvano per rispondere prontamente a queste criticità; il cambiamento epidemiologico da malattie acute a malattie croniche ha reso i modelli di erogazione del servizio sanitario inadeguati ad affrontare i bisogni impellenti della popolazione. Il supporto del sistema sanitario diventa indispensabile soprattutto laddove la cura della patologia cronica in un paziente fragile si basa sull'autogestione e non sussistono meccanismi di supporto sociale a protezione dell'individuo.

L'AIFA ribadisce il suo impegno nella tutela della salute pubblica, nel garantire l'accesso al farmaco e il suo impiego sicuro ed appropriato come strumento di difesa della salute e nel porre in essere attività istituzionali finalizzate al miglioramento dell'aderenza alle terapie. Tra queste il coordinamento di una partnership nel progetto "European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing" focalizzata sta conseguendo i primi risultati nell'identificazione di strategie efficaci per migliorare l'aderenza negli anziani.

Senza un sistema che sappia efficacemente affrontare i determinanti dell'aderenza, i progressi della tecnologia biomedica non riusciranno a realizzare il potenziale di riduzione del peso delle malattie croniche. La complessità del sistema sociale attuale e dei cambiamenti a cui questo andrà incontro fa sì che l'accesso ai farmaci sia una condizione necessaria ma non sufficiente al successo del trattamento delle patologie.

DAL CURARE AL PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE ANZIANO:

sfide e cambiamenti necessari per il Medico di Famiglia

A cura di FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

Le sfide per gestire la cronicità nell'anziano

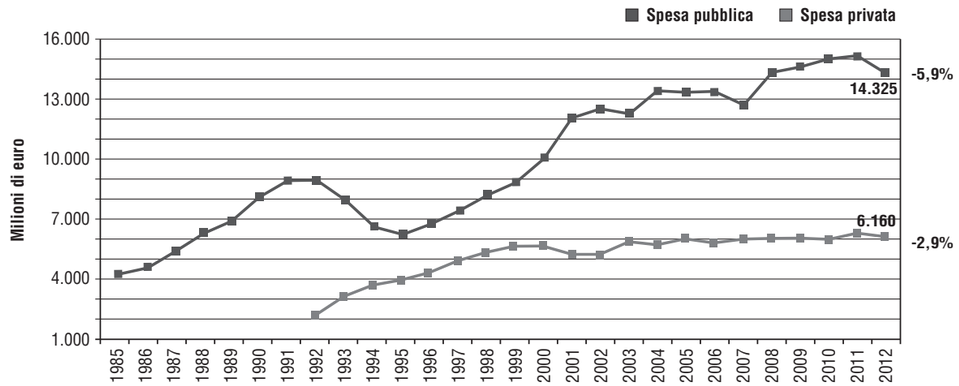
La "nuova longevità" è un macro-trend evidente. Se nel 2013 un cittadino su quattro è oltre i 65 anni e l'aspettativa di vita alla nascita è di 80 anni, nel 2030 un cittadino su tre avrà più di 65 anni: entro 30 anni avremo quasi 200.000 ultracentenari in Italia.

Questa crescita della popolazione anziana implica una necessità di salute in aumento continuo, ma comporta, a condizioni costanti, una spesa sanitaria crescente (oggi un cittadino su 2 oltre i 65 anni assume più di 5 diversi farmaci, il numero delle persone disabili supererà quota 5 milioni entro 30 anni e il numero dei diabetici di tipo II raggiungerà presto i 5 milioni di individui, prevalentemente anziani, ...).

Esiste quindi la necessità di assicurare la salute del cittadino con un utilizzo sempre più efficiente delle risorse. Originariamente la sfida è stata affrontata limitandosi a intensificare l'impiego di farmaci a brevetto scaduto e ha portato nel tempo a stabilizzare la spesa farmaceutica.

Figura 1 **Spesa farmaceutica territoriale nel periodo 1985-2012** (Mio Euro)

la spesa farmaceutica territoriale è un esempio di utilizzo efficiente/efficace delle risorse



Fonte: OsMed 2012-09/2013

Pur tuttavia la spesa farmaceutica rappresenta solo una frazione limitata del totale della spesa sanitaria, che al contrario è aumentata.
La strada maestra non può che essere nel recupero di aderenza alla terapia da parte dei pazienti: a fronte di un aumento del grado di aderenza è possibile ottenere una riduzione più che proporzionale della spesa sanitaria.
Tale sfida non può che essere vinta attraverso un'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale che porti a una maggiore capacità di "presa in carico del paziente anziano cronico": in questa evoluzione è centrale il riordino delle cure primarie.
Perché si attivi un efficace sistema di "case management" del paziente anziano cronico è necessario, accanto a un potenziamento delle prestazioni sanitarie sul territorio in integrazione con quelle ospedaliere, che sia ripensato il ruolo del Medico di Medicina Generale.

Un Medico di Medicina Generale non solo come prescrittore e "porta di accesso" per il paziente alle cure specialistiche, ma prima di tutto e soprattutto "gestore della salute del paziente", promotore e facilitatore di una maggiore aderenza da parte del paziente al farmaco, alla cura e allo stile di vita.
Il che presuppone l'intensificare alcune condizioni che già esistono:
- il rapporto di fiducia con il paziente e la capacità di essere per lo stesso "consigliere" autorevole e ascoltato;
- la conoscenza specifica dell'individuo e la possibilità di calibrare sulla sua storia e sulla sua specificità ambientale nel modo più opportuno la terapia;

… ma anche alcune che richiedono di essere create "ex novo":
- un ruolo di coordinamento di tutte le prestazioni specialistiche e assistenziali riguardanti i singoli pazienti;
- una riorganizzazione della attività professionale in team che permetta efficienza nei momenti di "burocrazia" per liberare tempo da destinare al paziente, con cui essere più disponibile;
- una integrazione "fisica-operativa" con i Medici Specialisti, coinvolgendoli in attività ambulatoriali presso gli spazi della Medicina Generale;
- un supporto informatico condiviso che permetta a tutti gli attori che operano a contatto con il paziente e al Medico di Medicina Generale che ne facilita l'attività in team di verificare la storia clinica del paziente e i piani terapeutici da seguire;
- una forte azione di "medicina di iniziativa".

Il Principio fondativo di riforma: la fiducia tra il Paziente Anziano e il Medico di Famiglia

Il Medico di Medicina Generale, "case manager", è, quindi, chiamato sempre di più a garantire rispetto al paziente la "giusta" cura; sia perché più idonea, data le patologie di cui è affetto, al paziente-individuo - con la sua storia terapeutica, con il suo stile di vita, con il suo contesto familiare, con il suo background socio-culturale -, sia perché seguita dal paziente stesso, in quanto compresa e accettata. In questo evolve la "mission" del Medico di Medicina Generale: dal curare al prendersi cura, dal prescrivere all'affiancare, dall'attendere all'agire proattivamente, dal facilitare l'accesso al Servizio Sanitario al coordinarne le prestazioni.
Nel prendersi cura, nell'assumersi la responsabilità di garantire aderenza alla terapia da parte del paziente, il Medico di Famiglia non può sottovalutare la portata del cambiamento derivante per il paziente dalla terapia che è chiamato a seguire, dei vincoli operativi (consapevolezza, vicinanza della famiglia, condizioni economiche e professionali, ...) e delle resistenze psicologiche che tenderanno a sabotarla: il Medico di Famiglia deve essere capace di un consiglio ascoltato, di un consiglio compreso e condiviso, di un consiglio messo in pratico, oltre che di un consiglio adeguato.
Per ottenere tutto questo, come in ogni percorso di cambiamento personale, è chiave il rapporto di fiducia tra il "counselor" e il paziente: solo il Medico di Famiglia è detentore, per le relazioni sviluppate nel tempo sul territorio, di tale condizione di fiducia.
La fiducia nel Medico di Famiglia è un fatto tecnico: il Medico di Famiglia ha esperienza e competenza, riconosciuta come di valore nel tempo da parte del paziente. Il Medico di Famiglia è un mediatore verso l'Anziano in termini di cura rispetto alle sue abitudini e possibilità, rispetto alla famiglia a cui appartiene e alle sue possibilità di supporto, rispetto alle sue condizioni economiche, rispetto al suo setting valoriale.
La fiducia nel Medico di Famiglia è anche un fatto psicologico: il Medico di Famiglia appartiene alla comunità del paziente. Il Medico di Famiglia ha conquistato la fiducia del paziente nel tempo, fornendo indicazioni "che hanno funzionato", mostrando flessibilità nell'adattare al paziente la cura attraverso la condivisione di aggiustamenti nel tempo, costruendo una relazione basata su empatia.
È proprio a motivo di questo rapporto di fiducia con il paziente e, al contempo, della possibilità di personalizzazione che deriva da una conoscenza approfondita dello stesso, ma anche dell'approccio multidisciplinare di cui è portatore, che il Medico di Famiglia diventa "centrale" per l'erogazione di ogni prestazione da parte del Sistema Sanitario Nazionale (a maggior ragione, se relativamente a pazienti in condizioni di co-morbidità).
La fiducia quindi che il cittadino ripone nel Medico di Famiglia lo rende il candidato ideale come "Facilitatore del Cambiamento delle Cure Primarie" e come "Manager della salute del Paziente e della sostenibilità del Sistema". 46.000 "facilitatori" che possono realizzare il cambiamento delle Cure Primarie e quindi del Sistema Sanitario.

Le criticità che ostacolano la Medicina di Famiglia

A oggi, tuttavia, esistono criticità nel Sistema Sanitario Nazionale e nella stessa Medicina Generale che ostacolano la piena realizzazione del ruolo di "Facilitatore del cambiamento delle Cure Primarie" da parte della Medicina di Famiglia.
Prima di tutto il Medico di Famiglia è isolato: storicamente il Medico di Famiglia è "singolo", il cui valore è funzionale al numero di pazienti specificatamente a lui riconducibili; da sempre opera da solo, separatamente ad altri colleghi Medici di Famiglia, talvolta in concorrenza con gli stessi. In questo suo agire si "tiene informalmente in contatto" con colleghi specialisti, ma non opera in modo strutturalmente integrato con gli stessi, collaborando rispetto allo stesso paziente. È fondamentale che i Medici di Famiglia agiscano collaborando tra di loro e integrati con i Medici Specialisti, territoriali e ospedalieri.
In secondo luogo la Medicina Generale è una "funzione" dell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale: l'azienda sanità è strutturata organizzativamente per funzioni, ovvero in settori managerialmente separati - le Cure Primarie, la Continuità Assistenziale, l'Assistenza Ospedaliera, … - che, eccetto per gli sforzi di evoluzione organizzativa in corso in via sperimentale in alcune Regioni, tendono a svolgere il proprio ruolo in modo indipendente l'uno dall'altro, ovvero senza impegno nella creazione di un valore unitario. Ciò rende particolarmente difficile al Medico di Medicina Generale il ruolo di sintesi che gli viene richiesto.

È fondamentale che per Medicina di Famiglia si intenda non più una funzione a sé stante tra le varie del Sistema Sanitario Nazionale, ma un processo trasversale alle stesse con l'obiettivo di integrarne e finalizzarne l'azione rispetto al paziente che è "uno".
Infine il Medico di Famiglia, sia per il contratto in essere in molte Regioni, che per i parametri rispetto ai quali le stesse ne misurano il valore e talvolta lo incentivano, è più orientato a dare un contributo di semplice prescrizione farmaceutica e di visite specialistiche e diagnostiche, meno a attività di prevenzione e counseling. È fondamentale che il nuovo ruolo del Medico di Famiglia sia formalmente riconosciuto, che sia misurato non per le prescrizioni che fa e i relativi costi farmaceutici, ma per la salute che è capace di generare, per l'appropriatezza che è capace di garantire e, quindi, per la riduzione dei costi sanitari che è capace di determinare.

I driver della riorganizzazione della Medicina di Famiglia per riformare le Cure primarie

L'aumento di appropriatezza e aderenza nel paziente anziano, cronico, non può che essere il risultato di una maggiore capacità di "presa in carico del paziente" da parte del Sistema Sanitario: ciò richiede una riforma delle cure primarie, rispetto alla quale la Medicina di Famiglia è e deve essere sia "elemento chiave", che facilitatore del cambiamento complessivo.
La riforma del Sistema Sanitario, in un paese a elevata concentrazione del consumo di spesa sanitaria da parte di pazienti anziani cronici, non può che passare attraverso la riforma delle cure primarie; quest'ultima è possibile solo a fronte di un cambiamento della Medicina Generale.

I punti chiave di tale cambiamento sono tre: ruolo, competenze, strumenti.
La prima leva di cambiamento è la riorganizzazione del *ruolo del Medico di Famiglia*. Di fronte alla necessità di gestire la cronicità "a tutto tondo", perché attraverso una azione di iniziativa e di counseling costante, considerando la crescente complessità dei processi assistenziali e, contestualmente, i maggiori carichi burocratici e ammnistrativi che ne derivano, è possibile svolgere compiutamente il mestiere della Medicina Generale, solo con il lavoro di squadra.

Il lavoro di squadra aiuta a gestire con più efficienza i carichi burocratici e amministrativi e ad aumentare la produttività dei costi fissi, mettendo a fattore comune le risorse a ciò necessarie - segreteria, strumenti e doveri informatici, spazi per ambulatori specialistici, … , liberando più tempo del Medico di Famiglia per la gestione del rapporto con il paziente; il lavoro congiunto da parte di gruppi di Medici di Famiglia permette agli stessi di investire, insieme, nell'acquisto di fattori produttivi - strumenti diagnostici, strumenti informatici, spazi fisici dedicati, … - altrimenti difficilmente accessibili, fondamentali non solo per svolgere l'azione di "case management", ma anche per proporre servizi ai pazienti; il lavoro in squadra permette di aumentare il livello complessivo di competenza di tutti i partecipanti al gruppo, non solo per lo scambio di conoscenze e esperienze che ovviamente può avvenire tra gli stessi, ma soprattutto per la possibilità che il singolo medico all'interno del gruppo si possa interessare con specifica competenza della gestione di una particolare patologia o categoria di paziente

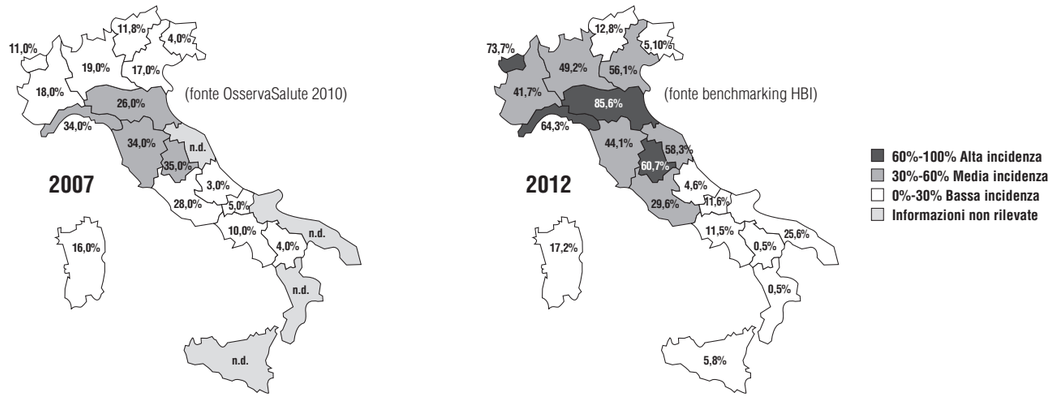
e divenga punto di riferimento esperto per gli altri; l'azione in team permette anche un ruolo "più attivo", proattivo, autorevole, nel rapporto con gli atri attori sanitari - medici specialisti, farmacisti, … - e con l'azienda sanità, nell'attivare sul territorio progetti di "presa in carico dei pazienti".

Agire in team può significare, da un punto di vista organizzativo, attraverso due gradi differenti di integrazione, arrivare a due possibili condizioni:

- Unità di Medicina Generale (Aggregazione Territoriale Funzionale - AFT): entità, priva di personalità giuridica, composta da 20 Medici di Famiglia, ognuno titolare di rapporto convenzionale, che, pur operando separatamente da un punto di vista fisico, agiscono in modo coordinato nel garantire continuità nell'assistenza domiciliare 24h nell'arco di tutti i giorni della settimana, fino a 12h diurne di ambulatorio in giorni feriali e festivi, nell'interfacciarsi con Medici Specialisti territoriali e ospedalieri per la gestione delle patologie più complesse, nel contribuire a produrre e implementare PDTA, nell'adempiere alla attività burocratica per conto delle aziende sanitarie;
- Unità di Cure Complesse Primarie; entità, talvolta con personalità giuridica e talvolta supportate da società di servizio ad hoc, che presuppongono l'integrazione fisica tra i diversi Medici di Famiglia - e di altri che con questi possano collaborare - e, talvolta, quella informatica, per svolgere con ancora più efficienza l'attività assistenziale di cui sopra, ma anche in modo strutturato attività di informazione e formazione dei pazienti, attività di ricerca, …

Le forme di Associazionismo possono permettere di superare l'isolamento della Medicina di Famiglia e creare delle "squadre" multi-professionali che gestiscono sia la competenza specialistica, sia la quotidiana operatività mettendo al centro il paziente anziano cronico; possono permettere di incrementare la medicina di iniziativa, passando da un approccio passivo verso la comunità locale a un approccio attivo che si focalizza sulla gestione più del paziente che della cura.

Figura 2 **% MMG in Ass.smo Complesso. Dati a confronto 2007-2012**



Fonte: analisi e stime HBI su Rapporto OsservaSalute 2010, web research e benchmarking 2012, interviste, accordi integrativi

È però fondamentale che tale nuovo ruolo del Medico di Famiglia sia formalmente riconosciuto e valorizzato dal Servizio Sanitario, nelle sue "funzioni base" - continuità assistenziale domiciliare e ambulatoriale, medicina dei servizi, attività di coordinamento, attività di ricerca e didattica - e nelle "funzioni fiduciarie", perché specificatamente rivolte ai suoi assistiti; che il ruolo della Medicina Generale che ne deriva sia parte integrante fondativa dei modelli operativi di Servizio Sanitario sul territorio per quanto riguarda la "presa in carico del paziente"; che la natura e la dimensione del compenso del Medico di Famiglia sia conseguentemente evoluto.

Un Medico di Famiglia che, quindi, non è solo un punto di riferimento per i propri assistiti, ma anche per tutti gli attori del Sistema Sanitario per dare un servizio a quegli assistiti; che opera congiuntamente ai colleghi per rendere più efficacemente e produttivamente disponibili quei fattori produttivi e servizi che sono fondamentali per garantire più appropriatezza e aderenza da parte del paziente; che deve essere pagato non solo per lo sforzo che eroga in funzione degli assistiti che gestisce, ma anche per i risultati che permette in termini di minore costo sanitario in funzione della professionalità che eroga e dei servizi che offre.

Quindi è necessario agire sulle *competenze del Medico di Famiglia.*
Perché il Medico di Famiglia sia realmente in grado di svolgere il ruolo di sintesi attiva tra diversi Medici Specialisti, che è necessario per gestire un paziente cronico affetto simultaneamente da più patologie, è fondamentale che sviluppi le sue competenze scientifiche e la sua capacità di diagnosi.
Le competenze tecniche non sono però le sole da sviluppare: perché il Medico di Famiglia sia capace di "counseling", diviene fondamentale sviluppare in modo strutturato la capacità di comunicare correttamente l'informazione sanitaria, assicurando la comprensione e accettazione da parte del paziente, ma anche nel coinvolgere i care-giver.
Infine è necessario sviluppare le competenze gestionali della Medicina: in particolare la capacità di budgeting, forecasting e di controllo di gestione, le capacità di leadership e di gestione della squadra, la capacità di soluzione dei problemi e di negoziazione.

Terza linea di evoluzione è la *disponibilità per il Medico di Famiglia di strumenti evoluti* e adeguati al nuovo ruolo e alle competenze.
Fondamentale è la disponiblità di un sistema di cartella elettronica che dia supporto alle azioni per migliorare l'aderenza terapeutica. È necessario adottare un supporto informatico che tracci quanto fatto dal medico non per fini di controllo, ma per fini di appropriatezza. È necessaria una piattaforma integrata delle informazioni dei pazienti, che si estenda all'Ospedale e possibilmente riesca a coinvolgere la Farmacia.
Altro strumento di riferimento sono i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA).
È necessario strutturare con maggiore coerenza territoriale e clinica i percorsi diagnostico-terapeutici. È necessario assicurare la coerenza terapeutica fondamentale per superare l'isolamento della Medicina di Famiglia senza ledere quell'autonomia del clinico che nasce dalla conoscenza del paziente.

Le azioni di FederAnziani a supporto del Medico di Famiglia
FederAnziani si schiera con FIMMG nel sostenere politicamente il portare avanti tutte le azioni che possono contribuire alla realizzazione di un nuovo sistema delle Cure Primarie che ponga al centro il Paziente Anziano attraverso un Medico di Famiglia che diventa il "facilitatore del cambiamento", in particolare:
- il rinnovo del contratto collettivo;
- la diffusione dell'Assistente di studio;
- la conferma della centralità de Medico di Famiglia nella prescrizione "appropriata".

Un *rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale* deve seguire regole nuove, che pongono al centro il Paziente Anziano, che realizzano una reale spinta all'Associazionismo della Medicina Generale attraverso una revisione dell'organizzazione dei ruoli e delle attività.
Tale rinnovo deve portare a una remunerazione del Medico di Famiglia che, coerentemente al ruolo che gli viene richiesto, sia funzione non solo del servizio erogato, ma anche dei risultati ottenuti nella "presa in carico del paziente" (non per le prescrizioni effettuate, ma per il grado di aderenza garantito e il contenimento dei costi sanitari reso possibile).

La *diffusione dell'Assistente di Studio* è poi il primo passo per la realizzazione della presa in carico del Paziente, in particolare il Paziente Anziano, per consentire al Medico di Famiglia, in particolare a quello in Associazione, di focalizzarsi sull'azione clinica e sulla gestione del paziente, evitando carichi burocratici o i compiti più semplici. Questo potrà portare in futuro allo sviluppo di una figura di Assistente Familiare, ancora più vicina al paziente anziano e assicurarne l'aderenza terapeutica.

Infine deve essere ribadita la *centralità del clinico nella prescrizione farmaceutica*.

L'appropriatezza terapeutica è assicurata dall'individuazione del "giusto" farmaco - per molecola, per dosaggio, per combinazione con altri farmaci, … - per il singolo paziente: solo il Medico di Famiglia ha la conoscenza dell'individuo, oltre che scientifica, che permette la "giusta" scelta.

Inoltre l'aderenza terapeutica è tanto più garantita quanto più il farmaco indicato non è cambiato, sia perché si evita nel paziente anziano confusione o errori derivanti da confezioni-prodotti con diversi colori, dosaggi, sia perché il Medico di Famiglia può, sulla base della prescrizione che ha effettuato monitorare con una azione di iniziativa l'effettivo uso del farmaco da parte del paziente.
La responsabilità della cura deve essere in capo al Medico di Famiglia, che ha la fiducia del Paziente e ne ha anche la responsabilità di cura.
L'aderenza terapeutica è ancora più garantita attraverso la collaborazione costante tra medico di medicina generale e farmacista di farmacia, assicurando così il monitoraggio dell'andamento delle terapie croniche, il corretto utilizzo dei medicinali, la farmacovigilanza.

LA FARMACIA DEI SERVIZI, PER TUTTI:
evoluzione e sviluppo della farmacia guardando al paziente

A cura di Federfarma

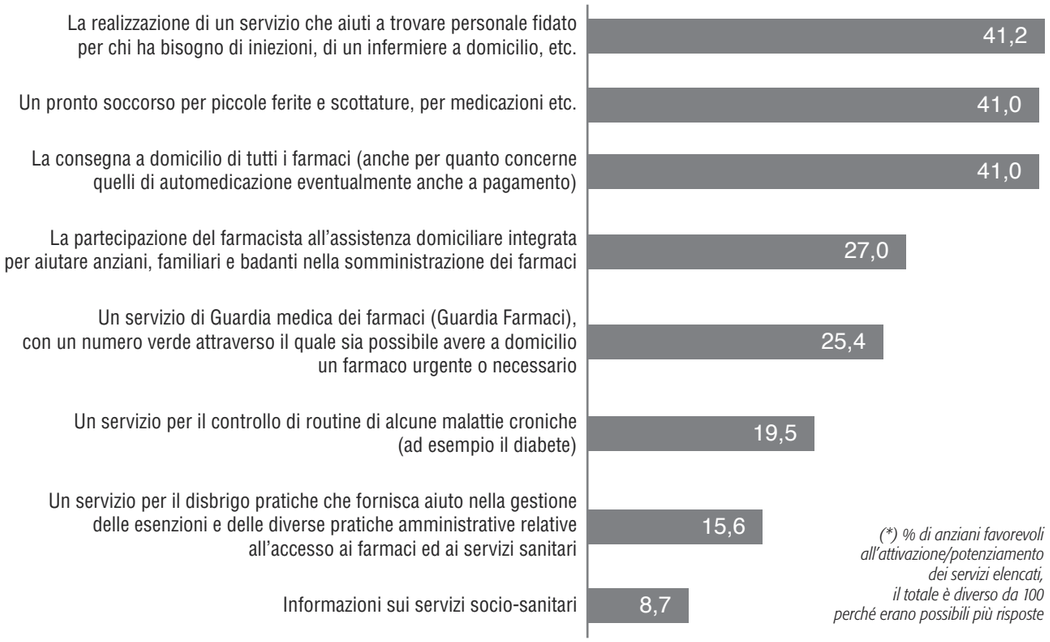
EVOLUZIONE DELLA FARMACIA

Le farmacie al servizio del Paese secondo sussidiarietà ed il valore della prossimità e dell'accesso

Le tensioni nella finanza pubblica e l'esigenza di mantenere/migliorare i servizi pone a tutti i soggetti del sistema sanitario una sfida di miglioramento sostanziale.
La farmacia al centro della quotidianità degli anziani, già punto di riferimento strategico per la loro salute, a cui viene espressamente richiesto un ampliamento ulteriore del ruolo di presidio pubblico, vicino ed accessibile, del Servizio sanitario sul territorio.
E soprattutto per gli anziani la farmacia è un luogo familiare, con cui si instaura più spesso un rapporto fidelizzato, che si frequenta assiduamente, anche più volte in una settimana, e in cui si va volentieri anche per il rapporto confidenziale che si tende ad instaurare con il farmacista.

E non si tratta solo dell'attivazione o del potenziamento dei CUP o della possibilità di effettuare analisi e ritirare referti, di fare screening o monitorare l'evoluzione delle patologie croniche, ma anche di sviluppare una modalità di rapporto con il servizio sanitario che ha il suo fondamento nel territorio ed il suo punto di accesso garantito da un modello come quello della farmacia, già dotato tradizionalmente di una grande accessibilità e capillarità.

Figura 1 **La farmacia che vorrei: il ranking dei servizi da realizzare o potenziare (val.%)** (*)



Fonte: "Gli anziani e la farmacia", Federfarma-Assofarm, 2009

Per gli anziani sarebbe infatti importante che in farmacia, oltre al farmaco ed al supporto nel suo utilizzo, si possa ottenere anche una prestazione di primo soccorso, controllare una ferita o un'ustione non grave o rinnovare una medicazione, ottenere un'indicazione accreditata nel caso in cui si abbia bisogno di fare una cura che prevede iniezioni, dell'aiuto di un'infermiera o di una badante o di ottenere un consiglio esperto per scegliere e gestire l'accesso ad un servizio sanitario o socio- assistenziale. Tale tipologia di interventi, con particolare riferimento alle prestazioni di primo soccorso e alle iniezioni, va regolamentata per consentire alle farmacie di andare incontro soprattutto alle esigenze di pazienti anziani e soli.
In questo quadro le farmacie italiane intendono mettere a disposizione le proprie strutture e risorse e costituire la propria rappresentanza come soggetto attivo del cambiamento.
Le farmacie sono pronte ad innovare nelle relazioni con il governo e le Regioni e a sperimentare per prime il passaggio dalla logica del "chiedere sicurezze particolari" a quella di "offrire risposte di interesse generale".
La concezione, chiara ed unitaria, della nuova farmacia è quella di un soggetto fortemente integrato nel sistema sanitario che dispensa tutti i medicinali del SSN, con l'eccezione di quelli che richiedono cautele specifiche in fase di somministrazione, collabora con i medici per garantire l'appropriatezza delle terapie, eroga servizi propri e funge da porta di accesso per altri ed è in grado di contribuire concretamente all'innovazione del sistema sanitario e ad affrontare i grandi temi che esso presenta e in particolare:
- aderenza alle terapie e monitoraggio dei pazienti cronici, a supporto dell'attività del medico di medicina generale;
- accessibilità dei servizi;
- sostenibilità ed efficienza economica;
- ammodernamento tecnologico.

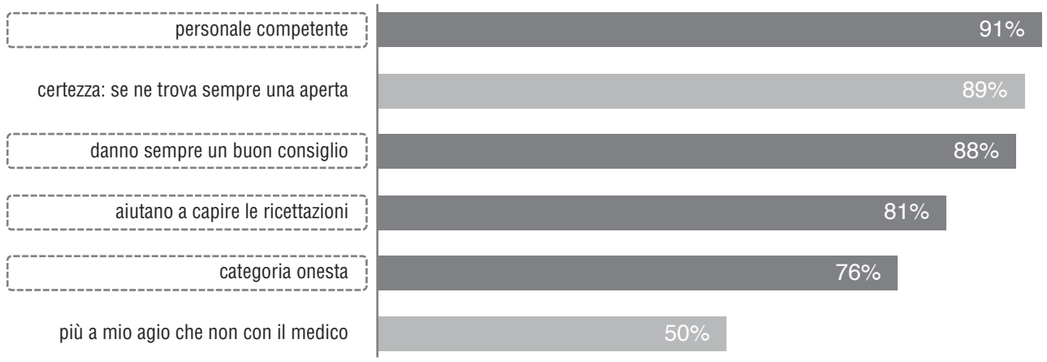
Le farmacie si propongono come partner leale e propositivo, sensibile ai problemi del Paese e del settore sanitario, confidando che la "Politica" finalmente giudichi mature le condizioni per attuare il principio della sussidiarietà. In questo modo si potrà continuare a sviluppare il potenziale di fiducia, che è già del resto molto elevato, del farmacista che opera in farmacia, che rimane una figura centrale per il paziente.

La farmacia, in particolare, è in grado di garantire un attento monitoraggio, confezione per confezione, di tutti i medicinali erogati, assicurando un controllo efficace sia dal punto di vista economico che sanitario, contribuendo al contenimento della spesa e al monitoraggio dei pazienti cronici. L'aderenza alla terapia è oggi una questione fondamentale per garantire un'assistenza di qualità ai pazienti anziani e cronici. Basti pensare che dai dati dell'AIFA risulta che in Italia gli ultra65enni, cioè quasi 7,5 milioni di persone, assumono dai 5 ai 9 farmaci al giorno. Sono, invece, 1,4 milioni, cioè l'11% della popolazione anziana, coloro che assumono oltre 10 farmaci al giorno.
Tra l'altro va considerato che per il paziente anziano la farmacia è la struttura sanitaria di riferimento, in quanto di accesso immediato per qualsiasi problema di salute, soprattutto ma non solo nei piccoli centri dove la farmacia è l'unico presidio sanitario sempre accessibile.
Inoltre, il farmacista di farmacia conosce i propri pazienti, sa quali farmaci assumono, con e senza ricetta medica, ed è quindi in grado di consigliarli al meglio anche per evitare interazioni tra farmaci ed effetti collaterali dannosi per la salute.

L'imminente attivazione di nuovi strumenti informatici, come il dossier farmaceutico, nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico, consentirà alla farmacia di collaborare in modo ancora più efficace con il medico di medicina generale nel garantire il corretto utilizzo dei medicinali, l'aderenza alla terapia, la farmacovigilanza, con vantaggi sia per i singoli pazienti che per il sistema sanitario nel suo complesso.
Affinché la farmacia possa svolgere compiutamente questo ruolo è essenziale che venga superato l'attuale sistema di distribuzione dei farmaci, basato su canali paralleli (Ospedali e ASL,da una parte, farmacie, dall'altra), riportando in farmacia i medicinali che oggi sono distribuiti direttamente dalle ASL sulla base di motivazioni prettamente economiche e non sanitarie, compreso l'ossigeno terapeutico. Solo in questo modo farmacie e medici di medicina generale verranno messi nelle condizioni di assistere al meglio i propri pazienti, tenendo sotto controllo l'andamento delle terapie, riducendo gli sprechi e migliorando il livello di assistenza offerto ai cittadini.

Allo stesso tempo è necessario che le farmacie vengano coinvolte nel processo di riorganizzazione delle cure primarie per fare in modo che la loro attività sia coordinata con quella delle aggregazioni dei medici di medicina generale e il territorio continui ad essere presidiato in modo capillare.
Federfarma, da parte sua, ha già predisposto le piattaforme informatiche necessarie per consentire alle farmacie di erogare nuove prestazioni in modo efficiente, sicuro e controllato.

Figura 2 **Mappatura del "Trust" in Farmacia.** % di risposta molto o abbastanza d'accordo



LEVE PER GESTIRE IL CAMBIAMENTO

Le funzioni in sviluppo

Al di là della dispensazione del farmaco, come illustrato nello studio "La nuova farmacia dei servizi", curato dal Prof. Andrea Garlatti e pubblicato sul n. 3/2013 della rivista CREFRICERCA, alla quale si ispirano le pagine che seguono, le funzioni sulle quali le farmacie intendono rafforzare il loro impegno ed istituzionalizzare un adeguato portafoglio servizi si rivolgono nell'immediato a settori ad alto potenziale di miglioramento:

- Servizi amministrativi e di front office
- Servizi informative
- Servizi Diagnostici e Assistenziali
- Servizi territoriali e logistici

Servizi amministrativi e di front office:

- Prenotazione di esami e visite
- Accettazione
- Ticketing (riscossione e rendicontazione)
- Ricezione e consegna referti
- Attivazione nazionale uniforme della ricetta elettronica

La realizzazione di questi servizi in farmacia consente al servizio sanitario di ridurre i propri fabbisogni e i propri costi sia di personale, sia legati alle strutture fisiche (costruzione, esercizio e manutenzione). Sgrava le strutture sanitarie delle "pressioni" dovute alle code agli sportelli. Permette agli utenti una maggiore accessibilità (fisica e di orario) al servizio e quindi una riduzione drastica di tempi d'attesa.
Studi scientifici realizzati da Federfarma in collaborazione con strutture sanitarie pubbliche hanno dimostrato che il costo della realizzazione di questi servizi in farmacia può essere ampiamente competitivo rispetto a soluzioni sia di gestione diretta che di appalti esterni tradizionali.

Servizi informativi:

- Campagne di educazione sanitaria e di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci
- Campagne vaccinali
- Campagne di prevenzione, anche attraverso la realizzazione di screening

La realizzazione di questi servizi presenta allo stesso tempo criticità ed opportunità, le prime dovute alla scarso o nullo committment da parte dell'operatore pubblico, le seconde dal fatto che questi servizi, se adeguatamente progettati e realizzati, possono portare ad effetti notevolissimi in termini di riduzione della spesa sanitaria grazie all'abbassamento della domanda (educazione e prevenzione) e al miglior comportamento di quella comunque presente (adeguatezza).
Va inoltre sottolineata l'importanza della funzione in esame, in quanto direttamente connessa allo sviluppo del know how specifico sull'uso e gli effetti dei farmaci e dei comportamenti come leva fondamentale di programmazione sanitaria nel prossimo futuro e per la quale l'attivazione e la gestione di banche dati certificate è un requisito fondamentale, al quale le farmacie possono contribuire in maniera determinante per il loro posizionamento professionale, di servizio ed eventualmente di disponibilità di investimento.

Servizi Diagnostici ed Assistenziali:

- Possibilità di effettuare esami diagnostici di base senza doversi rivolgersi alle strutture sempre più congestionate delle ASL e degli Ospedali
- Messa a disposizione della piattaforma informatica e logistica delle farmacie anche per la fornitura di servizi di altri operatori (quali infermieri e fisioterapisti)

È questo l'ambito a più alto valore aggiunto sia per il Servizio Sanitario, sia per il Paziente, che trova in un contesto riconosciuto di vicinanza, ascolto e competenza anche la possibilità di avere un più facile accesso a due delle aree più complesse nella gestione quotidiana del paziente anziano e poli-patologico.

Questi i servizi chiave e le principali patologie del paziente anziano:

Figura 3 **Matrice Servizi di Base e Servizi Evoluti**

☐ Servizi base
■ Servizi evoluti

	Ipertens./ scompenso	Dislipid.	Diabete	Artrosi/ artrite	Osteoporosi	Asma/ BPCO	Riflusso esofageo	Depressione/ Ansia
Pressione	✔	✔	✔					
Glicemia			✔					
Spirometria						✔		
Densità ossea					✔			
Nutrizionista	✔	✔	✔				✔	
Psicologo								✔
Infermiere/ assist. domic.	✔		✔	✔	✔	✔		✔
Fisioterapia				✔	✔			
Cartella elettronica	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔

Servizi territoriali e logistici:
- consegna dei farmaci a domicilio
- raccolta in farmacia dei medicinali non scaduti per riutilizzo a favore di non abbienti
- distribuzione farmaci secondo la modalità di "distribuzione per conto"
- distribuzione di prodotti di assistenza integrativa
- monitoraggio puntuale del ricorso alle prestazioni del SSN
- effettuazione in farmacia di medicazioni e iniezioni, che riducano il carico del pronto soccorso

Quest'area di servizi incide direttamente sui costi di funzionamento della sanità pubblica riducendo non solo le spese di personale e strutture, ma anche quelle di logistica, che possono essere azzerate nel momento in cui la funzione di movimentazione di taluni prodotti è affidata alle farmacie, le quali possono utilizzare i vettori che già utilizzano. Studi scientifici realizzati da Federfarma in collaborazione con strutture sanitarie pubbliche hanno già dimostrato che la distribuzione "per conto" può essere ampiamente competitiva rispetto alla gestione diretta.

La consegna di farmaci o presidi da parte della farmacia, infatti, consente di ridurre gli sprechi grazie alla consegna calibrata rispetto alle esigenze del paziente. Lo dimostrano in modo inequivocabile le piattaforme informatiche che gestiscono le consegne dei presidi da parte delle farmacie, registrando mediamente un *risparmio medio in consumi del 16%*, tra i quantitativi autorizzati dalle ASL e quelli effettivamente erogati dalle farmacie. Per contro, quando le forniture avvengono per appalti, direttamente dai produttori, i quantitativi erogati corrispondono generalmente a quelli prescritti e questo può determinare il mancato utilizzo di rilevanti quantità di prodotti e quindi sprechi e costi aggiuntivi per il SSN.
A tale vantaggio, si aggiunga il valore del controllo e della supervisione del farmacista, a garanzia della migliore appropriatezza d'uso dei dispositivi.

Schema riassuntivo e Mappatura del Valore per SSN e Paziente

Funzioni/servizi	Fonti di valore SSN/Aziende sanitarie pubbliche	Fonti di valore paziente	Fattori di integrazione con Aziende sanitarie
	Funzione: servizi amministratvi e di front office		
Prenotazione, accettazione, ticketing, ricezione e consegna referti	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e strutture fisiche	Miglioramento accessibilità (capillarità territoriale e copertura oraria) Riduzione tempi di attesa	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici
Ricezione e consegna referti Campagne di educazione sanitaria e di appropriatezza	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e strutture	Riduzione tempi di attesa Riduzione spostamenti Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici
	Funzione: servizi informativi ed educativi		
Campagne di educazione sanitaria e di appropriatezza	Riduzione costi da errata assunzione di farmaci Riduzione spesa farmaceutica Riduzione costi futuri assistenza Aumento conoscenze scientifiche Miglioramento adeguatezza prescrittiva	Riduzione errori di assunzione Miglioramento della salute e della qualità della vita	Competenze e protocolli sanitari
Campagne vaccinali e di prevenzione	Riduzione spesa farmaceutica Riduzione costi futuri assistenza	Miglioramento della salute	Competenze e protocolli sanitari
Screening	Riduzione spesa farmaceutica Riduzione costi futuri di assistenza Aumento conoscenze scientifiche	Miglioramento della salute Miglioramento monitoraggio e riduzione disagi	Competenze e protocolli sanitari

Schema riassuntivo e Mappatura del Valore per SSN e Paziente

Funzioni/servizi	Fonti di valore SSN/Aziende sanitarie pubbliche	Fonti di valore paziente	Fattori di integrazione con Aziende sanitarie
	Funzione: servizi diagnostici e assistenziali		
Esami diagnostici di Base ed Evoluti	Riduzione spesa farmaceutica Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e di strutture fisiche Riduzione costi logistici	Riduzione tempi di attesa Riduzione spostamenti Estensione orario fruibilità temporale Miglioramento accessibilità servizi integrati	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Competenze e protocolli sanitari
Servizi di altri operatori (quali infermieri e fisioterapisti)	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e di strutture fisiche	Riduzione tempi d'attesa Riduzione spostamenti Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Flussi logistici Competenze e protocolli sanitari
	Funzione: servizi territoriali e logistici		
Consegna farmaci a domicilio	Riduzione fabbisogni e costi fissi di personale e di strutture fisiche Riduzione costi logistici	Riduzione tempi di attesa Riduzione spostamenti Estensione orario fruibilità temporale Miglioramento accessibilità servizi integrati	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Flussi logistici Competenze e protocolli sanitari
Raccolta medicinali per non abbienti	Riduzione spesa farmaceutica	Miglioramento stato di salute	
Raccolta prelievi e spedizione campioni	Riduzione fabbisogni e costi personale Riduzione costi logistici Miglioramento sicurezza e qualità logistica	Riduzione tempi d'attesa Riduzione spostamenti Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Sistemi e flussi informatici Flussi logistici
Medicazioni e iniezioni	Riduzione carico pronto soccorso	Riduzione tempi d'attesa Miglioramento accessibilità	Processi amministrativi Competenze e protocolli sanitari

In estrema sintesi, questa serie di Funzioni/Servizi che Federfarma propone e s'impegna a sviluppare con il supporto del Partner Pubblico, portano ad un netto risparmio, sia per il Sistema Sanitario Nazionale /Aziende Sanitarie Pubbliche, sia per il singolo Paziente.

IL SOSTEGNO AL CAMBIAMENTO

Le competenze in campo

La gestione in farmacia delle funzioni e dei servizi individuati può contribuire in maniera davvero significativa alla focalizzazione delle strutture pubbliche sulle loro attività caratterizzanti, liberando entità importanti di risorse e migliorando alcuni aspetti di qualità per i cittadini. In particolare le farmacie costituiscono storicamente una rete di presidi sanitari operativi autonomi, che possono però essere considerati come una struttura utilizzabile unitariamente nell'interesse generale.
Le farmacie sono pronte a mettere a disposizione questa struttura unica e irripetibile sul territorio in tutto il valore aggiunto che essa può dare:
- L'uniformità dei servizi sul territorio
- La gestione dei rapporti interni alla rete per consentire l'erogazione dei servizi anche dove non siano convenienti per la singola farmacia
- La disponibilità e l'attenzione ad affrontare in partnership i problemi logistici della sanità pubblica, offrendo in condivisione la propria rete
- L'attivazione di investimenti in infrastrutture logistiche e informatiche

Competenze distintive della farmacia

Logistica	Tecnologia	Professionalità
A rete	Apparecchiature e processi diagnostici; integrazione centro - periferia; pluralità di terminali operativi	Farmacista come figura professionale indispensabile, anche per il successo aziendale
Ottimalità statica (capillarità)	Procedure operative di servizio; Orientate alle esigenze di riprogettazione delle aziende sanitarie	Capacità di sintesi tra professione e organizzazione
Ottimalità dinamica (dei flussi di materiali)	Know how sanitario e farmacologico; formazione e aggiornamento banche dati; analisi e valorizzazione delle informazioni	Sviluppo professionale specialistico (tecnologia, farmacovigilanza e sorveglianza, prevenzione)
Orientamento proattivo alle esigenze di riprogettazione delle aziende sanitarie		Sviluppo professionale aziendale con know how specifico di coordinamento di professionisti e servizi
Capacità di gestione comune delle convenienze particolari		

Proprio nella prospettiva di sviluppare le nuove funzioni delle farmacie a servizio del Paese, si richiedono alla Politica alcune azioni che aumentino la correttezza e la trasparenza del sistema e consentano quindi alle farmacie di poter esprimere pienamente il proprio ruolo, in particolare:

In materia di remunerazione dei servizi
L'attuale normativa prevede che i servizi possano essere rimunerati alle farmacie solo nella misura del risparmio finanziario rispetto allo stato di fatto. La norma, formulata rischia di annullare ogni possibilità di collaborazione e richiede quindi una interpretazione che chiarisca i termini del ragionamento. In particolare questo intervento dovrebbe chiarire che ciò che va confrontato è il costo complessivo del servizio a regime nelle due situazioni (gestione diretta o delegata alle farmacie), con una prospettiva temporale sufficiente a realizzare il cambiamento. Diversamente ciò che non verrà mai toccato sono proprio le gestioni pubbliche più inefficienti, i cui costi, nell'immediato, non possono almeno in parte cessare.

In materia di promozione delle sperimentazioni
Si richiede un atto di indirizzo alle Regioni, eventualmente assistito anche da finanziamenti ad hoc; che favoriscano la realizzazione di progetti di analisi congiunta di progetti e servizi, assicurando la necessaria collaborazione e trasparenza. A tal fine Federfarma sta perfezionando una scheda di rilevazione e monitoraggio dei costi della distribuzione diretta che potrebbe essere richiesta da parte del Ministero per valutazioni congiunte su base nazionale.

In materia di rafforzamento dell'integrazione nel sistema sanitario
Si richiede un atto di indirizzo alle Regioni, che chiarisca e ribadisca l'appartenenza delle farmacie all'insieme delle strutture "interne" al servizio sanitario e che quindi inviti le stesse ad interloquire prioritariamente e primariamente con le farmacie per i nuovi servizi e di ricorrere a gare tradizionali solo nel caso in cui l'esito fosse insoddisfacente. Ciò in applicazione del principio posto dal Consiglio di Stato con propria sentenza n.5174/2013, ove si evidenzia come le Regioni possano affidare servizi alle farmacie senza gara in quanto legate da un rapporto convenzionale con l'ente pubblico.

BATTAGLIE POLITICHE
Le nostre richieste al Governo e alle Regioni
Il cammino che intendiamo percorrere con il Ministero e con le Regioni è quello dei servizi rimborsati dal SSN e per far ciò abbiamo bisogno di una serie di interventi e di chiarimenti.

1. *Rinnovo Convenzione*
   Chiediamo innanzitutto che venga rinnovata la Convenzione e data una visione di prospettiva al progetto, considerando che le disposizioni normative sui nuovi servizi non devono essere erroneamente interpretate come un'ulteriore occasione di spesa. La normativa prevede che la remunerazione per le farmacie per l'erogazione dei nuovi servizi debba rientrare "entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il SSN, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica". Tale norma deve essere interpretata nel senso che I risparmi ottenibili grazie all'intervento delle farmacie possono essere calcolati, e successivamente verificati e monitorati, per ciascun progetto tenendo conto dei costi oggi sostenuti dalla Regione o dalla ASL per l'erogazione delle medesime prestazioni. Si eviterebbe in tal modo il circolo vizioso che, con la pretesa di imporre una certificazione preventiva dei risparmi, impedisce di dare attuazione alle norme previste, perdendo così le opportunità di risparmio insite nel progetto.

2. *Approccio Regionale*
   Il secondo fronte di intervento riguarda la necessità di un intervento di chiarimento da parte del Ministero della salute in risposta a quelle interpretazioni regionali che, in assenza di norme esplicite, si mostrano eccessivamente rigide, con il rischio di scoraggiare iniziative che pur si muovono in ambito più che legittimo

3. *Pharma Care*
   Il terzo aspetto riguarda la possibilità di sperimentare concretamente attività di Pharmaceutical Care, con l'obiettivo di dimostrare come il ruolo attivo del farmacista nell'attenzione al paziente si traduca in un miglioramento delle sue condizioni cliniche e, in ultima analisi, in minori costi di sistema.
   In tale ottica è necessario un ripensamento delle modalità di distribuzione dei medicinali con l'obiettivo di riportare in farmacia i medicinali che non richiedono particolari cautele e controlli medici in fase di somministrazione.

4. *Formazione*
   Infine vorremmo che venga adottato uno strutturato processo di formazione dei Farmacisti su temi specifici per essere sempre più un punto di riferimento per i pazienti e più in generale sul territorio nelle aree di contatto, supporto, assistenza e prossimità sociale, ma anche di collegamento con la classe medica per la quale diventare sempre di più un 'Partner' d'elezione per la gestione del Paziente stesso.

Vorremmo che la farmacia venga considerata veramente come primo punto di accesso al Servizio Sanitario. Grazie all'ampliamento della gamma delle prestazioni da effettuare anche mediante l'intervento di altri operatori sanitari e delle prestazioni di diagnostica.

L'effettuazione direttamente da parte del farmacista di semplici prestazioni, come gli interventi di primo soccorso (che già sono, nei casi di assoluta urgenza, un patrimonio acquisito dal farmacista) e le iniezioni intramuscolari, sarebbe estremamente utile per i cittadini e contribuirebbe positivamente a ridurre il ricorso al pronto soccorso.

Alle Regioni, infine, chiediamo di avviare rapidamente le trattative per il rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, ormai scaduta da 15 anni, per individuare insieme un percorso che consenta alle farmacie di svolgere in modo efficace il proprio ruolo, contribuendo al miglioramento della qualità e dell'efficacia del sistema, puntando sul concetto di sussidiarietà e sulla sinergia con i medici di medicina generale per garantire l'aderenza alle terapie e il monitoraggio dei pazienti cronici.

Norma sulla prescrizione del principio attivo

FederAnziani ha portato avanti un impegno per migliorare l'aderenza alla terapia e contrastare i rischi dello zapping farmaceutico. A tal fine ha rivolto al Ministro della Salute una richiesta di modifica del comma 11 bis dell'art. 15 d.l. 95/2012 convertito in legge n.135 del 7/08/2012.

FEDERANZIANI

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE per il Diritto alla Salute

Prot. 218/2014

Ill. Ministro della Salute
Beatrice Lorenzin
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

p.c. Cons. Giuseppe Chiné
Capo di Gabinetto
Ministero della Salute

Roma, 26 gennaio 2015

Oggetto: modifica comma 11 bis dell'art. 15 d.l. 95/2012 convertito in legge n.135 del 7/08/2012

PREMESSO CHE:

- è missione fondativa di Federanziani contribuire a condizioni di maggiore qualità di vita per i propri aderenti e di minore spesa per le Istituzioni, collaborando con queste ultime e con ogni professionalità scientifica al fine di identificare e implementare nuovi modelli di organizzazione della sanità e nuovi percorsi di gestione del paziente che possano garantire più salute e, al contempo, maggiore sostenibilità;
- nello specifico è convinzione di Federanziani che sia fondamentale conseguire più efficacia ed efficienza nella gestione delle cronicità – che oggi comportano più del 70% dei costi della sanità – e che ciò possa essere ottenuto portando i pazienti anziani cronici a conseguire un maggiore grado di aderenza.
- è convinzione di FederAnziani che a tal fine sia fondamentale contrastare la diffusa pratica dello "zapping farmaceutico", causa di ridotta aderenza alla terapia, fonte di complicanze per la salute del paziente e di costi aggiuntivi per i cittadini e il SSN, in ragione delle potenziali reazioni avverse, di conseguenti controlli e ricoveri impropri.

PRESO ATTO CHE:

- l'attuale comma 11 bis dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012 n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n.135, come sostituito dall'art. 13 bis comma 1 del decreto legge 18 ottobre 2012 n.179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 recita:
  11 – bis. *Il medico che curi un paziente per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, indica nella ricetta del Servizio Sanitario Nazionale la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo. L'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente da una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'art. 1, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. L'indicazione è vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente.* (Allegato A).

CONSIDERATO CHE:

- l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha stabilito in via d'urgenza la sospensione di alcuni farmaci la cui autorizzazione nell'UE è stata basata principalmente sugli studi clinici condotti dalla organizzazione di ricerca a contratto GVK Biosciences di Hyderabad, in India. La motivazione è legata all'indagine, svolta per conto della Commissione Europea, da parte del Comitato per i Prodotti Medicinali ad Uso Umano (CHMP) della stessa EMA. Questa indagine ha considerato circa 1000 prodotti farmaceutici generici, in diversi dosaggi e formulazioni, commercializzati in tutta Europa, tutti sperimentati presso il centro GVK Biosciences indiano (Allegato B);

- per oltre 300 prodotti non vi sono problemi che ne impediscono la commercializzazione, dal momento che esistono altre evidenze sperimentali su efficacia e sicurezza, prodotte in altri centri di sperimentazione. Per i restanti l'EMA raccomanda la sospensione dal commercio, considerando che non esistono altre prove di efficacia e sicurezza al di fuori di quelle effettuate in India;
- a seguito di questa decisione dell'Ema, la Commissione Tecnico Scientifica dell'AIFA ha avviato in via cautelativa le procedure di sospensione di ben 11 farmaci indicati dall'Ema in commercio nel nostro Paese (Allegato B);
- al momento, la suddetta delimitazione dell'ambito applicativo della norma risulta essere totalmente disattesa. Dai dati in nostro possesso emerge infatti che il principio attivo viene oramai prescritto anche a cronici già presi in carico, la maggior parte dei quali sono persone anziane;
- da un'elaborazione dei Registri della Salute effettuata dal Centro Studi SIC Sanità in Cifre di FederAnziani (Allegato C) risulta che:
  Il 31,3% della popolazione intervistata ha avuto, nel corso dell'ultimo anno, il proprio farmaco abituale sostituito con un farmaco generico e il 58,9% di questi ha subìto ulteriori sostituzioni del farmaco con altri farmaci generici; nel 18,3% dei casi tali cambiamenti hanno generato problemi. Da un'ulteriore approfondimento (Allegato C) condotto attraverso specifici focus group sul territorio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale la percentuale dei soggetti che hanno subìto "zapping farmaceutico" sale al 35% (il che equivarrebbe a 3.577.682 persone); il 34% di queste denuncia di avere avuto problemi a seguire correttamente la terapia (pari a 1.225.234 persone). Appare scarsa, inoltre la percezione del grave impatto della mancata aderenza alla terapia sull'efficacia di quest'ultima;
- di fatto, tale norma determina lo spostamento dell'onere della scelta del farmaco da somministrare al paziente dal medico al farmacista. Ne consegue che la scelta del farmaco è affidata a un soggetto che normalmente ignora la storia clinica del paziente stesso (ad esempio, quali altri farmaci tale paziente già assume e quali reazioni avverse ha avuto in passato). Per ciò stesso, la norma in questione suscita non poche perplessità, non foss'altro che per il potenziale ridimensionamento del ruolo del medico nella scelta della terapia più adatta al singolo paziente;
- che questa decisione del farmacista, di fatto, qualora ci fossero sequele per il paziente, farebbe ricadere le "colpe" sul medico prescrittore;
- come si evince chiaramente dal testo della disposizione tale norma (Allegato A) è – o meglio, sarebbe – applicabile soltanto ai pazienti curati per la prima volta per una patologia cronica e a quelli in cura per un nuovo episodio di una patologia non cronica. Resterebbero pertanto esclusi i cronici già in cura per le loro patologie. Tale delimitazione dell'ambito applicativo della norma avrebbe il pregio di evitare la sostituibilità tra farmaci nel corso di un trattamento in atto e, con essa, il rischio che possa essere pregiudicato il profilo terapeutico e di sicurezza ottenuto con la formulazione di partenza. Tuttavia, rileviamo con preoccupazione che il comportamento prescrittivo dei medici ospedalieri e dei medici di medicina generale non è in linea con il dettato della norma;
- alla luce di questa distorta applicazione dell'art. 11 bis e considerando che la dispensazione di una formulazione in luogo di un'altra da parte del farmacista potrebbe essere condizionata da fattori del tutto estranei alla sola finalità terapeutica (quali la situazione delle scorte di magazzino), esiste quindi il rischio che i pazienti cronici, quali, ad esempio, gli ipertesi, i diabetici, i cardiopatici, si trovino vittime di un rischioso "zapping farmacologico", vale a dire la continua sostituzione del farmaco da assumere;
- tale continua sostituzione appare potenzialmente pericolosa per due ragioni. Come evidenziato, tra l'altro, nel "position paper" (Allegato D) della Società Italiana di Farmacologia sui farmaci equivalenti (Quaderni della SIF (2011) vol. 25), gli attuali test di bioequivalenza stimano una "bioequivalenza media di popolazione", e non la "bioequivalenza individuale"; manca, pertanto, ogni informazione circa la probabilità che la risposta del singolo paziente a due diverse formulazioni sia equivalente;
- i test di bioequivalenza sono fatti tra il singolo prodotto equivalente versus l'originator, ma non garantiscono che due o più equivalenti dello stesso prodotto di marca siano tra loro bioequivalenti (è il fenomeno del c.d. "bio-creep");
- la bioequivalenza non gode della proprietà transitiva, poiché due bioequivalenti di uno stesso standard non sono necessariamente bioequivalenti tra di loro;
- lo "zapping farmaceutico" incrementa significativamente il rischio di una precaria aderenza alla terapia, con gli effetti negativi che ne conseguono;
- la norma sul principio attivo aveva nei suoi intenti ufficialmente dichiarati quello di una riduzione di spesa per il SSN. L'aspettativa era già dall'inizio erronea poiché è ben noto che il SSN rimborsa il prezzo più basso, ma anche l'attesa di una riduzione progressiva dei prezzi dei farmaci generici è stata disattesa.

OSSERVATO CHE:

- FederAnziani è da tempo impegnata in una campagna di sensibilizzazione per favorire l'aderenza alla terapia e contrastare la pratica dello "zapping farmacologico" (Allegato E) e che in data /22 gennaio 2015 ha nuovamente inteso richiamare l'attenzione delle Istituzioni e dei soggetti interessati sulla norma in oggetto, attraverso un comunicato stampa (Allegato F);
- che la posizione espressa da FederAnziani in tale occasione ha trovato il sostegno della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) e del Sindacato Nazionale Autonomo dei Medici Italiano (SNAMI) che hanno parimenti espresso le loro posizioni attraverso altrettanti comunicati stampa come da rassegna stampa allegata (Allegato G);
- che la stessa Assogenerici ha dichiarato, a mezzo comunicato stampa, di comprendere "le preoccupazioni rappresentate da Federanziani a proposito del cosiddetto "zapping farmaceutico" ammettendo persino che "se si indica soltanto la molecola, il farmacista può consegnare il generico di cui dispone". (Allegato G);
- l'affermazione, diramata da Assogenerici, non fa che rafforzare la preoccupazione espressa più volta da FederAnziani secondo cui la scelta del farmaco finisce con l'essere collegata alle disponibilità del magazzino della farmacia presso la quale il farmaco viene acquistato dal paziente, secondo una logica totalmente estranea alla tutela della salute del paziente, mettendo il farmaco sullo stesso piano di un qualsiasi altro prodotto commerciale senza tenere in conto l'importanza dell'aderenza alla terapia, le potenziali reazioni avverse e la specificità della situazione di ciascun paziente;
- dai comunicati stampa della filiera diramati negli ultimi giorni non si evince una grande negatività alla modifica della norma;

TUTTO CIÒ VISTO E CONSIDERATO:

FederAnziani e la Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, venendo meno gli obiettivi preposti della norma e considerando gli effetti sopra elencati della stessa, ritengono necessaria una sostanziale revisione della legge; che la nuova norma dovrà essere seguita da una specifica circolare che abbia l'obiettivo che gli applicativi informatici ad uso dei medici siano coerenti con il dettato normativo.

FEDERANZIANI E CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE RICHIEDONO:

Ipotesi di modifica 1 (eliminazione obbligo prescrizione PA* brand e sintetica motivazione. Il medico prescrive solo brand o prescrive PA con nome azienda produttrice).
Al comma 11-bis dell'art. 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come sostituito dall'art. 13 bis comma 1 del decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012 n. 221, le parole "corredata obbligatoriamente da una sintetica motivazione", e le parole "fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente", sono soppresse. Sono soppresse le parole "la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo", e sostituite con "la denominazione di uno specifico medicinale oppure la denominazione del principio attivo accompagnata dal nome dell'azienda produttrice".

Ipotesi di modifica 2 (soppressione norma).
Il comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come sostituito dall'art. 13 bis, comma 1 del decreto legge 18 ottobre 2012 n.179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012 n. 221, è soppresso.

FederAnziani
Il Presidente Nazionale

Roberto Messina

Corte Giustizia Popolare
per il Diritto alla Salute
Il Presidente
Giuseppe Pozzi

Levotiroxina

In riferimento all'inserimento da parte dell'AIFA nella lista di trasparenza di specialità medicinali contenenti levotiroxina sodica, FederAnziani ha chiesto che l'Agenzia regolatoria, attraverso le sue autorevoli commissioni competenti, riveda la propria posizione facendo uscire dalla lista di trasparenza tale specialità medicinale, ripristinando lo status quo ante.
Secondo FederAnziani, infatti, sostenuta dalla Federazione dei Medici di Medicina Generale, la situazione in essere comporta un ingiusto esborso economico da parte del paziente per la differenza di costo tra il farmaco equivalente e il proprio farmaco già utilizzato.
A pagare l'aderenza alla terapia sarà dunque il paziente di tasca propria.
Si ritiene, dunque, che continuare a ritenere i farmaci in questione prodotti unici non sostituibili, come raccomandano le principali Società Scientifiche internazionali e molte Agenzie Regolatorie di diversi Paesi, corrisponda alla miglior tutela per la salute del paziente e favorisca in risparmio del SSN.

FEDERANZIANI — FIMMG Federazione Italiana Medici di Famiglia — Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Prot. 210/2014

Ill. Ministro della Salute
Beatrice Lorenzin
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

Roma, 10 luglio 2014

Oggetto: farmaci per la tiroide

PREMESSO CHE:

- FederAnziani, la federazione delle associazioni della Terza età è a favore di ogni specialità medicinale equivalente ed ha come obiettivo la sua massima diffusione;
- FederAnziani, nel perseguimento dei suoi fini statutari, ha come obiettivo la tutela della salute dei soggetti over 65 e il "mantenimento" del Servizio Sanitario Nazionale in equilibrio, nonché il contributo all'evoluzione dello stesso migliorandone il già ottimo servizio;
- FIMMG, in qualità di Associazione professionale medica maggiormente rappresentativa dell'area sanitaria, si propone il dialogo ed il confronto con le parti politiche e sociali e con ogni Organismo, Ente, Autorità pubbliche o private, ai fini del rafforzamento del modello di Servizio Sanitario Nazionale, del miglioramento dell'organizzazione sanitaria in Italia, della promozione della vita e della sua qualità, dell'educazione sanitaria.

PRESO ATTO CHE:

- la legge 7 agosto 2012, n. 135, al comma 11-bis dell'art.15 recita: "Il medico che curi il paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio Sanitario Nazionale la sola denominazione del principio attivo, contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata
- obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'art. 11, comma 12, del decreto legge 24 gennaio 2012, n.1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n.27";
- con la comunicazione AIFA sui medicinali contenenti levotiroxina sodica del 15/11/2013, in riferimento all'inserimento nella lista di trasparenza di specialità medicinali contenenti levotiroxina sodica, si informano i medici che nel caso di sostituzione di un prodotto a base di levotiroxina, occorre sottoporre i pazienti a controllo dei valori di TSH ed FT4 dopo 4-6 settimane; e, inoltre, con la medesima comunicazione si informa che nelle circostanze in cui è richiesta particolare attenzione nel mantenere l'equilibrio tiroideo (es. pazienti fragili, anziani, donne in gravidanza, o che stiano pianificando il concepimento) l'eventuale passaggio ad una diversa formulazione richiede l'informazione del paziente e dovrebbe essere seguito dal controllo del TSH sierico (e della FT4 nell'ipotiroidismo centrale) dopo quattro-sei settimane di terapia (Allegato 1);
- che dagli studi epidemiologici e dalla letteratura non ci risultano numeri così elevati di nuove patologie tiroidee, facendo ritenere quindi che le sostituzioni, avvenute per 30mila pazienti, siano in contrasto con la legge sopra menzionata (legge 7 agosto 2012, n. 135).

CONSIDERATO CHE:

- il 20/11/2013 Federfarma, federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia italiani, esplicitava le grandi difficoltà di procedere alla sostituzione del medicinale branded con l'equivalente generico nei casi in cui la sostituzione sia possibile, evidenziando al tempo stesso come i farmacisti non siano in grado di adottare quella "particolare cautela" nella sostituzione richiesta dalla comunicazione AIFA, non conoscendo storia e patologia dell'assistito. Che, infine, la stessa Federfarma, in relazione alle criticità evidenziate nella nota, richiedeva necessario un momento di ulteriore riflessione da parte dell'AIFA (Allegato 2);

- il 18/11/2013 le società scientifiche AIT, AME, SIE, SIEDP redigevano un documento sulla levotiroxina concludendo che "fino a quando non saranno resi disponibili standard di qualità più rigorosi e l'introduzione di nuovi affidabili test che valuteranno l'intercambiabilità dei prodotti a base di levotiroxina, è opportuno, nel migliore interesse del paziente, continuare a ritenerli prodotti unici non sostituibili, come raccomandano le principali Società Scientifiche internazionali e molte Agenzie Regolatorie di diversi Paesi" (Allegato 3);
- già a suo tempo, il 24/04/2009, la Agenzia Espanola de Médicamentos y productos sanitarios emanava una nota informativa sui farmaci che non devono essere oggetto di sostituzione con altri farmaci con il medesimo principio attivo senza l'autorizzazione espressa del medico prescrittore, nella quale si riportava alla lettera B la levotiroxina (Allegato 4);
- la Afssaps, Agenzia francese della sicurezza sanitaria dei prodotti della salute, il 20/05/2010 raccomandava ai medici prescrittori, in merito alla sostituzione delle specialità a base di Levotiroxina sodica, di eseguire controlli del TSH tra 6 e 8 settimane dopo l'avvenuta sostituzione del farmaco (Allegato 5);
- la Medsafe, Autorità di sicurezza della Nuova Zelanda per i farmaci e i medical device, l'11/06/2013 ricordava ai prescrittori che i differenti brand di levotiroxina non sono intercambiabili, e che perciò al cambiamento deve far seguito il monitoraggio del funzionamento della tiroide, raccomandando al tempo stesso l'indicazione della marca del farmaco dispensato al paziente (Allegato 6);
- che il 16/02/2012 l'MHRA, ovvero l'agenzia regolatoria inglese aveva sospeso la licenza della levotiroxina della Teva da 100 mg per i pazienti con ipotiroidismo, dichiarando che la stessa poteva essere non intercambiabile con analoghi prodotti a base di levotiroxina da 100 mg. In tal caso infatti, secondo l'Agenzia, la sostituzione avrebbe potuto determinare una perdita di controllo dell'ipotiroidismo (Allegato 7);
- negli Stati Uniti AACE (American Association of Clinical Endocrinology), ATA (American Thyroid Association) e TES (The Endocrine Society) hanno emanato un documento comune sull'uso e la sostituibilità dei prodotti a base di levotiroxina concludendo che i pazienti in corso di terapia con levotiroxina sodica devono essere mantenuti in trattamento con lo stesso prodotto; che in caso di cambiamento si rendono necessari il controllo del TSH per i pazienti con ipotiroidismo primario e delle FT4 per i pazienti con ipotiroidismo centrale entro 6 settimane; che la sostituzione non deve mai avvenire in farmacia senza il consenso del medico (Allegato 8);
- nel febbraio 2013, lo studio *Generic vs Name Brand L-Thyroxine Products: Interchangeable or Still Not?* di J. V. Hennessey - Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Massachussetts, pubblicato in J Clin Endocrinol Metab, 98, (2):511-514, evidenziava come i medicinali a base di levotiroxina non fossero clinicamente intercambiabili con il farmaco generico a base del medesimo principio attivo (Allegato 9).

VISTO CHE:

- in Italia sono circa 6 milioni i pazienti in trattamento con farmaco a base di levotiroxina;
- il numero delle confezioni di farmaco originator vendute nel corso del 2013 è di circa 19,5 milioni di confezioni;
- che il costo annuale della terapia per il paziente, senza considerare i ticket è di circa 14 euro;
- oggi il paziente che vuole mantenere il proprio farmaco è costretto a spendere altri 6 euro per compensare la differenza tra generico e originator;
- in base al Tariffario nomenclatore QUAS 2014, il TSH è quotato 13 euro e il FT4 è quotato 13 euro. Lo shift, pertanto, costerebbe, considerati i 2 controlli a distanza di 4-6 settimane dallo shift medesimo richiesti dall'AIFA, almeno 26 euro per paziente a carico del SSN (www.quas.it);
- gli studi sull'aderenza alla terapia confermano una minore aderenza nei soggetti anziani, che spesso confondono scatole e pillole in seguito a cambiamenti, compromettendo seriamente l'efficacia della terapia stessa.

OSSERVATO CHE:

A) in questa particolare situazione l'ingresso di un farmaco equivalente in lista di trasparenza non determina un risparmio per il SSN, ma semmai un aggravio dei costi (ripetuti controlli TSH ed FT4), al quale si associa il rischio che la nuova terapia risulti inefficace per il paziente, trattandosi infatti di una terapia non certa proprio perché in via precauzionale richiede ulteriori accertamenti;
B) questa spesa aggiuntiva, relativa ai monitoraggi resi necessari dalla sostituzione, potrebbe generare dei rilievi da parte della Corte dei Conti;
C) è presente il rischio che il paziente non ottemperi alla richiesta di effettuare il monitoraggio del TSH e dell'FT4 e quindi che comprometta la sicurezza della terapia, con pesanti conseguenze sul suo stato di salute e maggior aggravio di costi per il SSN;

D) da nostre stime presumiamo che la sostituzione del farmaco sia già avvenuta per circa 30mila pazienti;
E) non sappiamo se i pazienti coinvolti ad oggi nella sostituzione siano noti ai loro medici curanti in tempo utile per sottoporli a controlli dei valori di THS e FT4;
F) qualora non fossero state consapevolmente adottate misure e si verificassero peggioramenti del quadro clinico dei pazienti chiediamo a chi si debba addebitare la responsabilità di tali negligenze, da far valere nelle forme e nelle sedi più opportune;

TUTTO CIÒ VISTO E CONSIDERATO:

FederAnziani, FIMMG e la Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, ritengono opportuno che l'Agenzia regolatoria, attraverso le sue autorevoli commissioni competenti, riveda la propria posizione facendo uscire dalla lista di trasparenza tale specialità medicinale, ripristinando lo status quo ante.

La situazione attualmente in essere comporta un ingiusto esborso economico da parte del paziente per la differenza di costo tra il farmaco equivalente e il proprio farmaco già utilizzato. A pagare l'aderenza alla terapia sarà dunque il paziente di tasca propria.

Si ritiene, dunque, che **continuare a ritenere i farmaci in questione prodotti unici non sostituibili**, come raccomandano le principali Società Scientifiche internazionali e molte Agenzie Regolatorie di diversi Paesi, corrisponda alla miglior tutela per la salute del paziente e favorisca in risparmio del SSN.

Restando a Sua disposizione per un incontro e per qualunque chiarimento Le necessitasse, e in attesa di un Suo, voglia cogliere, illustre Ministro, i sensi della nostra più alta stima.

FederAnziani Il Presidente Nazionale	FIMMG Segretario Generale Nazionale	Corte Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute Il Presidente
Roberto Messina	**Giacomo Milillo**	**Giuseppe Pozzi**

Statine

FEDERANZIANI

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE per il Diritto alla Salute

Prot. 15/2015

Dr.ssa Giovanna Scroccaro
Dirigente Settore Farmaceutico
Regione Veneto
Sez. attuazione progr.sanitaria
Rio Novo, Dorsoduro, 3493
30123 Venezia

Dott.ssa Mara Vezzani
Resp. UO Farmaceutica Territoriale
Azienda ULSS 14
Strada Madonna Marina 500
30015 Chioggia

p.c. Ill. DG AIFA
Prof. Sergio Pecorelli
Via del Tritone 181 -00187 Roma

p.c. Ill. Ministro della Salute
Beatrice Lorenzin
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

Roma, 9 gennaio 2015

Oggetto: chiarimenti su nota 13 AIFA e negata rimborsabilità statine a popolazione ultraottantenne

PREMESSO CHE:

- FederAnziani, la federazione delle associazioni della Terza età, ha come sua missione la tutela della salute nella terza età e il monitoraggio delle situazioni di criticità che, a livello nazionale o locale, determinino difficoltà nell'accesso alle cure per i malati cronici e i pazienti anziani al fine di intervenire per ripristinare il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, ove se ne ravvisi una violazione da parte di provvedimenti di vario ordine e grado;

- FederAnziani, nel perseguimento dei suoi fini statutari, ha come obiettivo il "mantenimento" del Servizio Sanitario Nazionale in equilibrio, nonché il contributo all'evoluzione dello stesso migliorandone il già ottimo servizio, proponendo pertanto alle istituzioni esclusivamente soluzioni sostenibili in una logica di collaborazione istituzionale;

PRESO ATTO CHE:

- Con Determina AIFA del 19.06.2014 (G.U. n.156 dell'08.07.2014) è stata modificata la Nota AIFA 13 del 26.03.2013 che estende ai pazienti con età > 65 anni la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti nel trattamento delle dislipidemie e per la prevenzione degli eventi cardiovascolari.
- Relativamente al trattamento dei pazienti con età > 65 anni la determina stabilisce che "in accordo alle raccomandazioni delle linee guida, in considerazione dei risultati dello studio PROSPER, nonché delle metanalisi in cui è stata valutata l'efficacia delle statine nei pazienti anziani, il trattamento con farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con età >65 anni con aumentato rischio cardiovascolare è da considerarsi rimborsabile dal SSN. La rimborsabilità si intende estesa, in prevenzione primaria, fino agli 80 anni. Oltre tale età, invece, non esistono evidenze sufficienti a sostegno dell'opportunità del trattamento".

- La medesima nota prosegue specificando che “Nei pazienti con età >65 anni ma con evidenza di malattia coronarica, vascolare o diabete mellito la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è a carico del SSN per definizione, dovendosi considerare questi pazienti in prevenzione secondaria”.

CONSIDERATO CHE:

- In data 15.10.2014 dalla Regione Veneto veniva emanata la nota prot. 432187/7200030000, a firma del Dirigente del Settore Farmaceutico della Giunta Regionale, avente come oggetto “Modifica Nota Aifa 13 – chiarimenti”, nella quale si ribadiva che “come già precisato nella Nota regionale prot. n. 325125 del 30.07.2014, in prevenzione primaria la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è estesa fino agli 80 anni e che oltre tale età non esistono evidenze sufficienti a sostegno dell’opportunità del trattamento”.
- Nella stessa nota si invitavano “le Aziende Sanitarie che non lo avessero già fatto a comunicare quanto prima ai propri medici che non è consentita la rimborsabilità a carico del SSN dei farmaci ipolipemizzanti in prevenzione primaria ai pazienti con età > 80 anni”.
- Che l’azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 14 di Chioggia, nella Regione Veneto, richiamandosi alla nota di cui sopra emanava, in data 29/10/2014, un’ulteriore nota indirizzata a Medici Specialisti Ospedalieri e convenzionati della ULSS14, a MMG convenzionati della ULSS14, alle farmacie convenzionate della ULSS14, avente come oggetto “Modifica nota AIFA 13 – chiarimenti” nella quale si affermava che in merito all’applicazione della nota regionale “verranno effettuati i necessari controlli informatici sulle prescrizioni effettuate dal singolo medico”.
- Che sia nella nota della Regione Veneto che in quella della ULSS di Chioggia si ometteva il fondamentale passaggio della nota AIFA, sopra citato, nel quale si afferma chiaramente che “Nei pazienti con età >65 anni ma con evidenza di malattia coronarica, vascolare o diabete mellito la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è a carico del SSN per definizione, dovendosi considerare questi pazienti in prevenzione secondaria”.
- Che tale gravissima omissione rischia di generale confusione nei medici, i quali non sono tenuti alla lettura delle determine e note Aifa, ma si limitano a recepire quanto comunicato loro attraverso le comunicazioni della Asl di competenza.
- Che tale omissione appare dettata da ragioni esclusivamente ragionieristiche e non dettate dall’interesse del paziente e dalla necessità di tutelarne al meglio la salute.
- Che la prescrizione contenuta nella nota della ULSS relativamente ai “controlli informatici sulle prescrizioni effettuate dal singolo medico” appare intimidatoria nei confronti dei medici, i quali non esercitano l’attività di burocrati leggendo a menadito ogni determina dell’Aifa ma ricevono istruzioni dalle varie Asl e si vedono così spinti verso una automatica riduzione nella prescrizione di farmaci necessari.

OSSERVATO CHE:

- Negli Approfondimenti teorici e basi applicative della citata nota n. 13 viene riportato testualmente che “L’uso dei farmaci deve essere continuativo e non occasionale così come la modifica dello stile di vita.
- Se si considera un paziente di 78-79 anni che ha diritto ad avere la statina in prevenzione primaria, la negazione della rimborsabilità della terapia al compimento degli 80 anni al paziente in questione contravviene palesemente al fondamento basilare della terapia statinica che, come stabilito dall’Aifa, deve essere continuativa e non occasione, così come la modifica dello stile di vita
- Se il paziente in terapia primaria raggiunge l’obiettivo della terapia stessa, ovvero la riduzione della mortalità per cause cardiovascolari, la continuità terapeutica appare fondamentale e la rimborsabilità è un diritto evidente.
- La mancanza di prove di efficacia del trattamento in questione al di sopra della soglia degli 80 anni è imputabile all’assenza di studi clinici su persone molto anziane e che tale assenza appare ingiustificabile, considerata l’aumentata aspettativa di vita nei Paesi occidentali, in particolare in Italia, dove le persone anziane rappresentano i primi fruitori del Sistema Sanitario Nazionale e i principali consumatori di farmaci.
- Che tale mancanza di studi clinici ha un impatto negativo inaccettabile sulla qualità della vita delle persone over 80 e sul loro diritto di accesso alle cure.
- Che appare paradossale motivare con l’assenza dei suddetti studi la discriminazione nell’accesso a tali farmaci, sempre possibile ma divenuta a pagamento per l’ultraottantenne.
- Ci chiediamo, infine, su chi debba ricadere la responsabilità del peggioramento del quadro clinico, o in caso di infarto o decesso di un paziente al quale sia stata improvvisamente interrotta al compimento degli 80 anni la terapia per prevenzione primaria, poiché non più prescritta dal medico: sul medico, sulla Asl o sulla Regione?

- In ultima analisi, in base alla legge italiana, la responsabilità della salute dei cittadini è da considerarsi in capo alle Regioni e alle ASL e non all’ente regolatorio AIFA, pertanto ogni omissione o reinterpretazione di norme e determine Aifa genera una responsabilità in capo alle autorità sanitarie locali e ai dirigenti che appongono le proprie firme.

TUTTO CIÒ VISTO E CONSIDERATO:

FederAnziani e la Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute ritengono che, se non verranno adottate immediate modifiche alle determine e note diramate in materia, qualora si verificassero peggioramenti del quadro clinico, fino al decesso, dei pazienti ultraottantenni esclusi dal trattamento in oggetto a causa dei suddetti provvedimenti, riterremo di dover addebitare la responsabilità di tali negligenze alle Regioni e alle ASL che abbiamo emanato le suddette comunicazioni, e chiederemo conto di tali responsabilità nelle forme e nelle sedi più opportune;

Restando a Sua disposizione per un incontro e per qualunque chiarimento Le necessitasse, e in attesa di un Suo, voglia cogliere, illustre Ministro, i sensi della nostra più alta stima.

FederAnziani
Il Presidente Nazionale

Roberto Messina

Corte Giustizia Popolare
per il Diritto alla Salute
Il Presidente
Giuseppe Pozzi

Ministero della Salute
GAB
0001066-P-06/02/2015
I.4.d.a/9
153850451

Ministero della Salute
Ufficio di Gabinetto

Al Dott. Roberto Messina
Presidente nazionale di Federanziani
Via Orazio, 10
00193 ROMA

e p.c.

Al Prof. Luca Pani
Direttore generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco
Via del Tritone 181
00187 Roma

OGGETTO: Chiarimenti su nota 13 AIFA e negata rimborsabilità statine a popolazione ultraottantenne.

Con riferimento alla nota prot. n.15/2015 del 9 gennaio 2015 concernente l'oggetto, si allega lo stralcio del verbale della Commissione Tecnico Scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco, riunitasi il 21 gennaio u.s., nel quale viene chiarito che *<<la non rimborsabilità in prevenzione primaria riguarda esclusivamente i nuovi pazienti che inizierebbero la terapia dopo il compimento degli 80 anni, in quanto non esistono evidenze in letteratura dell'efficacia e sicurezza del trattamento con statine iniziato in quell'età>>*.

Tale precisazione risolve la criticità segnalata da codesta Associazione.

Distinti saluti.

IL CAPO DI GABINETTO
Cons. Giuseppe Chinè

GP/AT

Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

COMMISSIONE CONSULTIVA TECNICO SCIENTIFICA

Riunione del 19, 20 e 21 gennaio 2015

Verbale n. 33

Il giorno 21 gennaio 2015, alle ore 9.10 nella sala riunione CTS presso l'Agenzia Italiana del Farmaco, si è riunita la Commissione Consultiva Tecnico Scientifica.
Sono presenti i Componenti di cui al foglio firma **(All. 1)** è presente la dr.ssa Patrizia Popoli, designata quale supplente del Commissario dell'ISS. Presiede la riunione la prof.ssa Antonietta Martelli.
Assiste ai lavori la dr.ssa Donatella Gramaglia, dirigente dell'unità di Coordinamento Segreterie Organismi Collegiali, le funzioni di segreteria sono assunte dalla dr.ssa Palmira Innocenzi quale Vice Segretario CTS.
Non è presente il dr. Giampiero Camera, osservatore del Ministero della Salute, designato ai sensi dell'art. 155 del d.to l.vo 219/2006

OMISSIS

• (a – OdG) Comunicazioni del Direttore Generale: Richiesta Regione Veneto circa la terapia ipolipemizzante nei pazienti oltre gli 80 anni di età, *(documentazione d'ufficio allegata)*

Dopo breve dibattito, la CTS esprime il parere di seguito riportato, trascritto immediatamente dalla Segreteria ed in visione dei Commissari sul sistema di monitor della sala riunioni.
Il DG mette a conoscenza della CTS una comunicazione per posta certificata da lui ricevuta e proveniente dal settore farmaceutico Regione Veneto in cui si chiede di chiarire se nei pazienti "che hanno iniziato il trattamento (con farmaci ipolipemizzanti in prevenzione primaria) prima del compimento degli 80 anni, la prosecuzione della terapia oltre gli 80 anni non è rimborsabile o se la non rimborsabilità negli over 80 è da considerarsi esclusivamente per i nuovi pazienti che iniziano la terapia dopo il compimento degli 80 anni".
La CTS chiarisce che la non rimborsabilità in prevenzione primaria riguarda esclusivamente i nuovi pazienti che inizierebbero la terapia dopo il compimento degli 80 anni, in quanto non esistono evidenze in letteratura dell'efficacia e sicurezza del trattamento con statine iniziato in quell'età.

OMISSIS

Gli interventi dei singoli componenti e le decisioni adottate risultano registrate, talvolta solo parzialmente per cause tecniche, ed i file delle registrazioni sono conservate presso l'Unità di Coordinamento delle Segreterie degli Organismi Collegiali. Il testo del presente verbale sarà distribuito nella prossima riunione calendarizzata per i giorni 16, 17 e 18 febbraio 2015 e qualora non risultino integrazioni e/o obiezioni verrà approvato nella presente stesura.

IL VICESEGRETARIO C.T.S.
(Palmira Innocenzi)

IL PRESIDENTE C.T.S.
(Antonietta Martelli)

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 30.01.2015 | Protocollo N° 41358 | Class.: | Prat. | Fasc. | Allegati N°

Oggetto: Prescrizione di ipolipemizzanti in prevenzione primaria nei pazienti con età > di 80 anni. Precisazioni

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori delle Farmacie Ospedaliere
delle Aziende ULSS, Ospedaliere, IRCSS e strutture ospedaliere private e accreditate del Veneto
LORO SEDI

Responsabili dei Servizi Farmaceutici
delle Aziende ULSS del Veneto
LORO SEDI

FEDERFARMA Veneto

A.S.SO.FARM Padova

FARMACIEUNITE Treviso

ATLAS Medica

ORDINI DEI MEDICI
SINDACATI MEDICI
Regione Veneto

Con Determina AIFA del 19 giugno 2014, pubblicata in G.U. n. 156 dell'8 luglio 2014, è stata modificata la Nota AIFA 13 che regolamenta la prescrizione a carico del SSN dei farmaci ipolipemizzanti.

La modifica della Nota AIFA 13 estende la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti impiegati nel trattamento delle dislipidemie e nella prevenzione degli eventi cardiovascolari ai pazienti con età > 65 anni. Più precisamente, nel testo della Nota AIFA alla sezione "Particolari categorie di pazienti" è stato aggiunto il seguente paragrafo: *Pazienti con età > 65 anni – In accordo alle raccomandazioni delle linee guida, in considerazione dei risultati dello studio PROSPER, nonché delle metanalisi in cui è stata valutata l'efficacia delle statine nei pazienti anziani, il trattamento con farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con età > 65 anni con aumentato rischio cardiovascolare è da considerarsi rimborsabile dal SSN. La rimborsabilità si intende estesa, in prevenzione primaria, fino agli 80 anni. Oltre tale età, invece, non esistono evidenze sufficienti a sostegno dell'opportunità del trattamento. Nei pazienti con età > 65 anni ma con evidenza di malattia coronarica, vascolare o diabete mellito la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è a carico del SSN per definizione, dovendosi considerare questi pazienti in prevenzione secondaria".*

Relativamente alla prevenzione primaria e più precisamente alla decisione di AIFA di escludere dalla rimborsabilità a carico del SSN la prescrizione degli ipolipemizzanti nei pazienti con età > di 80 anni, con successiva nota, AIFA ha precisato che la non rimborsabilità in prevenzione primaria riguarda esclusivamente i nuovi pazienti che iniziano la terapia dopo il compimento degli 80 anni, in quanto non esistono evidenze in letteratura dell'efficacia e sicurezza del trattamento iniziato a quell'età.

Area Sanità e Sociale
Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici
Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia tel. 041. 2793412/1408 - fax 041. 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it PEC: protocollo.generale@pec.regione.veneto.it
Cod. Fisc. 80007580279 P.IVA 02998380279

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Si invitano pertanto le Aziende ULSS a trasmettere ai propri medici le seguenti precisazioni:

- non è consentita la prescrizione a carico del SSN di farmaci ipolipemizzanti limitatamente ai nuovi pazienti che iniziano la terapia in prevenzione primaria dopo il compimento degli 80 anni;
- è consentita la prosecuzione della terapia a carico del SSN nei pazienti dopo il compimento degli 80 anni, già in trattamento con ipolipemizzanti per la prevenzione primaria;
- nei pazienti con evidenza di malattia coronarica, vascolare o diabete mellito la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è a carico del SSN per definizione indipendentemente dall'età, dovendosi considerare questi pazienti in prevenzione secondaria.

Distinti saluti.

Il Dirigente
Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici
Dr. ssa Giovanna Scroccaro

Dott.ssa Paola Pilati
Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco
☎ 045-8076061 mail: paola.pilati@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Settore Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici
Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia tel. 041. 2793412/1408 - fax 041. 2793468
e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it PEC: protocollo.generale@pec.regione.veneto.it
Cod. Fisc. 80007580279 P.IVA 02998380279

La presenza di FederAnziani in organi tecnici ed iniziative nazionale e internazionali

FederAnziani partecipa ai seguenti organismi a livello nazionale, internazionale e regionale:

Age Platform Europe

EUPATI (European Patients' Accademy on Therapeutic Innovation) National Platform

Steering Committee Geriatric Group AIFA

Alleanza contro le malattie respiratorie croniche GARD ITALIA, Ministero della Salute

(partecipazione in via di approvazione)

Tavolo di supporto pneumologico-allergologico AIFA

Tavolo Tecnico "Rete Ospedale/Territorio ed Integrazione Socio-Sanitaria" Regione Lombardia

SIC
sanità in cifre

Centro Studi SIC Sanità in Cifre

Il **Centro Studi SIC Sanità in Cifre** effettua studi, ricerche e sondaggi sui temi della salute e dell'economia sanitaria.

Il Centro Studi si avvale, oltre che delle proprie competenze e conoscenze, anche della collaborazione di prestigiose università, come la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il CEIS dell'Università degli Studi di Tor Vergata, il Dipartimento clinico-sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università degli Studi di Messina e la LUISS Business School.

Ecco il lavoro del Centro Studi nel 2014

- **Registri della Salute: raccolti 275.000 questionari**
- **Compendio SIC Sanità in Cifre 2013**
- **Gli studi:**
  - Interventi di contenimento della Spesa Sanitaria
  - Infezioni correlate all'Assistenza
  - Gestione e Terapia del Dolore
  - Incontinenza Urinaria
  - Prevenzione e Gestione degli Arrossamenti e Bruciori Cutanei nel Paziente Incontinente

SIC sanità in cifre

I Registri della Salute

FederAnziani, in collaborazione con la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) e con il patrocinio del Ministero della Salute e dell'AIFA, ha attivato un progetto di valutazione della prevalenza delle patologie più gravi come quelle cardiocircolatorie, respiratorie, oncologiche, urologiche, osteoarticolari, il diabete e il dolore cronico.

Questa iniziativa prevede la somministrazione di un questionario, strutturato con domande prevalentemente a risposta multipla, a tutti gli aderenti ai centri FederAnziani e non, anche all'interno degli studi dei Medici di Medicina Generale, in modo da "mappare" il più realisticamente possibile la diffusione di queste patologie su tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo dei **Registri della Salute** è quello di offrire uno strumento che consenta a FederAnziani, sulla base dei dati raccolti, di tutelare al meglio la salute dei cittadini, avanzando proposte nelle regioni al fine di migliorarne le prestazioni sanitarie e di ottenere per la popolazione anziana l'accesso alle migliori cure, ai farmaci, ai dispositivi medici e ai protocolli terapeutici più efficaci.

I dati elaborati saranno successivamente condivisi con i pazienti, con le principali società medico-scientifiche nazionali e, in forma aggregata e anonima, saranno messi a disposizione delle Istituzioni (AIFA, Ministero della Salute, Regioni) e condivisi con esse per la definizione delle migliori cure per la popolazione anziana. Il progetto prevede anche l'elaborazione di un questionario di approfondimento sulle singole patologie e il successivo contatto telefonico tramite un call center specializzato, al fine di raccogliere ulteriori dati.

Centinaia di migliaia di questionari sono già presenti nel database FederAnziani, ma i dati a nostra disposizione sono ogni giorno di più grazie all'arrivo di nuovi Registri compilati. Per il momento sono stati catalogati ed elaborati 40.462 Registri, ma quelli compilati sono più di 270.000. Le informazioni contenute nei questionari possono considerarsi sempre aggiornate grazie all'attività del nostro call center che periodicamente ricontatta gli aderenti che li hanno già compilati per controllare se ci siano state modifiche della diagnosi o della terapia. I dati che emergono dallo studio, validati dalle migliori Università italiane di economia sanitaria e farmacologia in quanto conformi alle elaborazioni della letteratura scientifica, permettono a FederAnziani di intraprendere battaglie, anche mediatiche, per il miglioramento dell'assistenza sanitaria laddove si palesi carente o comunque inadeguata per la tutela della salute dei pazienti più fragili.

SIC sanità in cifre · FederAnziani · FIMMG · Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Con il patrocinio di

Ministero della Salute · Agenzia Italiana del Farmaco AIFA

REGISTRI DELLA SALUTE

Carissimo/a,
FederAnziani, in collaborazione con la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) e con il patrocinio del Ministero della Salute e dell'AIFA, ha attivato un progetto di valutazione della prevalenza delle patologie più gravi come quelle cardiocircolatorie, respiratorie, oncologiche, urologiche, osteoarticolari, il diabete e il dolore cronico.

Questa iniziativa prevede la somministrazione del seguente questionario, strutturato con domande prevalentemente a risposta multipla, a tutti gli aderenti ai centri FederAnziani e non, anche all'interno degli studi dei Medici di Medicina Generali, in modo da "mappare" il più realisticamente possibile la diffusione di queste patologie su tutto il territorio nazionale.

L'obiettivo dei REGISTRI DELLA SALUTE è quello di offrire uno strumento che consenta a FederAnziani, sulla base dei dati raccolti, di tutelare al meglio la tua salute, avanzando proposte nella tua regione al fine di migliorarne le prestazioni sanitarie e di ottenere per la popolazione anziana l'accesso alle migliori cure, ai farmaci, ai dispositivi medici e ai protocolli terapeutici più efficaci.

Questo modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte per consentire l'analisi dei dati contenuti, il tutto nel completo rispetto della privacy. I dati elaborati saranno successivamente condivisi con i pazienti e con le principali società medico-scientifiche nazionali nell'ambito del Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, dove avanzeremo le proposte volte alla risoluzione delle problematiche riscontrate, e al quale auspichiamo la tua partecipazione.

I registri e i dati elaborati, in forma aggregata e anonima, saranno messi a disposizione delle Istituzioni (AIFA, Ministero della Salute, Regioni) e condivisi con esse per la definizione delle migliori cure per i nostri aderenti. Il progetto prevede anche l'elaborazione di un questionario di approfondimento sulle singole patologie e il successivo contatto telefonico con te tramite un call center specializzato, al fine di raccogliere ulteriori dati.

Con la tua preziosa collaborazione consentirai a tutti gli anziani aderenti a FederAnziani e al suo organismo Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute di agire in difesa del diritto alla salute in ogni sede competente non solo per te, ma per tutti i nonni e le famiglie d'Italia.

Ringraziando per la partecipazione ti salutiamo cordialmente.

FederAnziani — Dr. Roberto Messina

FIMMG — Dr. Giacomo Milillo

Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute — Dr. Giuseppe Pozzi

DATI ANAGRAFICI

Registro n. _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA __ __ __ __ __ __ __ __

SESSO ☐ Maschio ☐ Femmina

Età ..... Altezza ..... Peso .....

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

PROVINCIA _____ C.A.P. _____ TEL. _____

NOME DEL MEDICO DI FAMIGLIA _____

INDIRIZZO STUDIO MEDICO _____ C.A.P. _____

USUFRUISCE DI ESENZIONE TICKET? ☐ **NO** ☐ **SI**

*se **SI**, quali?* **1**) ..... **2**) ..... **3**) .....

STILI DI VITA

Quale lavoro ha svolto nella sua vita?

☐ Dirigente, professionista, insegnante ☐ Impiegato/a, commerciante, artigiano/a ☐ Commesso/a tecnica
☐ Operaio/a specializzato ☐ Operaio/a non specializzato ☐ Casalingo/a ☐ Mai avuto un impiego retribuito
☐ Altro .....

Svolge attività fisica? ☐ **NO** ☐ **SI**

*se **SI**, quale?* ☐ Cammina almeno mezz'ora al giorno ☐ Fa sport ☐ Balla
☐ Altro .....

È fumatore? ☐ **NO** ☐ **SI** Numero di sigarette al giorno..... Da quanti anni fuma .....

☐ **EX** (fumatore) Ha smesso da.....mesi; .....anni; Motivazione.....

Hai mai provato a smettere di fumare? ☐ **NO** ☐ **SI**

*se **SI**, come?* ☐ Da solo ☐ Aiutato dal Medico di Famiglia ☐ Rivolgendoti a un Centro Antifumo
☐ Altro .....

Beve più di due bicchieri di vino al giorno? ☐ **NO** ☐ **SI**

Mangia verdura? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Tutti i giorni Quante volte alla settimana?.....

Quanta acqua beve al giorno? ☐ Meno di 1 litro ☐ Tra 1 e 1,5 litri ☐ Oltre 1,5 litri

Durante l'estate beve di più? ☐ **NO** ☐ **SI**

DATI GENERALI

Ha problemi di vista? ☐ **NO** ☐ **SI**

*se **SI**, quale?* ☐ Maculopatia ☐ Cataratta ☐ Glaucoma ☐ Altro.....

Fa controlli periodici della vista? ☐ **NO** ☐ **SI**

Ha problemi di udito? ☐ **NO** ☐ **SI**

Si reca regolarmente dal dentista? ☐ **NO** ☐ **SI**

Ha la dentiera? ☐ **SI** ☐ **NO** ***Necessita di dentiera?*** ☐ **NO** ☐ **SI**

Quale professionista consulta abitualmente per problemi di salute?

☐ Il medico di famiglia ☐ Lo specialista ☐ Il farmacista ☐ Il medico di Pronto Soccorso

Per cosa consulta il suo medico di famiglia? ☐ Per la cura delle patologie
☐ Per indicazioni sulla prevenzione e stili di vita ☐ Per problemi familiari e relazionali

Verifica con il suo medico di famiglia le indicazioni e le terapie che indica lo specialista? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

Esegue la vaccinazione antinfluenzale ogni anno? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Qualche volta

***Ha mai eseguito la vaccinazione antipneumococcica** (contro la polmonite)?* ☐ **NO** ☐ **SI**

Si è mai rivolto al Pronto Soccorso? ☐ **NO** ☐ **SI**

☐ Negli ultimi 3 mesi ☐ Negli ultimi 6 mesi ☐ Nell'ultimo anno ☐ Non nell'ultimo anno

Assume integratori alimentari? ☐ **NO** ☐ **SI**

*se **SI**, per cosa?* ☐ Sistema neurologico ☐ Sistema cardiocircolatorio ☐ Sistema gastrointestinale
☐ Sistema muscolo-scheletrico ☐ Sistema respiratorio ☐ Sistema urogenitale
☐ Altro .....

*se **SI**, quali?* ☐ Vitamine ☐ Sali Minerali ☐ Altro .....

Assume farmaci? ☐ **NO** ☐ In passato ☐ **SI** *se **SI**, quali farmaci?*

	Nome del farmaco	Patologia	N. assunzioni giornaliere	Da quanto tempo
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				

Nell'ultimo anno un suo farmaco di marca le è stato sostituito dal farmacista con un farmaco generico equivalente? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

Se il farmacista le cambia il farmaco prescritto dal suo medico di famiglia consulta il suo medico prima di assumerlo? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

Assume farmaci antidepressivi? ☐ **NO** ☐ In passato ☐ **SI** da quanto tempo? .....

Assume farmaci tranquillanti? ☐ **NO** ☐ In passato ☐ **SI** da quanto tempo? .....

Assume prodotti lassativi? ☐ **NO** ☐ In passato ☐ **SI** da quanto tempo? .....

Quali farmaci o prodotti?

	Nome del farmaco	Patologia	N. assunzioni giornaliere
a)			
b)			
c)			
d)			

DOLORE CRONICO

1) Soffre di dolore cronico?

☐ **NO** ☐ **SI** *se **SI**,da quanto tempo?* .....

Per quale patologia? ☐ Reumatismi ☐ Artrosi ☐ Tumore ☐ Altro .....

2) È a conoscenza che la misurazione e la cura del dolore è un obbligo di legge in Italia?

☐ **NO** ☐ **SI**

3) È mai stato valutato il suo dolore con una scala specifica che ne indichi la gravità?

☐ **NO** ☐ **SI**

4) È soddisfatto della cura del suo dolore?

☐ **NO** ☐ **SI**

5) Il dolore cronico è per lei un limite all'attività giornaliera?

☐ **NO** ☐ **SI**

6) Nelle attività quotidiane ha bisogno di una persona che l'aiuti in quanto il dolore non le consente l'autonomia?

☐ **NO** ☐ **SI**

7) A chi si rivolge per la cura del suo dolore?

☐ Medico di famiglia ☐ Specialista ospedaliero, quale? .....

☐ Specialista privato, quale? .....

8) Conosce i centri specialistici regionali per la terapia del dolore?

☐ **NO** ☐ **SI**

9) Usufruisce dell'assistenza domiciliare (es. ADI)?

☐ **NO** ☐ **SI**

10) Le è mai stata negata la terapia del dolore o la continuità della stessa terapia?

☐ **NO** ☐ **SI**

11) La sua qualità di vita è migliorata dopo il trattamento del dolore?

☐ **NO** ☐ **SI**

PATOLOGIE CARDIO-CIRCOLATORIE

1) È malato di cuore?

☐ **NO** ☐ **SI** ☐ In passato ☐ Non so

2) Il valore del colesterolo è normale?

☐ **SI** ☐ Non so ☐ **NO** ☐ Inferiore a 220 ☐ Superiore a 220

3) Il valore dei trigliceridi è normale?

☐ **SI** ☐ Non so ☐ **NO** ☐ Inferiore a 200 ☐ Superiore a 200

4) Soffre di pressione alta?

☐ **NO** ☐ **SI** ☐ In passato ☐ Non so

5) Le si gonfiano le gambe?

☐ **NO** ☐ **SI** ***Quando?*** ☐ Di giorno ☐ Di notte ☐ In piedi ☐ Da seduto

6) È stato ricoverato per malattie cardiache?

☐ **NO** ☐ **SI**

7) Ha mai avuto un infarto?

☐ **NO** ☐ **SI** ***Quando?*** ☐ Nell'ultimo anno ☐ Negli ultimi 3 anni ☐ Oltre 3 anni fa

8) È stato mai trattato con un'Angioplastica Coronarica?

☐ **NO** ☐ **SI**

9) Soffre di aritmia cardiaca?

☐ **NO** ☐ **SI** ***Di che tipo?*** ☐ Extrasistole ☐ Tachicardia ☐ Bradicardia ☐ Fibrillazione atriale ☐ Altro .....

Quando le è stata diagnosticata? ☐ Nell'ultimo anno ☐ Negli ultimi 3 anni ☐ Oltre 3 anni fa

10) È mai stato colpito da ictus?

☐ **NO** ☐ **SI** ***Quando?*** ☐ Nell'ultimo anno ☐ Negli ultimi 3 anni ☐ Oltre 3 anni fa

11) Le è mai stato diagnosticato uno scompenso cardiaco?

☐ **NO** ☐ **SI**

12) È portatore di pacemaker o defibrillatore?

☐ **NO** ☐ **SI**

13) Nell'ultimo anno un suo farmaco di marca per le patologie cardiocircolatorie le è stato sostituito dal farmacista con un farmaco generico equivalente?

☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

14) È seguito da uno specialista cardiologo?

☐ **NO** ☐ **SI** *se **SI**, indichi nome e cognome* .....

In collaborazione con

PATOLOGIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

ASMA, BRONCO PNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA (BPCO), ENFISEMA

1) È costantemente esposto ad inquinamento atmosferico? ☐ **NO** ☐ **SI**

2) Ha affanno? ☐ **NO** ☐ **SI**
Quando?
☐ Svolgendo le normali attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, ecc.)
☐ Camminando alla stessa velocità dei propri coetanei
☐ Mentre cammina ha necessità di fermarsi dopo circa 100 mt per recuperare
☐ Salendo le scale o un leggero pendio o camminando veloce in pianura
☐ Per sforzi molto intensi

3) Soffre di ASMA? ☐ **NO** ☐ Non so ☐ **SI**
Da quanto tempo? ☐ Da 1 anno ☐ Da 1 a 3 anni ☐ Da più di 3 anni

4) Ha mai avuto nella vita allergie di tipo respiratorio? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so
*se **SI**, a cosa?* ☐ Ai pollini ☐ Alle polveri ☐ Alle graminacee ☐ Altro .....

5) Ha mai eseguito test per fare la diagnosi di allergia respiratoria? ☐ **NO** ☐ **SI**

6) Ha mai eseguito una spirometria? ☐ **NO** ☐ **SI**

7) Le è mai stata diagnosticata BPCO *(Broncopneumopatia Cronico Ostruttva)***?** ☐ **NO** ☐ **SI**

8) Le è mai stata diagnosticata FIBROSI POLMONARE? ☐ **NO** ☐ **SI**
Da quanto tempo? ☐ Da 1 anno ☐ Da 1 a 3 anni ☐ Da più di 3 anni

9) Si sveglia durante la notte perché non respira bene? ☐ **NO** ☐ **SI**

10) Ha durante l'anno, bronchiti, broncopolmoniti, polmoniti? ☐ **NO** ☐ **SI**
Quante volte l'anno? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o più volte
In quale stagione? ☐ Inverno ☐ Autunno ☐ Primavera ☐ Estate

11) Ha mai eseguito un controllo della saturazione di ossigeno? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so

12) Ha mai eseguito una emogasanalisi arteriosa? ☐ **NO** ☐ **SI**

13) La notte dorme sdraiato a letto? ☐ **NO** ☐ **SI**
☐ Sollevato con cuscini? Quanti? ☐ 1 ☐ 2 ☐ Più di 3
☐ Seduto in poltrona? ☐ Un po' a letto e un po' in poltrona?

14) Durante l'anno ha la tosse? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Secca ☐ Con catarro
Per quanto tempo? ☐ Meno di 2 mesi ☐ Più di 2 mesi

15) Ha avuto ricoveri per malattie respiratorie nella sua vita? ☐ **NO** ☐ **SI** Quanti?.....

16) Fa uso di ossigenoterapia? ☐ **NO** ☐ **SI**
Quante ore al giorno? ☐ Fino a 3 ore ☐ Fino a 12 ore ☐ Più di 12 ore

17) Ha mai fatto riabilitazione respiratoria? ☐ **NO** ☐ **SI**

18) È seguito in una struttura pneumologica? ☐ **NO** ☐ **SI**
☐ Ambulatorio ospedaliero ☐ Ambulatorio privato

19) È seguito da uno specialista pneumologo? ☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, indichi nome e cognome* .....

In collaborazione con

PATOLOGIE METABOLICHE (DIABETE) PATOLOGIE NEFROLOGICHE (DIALISI)

1) Ha o ha avuto casi di diabete in famiglia?
☐ **NO** ☐ **SI** *se **SI**, chi?* ☐ Padre ☐ Madre ☐ Fratello ☐ Sorella

2) I valori della glicemia sono normali?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so

3) È diabetico?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so
*se **SI**, soffre di **complicanze della malattia diabetica**?*
☐ Retinopatia diabetica ☐ Cardiopatia diabetica ☐ Neuropatia diabetica
☐ Vasculopatia diabetica ☐ Nefropatia diabetica ☐ Piede diabetico

4) Afferisce ad un centro diabetologico?
☐ **NO** ☐ **SI** Nome del centro .....

5) Chi è il suo diabetologo di fiducia?
Indichi nome e cognome .....

6) Assume farmaci per il diabete?
☐ **NO** ☐ **SI** ***Quali?*** ☐ Compresse orali ☐ Insulina ☐ Incretine

7) Segue una dieta alimentare per il diabete?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

8) Misura la glicemia con il glucometro?
☐ **NO** ☐ **SI** Quante volte al giorno? ..... Quante volte alla settimana? .....

9) Fa utilizzo di microinfusori per insulina?
☐ **NO** ☐ **SI**

10) Ha mai avuto episodi di ipoglicemia?
☐ **NO** ☐ **SI**

11) È mai stato al Pronto Soccorso per episodi di ipoglicemia?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Con ricovero ☐ Senza ricovero

12) Soffre di Insufficienza Renale Cronica *(IRC)***?**
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so
Quale stadio? *(1=Poco grave; 5=Gravissimo)* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Non so
*se **SI**, chi le ha diagnosticato l'Insufficienza Renale Cronica?*
☐ Medico di Famiglia ☐ Nefrologo ☐ Cardiologo ☐ Diabetologo ☐ Altro .....

13) Assume alimenti aproteici specifici per l'Insufficienza Renale Cronica?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

14) Sa che esistono esenzioni regionali per l'utilizzo di prodotti aproteici per l'Insufficenza Renale Cronica?
☐ **NO** ☐ **SI**

15) È in dialisi?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Centro dialisi ☐ Dialisi domiciliare
Quale tipo di dialisi? ☐ Peritoneale ☐ Arterovenosa classica

PATOLOGIE ONCOLOGICHE (TUMORE)

1) Ha condotto un tipo di lavoro che ha compromesso la sua salute?
☐ **NO** ☐ **SI**

2) Con quali sostanze pericolose ha avuto contatto durante la sua attività lavorativa?
☐ Inquinamento atmosferico ☐ Vernici-Solventi ☐ Asbesto (Eternit) ☐ Polveri sottili

3) Nella sua famiglia ci sono mai stati casi di tumore?
☐ **NO** ☐ **SI**, in passato ☐ **SI**, attualmente ☐ Non so

I suoi genitori hanno avuto un tumore? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so
*se **SI**, dove?* ☐ Intestino ☐ Polmone ☐ Mammella ☐ Prostata ☐ Altro .....

I suoi fratelli o sorelle hanno avuto un tumore? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so
*se **SI**, dove?* ☐ Intestino ☐ Polmone ☐ Mammella ☐ Prostata ☐ Altro .....

I suoi figli hanno avuto un tumore? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Non so
*se **SI**, dove?* ☐ Intestino ☐ Polmone ☐ Mammella ☐ Prostata ☐ Altro .....

4) Lei ha avuto diagnosi di tumore?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ In passato ☐ Attualmente
*se **SI**, dove?* ☐ Intestino ☐ Polmone ☐ Mammella ☐ Prostata ☐ Altro .....

A quale terapia è stato sottoposto per la cura del tumore?
☐ Intervento chirurgico
☐ Chemioterapia ☐ *pregressa* ☐ *in corso*
☐ Radioterapia ☐ *pregressa* ☐ *in corso*
☐ Ormonale ☐ *pregressa* ☐ *in corso*

5) Durante le terapie, ha perso peso, è deperito?
☐ **NO** ☐ **SI**

6) Assume integratori alimentari o un'alimentazione aggiuntiva per via:
☐ Parenterale *(attraverso la vena)* ☐ Enterale *(attraverso sondino)* ☐ Orale *(per bocca)*

7) È seguito da uno specialista oncologo? ☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, indichi nome e cognome* .....

8) Sa cos'è la Brachiterapia? *(impianto di piccoli semini radioattivi nella prostata)*
☐ **NO** ☐ **SI**

9) È a conoscenza che il tumore della prostata può essere risolto senza intervento chirurgico, ma con la Brachiterapia?
☐ **NO** ☐ **SI**

10) Esegue ogni anno la mammografia? *(riservato alle sole donne)*
☐ **NO** ☐ **SI**

11) Ha mai eseguito l'esame per il rilevamento di sangue occulto nelle feci?
☐ **NO** ☐ **SI**

12) Conosce i numerosi diritti e le agevolazioni previste per i pazienti oncologici?
☐ **NO** ☐ **SI**

PATOLOGIE OSTEO-ARTICOLARI

1) Ha dolori alle ossa? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A riposo ☐ Causati dal movimento
*se **SI**, dove?* ☐ Schiena ☐ Ginocchia ☐ Mani ☐ Collo ☐ Spalle ☐ Braccia ☐ Gomito
☐ Anca ☐ Gambe ☐ Piede ☐ Altro .....

2) Ha mai fatto un'infiltrazione articolare con farmaci per alleviare il dolore?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Cortisone ☐ Acido Ialuronico ☐ Altro .....
*se **SI**, dove è avvenuta l'infiltrazione?* ☐ Spalla ☐ Ginocchio ☐ Anca ☐ Altro .....

3) Soffre di Osteoporosi? ☐ **NO** ☐ **SI** *se **SI**, chi ha eseguito la diagnosi?*
☐ Medico di famiglia ☐ Reumatologo ☐ Ortopedico ☐ Fisiatra ☐ Altro .....

4) Assume farmaci per l'osteoporosi? ☐ **NO** ☐ **SI**

5) Ha mai riportato una frattura in seguito a un banale urto o una lieve caduta?
☐ **NO** ☐ **SI**

6) Ha mai eseguito esami per valutare la densità ossea: MOC/DEXA *(Mineralometria Ossea Computerizzata/Densitometria Assiale a Ragg X)***?** ☐ **NO** ☐ **SI**

7) Sa che dopo la menopausa le ossa diventano più fragili? *(riservato alle sole donne)*
☐ **NO** ☐ **SI**

8) È a conoscenza che esistono dei trattamenti mini-invasivi *(es.: vertebroplastica)* **per la cura delle fratture spontanee delle vertebre?** ☐ **NO** ☐ **SI**

9) Le hanno mai fatto diagnosi di artrosi? ☐ **NO** ☐ **SI** *se **SI**, quale specialista?*
☐ Ortopedico ☐ Reumatologo ☐ Fisiatra ☐ Medico di Famiglia ☐ Altro .....

10) Avverte rigidità alle articolazioni dopo il riposo notturno o quando si alza da una sedia?
☐ **NO** ☐ **SI**

11) Ha una riduzione della forza muscolare a carico degli arti inferiori? ☐ **NO** ☐ **SI**

12) Il dolore alle articolazioni le impedisce di dormire bene? ☐ **NO** ☐ **SI**

13) A causa del dolore ha una limitazione del movimento e delle attività quotidiane? *(cammina di meno, difficoltà nel salire e scendere le scale, lavarsi…)* ☐ **NO** ☐ **SI**

14) A causa del dolore ha una limitazione della funzione delle mani? *(ha meno forza nell'usare gli utensili, lavare i piatti, stirare, stringere il pugno, alzare le tapparelle...)*
☐ **NO** ☐ **SI**

15) Si sono mai gonfiate le sue articolazioni o sono diventate calde e rosse?
☐ **NO** ☐ **SI**

16) Per le condizioni delle sue articolazioni ha bisogno dell'aiuto dei suoi familiari o conviventi? ☐ **NO** ☐ **SI** ☐ Qualche volta

17) Nel caso in cui utilizza farmaci per l'artrosi, indichi quali tra questi:
☐ Antidolorifici ☐ Antiinfiammatori ☐ Oppioidi ☐ Cortisone ☐ Miorilassanti ☐ Condroprotettori
☐ Iniezioni intra-articolari ☐ Altro .....

18) Esegue fisioterapia per il dolore alle articolazioni ? ☐ **NO** ☐ **SI**

In collaborazione con SIU

PATOLOGIE UROLOGICHE

1) Soffre di perdita di urina?
☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, quando?* ☐ Durante l'attività fisica ☐ Durante gli sforzi ☐ Con lo starnuto o la tosse ☐ Mentre ride ☐ Sempre
***Ne ha parlato con un medico**?* ☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, con chi?* ☐ Medico di Famiglia ☐ Medico Specialista ☐ Altro .....
***Usa pannoloni assorbenti**?* ☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, quanti al giorno?* .....

2) Le capita di urinare spesso, ha difficoltà nella minzione, ha un getto urinario debole?
☐ **NO** ☐ **SI**

3) Si alza la notte più di una volta per urinare?
☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, quante volte?* .....

4) Ha la sensazione di non riuscire a svuotare completamente la vescica?
☐ **NO** ☐ **SI**

5) Ha mai notato la presenza di sangue nelle urine?
☐ **NO** ☐ **SI**

6) Ha mai avuto bruciore o fastidio mentre urina?
☐ **NO** ☐ **SI**

7) Ha senso di pesantezza o dolore nella regione pelvica?
☐ **NO** ☐ **SI**
*se **SI**, dove?* ☐ Regione anale ☐ Regione genitale

8) Sa che l'incontinenza può essere risolta con un intervento chirurgico mini-invasivo di 15-20 minuti?
☐ **NO** ☐ **SI**

9) Ha mai effettuato un'esplorazione rettale? *(visita urologica che valuta la prostata - per soli uomini)*
☐ **NO** ☐ **SI**

10) Ha mai effettuato un test del PSA nel sangue? *(per soli uomini)*
☐ **NO** ☐ **SI**

11) Soffre di incontinenza fecale?
☐ **NO** ☐ **SI** ☐ A volte

12) È stomizzato?
☐ **NO** ☐ **SI**

Risultati del Questionario 2013 I Registri della Salute

NOTA METODOLOGICA

Metodologia
Questionario diviso in 6 sezioni:
- Dati Generali;
- Patologie Cardiocircolatorie;
- Patologie dell'Apparato Respiratorio;
- Patologie Metaboliche e Nefrologiche;
- Patologie Oncologiche;
- Patologie Osteo-Articolari;

Popolazione
- 40.462 intervistati in totale;
- 686 registri non firmati;
- 521 registri non debitamente compilati;
- 39.825 registri presi in considerazione per l'indagine;
- Genere (su 39.825): 17.762 maschi 22.063 femmine
- Età media: 69,95 anni
- Provenienza: tutta Italia

Obiettivi
- Mappare lo stato di salute della popolazione italiana over 60
- Rappresentare il Diritto alla Salute della popolazione attraverso soluzioni concrete e condivise

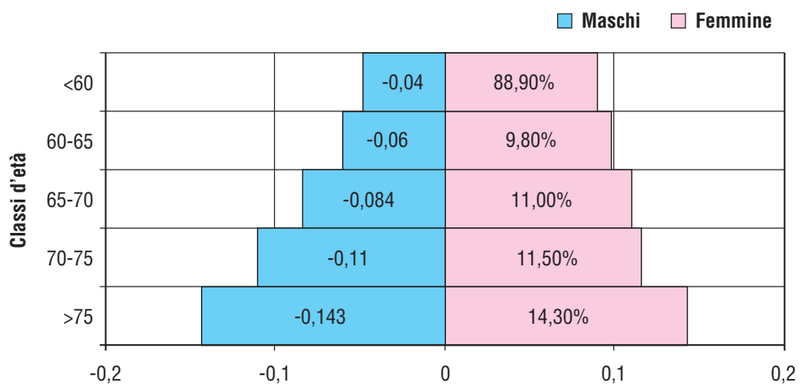
Tipologia Output
L'output delle presente ricerca è rappresentato una serie di valori relativi calcolati escludendo dal totale delle risposte quelle considerate nulle, errate, o mancanti.

I dati riportati saranno quindi espressione della percentuale di risposte valide registrate (si, no, non so, in passato) per ogni domanda elaborata nei Registri della Salute da noi proposti ai nostri aderenti.

Nelle situazioni in cui la modalità operativa differisce da quella sovrariportata la stessa sarà puntualmente esplicitata e giustificata.

Struttura Anagrafica

PIRAMIDE DELL'ETÀ



La maggior parte di rispondenti, sia maschi che femmine, ha più di 75 anni.

Dati Generali

Domande	SI	NO	Vuoti	A volte
Fuma?	11,46%	88,54%	5,45%	-
Esegue vaccinazione antinfluenzale?	54,62%	35,77%	11,69%	9,60%
Esegue vaccinazione anti pneumococcica?	7,50%	92,50%	28,55%	-
Fa uso di alcolici?	22,08%	77,79%	4,01%	0,13%
Mangia verdura ad ogni pasto?	69,94%	30,06%	4,00%	-
Consuma pasti grassi?	17,26%	82,74%	4,27%	-
Svolge attività fisica?	42,24%	57,76%	3,50%	-
Quante volte la settimana?			3,50%	
>=3 57,76%				
=2 34,34%				
<2 6,65%				
L'89,7% dei rispondenti fornisce il nome del proprio MMG				

Domande	SI	NO	Vuoti
Ha perdita di urina?	18,48%	81,52%	14,02%
Durante:			
Attività fisica 13,11%			
Durante Sforzi 20,90%			
Starnuto 31,76%			
Ridendo 4,30%			
Sempre 29,92%			
Ne ha parlato con un medico?			88,85%
Medico famiglia 46,15%			
Medico Specialista16,97%			
Mai 36,43%			
Usa ausili assorbenti? (% sul numero di incontinenti dichiarati)	29,50%	71,50%	96,12%
Quanti al giorno?			
≥3 36,00%			
=2 28,50%			
=1 35,50%			
Usa pannoloni? (% sul numero di incontinenti dichiarati)	13,78%	86,22%	97,70%
Quanti al giorno?			
≥3 52,90%			
=2 19,50%			
=1 27,60%			
Conosce intervento chirurgico?	31,58%	68,42%	47,06%
Ha problemi di vista?	68,51%	32,49%	60,50%
Fa controlli periodici alla vista?	77,16%	22,84%	65,35%
Ha problemi di udito?	29,63%	70,37%	63,50%
Utilizza apparecchi acustici?	7,05%	92,95%	73,01%
Si reca regolarmente dal dentista?	58,00%	42,00%	63,60%
Ha rinunciato alle cure di un dentista?	28,65%	71,35%	72,46%
Perché? (% sul numero di rinuncianti)			
Costi elevati 71,79%			
Paura 28,21%			
Utilizza qualche dispositivo medico-elettronico?	36,60%	63,40%	64,29%
Quale? (% sul numero utilizzatori)			
Misuratore glicemia 30,04%			
Misuratore pressione 80,45%			
Entrambi 19,45%			

Patologie Cardiocircolatorie

Domande	SI	NO	In passato	Non so	Vuoti
È malato di cuore?	17,82%	78,68%	2,00%	1,50%	5,36%
Soffre di pressione alta?	54,78%	42,22%	2,20%	0,80%	4,92%
Le si gonfiano mai le gambe?	29,86%	70,14%	-	-	5,10%
Ha dolore al petto?	10,63%	89,37%	-	-	6,33%
È mai svenuto?	13,83%	86,17%	-	-	5,40%
Ricoveri per malattie cardiache?	22,40%	77,60%	-	-	8,35%
Ha mai avuto un infarto?	7,70%	92,30%	-	-	5,37%
Ha affanno?	28,13%	71,87%	-	-	7,03%
Assume farmaci?	75,13%	24,37%	0,50%	-	5,21%
I valori della glicemia sono normali?	78,58%	17,72%	-	3,70%	9,10%
Il valore del colesterolo è normale?	67,52%	28,98%	-	3,50%	10,47%
Il valore dei trigliceridi è normale?	80,49%	14,11%	-	5,40%	10,76%
Le è mai stata diagnosticata un'aritmia?	21,69%	78,31%	-	-	10,74%
Se si, quale fra queste? Aritmia benigna o maligna 16,01% Fibrillazione atriale 30,60% Tachicardia 48,22% Bradicardia 3,91%					
È mai stato colpito da ictus?	3,93%	96,07%	-	-	5,65%
È portatore di Pacemaker o defibrillatore?	2,64%	97,36%	-	-	7,41%
Nell'ultimo anno un suo farmaco di marca le è stato sostituito con un farmaco generico?	32,34%	67,66%	-	-	62,50%
Se si, le è stato cambiato tale generico con altri generici?	47,86%	52,14%	-	-	85,35%
Tali cambiamenti le hanno generato problemi?	17,31%	82,69%	-	-	86,00%

Patologie Cardiocircolatorie: Approfondimento

- **È malato di cuore?** A questa domanda ha risposto si il 17,82% dei nostri aderenti, ma tra gli over 75 tale valore risulta salire fino al **24,52%** risultando di molto sopra la media riscontrata. Inoltre, si rivela, un ulteriore trend interessante che si discosta e di molto dalla media, tra i nostri intervistati di sesso maschile le risposte affermative ammontano al **21,00%**, contro il **14,47%** delle femmine.

- **Soffre di pressione alta?** I valori più elevati, analizzando le risposte divise per fasce d'età, risultano quelle della fascia 65-70 anni **61,95%** e 70-75 anni **64,78%**; di molto superiori alla media (**54,78%**) e anche al risultato degli over 75 **60,35%**.

- **Le si gonfiano le gambe?** Rispetto a questo quesito emergono due spunti di approfondimento:
  a) Risponde affermativamente il **37,27%** delle donne contro il **19,34%** degli uomini;
  b) Le risposte affermative degli over 75 sfiorano il **35%** attestandosi molto sopra la media.

- **È stato ricoverato per malattie cardiache o per ipertensione?** Rispetto a questa domanda c'è da aggiungere, oltre all'ovvio valore sopra la media per gli over 75 (**20,64%** vs **22,40%**), la netta predominanza di risposte affermative degli uomini. Il **28,17%** ha risposto affermativamente contro il **16,66%** delle donne. Inoltre il **45,20%** di coloro che hanno subito ricovero non hanno avuto ricoveri ulteriori.

- **Ha mai avuto un infarto?** Tra le risposte affermative risalta una netta predominanza di quelle maschili, **11,77%** degli uomini ha risposto si contro il solo **4%** delle donne.

- **Il valore del colesterolo è normale?** Due trend:
  a) Le donne presentano una numero di risposte negative nettamente superiore a quello degli uomini, **33,24%** contro il **22,90%** degli uomini;
  b) Le fasce di età intermedie (60-65, 65-70) presentano i valori più elevati di risposte negative pari al **33,18%** e al **33,54%**.

- **Le è mai stata diagnosticata un'aritmia?**
  a) Le risposte affermative delle donne risultano sensibilmente superiori rispetto a quelle degli uomini: **23,03%** contro **19,41%**;
  b) Gli over 70 presentano valori superiori alla media (**21,69%**), nella fascia 70-75 anni si riscontra un valore prossimo al **26%**, tra gli over 75 **24,24%**.

- **È mai stato colpito da ictus?** La percentuale di risposte affermative degli over 75 risulta quasi doppia rispetto alla media e pari al **6,59%**.

- **È portatore di pacemaker o defibrillatore?** La percentuale di risposte affermative degli uomini ammonta a più del doppio di quelle delle donne: **3,95%** per gli uomini contro l'**1,59%** tra le donne.

Patologie dell'Apparato Respiratorio

Domande	SI	NO	Vuoti
Ha affanno?	24,75%	75,25%	7,00%
Se si, con respiro sibilante?	79,65%	20,35%	90,00%
Soffre di ASMA?	7,36%	92,64%	7,30%
Soffre di malattie cardiache?	16,42%	83,58%	9,10%
Soffre di Ipertensione Arteriosa?	46,06%	53,94%	8,40%
Durante l'anno ha la tosse?	46,68%	53,32%	9,00%
Ha avuto ricoveri per malattie respiratorie?	7,16%	92,84%	8,25%
Le è mai stata diagnosticata ASMA?	11,84%	88,16%	8,75%
Le è mai stata diagnosticata BPCO?	8,80%	91,12%	80,30%
Salendo le scale si ferma per respirare meglio?	33,85%	66,15%	8,00%
Dopo quanti piani? (% su chi ha dichiarato di doversi fermare) ≤2 piani 58,55% =2 piani 32,06% ≥3 piani 9,39%			
L'1,8% dei rispondenti fornisce il nome del proprio medico specialista			

Domande	SI	NO	A volte	Vuoti
Ha mai avuto nella vita allergie di tipo respiratorio?	11,39%	88,61%	-	63,30%
Ha mai eseguito test per fare la diagnosi di allergia respiratoria?	8,06%	91,94%	-	63,80%
Ha frequentemente infezioni alle vie respiratorie?	12,94%	87,06%	-	65,00%
Quante volte l'anno? (% su chi dichiara di aver infezioni) 1 volta 34,45% 2 volte 35,29% 3 volte 18,49% >3 volte 8,40%				
In che stagione? Primavera 10,08% Estate 0,00% Autunno 18,49% Inverno 70,59%				
La notte dorme sdraiato a letto?	91,73%	8,27%	-	6,00%
Si sveglia durante la notte perché non respira bene?	9,59%	90,41%	-	8,30%
Assume farmaci per respirare meglio?	7,08%	91,12%	1,80%	7,90%
Se si, da quanto tempo? Mediamente 11,5 anni				
Fa uso di ossigenoterapia?	1,74%	98,26%	-	12,00%
Se si, quante volte al giorno? Mediamente 1,7 volte al giorno				

Patologie dell'Apparato Respiratorio: Approfondimento

- **Ha affanno?** A questa domanda il **28,46%** degli over 75 ha risposto si, dato sensibilmente superiore alla media rilevata (**24,75%**).
- **Durante una passeggiata sente la necessita di fermarsi perche non respira bene?** Il dato degli over 75 risulta particolarmente alto e pari al **29,11%**. Inoltre si rileva una sensibile discrepanza tra il dato maschile e quello femminile. Infatti mentre il **20,31%** degli uomini da risposta affermativa, per le donne il valore si attesta ad un considerevole **26,03%**.
- **Salendo le scale sente la necessita di fermarsi perché non respira bene?** Due tendenze:
  a) Il dato per la fascia d'età over 75 si attesta al ragguardevole **38,80%**;
  b) Grande rilevanza della distinzione per sesso. Mentre tra gli uomini le risposte affermative risultano pari al **26,53%**, tra le donne esse sono pari al **38,71%**.
- **Ha mai avuto nella vita allergie di tipo respiratorio?** Rilevante distinzione tra il dato maschile e quello femminile, tra i primi i si ammontano all'**8,83%** dei casi, tra le donne al **13,33%**.

Patologie Metaboliche e Nefrologiche

Domande	SI	NO	Non so	A volte	Vuoti
I valori della glicemia sono normali?	78,34%	19,16% (73,92% tra i dichiarati diabetici)	2,50%	-	5,40%
È diabetico?	18,54%	81%	1,40%	-	4,55%
Afferisce ad un centro diabetologico?	14,45% (72% tra i dichiarati diabetici)	85,55%	-	-	10,00%
Assume farmaci per il diabete?	18,34% (90,61% tra i dichiarati diabetici)	81,66%	-	-	10,40%
Utilizza microinfusori per insulina?	2,13% (93% tra i dichiarati diabetici)	97,87%	-	-	12,45%
Misura glicemia con glucometro?	16,19% (68% tra i dichiarati diabetici)	79,41%	-	4,40%	12,00%
Se si, quante volte al giorno? Mediamente 2 volte al giorno tra chi ha dichiarato utilizzo					
Se si, quante volte la settimana? Mediamente 5 volte la settimana tra chi ha dichiarato utilizzo					
Hai mai avuto episodi di ipoglicemia?	4,01% (28,16% tra i dichiarati diabetici)	93,69%	-	2,30%	11,80%
Quante volte la settimana? (media calcolcolata su coloro che hanno dichiarato di aver avuto episodi) Mediamente 2 volte la settimana tra chi ha dichiarato episodi					
E al mese? Mediamente 5,5 volte al mese tra chi dichiarato episodi					
Ricoveri per episodi di ipoglicemia?	1,99%	97,81%	-	0,20%	11,70%
Complicanze della malattia diabetica?	5,02% (26,66% tra i dichiarati diabetici)	94,98%	-	-	14,80%
Se si, quale? (% calcolata sul numero di dichiaranti complicanze diabetiche) Retinopatia diabetica 37,13% Cardiopatia diabetica 19,76% Neuropatia diabetica 16,77% Vasculopatia diabetica 18,56% Nefropatia diabetica 8,38% Riduzioni campo visivo 48,50%					
Svolge attività fisica costantemente?	35,60% (31,05% tra i dichiarati diabetici)	64,40%	-	-	5,80%
Soffre di Insufficienza Renale Cronica?	5,15% (12,71% tra i dichiarati diabetici)	94,85%	-	-	12,00%
Assume alimenti ipoproteici?	2,95% (14,66% tra gli affetti IRC)	97,05%	-	-	14,90%

Patologie Metaboliche e Nefrologiche: Approfondimento

- **I valori della glicemia sono normali?** Dall'analisi svolta risulta un maggior numero relativo di uomini i cui valori glicemici risultano fuori norma (**20,88%**) rispetto allo stesso dato rilevato per le donne (**17,32%**).

- **È diabetico?** Assai diverso risulta il dato maschile con il **22%** di risposte affermative contro il **15,24%** delle donne. La maggior percentuale di uomini affetti da diabete si riscontra in valori relativi del dato maschile costantemente superiori a quelli femminili per tutte le domande successive riguardanti l'assunzione di farmaci contro il diabete, l'uso di insulina e del glucometro e per quanto riguarda le possibili complicanze generate dal diabete.

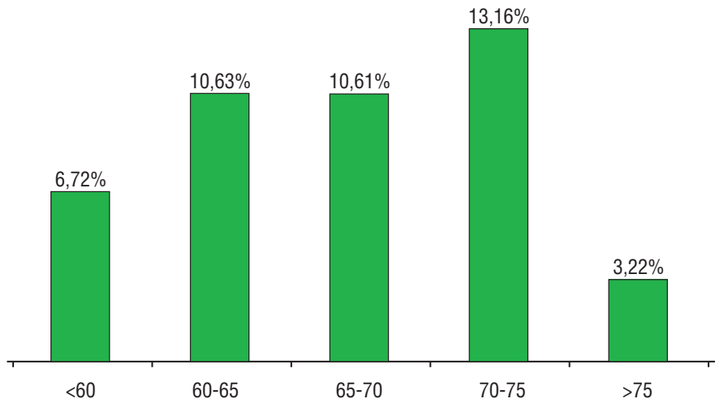
- **Soffre di Insufficienza Renale Cronica?** Due trend:
  a) Il dato relativo degli over 75 si attesta all'**8,44%** di risposte affermative (la media è il **5,15%**);
  b) Le risposte affermative della popolazione campionaria maschile si attestano al **6,23%** contro il **4,07%** registrato tra le femmine.

Come ulteriore approfondimento alle patologie Metaboliche e Nefrologiche, di seguito, saranno presentati i dati in nostro possesso relativi alle **Disfunzioni Tiroidee**, in cui si evidenzia l'incidenza di tali patologie, l'incidenza relativa delle stesse rispetto al sesso e alle classi d'età analizzate.

Disfunzioni Tiroidee

Disfunzioni Tiroidee	SI	NO
	9,93%	90,07%
Tra i Si: Maschi 10,65% Femmine 89,35%		
Distinguendo per sesso, risponde Si il: Maschi 1,66% Femmine 11,90%		
Il 57,80% del campione non ha risposto, o ha risposto non correttamente al quesito.		

INCIDENZA DISFUNZIONI TIROIDEE PER CLASSI D'ETÀ



Patologie Oncologiche

Domande	SI	NO	Vuoti
È esposto ad inquinamento atmosferico?	17,41%	82,59%	9,34%
Ha condotto un lavoro compromettente per la salute?	12,76%	87,24%	11,20%
Ha avuto casi di tumore in famiglia?	45,51%	54%	9,00%
Ha avuto diagnosi di tumore?	13,24%	86,76%	7,85%
È stato sottoposto a? (% calcolata sul numero di soggetti cui è stato diagnosticato un tumore) Intervento 69,91% Chemioterapia 23,59% Radioterapia 26,62%			
Assume farmaci per il tumore?	2,74%	97,26%	14,50%
Da quanto tempo? Mediamente 5,4 anni			
Presenta disturbi dovuti alle terapie oncologiche?	2,99%	97,01%	29,25%
Se si, causati da? Farmaci 29,63% Intervento 59,26% Chemioterapia 34,57% Radioterapia 30,86%			
Sa che il tumore della prostata può essere risolto con brachiterapia?	28%	71,68%	37,50%
Sa cos'è la brachiterapia?	13,85%	86%	40,00%
Conosce i diritti e le agevolazioni dei pazienti oncologici?	11,18%	88,82%	34,50%
Il 91% dei pazienti con diagnosi di tumore alla prostata sa che può essere curato tramite Brachiterapia e sa cosa essa sia			

Patologie Oncologiche: Approfondimento

- **Ha condotto un tipo di lavoro che pensa abbia potuto compromettere la sua salute?** Interessante il dato distinto per sesso: il **19,63%** dei maschi da risposta affermativa contro il solo **6,76%** delle donne.
- **Ha avuto diagnosi di tumore?** Il valore relativo delle risposte affermative tra gli uomini si attesta intorno al **14%**, tra le donne all'**11%**.
- **Sa che il tumore alla prostata può essere risolto senza intervento ma con la Brachiterapia?** Il dato maschile risulta sensibilmente superiore a quello femminile. Il **36,88%** di risposte affermative contro il **20,31%**. Stessa tendenza si evince nella domanda successiva, ovvero se il federato sa cosa sia la Brachiterapia. Il motivo di tale tendenza è evidente da isolare, essendo una pratica terapeutica unicamente rivolta al sesso maschile gli stessi sono molto più informati a riguardo.

Patologie Osteo-Articolari

Domande	SI	NO	Vuoti
Ha dolori alle ossa?	70,32%	30%	7,80%
Se si, dove?			
Schiena 54,82%			
Ginocchia 31,37%			
Mani 8,43%			
Fa uso di farmaci per il dolore alle ossa/articolazioni?	37,38% (49,80% tra chi dichiara dolori ossei)	62,62%	16%
Ha mai fatto un'infiltrazione articolare con antidolorifici?	27,26% (35,08% tra chi dichiara dolori ossei)	72,74%	15,75%
Soffre di osteoporosi?	31,36%	69%	13,80%
Ha mai eseguito una MOC/DEXA?	42,97% (81,30% tra chi si dichiara affetto da osteoporosi)	57,03%	14,10%
Sa che dopo la menopausa le ossa diventano più fragili?	87,93%	12,07%	23,35%
È a conoscenza dei trattamenti mini-invasivi per la cura delle fratture da compressione vertebrale?	32,88%	67,12%	20,00%

Il 50% degli intervistati che hanno dichiarato dolore alle ossa assume farmaci per il dolore. (il 67% tra le donne)
Il 31% degli intervistati soffre di Osteoporosi (il 50% tra le donne)

Patologie Osteo-Articolari: Approfondimento

In ogni domanda proposta in questa area si riscontra per tutti i problemi o patologie investigate una netta predominanza di donne affette dalle stesse. Quindi nel proseguio dell'approfondimento non si citeranno distinzioni di genere, essendo il dato femminile sempre superiore a quello maschile.

- **Ha dolori alle ossa?** Il dato riguardante la percentuale di risposte affermative è molto più alto della media tra gli over 65 anni. In particolar modo tra le femmine. Tra le stesse si rileva un dato pari all'**86,29%** per le over 75 e superiore al **79%** per entrambe le fasce 65-70 e 70-75 anni.

- **Ha mai fatto un'infiltrazione articolare con farmaci per alleviare il dolore?** Rispetto alla media delle risposte affermative (**27,26%**), i dati riguardanti le donne tra i 70 e i 75 anni e quelle over 75 risulta molto più elevato e pari al **39,16%** e al **40,55%**.

- **Soffre di osteoporosi?** Il dato rilevato di risposte affermative per le donne over 75 è pari al **65,35%**, per le donne nella fascia d'età 70-75 anni risulta pari al **47,06%** mentre nella fascia 65-70 anni si rileva un **46,30%**.

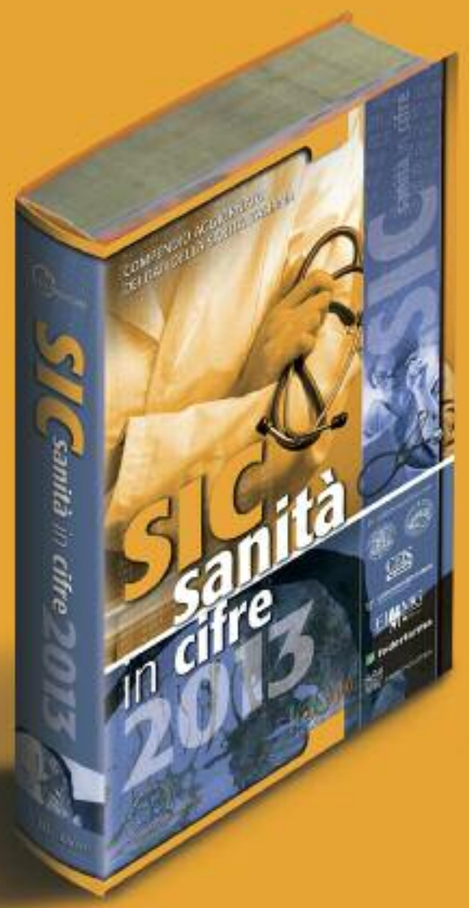
RIFLESSIONI GENERALI

- I pazienti non sono gestiti correttamente;
- Hanno una conoscenza superficiale del loro stato di salute;
- C'è scarsa prevenzione;
- Ignorano i loro diritti in ambito sanitario;
- Discontinuità regionale nei diritti e nei trattamenti;
- Necessitano di informazioni più approfondite;
- Il medico è il principale punto di riferimento del paziente, ma non lo informa in maniera adeguata;
- Gli over60 necessitano di informazioni ad hoc.

POTENZIALITÀ

- Data Base anamnestico completo;
- Conoscenza della cura e della terapia;
- Mappatura nazionale/regionale/provinciale delle patologie e delle relative terapie;
- Individuazione geografica dei punti di debolezza e di forza del sistema;
- Delega di rappresentanza per migliorare il sistema;
- Individuazione delle aree nelle quali si può investire o risparmiare.

Il Compendio SIC Sanità in Cifre



Ogni anno il Centro Studi pubblica il **Compendio SIC Sanità in Cifre**, uno strumento conoscitivo dettagliato ed attendibile su aspetti demografici ed epidemiologici, organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, Lea, spesa sanitaria e farmaceutica e conti economici regionali.

I dati salienti relativi alla sanità italiana vengono raccolti con l'obiettivo di fornire ufficialmente un quadro delle condizioni economico-sanitarie del Paese e consentire ai decisori politici di trovare con più facilità le possibili soluzioni.

SIC
sanità in cifre

Il Compendio

Il compendio fotografa ogni anno, dal 2006, andamenti, fenomeni e scenari della sanità e della salute italiana, offrendo alle Istituzioni un valido strumento per pianificare ed implementare interventi concreti e sostenibili.

Collaborano alla realizzazione del compendio la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il CEIS dell'Università di Tor Vergata e il Dipartimento clinico-sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina.

Si compone di sette capitoli in cui vengono riportati i dati salienti che caratterizzano la sanità in Italia, relativi agli aspetti demografici della popolazione che fruisce dei servizi, a quelli epidemiologici, all'organizzazione del SSN, alla spesa sanitaria, ai Lea, alla spesa farmaceutica e ai modelli CE di rilevazione dei Conti economici regionali.

Obiettivo del compendio è quello di descrivere, attraverso dati certi e ufficiali, le condizioni economico-sanitarie del Paese per poterne delineare gli sviluppi futuri, in particolare relativi al comparto sanità, che assorbe circa l'80% della spesa corrente delle Regioni, rappresentando il vero banco di prova del federalismo che verrà.

Capitolo I
Dati demografici ed epidemiologici

DATI DEMOGRAFICI
- Dati sulla Popolazione
- Dati su Nascite
- Mortalità
- Tassi di Fecondità

DATI EPIDEMIOLOGICI
- Cause di Morte
- Aborto
- Trapianti

Capitolo II
Organizzazione del SSN

STRUTTURE E DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO
- Strutture Locali
- Strutture Operative
- Strutture Operative
- Posti Letto
- Strutture per Tipologia di Apparecchiature

IL PERSONALE
- Medici

ATTIVITÀ DI RICOVERO

Capitolo III
Spesa Sanitaria

LA SPESA SANITARIA IN ITALIA
- Dati Generali
- Costi

L.E.A.
- L.E.A. Prevenzione
- L.E.A. Prevenzione e Tutela nei Luoghi di Lavoro
- L.E.A. Prevenzione Sanità Animale
- L.E.A. Prevenzione Salute degli Alimenti
- L.E.A Distrettuale
- L.E.A. Distrettuale Anziani
- L.E.A. Distrettuale Disabili
- L.E.A. Distrettuale Malati Terminali
- L.E.A. Distrettuale Farmaceutica
- L.E.A. Distrettuale Specialistica
- L.E.A. Ospedaliera
- L.E.A. Emergenza

Capitolo IV
Spesa Farmaceutica

SPESA FARMACEUTICA IN ITALIA
- Dati Generali dei Consumi

SETTORE FARMACEUTICO TERRITORIALE
- Consumi e Spesa

SPESA FARMACEUTICA
- Consumo Farmaci
- Spesa per ATC
- Prescrizioni
- Farmaci non Coperti da Brevetto

Capitolo V
Conti Economici Regionali

CONTO ECONOMICO NAZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE
- Descrizione Codici Conto Economico
- Conto Economico delle Strutture Sanitarie Pubbliche per Regione

Capitolo IV
Sintesi dei Principali Studi Eseguiti nell'Anno dal Centro Studi SIC

Capitolo VII
Sanità, Indirizzi ed Acronimi

INDIRIZZI DELLE STRUTTURE SANITARIE
ACRONIMI SANITARI/FARMACEUTICI

Gli Studi
"Interventi di contenimento della Spesa Sanitaria"

I Costi inspiegabili

La tendenza alla crescita incontrollata e insostenibile della spesa sanitaria rappresenta un problema conosciuto da anni, studiato in teoria e riscontrato nella pratica.

Esistono delle condizioni difficili da affrontare, quali la scarsità dei finanziamenti e la disomogeneità dei servizi sanitari regionali, anche qualora la gestione economico-organizzativa fosse trasparente ed efficiente. Se, invece, come purtroppo si verifica, bisogna anche fare i conti con gli sprechi di risorse già scarse e/o mal gestite il problema diventa inaffrontabile.

Nel corso degli anni diverse riforme hanno avuto il fine comune di riorganizzare il sistema in modo da renderlo più efficiente ma ancora tale proposito non è stato pienamente raggiunto.

Un cambiamento è urgente, soprattutto nel momento storico che stiamo vivendo: come noto, la sanità è il settore più colpito dalle operazioni di riduzione della spesa portate avanti dai Governi per fronteggiare la crisi del debito e lo squilibrio dei conti pubblici.

Quando le risorse diminuiscono diviene fondamentale l'efficiente sfruttamento di quelle ancora a disposizione. In questo contesto, lo studio condotto annualmente sugli Interventi di contenimento della spesa sanitaria ha lo scopo di evidenziare il fatto che, anche laddove raramente si va a controllare, si annidano sprechi altamente pregiudizievoli, ovviamente, per l'efficienza del sistema.

La metodologia adottata è basata sull'analisi di alcune voci di costo del modello di Conto Economico (CE) di Aziende Ospedaliere (AO) e Aziende Sanitarie Locali (ASL) italiane che non sono direttamente correlate alle attività sanitarie.

Nello specifico, sono state esaminate quelle relative a:
- Pulizia, Lavanderia, Materiali di Guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere raggruppate nella macro area "Pulizia, lavanderia e materiali di guardaroba";
- Prodotti alimentari, Mensa, raggruppate nella macro area "Prodotti alimentari e mensa";
- Utenze telefoniche;
- Riscaldamento;
- Premi assicurativi;
- Interessi passivi (solo nel confronto dei valori del triennio 2009-2011).

Di queste voci di costo, ogni anno viene fornito un confronto basato sui dati relativi alle gestioni degli ultimi tre esercizi disponibili. I parametri adoperati per attuare le comparazioni triennali sono il numero totale dei dipendenti del SSN, il numero totale delle giornate di degenza ed il numero totale dei ricoveri (numero totale dei dimessi dalle Schede di Dimissione Ospedaliera).

L'analisi evidenzia quanto (e con quali differenze da Regione a Regione) si spende per queste voci, normalmente non considerate perché non strettamente attinenti a prestazioni sanitarie.

Nell'ultima edizione dello studio è emerso che nei tre anni analizzati (2009, 2010, 2011), il SSN avrebbe potuto risparmiare il 36,31% delle risorse che sono state impiegate per le cinque macro-aree di costo selezionate. Il risparmio totale ipotetico ammonta a quasi 1,5 miliardi di euro l'anno.

Nello specifico, le risorse impiegate in modo inefficiente sono state:
- 461 milioni per la voce relativa alla pulizia, lavanderia, materiali di guardaroba e di generale convivenza (25,06%);
- 240 milioni per i prodotti alimentari e la mensa (27,93%);
- 110 milioni per le utenze telefoniche (45,53%);
- 478 milioni per il riscaldamento (96,72%);
- 205 milioni per i premi assicurativi (30,14%).

Per ogni macro-area di costo si è stimata l'incidenza per giornata di degenza e per ricovero. Il costo medio più alto sia per giornata di degenza che per ricovero è stato quello relativo alla macro-area "Pulizia, Lavanderia e Materiali di guardaroba," pari rispettivamente a 28,72 euro e 167,69 euro.

Gli Studi
"Infezioni correlate all'Assistenza"

Il progetto sulle Infezioni Correlate all'Assistenza, a causa delle quali muoiono ogni anno in Italia circa 7.000 pazienti fragili, è stato condotto al fine di analizzare una tematica centrale di salute pubblica rappresentando uno dei fenomeni più rilevanti per la sicurezza del paziente. Esse infatti costituiscono la complicanza più frequente e più grave delle cure ospedaliere, colpendo l'ammalato durante il ricovero o dopo le sue dimissioni.

Lo studio ha posto l'attenzione su una particolare infezione causata da un batterio denominato Clostridium Difficile (CD), il quale è alla base di gravi problemi gastrointestinali che possono portare anche alla morte del soggetto che lo contrae. L'età avanzata è da considerarsi uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo dell'infezione da Clostridium Difficile (CDI) dato che per ogni anno d'età successivo al 65° il rischio di contrarlo aumenta del 2% (McCollum e Rodriguez, 2012).

Considerato il progressivo invecchiamento della popolazione e, di conseguenza, il fatto che gli utenti delle strutture sanitarie saranno costituiti in proporzione crescente da gente anziana, questa infezione nosocomiale è destinata a divenire un pericolo per la sicurezza del paziente sempre più difficile da gestire.

La crescita quantitativa di episodi di CD ha quindi risvolti sia sulla qualità dell'assistenza erogata, sia sulla spesa sanitaria. In merito a quest'ultimo aspetto, le CDI comportano costi aggiuntivi, per esempio per prolungata degenza, che si potrebbero risparmiare in un periodo di riduzione della spesa sanitaria, al fine della contrazione della spesa pubblica totale. Nonostante ciò il contesto italiano è caratterizzato da una scarsità di indagini riguardanti le CDI. Pertanto FederAnziani si è posta l'obiettivo di conoscere l'effettiva diffusione all'interno degli ospedali delle corrette pratiche diagnostiche per la prevenzione delle ICA e in particolare del CD, la casistica dei pazienti interessati, i reparti di provenienza dei pazienti, il numero e la tipologia di esami condotti per la diagnosi della CDI, la percentuale di test positivi.

La metodologia seguita è stata quella della somministrazione di un questionario, inviato attraverso posta elettronica certificata, alle direzioni delle Asl e delle Strutture Ospedaliere.

Il questionario è stato strutturato in tre parti da compilare a cura rispettivamente della Direzione ospedaliera, del responsabile del reparto di Medicina Interna e del Laboratorio di Microbiologia, laddove presente.

Le risultanze di questo progetto hanno mostrato che in media una CDI prolunga la degenza di 8 giorni. Nei tre mesi precedenti l'indagine, per reparto di Medicina Interna si sono registrati in media 14 casi di ICA (87% over 65), di cui 4 di CDI (89% over 65) che sono stati il 16% delle volte di entità severa e il 2% potenzialmente letali. Inoltre, si sono verificate recidive in quasi la metà dei pazienti con CDI in forma severa. Per la diagnosi le analisi più diffuse sono risultate la Ricerca della Tossina A+B, la ricerca combinata GDH + tossine e PCR se esito dubbio di esame GDH + tossine.

Il 14% delle direzioni ospedaliere ha dichiarato di non avere né un reparto di malattie infettive né un consulente infettivologo (si tratta prevalentemente di Presidi di Asl e Case di Cura), la metà di avere un consulente infettivologo, la quasi totalità di avere un Comitato Infezioni Ospedaliere che si riunisce 3/4 volte l'anno e che nell'84% dei casi ha anche elaborato delle raccomandazioni riguardanti il CD.

Quasi tutte le strutture coinvolte hanno affermato di avere un protocollo per l'igiene, la sanificazione ambientale e a letto dell'ammalato. Dato che la somministrazione di cura antibiotica rappresenta un fattore di rischio per l'insorgere della CDI, il 64% delle Direzioni ha sviluppato un programma di utilizzo prudente degli antibiotici (Antibiotic Stewardship), che però è attivo in tutti i reparti solo il 63% delle volte.

Nei centri che prevedono l'isolamento da contatto in stanza singola il numero di CDI risulta inferiore. È emerso che viene data più importanza all'informazione sulle ICA destinata ai pazienti/visitatori (77% dei rispondenti la attua), rispetto all'informazione orientata al personale. Infatti quasi la metà delle Direzioni nell'ultimo anno non ha organizzato corsi di formazione al personale sulle infezioni da Clostridium Difficile nonostante il personale possa costituire il primo veicolo di trasmissione del batterio, per esempio a causa di una igiene delle mani non adeguata.

Fra i dati raccolti, quello rappresentativo della ancora scarsa percezione dell'importanza delle ICA nell'ottica della sicurezza del paziente è costituito, in ben una struttura su due, dall'assenza di indicatori specifici per il monitoraggio delle infezioni da CD nelle procedure di valutazione della qualità assistenziale erogata.

Gli Studi
"Gestione e Terapia del Dolore"

Grazie all'iniziativa di FederAnziani e all'impegno del Centro Studi SIC è stata condotta l'indagine conoscitiva sulla gestione e terapia del dolore, volta ad approfondire la tematica della corretta organizzazione dell'assistenza sanitaria nel delicato settore della terapia del dolore cronico.

L'obiettivo del presente studio è quello di ottenere un quadro realistico sul livello di attuazione della L. 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) sul territorio nazionale, la cui osservanza è il primo passo necessario per giungere ad una soddisfacente erogazione del servizio.

- Per raggiungere l'obiettivo è stato elaborato un questionario inviato ad un campione rappresentativo di strutture sanitarie. Su 30 questionari inviati, soltanto 12 sono rientrati in sede compilati (58,4% di risposte dal Centro Italia, 25% dal Nord Italia e 16,6% dal Sud Italia);
- I questionari sono stati compilati dai medici responsabili del Servizio di Cure Palliative e Terapia del Dolore delle diverse strutture;
- La compilazione è avvenuta tra il primo agosto ed il 24 ottobre 2014.

Le domande sono state predisposte avendo riguardo alle varie previsioni della L. n. 38, con il fine di verificarne l'attuazione, nonché considerando basilari esigenze di informazione sulle terapie antalgiche sia del personale sanitario che dei pazienti.

Riportiamo una breve sintesi dei risultati emersi dall'indagine:

- Più della metà delle strutture rispondenti afferma che il processo di attuazione della legge n. 38 (dal Sud Italia le risposte in senso negativo) è soddisfacente; quando, però, si domanda se è stata realizzata una buona rete connettiva ospedale-territorio per la gestione del paziente con dolore, elemento essenziale dell'impianto previsto dalla legge n. 38, le risposte si fanno variegate. L'area in cui la rete risulta adeguata è quella del Nord Italia;
- Per quanto riguarda la formazione del personale, nella maggior parte delle aziende rispondenti sono previsti corsi ECM per sviluppare una rete per la terapia del dolore, ma solamente facoltativi;
- Nell'83% delle risposte risulta essere stata istituita una unità operativa ad hoc per le terapie antalgiche; la maggioranza di coloro che hanno risposto in tal senso affermano, inoltre, che l'UO rispetta i criteri di accreditamento contenuti nell'accordo sottoscritto dalla Conferenza Stato Regioni nel luglio 2012, mentre 3 strutture del Centro Italia dichiarano il contrario: l'UO, pur presente, non risulta in linea con le indicazioni istituzionali per l'accreditamento.
- La maggior parte delle strutture rispondenti evidenzia problemi nella definizione di un budget specifico per la terapia del dolore, per cause legate alla non tempestiva richiesta di uno specifico centro di costo o alla incompleta pianificazione della rete della terapia del dolore;
- Nella maggioranza delle strutture il dolore viene valutato con scale di valutazione specifiche e solamente 3 strutture tra le rispondenti utilizzano scale di misurazione diverse dal PAIN SCORE. In tutte le strutture rispondenti, eccetto 3 strutture, ci si serve di medical devices per controllare il dolore cronico;
- I farmaci maggiormente utilizzati risultano, in media, i FANS non steroidei (con un utilizzo percentuale medio del 32,3%);
- Poco più della metà delle strutture (58%) non predispone documenti informativi per i pazienti: non esiste un documento chiaro e comprensibile che informi circa la possibilità di misurare il dolore e di essere curati grazie a protocolli specifici di trattamento.

Le conclusioni che possiamo trarre dai dati riportati supra sono le seguenti:

1. Appare evidente che l'applicazione della legge 38 è parzialmente inattesa (secondo quanto dichiarato da circa il 40% delle strutture coinvolte);
2. Esistono notevolissime differenze tra le reti di terapia antalgica implementate dalle Regioni (alcune Regioni sono in ritardo nella pianificazione della rete connettiva ospedale-territorio);
3. Le risorse disponibili non sono adeguate in termini di budget dedicato per soddisfare la domanda di cura;
4. L'informazione sui diritti del paziente con dolore cronico e sulle vie effettivamente praticabili per intraprendere un percorso terapeutico dentro e fuori dalle strutture ospedaliere è carente; in particolare non risultano ben implementati i servizi informativi delle singole strutture, le quali per prime sono chiamate a informare sui servizi erogati essendo gli enti più vicini alle comunità locali potenziali beneficiari dell'assistenza.

Gli Studi "Incontinenza Urinaria"

Il progetto qui riassunto si focalizza sull'incontinenza urinaria e sulla sua gestione a livello ospedaliero.

I programmi di terapia che vengono seguiti per trattare questa patologia sono svariati, ma quasi sempre non risolvono il problema. Gli ausili assorbenti vengono forniti gratuitamente dalle Asl con un tetto massimo di volumi mese/persona ed, inoltre, spesso causano imbarazzo in chi li indossa. Essi hanno, peraltro, un costo fisso mensile che, con l'utilizzo di terapie alternative e più avanzate, potrebbe ridursi a zero. Lo studio ha come scopo anche quello di capire se vi siano, e quali, problemi burocratici nell'accesso degli incontinenti alle terapie più avanzate in ambito ospedaliero.

Anche in questo caso, per rispondere agli obiettivi del progetto, FederAnziani ha sviluppato un questionario quantitativo semi-strutturato che è stato inviato ad alcune strutture sanitarie su tutto il territorio nazionale. La Survey è stata compilata dal 50% delle strutture intervistate.

Dalle domande si evince che dal 2010 al 2013 nella maggior parte delle strutture l'incidenza dell'incontinenza è <500 casi, con un range che varia da 4 a 290.

Attualmente se affetti da incontinenza urinaria i tempi di attesa per essere presi in cura vanno dai 3 mesi per la prima visita fino a 6-8 mesi per il ricovero. Oltre al trattamento farmacologico, esistono delle procedure avanzate per la cura dell'incontinenza, che richiedono l'intervento della chirurgia.

Dal 2010 al 2013, le strutture intervistate hanno registrato un'attività chirurgica per incontinenza urinaria stress pari a 2.000 interventi totali, tra strutture della Lombardia, Piemonte (che registra il 50% circa del totale di attività), Lazio ed Emilia Romagna. I tempi di attesa tuttavia possono addirittura superare l'anno solare.

La Survey indaga inoltre il numero, i tempi di attesa sia dell'istallazione degli impianti di neuro stimolazione sacrale che della loro sostituzione, nel primo caso bisogna aspettare circa 90 giorni in media, nel secondo, più di una struttura afferma di dover aspettare all'incirca un mese. Tuttavia, alcune strutture i tempi di attesa variano in base alle difficoltà dei casi trattati.

Considerazioni finali:

- Pochi ospedali hanno risposto alla survey e non a tutte le domande
- I risultati evidenziano una incongruenza tra i dati di epidemiologia regionali e i casi trattati
- Di fatto FederAnziani ha registrato una non continuità di cura in Lombardia e nel Lazio. In particolare, sono arrivate lettere da pazienti della Campania con problematiche molto accese per l'accesso e la continuità di cura
- Inoltre i dati della survey evidenziano in minima parte quanto emerso dal documento di Corte 2013 e PIS 2014: "L'accesso alle strutture e ai trattamenti di secondo livello (es. Neuromodulazione sacrale) non è assicurato su tutto il territorio nazionale" (PIS 2014)
- Ci sono dichiarazioni opposte, ci dobbiamo chiedere perché non ci sia allineamento tra quanto dichiara il paziente/clinico e quanto dichiarano le strutture ospedaliere

Gli Studi

"Prevenzione e Gestione degli Arrossamenti e Bruciori Cutanei nel Paziente Incontinente"

Questo studio, portato avanti da FederAnziani e dal centro studi di economia sanitaria SIC - Sanità in Cifre, assieme alla cooperazione della FIMMG, è finalizzato ad approfondire la conoscenza sulle modalità di gestione delle lesioni cutanee dei Pazienti incontinenti da una duplice ottica: quella dei Medici di Medicina Generale (MMG) e quella dei Pazienti incontinenti.

Pertanto sono state predisposte due distinte survey da sottoporre, la prima a 100 MMG, la seconda a 100 Pazienti incontinenti, per meglio approfondire:

a) Tipo e grado di incontinenza di cui i Pazienti sono affetti
b) Presidi assorbenti utilizzati
c) Igiene delle parti intime
d) Prevenzione, tutela e gestione delle lesioni cutanee della regione genitale

I questionari si distinguono per il numero e la tipologia di sezioni di cui sono composti e, ovviamente, dalla tipologia di domande proposte, agli MMG si è maggiormente soffermati sulle diverse modalità di gestione del Paziente incontinente a seconda che presenti o meno arrossamenti cutanei, ai Pazienti si è principalmente chiesta la tipologia di presidio assorbente e protettivo cutaneo che utilizzano, se e con che frequenza ne fanno ricorso, e la loro soddisfazione a riguardo.

I risultati dello studio risultano essere particolarmente interessanti, di seguito si elencano solo una minima parte delle evidenze emerse:

- Mediamente gli MMG visitano mensilmente solo il 27,5% dei loro Pazienti incontinenti;
- Secondo le risposte fornite dagli MMG il tipo di incontinenza largamente più diffuso è l'urinaria leggera. Particolarità, maggiore diffusione della incontinenza totale della sola incontinenza fecale;
- La maggior parte degli MMG consiglia prodotti specifici per l'igiene e la cura della cute al cambio del pannolino (per la maggior parte sapone liquido) e la successiva applicazione di un protettivo cutaneo anche in assenza di arrossamenti cutanei;
- Gli MMG riscontrano, come tipologie di lesioni cutanee, più frequentemente arrossamenti ed erosioni cutanee;
- La quasi totalità degli MMG intervistati ritengono che il protettivo cutaneo consigliato, da applicare al cambio del presidio assorbente, abbia efficacemente risolto le lesioni cutanee dei Pazienti, e che non interferisca con il grado di assorbenza del presidio;
- Guardando alle risposte dei Pazienti si riscontra una elevatissima correlazione tra età anagrafica e gravità dell'incontinenza cui si è affetti;
- Emerge che a quasi la totalità degli utilizzatori del pannolone a mutandina affetti da incontinenza fecale il presidio viene fornito gratuitamente dalla ASL;
- I maggiori utilizzatori di presidi assorbenti sono i Pazienti affetti da incontinenza fecale con impossibilità di trattenere le feci liquide;
- I Pazienti nella quasi totalità dei casi effettuano l'igiene delle regione genitale al cambio del presidio assorbente (a differenza di quanto ritengono i loro MMG);
- Il totalità dei Pazienti che, in presenza di arrossamenti cutanei, non utilizza il protettivo cutaneo al cambio del presidio assorbente, non ha ricevuto alcun consiglio su come eseguire il cambio del presidio;
- La pasta è risultata essere il protettivo cutaneo che presenta il maggio numero di vantaggi secondo i Pazienti, la crema quello che presenta i maggiori svantaggi

La Rete Sociale e gli Eventi

I Centri Anziani sono i principali luoghi di socializzazione della popolazione Senior. In un contesto spesso carente di servizi, la Rete dei centri FederAnziani costituisce un punto di riferimento per la terza età, organizzando iniziative che vanno dall'informazione in ambito medico-sanitario, l'accrescimento della consapevolezza dei cittadini sui temi della salute, l'alfabetizzazione informatica fino, ovviamente, alle attività ricreative.

I 3.500 Centri Sociali Anziani raggiungono capillarmente tutto il territorio nazionale, dalle grandi città alle più piccole località di provincia e fanno a loro volta riferimento a una struttura dedicata di circa 50 risorse di staff, che curano le relazioni con i singoli centri e con le associazioni nazionali e locali affiliate, per un totale di oltre 3,5 milioni di aderenti.

3,5 milioni di aderenti
3.500 Centri Sociali Anziani

Un'organizzazione interna di 50 persone dedicata alla gestione delle relazioni con i CSA (Centri Sociali per Anziani) e le associazioni nazionali e locali affiliati

I Convegni sulla Salute

Corsi di Informazione sanitaria

FederAnziani organizza su tutto il territorio nazionale eventi di informazione medico-sanitaria per sensibilizzare i Senior sulle patologie più frequenti tra gli over 65 e per promuovere sani stili di vita.

Gli incontri, che si svolgono presso i Centri Sociali Anziani, sono tenuti da medici di medicina generale o specialisti e consentono un confronto diretto con i cittadini interessati, con un forte accrescimento della loro consapevolezza sui temi della loro salute.

Nel 2014 si sono tenuti
500 Incontri
presso i Centri Sociali Anziani
di tutta Italia

Corsi di Alfabetizzazione Informatica

Insieme a scuola di Internet

Il Progetto, di Fondazione Vodafone in collaborazione con FederAnziani, ha l'obiettivo di avvicinare alla cultura digitale coloro che non appartengo alla categoria dei nativi digitali, ovvero i Senior.

Il Progetto ha l'ulteriore funzione di patto intergenerazionale in quanto coinvolge, in qualità di formatori e trainer, giovani under 30.

Il progetto prevede che:
- il corso di digitalizzazione sia guidato da giovani universitari o neolaureati opportunamente formati, per i quali è previsto un contributo economico a sostegno dell'impegno richiesto.
- il corso, completamente gratuito, verta sull'utilizzo di tablet per formare gli over 55 in quattro ambiti di interesse: comunicazione, utilità, informazione e benessere.

I Grandi Eventi Nazionali del 2014

Accanto alle attività formative e di sensibilizzazione diffuse capillarmente sull'intero territorio nazionale, FederAnziani organizza nel corso dell'anno alcuni eventi di portata nazionale, dedicati al network della Federazione e al pubblico esterno.

Si tratta di eventi di diversa tipologia in cui rientrano sia gli incontri dedicati agli aderenti a FederAnziani (es. Coordinamenti interregionali) con lo scopo di condividere le iniziative della Federazione, sia i grandi eventi aperti al pubblico con attività di sensibilizzazione e formazione dedicate al mondo dei Senior e della Famiglia.

40 Eventi territoriali con centinaia di delegati

3 Coordinamenti Interregionali con circa **1.500** delegati in ciascun evento

1 Assemblea Nazionale con **6.000** delegati

Forum della Salute

stand espositivi
workshop
convegni tematici
incontri con l'esperto
screening gratuiti
degustazioni
intrattenimento

In concomitanza con il III Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, tenutosi a presso il Palacongressi di Rimini dal 21 al 23 novembre 2014, si è svolta la seconda edizione del Forum della Salute, appuntamento nato dall'esperienza FederAnziani e dedicato ai temi della Salute e del "buon vivere".

Alimentazione, Nutrizione, Stili di Vita, Fitness e Benessere, Prevenzione, Sanità e Salute, Turismo e Sistemi di sicurezza di Vita sono tematiche di grande importanza che hanno trovato ampio spazio lungo i corridoi del Forum della Salute, grazie alla partecipazione di Aziende espositrici.

Il Forum della Salute è gratuitamente aperto al pubblico: nel corso dell'evento è stato possibile prendere parte a numerose iniziative attivate o sponsorizzate dalle Aziende partecipanti. Tra le attività poste in essere durante questa seconda edizione del Forum della Salute si sono tenuti:

- Workshop con esperti qualificati all'interno di campagne di sensibilizzazione e prevenzione;
- Check-up medici gratuiti, attivati dalle aziende espositrici presso i propri stand;
- Consulenza su misura presso gli stand;
- Stand espositivi con offerta di prodotti e servizi;
- Degustazioni di prodotti tipici (prodotti da agricoltura biologica e Km0);
- Momenti ludici e intrattenimento.

Attraverso gli Incontri con l'Esperto attivati presso l'Area Workshop del Forum è stato possibile affrontare tematiche come l'importanza dell'attività fisica nella terza età, il ruolo che gioca l'alimentazione nella nostra salute, il valore delle cure termali per il benessere del corpo e molto altro ancora. Tra i check up medici attivati presso gli stand delle aziende espositrici, i partecipanti al Forum della Salute hanno potuto sottoporsi gratuitamente a controllo pressorio, elettrocardiografico e test per il diabete oltre a ricevere la consulenza di personale medico e specializzato messo a disposizione dalle aziende presenti all'evento.

I partecipanti hanno potuto dunque conoscere i tanti volti della Salute passeggiando e sostando presso gli spazi del Forum della Salute, organizzato quest'anno in filoni tematici così da rendere più agevole la visita all'area espositiva. Degustazioni di prodotti del territorio, turismo, salute, alimentazione e nutrizione sono state le aree tematiche del Forum della Salute 2014, per un totale di 11.000 mq dedicati al benessere e al giusto stile di vita.

Configurandosi dunque come momento di incontro privilegiato tra cittadini e aziende, il Forum della Salute si è confermato appuntamento di rilievo per mettere in evidenza l'importanza di corrette abitudini nella vita quotidiana, illustrando come a partire dalla cura di se stessi e da una scelta responsabile nella quotidianità ognuno di noi possa costruire una vita più sana per sé e per la propria famiglia.

Questa II edizione del Forum della Salute ha visto un totale di oltre 18.000 presenze, fra Delegati FederAnziani partecipanti al III Congresso di Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute e cittadini dell'hinterland riminese. Il Forum è stato infatti promosso sui principali mezzi di comunicazione locale, così da favorire la partecipazione del pubblico residente nell'area della città di Rimini.

18.000 presenze nell'edizione 2014

30.000 anziani in Piazza San Pietro con Papa Francesco

30.000 anziani hanno incontrato Papa Francesco a Piazza San Pietro in una giornata per la prima volta interamente dedicata alla terza età, organizzata con la collaborazione e la partecipazione attiva di FederAnziani.

"La benedizione della lunga vita" è il nome dell'evento, svoltosi domenica 28 settembre 2014, in cui migliaia di delegati FederAnziani hanno potuto partecipare alla Santa Messa e ascoltare dal vivo il messaggio di Papa Francesco sulla centralità della terza età, i suoi valori, l'importanza del rispetto verso nonni e anziani e l'assurdità della violenza che li colpisce.

Per FederAnziani è stata la seconda importante opportunità d'incontrare Papa Francesco, dopo quella dell'ottobre 2013 in occasione del Pellegrinaggio delle Famiglie alla Tomba di San Pietro.

Fondazione Senior Italia

La Fondazione Senior Italia Onlus

Gli Anziani sono una risorsa essenziale per il Paese. Troppo spesso considerati un peso, costituiscono invece una porzione sempre più rilevante ed attiva della popolazione italiana.
La Fondazione Senior Italia Onlus nasce da FederAnziani per garantire il sostegno socio-economico della popolazione italiana che supera i 65 anni di età. Iscritta all'Anagrafe delle ONLUS dal marzo 2014, la Fondazione lavora per garantire la concretezza sul territorio del network FederAnziani cui appartiene, attraverso il sostegno diretto alle strutture di riferimento per le attività dedicate al benessere psico-fisico degli anziani in Italia. Dialoga con Istituzioni ed Imprese per fornire soluzioni, ed opera mettendo in connessione l'universo dei Senior con i giovani.
Per aggiornamenti e approfondimenti:
www.fondazionesenioritalia.it

Cosa facciamo

La Fondazione Senior Italia aiuta concretamente gli anziani sul territorio, dialogando con le istituzioni e fornendo soluzioni, mettendo in connessione l'universo over 65 con i giovani.
Il riferimento sul territorio vede il suo focus nei Centri Anziani, poli di aggregazione allo stesso tempo beneficiari e motori di questo grande progetto. Inoltre, coinvolge anche i più giovani per alimentare una prospettiva di vita diversa per le nuove generazioni.

I nostri Valori

La Fondazione è:
- Rigorosa: fa riferimento solo a dati scientifici di alto profilo
- Concreta: opera soluzioni concrete sul territorio attraverso progettualità specifiche
- Ottimista: crede in un'Italia in cui l'anziano sia una risorsa a vantaggio del Sistema Paese
- Trasversale: sa parlare e attivare pubblici di tutte le età, in coerenza con la sua Mission
- Ambiziosa: guarda lontano, per realizzare grandi progetti

I nostri Principi guida

- Cerchiamo il dialogo e l'interazione: Costruiamo relazioni, evitando contrapposizioni non necessarie e trovando le migliori modalità di coinvolgimento di tutti i pubblici di nostro interesse.
- Costruiamo accordi per trovare soluzioni: Stringiamo collaborazioni con Istituzioni ed Imprese, per trovare efficaci soluzioni ed implementazioni sul territorio.
- Rendicontiamo con chiarezza le nostre azioni e l'utilizzo dei fondi raccolti: La rendicontazione è un elemento essenziale delle attività di comunicazione della Fondazione

Fondazione Senior Italia

La Fondazione e il Territorio

Nel secondo semestre dell'anno, sono stati realizzati sul territorio 18 incontri in tutta Italia, con particolare riferimento alle Regioni Basilicata, Lazio, Umbria, Sicilia, Calabria, Campania, Abruzzo e Puglia. Durante ciascun convegno, riservato ai Presidenti di Centri Anziani ed Enti assimilabili, sono stati presentati vantaggi e sviluppi di partecipazione alla Fondazione e - contestualmente - sono state raccolte le adesioni alla Fondazione con conseguente distribuzione di schede sostenitori.

Aderenti e Sostenitori

A fine 2014 la Fondazione annovera oltre 120 Centri Anziani aderenti, e un totale di 6.000 sostenitori

La Raccolta Fondi

L'attività di raccolta fondi ha visto anzitutto un lavoro di preparazione progettuale e di impostazione metodologica, per garantire una interlocuzione con soggetti partner che fosse commisurata agli obiettivi della Fondazione.

I nostri Progetti

Lo sviluppo delle progettualità vede, nella prima fase di start up della Fondazione, un grande progetto attivo su tutto il territorio nazionale:

- Nuova Vita ai Centri Anziani

I Centri Anziani del network FederAnziani sono principali punti di aggregazione per oltre 3 milioni di anziani sul territorio italiano. In questi Centri gli over 65 svolgono attività di formazione continua, attività culturali e ricreative. Ma i fondi pubblici per il sostentamento di queste strutture sono stati drasticamente ridotti negli anni, causando un impoverimento delle attività e della possibilità di capitalizzare il ruolo degli anziani nella società.

I Centri Anziani possono diventare dei veri e propri CENTRI DI DISTRIBUZIONE DEL SAPERE: Hub della conoscenza, centri di aggregazione cui anche altri segmenti della popolazione possono accedere per attività partecipate di formazione continua e di cultura.

Luoghi di riferimento necessari sul territorio per garantire il recupero di una vita attiva e di gruppo, riportando voglia di vivere e di fare.

Per garantire una maggiore efficacia sul territorio, gli ambiti di utilizzo dei fondi saranno concordati direttamente con le strutture locali, attraverso interventi ascrivibili ai seguenti macro-ambiti:

- Attività culturali, ludico-sportive e ricreative - buone pratiche di invecchiamento attivo e di interazione con la collettività locale
- Ricondizionamento strutture - per rendere i Centri Anziani luoghi decorosi ed adeguati ad accogliere persone ed attività

Un dettagliato monitoraggio ai fini della rendicontazione è attivato per seguire le attività avviate nei centri.

La prima distribuzione fondi

In occasione del III Congresso di Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, svoltosi a Rimini dal 21 al 23 novembre 2014, la Fondazione ha provveduto alla prima distribuzione di fondi volta a sostenere il progetto "Nuova vita ai Centri Anziani" promosso sul territorio per attività culturali, di formazione e di ricondizionamento delle strutture esistenti.

Aziende

Il lavoro di relazione con le Aziende finalizzato al sostegno di progetti specifici ha previsto l'avvio di contatti con aziende settore pharma, benessere, prodotti di largo consumo e alimentari, e incontri dedicati con aziende pharma, al fine di porre le basi per uno sviluppo progettuale 2015.

Operazione Aeroporti

La Fondazione ha ottenuto la disponibilità di SEA e ADR (Enti di gestione di scali aeroportuali di Roma e Milano) per il posizionamento e la gestione di 4 salvadanai posizionati presso Milano Malpensa e Fiumicino Aeroporto per tutto il 2015.

La Comunicazione

Il 2014 ha costituito per la Fondazione un anno di impostazione. A partire dall'immagine coordinata del brand, e l'avvio di attività di comunicazione online e offline volte a promuovere le attività della Fondazione.

Strumento web

Messa online del sito web www.fondazioneseniorita lia.it

Attività Social

Apertura e gestione degli account Facebook, Twitter, Instagram, GooglePlus e canale Youtube.

Eventi

Partecipazione istituzionale della Fondazione ai seguenti eventi FederAnziani:

- 24-25 maggio Pescara - Senior City
- 6-17-18 maggio Calanovella - Ass. Nazionale Sud
- 21 maggio Roma - Assemblea Nazionale Centro Italia
- 30 maggio Padova - Ass. Nazionale Centro nord
- 19 giugno Roma - Punto Insieme Sanità

In occasione della III edizione di Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (Rimini, 21-23 novembre 2014), la Fondazione ha invece pianificato e realizzato una presenza articolata in:

- Attività istituzionale - consegna ufficiale degli assegni Fondazione nell'ambito dell'Assemblea Nazionale FederAnziani del 23 novembre
- Attività di comunicazione - all'interno del Forum della Salute, stand dedicato della Fondazione per attività di sensibilizzazione e di Relazioni Pubbliche. Presso lo stand, la Fondazione ha avviato l'iniziativa "Racconta la tua storia", volta a raccogliere i contributi di anziani da tutta Italia attraverso video-interviste legate alla propria esperienza di vita
- Attività di raccolta fondi - distribuzione cadeaux dietro donazione. Esito: circa 400 bottiglie di vino personalizzate Fondazione sono state distribuite presso lo stand in due giorni di attività.

Senior Italia SMS
Società di Mutuo Soccorso

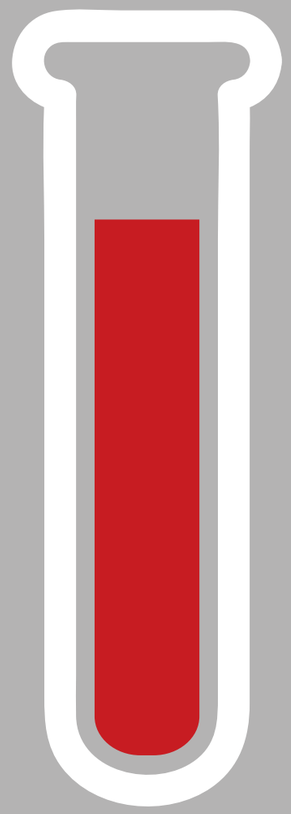
"È nata la prima mutua solidale per la terza età, in collaborazione con UnipolSai, Unisalute e Fimmg"

È stato realizzato, e presentato al III Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (Rimini, 21-23 novembre 2014), il prototipo di macchinario in grado di eseguire

5 DIVERSE TIPOLOGIE DI INDAGINI DIAGNOSTICHE DI PRIMO LIVELLO:

- elettrocardiogramma
- analisi del sangue
- spirometria
- ecografia
- doppler

Il macchinario sarà reso disponibile presso tutti gli studi dei medici di medicina generale convenzionati con Senior Italia SMS, con significativi risparmi di tempo e denaro per i cittadini aderenti.



La **Società di Mutuo Soccorso Senior Italia** nasce con l'intento di fornire servizi ai propri soci in ambito sanitario, previdenziale, educativo, ricreativo e sociale, nel rispetto dei principi e del metodo del mutuo soccorso, senza finalità speculative e di lucro.

Fornendo un'ampia gamma di prestazioni diagnostiche di alta qualità e senza liste d'attesa, Senior Italia SMS offre ai soci la possibilità di integrare i servizi del SSN con importanti risparmi di tempo e denaro.

In particolare la Senior Italia SMS lavora per:
- *promuovere e gestire direttamente o in convenzione un sistema mutualistico integrativo e complementare all'assistenza sanitaria prevista dal Servizio Sanitario Nazionale in modo tale da creare un nuovo pilastro integrativo sanitario;*
- *gestire e istituire fondi integrativi sanitari promossi da contratti, accordi collettivi, regolamenti anche aziendali e da lavoratori autonomi, liberi professionisti e associazioni di categoria in sinergia con il Sistema Sanitario Nazionale e i Medici di Medicina Generale;*
- *svolgere ogni altro ufficio proprio delle istituzioni di previdenza, assistenza sanitaria, assistenza economica e sociale, nonché attività formative.*

Per fare questo la Società: stipula accordi con società di servizi specializzate nel settore sanitario e assicurativo, con strutture ospedaliere, istituti di cura pubblici o privati, centri polispecialistici, laboratori di analisi e diagnostica strumentale; con ordini professionali di medici specialisti, centri di assistenza infermieristica o domiciliare, Enti ed associazioni del volontariato, singoli professionisti; con aziende produttrici per la fornitura di presidi diagnostici, ortopedici e terapeutici; con stabilimenti o istituti termali, alberghi e pensioni per concordare condizioni vantaggiose sia per la cura che per il soggiorno.

Stipula convenzioni assicurative. Promuove e sostiene la costituzione e/o la gestione in forma mutualistica di case di cura e assistenza, nonché case albergo per anziani. Attua ricerche e studi, cura pubblicazioni, organizza seminari e campagne di diffusione, istituisce corsi, università popolari, borse di studio nel settore assistenziale.

Grazie alla sua visione solidaristica, Senior Italia SMS svolge un prezioso ruolo integrativo e sussidiario nella riorganizzazione del welfare sociosanitario del nostro paese, contribuendo ad un migliore accesso alla prevenzione e alle prestazioni sanitarie per tutti.

SIHA - Senior International Health Association

22 novembre 2014

nasce la Carta Europea dei Diritti del Cittadino over 65 con dolore cronico,
che è stata consegnata al Ministro della Salute italiano e ai membri dell'Intergruppo del Parlamento Europeo sull'Invecchiamento attivo

È nata la **SIHA - Senior International Health Association**, la nuova federazione creata da FederAnziani per promuovere la tutela del diritto alla salute a livello internazionale. Con sede a Bruxelles, la SIHA si propone non solo come un'estensione dell'impegno di FederAnziani oltre i confini nazionali, ma come una realtà capace di mettere in rete tutti soggetti associativi che a livello europeo e internazionale sono impegnati sul fronte della terza età, per coordinarne l'azione rispetto al tema della salute.

In uno scenario in cui l'invecchiamento della popolazione è allo stesso tempo una grande conquista e un fenomeno di forte impatto sui sistemi sociali europei e occidentali, SIHA si pone fra i suoi obiettivi centrali:

- *la promozione di un invecchiamento attivo;*
- *un pieno accesso ai farmaci e alle cure per tutti i cittadini, in primo luogo i più fragili e non autosufficienti;*
- *l'attivazione di un confronto e di un costruttivo dialogo fra le rappresentanze di tutti gli attori coinvolti nel sistema salute (pazienti, medici di medicina generale, farmacisti, società scientifiche e istituzioni) per l'evoluzione dei sistemi sanitari a misura di anziano.*

Il 22 novembre 2014 a Rimini, durante il III Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, SIHA ha organizzato la **Giornata Europea per il Diritto alla Salute** (European Day for Health Rights) che ha visto la partecipazione delle più alte istituzioni europee, nonché di società-medico scientifiche e associazioni di pazienti provenienti da tutta Europa.

I lavori della giornata hanno prodotto, tra i risultati, la "**Carta Europea dei Diritti dei Cittadini over 65 con dolore cronico**", siglata dalle principali organizzazioni italiane ed europee di pazienti e di cittadini anziani. La Carta è stata consegnata ufficialmente al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e al Presidente del Gruppo dell'Alleanza Progressista di Socialisti e Democratici al Parlamento Europeo, Gianni Pittella, e da questi portata allo studio dell'Intergruppo del Parlamento Europeo sull'Invecchiamento attivo, solidarietà intergenerazionale e politiche familiari.

SIT
Senior International Tourism

50 località Mare Italia

Terme e benessere

Turismo sociale

Kenya: viaggi dell'amicizia

Senior International Tourism è un tour operator sociale patrocinato da FederAnziani e specializzato nell'offerta di esperienze di viaggio che coniugano conoscenza, solidarietà, benessere e svago, con particolare attenzione al rapporto qualità/prezzo e alla tutela della salute del viaggiatore di tutte le età.

La conoscenza e la comprensione dei viaggiatori, la centralità della persona, la passione per il lavoro costituiscono i valori fondanti di Senior International Tourism.

SIT crede nella sinergia tra associazioni e centri anziani, adottando un modello di rete funzionale ad una capillare e personalizzata diffusione della sua offerta.

FederAnziani, attraverso Senior International Tourism, offre anche ai suoi aderenti la possibilità di accedere a servizi studiati appositamente per abbattere le barriere dell'età.

Il Premio 60 e più

Valorizzare le eccellenze del Servizio Sanitario Nazionale, del mondo della ricerca e delle Istituzioni e di tutta la filiera della salute, con uno sguardo particolare alla sensibilità dimostrata verso il mondo dei pazienti "over 60".

Questo è lo scopo del Premio "60 e più", ideato e promosso da FederAnziani per attribuire un riconoscimento non solo all'eccellenza medico scientifica delle strutture sanitarie, ma anche a quegli esponenti del mondo della ricerca, delle Istituzioni, dell'associazionismo, dell'impresa, che si siano distinti per il contributo offerto al miglioramento della salute e della qualità della vita delle persone anziane.

Un riconoscimento che va, dunque, alla qualità del servizio intesa nel senso più ampio: all'umanità dei professionisti, alla capacità di ascolto e di accoglienza del paziente, ma anche e soprattutto all'impegno e alla dedizione di tutte quelle personalità che, in vari ambiti, si sono distinte per la tutela e la promozione del diritto alla salute.

I Premiati 2014

Francesco Bevere
Direttore Generale Agenas

Per l'impegno, alla guida della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e quindi dell'Agenas, volto a disegnare una sanità più vicina alle esigenze dei cittadini e dello Stato.

Flavia Franconi
Assessore alla Salute, Regione Basilicata

Per aver portato il suo approccio di donna di scienza nella politica e nell'amministrazione facendo della Basilicata un "laboratorio" in cui sviluppare nuove possibilità nel campo sanitario.

Massimo Garavaglia
Assessore all'Economia, Crescita e Semplificazione, Regione Lombardia

Per aver inserito ai primi posti dell'agenda economica lombarda la ricerca, il miglioramento delle alte specialità mediche, e una territorialità sociosanitaria in grado di ottimizzare la spesa attuale garantendo un servizio sempre migliore ai pazienti.

Roberto Iadicicco
Direttore AGI - Agenzia Giornalistica Italia

Per la capacità, durante tutto il suo percorso professionale, di divulgare i temi della salute, della medicina e della ricerca, al servizio dell'informazione dei cittadini.

Joop van Griensven
President PAE (Pain Alliance Europe)

Per il suo impegno, alla guida della Pain Alliance Europe, in difesa del diritto alla salute dei cittadini europei, in particolare quelli più sofferenti e fragili.

Dario Grisillo
Segretario Provinciale FIMMG Arezzo

Per aver contribuito a riaffermare la figura del Medico di Medicina Generale come garante del diritto alla salute del cittadino che lo ha scelto.

Ranieri Guerra
Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute

Per il suo rigoroso percorso professionale nelle istituzioni di sanità pubblica nazionali, europee e internazionali sempre al servizio dei cittadini e della salute pubblica.

Massimo Magi
Segretario Regionale FIMMG Marche

Per il suo impegno nel modificare i modelli territoriali di assistenza soprattutto per la gestione del malato cronico mettendo al centro i reali bisogni del paziente.

Alessandra Marengoni
Geriatra, Università degli Studi di Brescia

Per il suo eccellente lavoro a tutela della salute della terza età nel suo ruolo di geriatra, di ricercatrice presso l'Università di Brescia e per il suo impegno nel migliorare l'aderenza alla terapia.

Vincenzo Mirone
Segretario Generale SIU - Società Italiana di Urologia

Per il suo lavoro nella prevenzione e nella ricerca nel campo oncologico e urologico dedicandosi in modo particolare alle regioni del Sud Italia.

Alessandro Monaco
AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

Per il suo contributo allo sviluppo dell'invecchiamento attivo e in salute nell'ambito dell'azione italiana ed europea dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Fabio Rizzi
Presidente III Commissione Sanità e Politiche Sociali Regione Lombardia

Per l'impegno nel rilanciare la Medicina del Territorio, mettendo al centro appropriatezza delle cure, meritocrazia ed efficacia.

Silvestro Scotti
Vice Segretario Nazionale Vicario FIMMG

Per il suo impegno ai vertici della FIMMG, in particolare nel progetto di rinnovamento della medicina generale avviato dall'organizzazione dei Medici di Medicina Generale.

Roberto Venesia
Segretario Regionale FIMMG Piemonte

Per aver saputo comprendere i nuovi scenari della salute, lavorando per garantire la continuità delle cure attraverso una presa in carico globale della salute del cittadino.

Menzione Speciale **Tesi di Laurea nel Centro Studi SIC - FederAnziani**

Elisabetta Marfori Savini
Centro Studi SIC Sanità in Cifre - FederAnziani

Per la tesi di laurea "**Incidenza e costi delle nascite in Italia**", studio economico-sanitario che, insieme agli altri portati avanti da FederAnziani, rappresenta un altro passo per il lungo cammino della salute.

FederAnziani Solidarietà

Nel 2011 nasce FederAnziani Solidarietà con l'obiettivo di sostenere le persone più bisognose in Italia e nel mondo attraverso iniziative volte alla raccolta di fondi e beni, e attraverso la realizzazione di progetti e opere.

Le iniziative fino ad ora portate a compimento in Kenya grazie al contributo dei donatori sono:
- *sostegno all'orfanotrofio Imani Center*

La realizzazione di:
- *cinque pozzi d'acqua;*
- *una scuola di arti e mestieri;*
- *tre aule scolastiche di una scuola primaria.*

Sono inoltre in via di realizzazione altri pozzi d'acqua, l'ampliamento del numero delle aule scolastiche, il sostegno permanente all'orfanotrofio, un dispensario clinico.

Per far conoscere ai propri sostenitori le opere realizzate grazie al loro contributo, FederAnziani Solidarietà organizza delle vacanze sociali periodiche come strumento di avvicinamento tra i donatori e le popolazioni destinatarie degli aiuti.

La vacanza costituisce a sua volta occasione di raccolta fondi a beneficio delle stesse popolazioni, all'insegna del turismo etico inteso come valore sociale e umanitario universale, espressione di solidarietà e della tutela del diritto alla salute.

Con FederAnziani Solidarietà si contribuisce a salvare la vita di molti bambini e a migliorare il tenore di vita di molti adulti.

Sostegno permanente orfanotrofio

5 Pozzi d'acqua

Scuola di arti e mestieri

3 aule Scuola primaria

dispensario clinico

La Comunicazione

"I numeri del web"
siti, social network, e-magazine
oltre 48 milioni di contatti nel 2014

FederAnziani è sul web con un ampio network di canali informativi per comunicare con un pubblico di tutte le età.

Sempre più informatizzati, sempre più curiosi di Internet e delle sue potenzialità, gli anziani di oggi scoprono il Web come un mezzo utile per conoscere, aggiornarsi, tenersi al corrente dei loro diritti, condividere e socializzare.

Nel corso del 2014 FederAnziani è entrata in contatto con un ampio pubblico attraverso un network di canali comunicativi, composto da:
- il sito ufficiale della Federazione (www.federanziani.it);
- il sito della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (www.cortegiustiziapopolare.it);
- i due siti d'informazione www.sanitaincifre.it e figliefamiglia.it;
- le due newsletter Sanità in Cifre Magazine e Figli e famiglia Magazine;
- la web tv Family Tv (www.familytv.it) e il canale ufficiale di FederAnziani Senior Italia su Youtube;
- Facebook, con la pagina FederAnziani e Il Giornale del Web;
- L'account Twitter @FederAnziani_FA e l'account del Presidente nazionale @FederAnziani.

La presenza sui social e lo sviluppo delle potenzialità del web, unite a un'intensa attività di relazioni con i media, hanno contribuito a rendere FederAnziani Senior Italia una delle più autorevoli e rappresentative voci nel panorama mediatico su salute e sanità.

Nel 2014 hanno parlato di noi:

Tg5
Rai2
Rai3
Il Corriere della Sera
La Repubblica
Il Sole 24Ore
Il Messaggero
Rainews24
Tgcom24
Skytg24
Radio Rai
Radio Vaticana
Ansa
Adnkronos
Agi
Il Fatto Quotidiano
Milano Finanza
Tv2000
Corriere.it
Panorama.it
Il Giornale.it
La Gazzetta dello Sport.it

FederAnziani e il mondo delle Aziende

Lo scopo di FederAnziani è tutelare i diritti e migliorare la qualità della vita degli anziani, valorizzandone il ruolo nella società. Per fare ciò FederAnziani collabora anche con il mondo delle Aziende, attivando partnership tese a garantire una qualità di vita superiore ai Senior del nostro Paese.

La scelta di FederAnziani di collaborare con un'Azienda deriva da un'attenta riflessione sulla storia e sulla reputazione delle imprese interessate a collaborare con il network, mettendo in atto serie progettualità tese a portare un effettivo beneficio alla vita dell'anziano e della sua famiglia.

I progetti sviluppati da FederAnziani con le aziende nascono dalla precisa volontà dell'impresa di impegnarsi in un percorso di corporate social responsibility, intesa come responsabilità delle imprese per il loro impatto nella società.

Con il sostegno non condizionante delle aziende, FederAnziani sviluppa una serie di attività sul territorio dedicate ai cittadini Senior, come campagne di sensibilizzazione e formazione all'interno dei centri anziani e iniziative speciali rivolte al network della Federazione.

3M
ACQUA FIUGGI
ACRAF ANGELINI
BARD
GRUPPO BOEHRINGER INGELHEIM
BONOMELLI
LA BOTTEGA DELLA LONGEVITÀ
GRUPPO CHIESI
DIGITAL ACCADEMIA
DIVERSAMENTE GIOVANI
FEDERFARMACO - PROFAR Professione Farmacia
FIDIA FARMACEUTICI
FLOWERS OF LIFE - ATENA
GALENO
GSK
I.T. INTERNATIONAL TRADING
JOHNSON & JOHNSON Medical
LS POWER
LUNDBECK
MEDIOLANUM FARMACEUTICI
MEDTRONIC
MENARINI
MERCK SERONO
MILLENNIUM
MIR - MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH
MYLAN
NAMED
NEOPHARMED GENTILI
NESTLÈ HEALTH SCIENCE
NOBIS
NOVARTIS
NOVO NORDISK
OLIO CUORE
PALATO
PFIZER
RICCIONE TERME
RIMINI TERME
ROSEO EUROTERME
SERVIER/I.F.B. STRODER
SIGMA-TAU
STALLERGENES
TENA
TH RESORTS
UNIPOLSAI
UNISALUTE
VODAFONE ITALIA
FONDAZIONE VODAFONE ITALIA
VREE HEALTH
YAKULT

Fino a tutto il 2014 hanno lavorato con noi:

inseriamo una frase
di chiusura
su quest’ultima pag.????

FEDERANZIANI
SENIOR ITALIA

Via Orazio, 10 - 00193 Roma - Tel. 06 87756407 - Fax 06 87756396
segreteria.presidenza@federanziani.it www.federanziani.it

seguici su

@FederAnziani_FA
@FederAnziani

FederAnziani
Il Giornale del web