

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Dermatologia

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Dermatologia: il percorso di Senior Italia - FederAnziani
- Incontinenza: Contesto epidemiologico
- Obiettivi del dipartimento
- IAD: contesto epidemiologico di riferimento (prevalenza + incidenza)
- Ulcere da pressione e IAD: impatto economico
- L'importanza della prevenzione
 - Confronto tra diversi protettivi cutanei

Survey su
Prevenzione/Gestione
degli Arrossamenti e
Bruciori Cutanei nel
Paziente Incontinente

Corte di Giustizia
Popolare per il Diritto
alla Salute 2014

Punto Insieme Sanità
del 25/03/2015

Obiettivo

Approfondimento della 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

Obiettivo

Analisi del *patient flow* in ambito incontinenza.
Principali criticità legate sia al paziente incontinente che al sistema per la presa in carico
Proposta di soluzioni concrete e sostenibili

Obiettivo

Promuovere e divulgare Protocolli e *Best Practice* che prevedano azioni preventive per il mantenimento del trofismo della cute fragile, impedendone le più comuni complicanze

- Durante l'analisi delle *best practice evidence based* emerse nei lavori del **Punto Insieme Sanità**, per la cute del paziente fragile appare prioritario:
 - **Detergere**
 - **Ripristinare la barriera cutanea**
 - **Proteggere**
- Come?
 - **Osservando** quotidianamente lo **stato di salute** della pelle (secca? macerata? arrossata?);
 - **Lavando** la cute con detergenti delicati (NO pH Alcalino) e acqua a temperatura corporea, non utilizzando spugne ruvide o guanti di crine in quanto posso irritare la pelle
 - **Asciugando** delicatamente **senza strofinare** e prestando attenzione alle pieghe cutanee (sotto seno, inguine, addome);
 - La condizione di cute secca richiede che venga applicata una **crema idratante** (NO parabeni, NO profumi) almeno due volte al giorno. Bere almeno 8 bicchieri di acqua al giorno favorisce l'idratazione della cute;
 - In caso di **cute macerata** (sudore, liquidi corporei) utilizzare **prodotti** per il ripristino della barriera cutanea, facendo attenzione alla scelta della **formulazione adatta** (polveri, paste, emulsioni, creme, unguenti, film che permettano di visualizzare la cute) e prestando particolare attenzione alle pieghe cutanee.

- La **prevalenza** dell'Incontinenza Urinaria (IU) varia in base alle diverse **definizioni** che le si attribuiscono, e ai diversi metodi di sorveglianza della popolazione.
- La **IU** registra un *range* di prevalenza che va dal **5%** al **69%**, con la maggior parte degli studi internazionali che riferiscono una prevalenza variabile tra il **25%** e il **45%**
- Si stima che in **Europa** oltre **36 Mio** di persone, di cui il **60% donne**, soffrano di incontinenza. In **Italia**, il fenomeno riguarda circa **6 Mio** di persone
- Globalmente, la **prevalenza** di IU registra un andamento **crescente** in base all'**età** della persona: **20-30%** nell'età **adulta**, **30-40%** in età **medio-adulta**, **30-50%** dopo i **65** anni (1)
- Nei Registri della Salute di Senior Italia, l'incontinenza urinaria è presente nel **19,11%** dei rispondenti: suddiviso nell'**11%** dei **maschi** e il **26%** delle **femmine**

- **In Italia**, il valore del **mercato** dei prodotti per il ripristino della barriera cutanea relative ai **protettivi cutanei** (creme barriera ed ossido di zinco) ammonta a **€33,3 Mio**:
 - **€ 19,3 Mio** di prodotti “**Baby**”
 - **€ 14 Mio** di prodotti “**Elderly**”
- Si stima inoltre che il **15%** dei prodotti destinati ai bambini venga utilizzato dagli **adulti**
- La spesa per presidi ad assorbenza e traverse è di circa **€ 300 Mio**
- La prevalenza di ulcere da pressione è del **8,3%** in Italia, pertanto è plausibile stimare un valore assoluto di ulcere pari a **75 mila** annue
- Il valore di prevalenza è fortemente sottostimato in quanto molte ferite da pressione non vengono registrate nei presidi quali RSA, case protette o case di riposo per anziani.

- Fornire un quadro **epidemiologico** dell'incontinenza a livello sia nazionale che internazionale
- Sottolineare come la **prevenzione** delle lesioni della cute fragile nei soggetti incontinenti sia **valida anche** da un punto di vista **economico**
- Far emergere la **consapevolezza** nei *caregiver* e operatori assistenziali che **ogni persona incontinente** può **sviluppare lesioni della cute** che comportano gravi rischi alla salute ed una **QdV non sostenibile***
- Analisi delle linee guida **practice based**, prevenzione e sviluppo di **conoscenza informativa** da parte del **paziente** e del **medico**
- Proposta di **introduzione** del **rimborso** per il **film barriera** nei pazienti che hanno diritto alla fornitura dei **presidi assorbenti**, come già avviene per gli stomizzati



* Beeckman et al. 2011

Rif.	N.	Regime di cure	Tipo di incontinenza	Metodo di misurazione	Prevalenza IAD %
Junkin and associates (1)	976	Acuti	Urinaria + fecale	Osservazione diretta	27
Bliss and associates (2)	10.215	LTC	Urinaria + fecale	Review da database elettronico	5,7
Defloor and associates (3)	19.964	LTC	Urinaria + fecale	Osservazione diretta	5,7
Arnold-Long and Reed (4)	171	LTC-Acuti	Urinaria + fecale	Osservazione diretta	22,8
Beeckman and associates (5)	141	LTC	Urinaria + fecale	Osservazione diretta	22,5
Junkin and Selekof (6)	608	Acuti	Urinaria + fecale	Osservazione diretta	42,5
Bliss and associates (7)	185	RSA	Urinaria + fecale	-	52
Driver (8)	131	Acuti	Fecale	-	50

¹ Junkin J, Moore-Lisi L, Selekof JL. What we don't know can hurt us pilot prevalence survey of incontinence and related perineal skin injury in acute care [Abstract]. Las Vegas NV: Paper presented at: WOCN National Conference; 2005.

² Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Thayer D, Smith G. Incontinence-associated skin damage in nursing home residents: a secondary analysis of a prospective multicenter study. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52(12):46-55

³ Defloor T, Bouzegta N, Beeckman D, Vanderwee K, Gobert M, Van Durme T. PUMaP Project: Studie van de decubitusprevalentie in de Belgische Ziekenhuizen 2008. Brussels, Belgium: Federal Public Service: Health, Food Chain Safety and Environment 120. http://www.decubitus.be/downloads/PUMAP_NL.pdf. Accessed July 26, 2011

⁴ Arnold-Long M, Reed L. Incontinence associated dermatitis in a long-term acute care facility: findings from a 12 week prospective study [Abstract]. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(suppl):S7

⁵ Beeckman D, Verhaeghe S, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K. A 3-in-1 perineal care washcloth impregnated with dimethicone 3% versus water and pH neutral soap to prevent and treat incontinence-associated dermatitis: a randomized controlled clinical trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(6):627-634

⁶ Junkin, Joan; Selekof, Joan Lerner Section Editor(s): Doughty, Dorothy MN, RN, FNP, CWOCN, FAAN. Prevalence of Incontinence and Associated Skin Injury in the Acute Care Inpatient. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing.* May/June 2007 - Volume 34 - Issue 3 - p 260-269

⁷ Bliss D, Lowry A, Whitebird R, et al. Absorbent product use and incontinence associated dermatitis in community dwelling persons with fecal incontinence [Abstract]. Cairo, Egypt: International Continence Society; 2008. <https://www.icsoffice.org/Abstracts/Publish/46/000427.pdf>. Accessed July 15, 2011.

⁸ Driver DS. Perineal dermatitis in critical care patients. *Crit Care Nurse.* 2007;27(4):42-46

Rif.	N	Regime di cure	Tipo di incontinenza	Metodo di misurazione	Periodo d'osservazione	Incidenza %
Bliss and associates (1)	981	LTC	Urinaria + Fecale	Osservazione diretta	6 settimane	3,4
Bliss and associates (2)	45	Terapia intensiva	Fecale	Osservazione diretta	Durata di soggiorno in terapia intensiva: tempo medio di insorgenza 4 gg	36
Driver (3)	Fase 1=131; Fase 2=177	Terapia intensiva	Fecale	Osservazione diretta	Durata di soggiorno in terapia intensiva Fase 1= <14 gg Fase 2= >14 gg	Fase 1=50 Fase 2=19
Arnold-Long and Reed (4)	132	LTC	Urinaria + Fecale	Osservazione diretta	tempo medio di insorgenza: 13,5 gg	7,6

- 1 Bliss DZ, Savik K, Harms S, Fan Q, Wyman JF. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res.* 2006;55(4):243-251
- 2 Bliss DZ, Savik K, Thorson MAL, Ehman SJ, Lebak K, Beilman G. Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: time to development severity, and risk factors. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(4):1-13
- 3 Driver DS. Perineal dermatitis in critical care patients. *Crit Care Nurse.* 2007;27(4):42-46
- 4 Arnold-Long M, Reed L. Incontinence associated dermatitis in a long-term acute care facility: findings from a 12 week prospective study [Abstract]. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011;38(suppl):S7

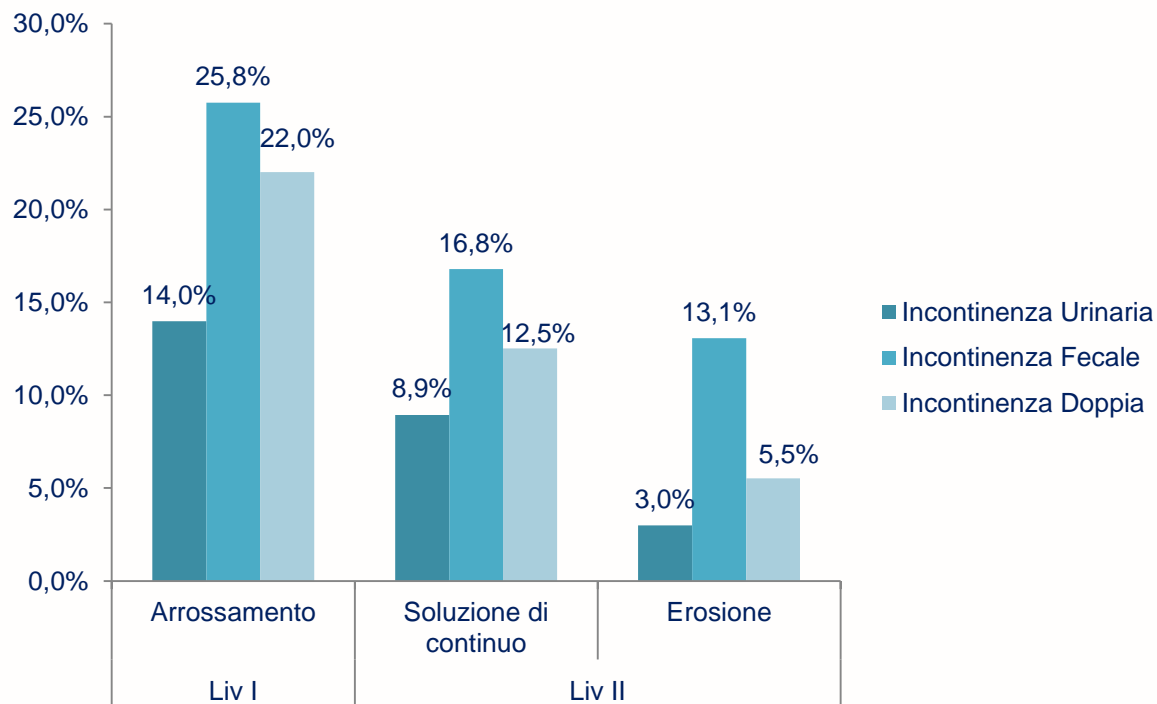
- Il numero di ulcere da pressione equivale a **75.557** nel **2014**
- Il costo per guarire questo tipo di ulcere varia a seconda del livello di gravità della patologia:

Stadio	£	€ (cambio al 10/09/2015): 1€= 0,7251£
I	1.064	1.467
II	4.402	6.071
III	7.313	10.086
IV	10.551	14.551
Costo medio	5.833	8.044

- Secondo la *Canadian Association of Wound Care*, è possibile prevenire fino al **70%** delle ulcere da pressione grazie ad una corretta prevenzione:

Risparmio = € 1,4 Mld/anno!!

- Uno studio di AISLEC su **4.853 schede** analizzate evidenzia la prevalenza di IAD per tipo di incontinenza (urinaria, fecale, doppia)



- In media, il **20,6%** di incontinenti sviluppa arrossamenti (ulcere di I livello), il **12,8%** e il **7,2%**, invece, sviluppa ferite o ulcere di II livello

- Il mondo scientifico è d'accordo con il fatto che le **IAD** vengono abitualmente **confuse** con **ulcere da pressione di I e II livello**
- Considerando il differente costo di trattamento relativo ai **2 livelli di gravità** delle ulcere da pressione, pari rispettivamente a **€ 17,71** per gli arrossamenti cutanei e a **€ 1.709** per le **soluzioni di continuo/erosioni**, è possibile stimare il valore economico del risparmio dato da una corretta prevenzione
- Il limite di questa stima è che **non** considera i valori al **netto del maggior costo** dato dalla maggior spesa in prevenzione
 - In letteratura infatti, non esistono stime per questo tipo di costo

I livello

II livello

Risparmio = € 7,8 Mio/anno

Risparmio = € 363 Mio/anno

- Secondo alcune stime **AISLEC 2015**, i dati di prevalenza mostrano che il **20,6%** degli incontinenti (qualsiasi incontinenza) sviluppano **arrossamenti**, mentre in media il **10%** sviluppano **soluzioni di continuo** o **erosioni** (rispettivamente **12,8%** e **7,2%**)

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

AISLEC 2015; Demarrè et al. 2015; GeoDemo 1 gen 2015; JAGS. 2002 Mar;50(3):489-95 J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10): M672-77; Pressure Ulcer Prevention in all Hospital and Home-care Settings. European Pressure Ulcer Advisory Panel : Review 7,2. (accessed 07-10-07 at http://www.epuap.org/review7_2/page8.html); Jeter K.F., Wagner D.B., Incontinence in the American home: a survey of 36500 people, Am. J. Ger. Soc. 1990; 38: 379-83; Herzog A.R. et al., Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community, J. Am. Ger. Soc. 1989; 37: 339-47; Bennett G, et al., The cost of pressure ulcers in the UK. Age and Ageing. 2004;33:230-235; Media Backgrounder: Pressure Ulcers, Pressure Ulcer Awareness and Prevention Program, Canadian Association of Wound Care, Toronto, 2006 Nov 18 (accessed 07-16-07 at <http://www.preventpressureulcers.ca/media/media.html>).

- Utilizzando invece altre stime di prevalenza di ulcere da pressione di primo (6,3%) e secondo livello (3,6%) i costi, e di conseguenza i risparmi, variano notevolmente (Demarrè et al 2015)

	I livello	II livello
	Arrossamenti	Soluzione di continuo + Erosione
Popolazione >18 Italia	50.699.447	50.699.447
% Prevalenza Media IU	11,6	11,6
Prevalenza IU in Val. Ass.	6.068.857	6.068.857
% Pazienti che usano pannoloni	50%	50%
Prevalenza utilizzatori pannoloni in valore assoluto	3.034.429	3.034.429
% Prevalenza IAD	→ 6,3%	→ 3,6%
Prevalenza IAD valore assoluto	191.169	109.239
Costo medio per guarire una IAD	€ 17,71	€ 1.709,00
Costo totale per guarire tutte le IAD	€ 3.385.603	€ 186.690.190
% IAD prevenibili	70%	70%
N. IAD effettive	57.351	32.772
Risparmio	€ 2.369.922	€ 130.683.133
Costo ipotetico effettivo	€ 1.015.681	€ 56.007.057

Demarrè et al. 2015; GeoDemo 1 gen 2015; JAGS. 2002 Mar;50(3):489-95 J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10): M672-77; Pressure Ulcer Prevention in all Hospital and Home-care Settings. European Pressure Ulcer Advisory Panel : Review 7,2. (accessed 07-10-07 at http://www.epuap.org/review7_2/page8.html); Jeter K.F., Wagner D.B., Incontinence in the American home: a survey of 36500 people, Am. J. Ger. Soc. 1990; 38: 379-83; Herzog A.R. et al., Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community, J. Am. Ger. Soc. 1989; 37: 339-47; Bennett G, et al., The cost of pressure ulcers in the UK. Age and Ageing. 2004;33:230-235; Media Backgrounder: Pressure Ulcers, Pressure Ulcer Awareness and Prevention Program, Canadian Association of Wound Care, Toronto, 2006 Nov 18 (accessed 07-16-07 at <http://www.preventpressureulcers.ca/media/media.html>).

- Le **IAD** sono associate ad un **alto rischio** di sviluppare **ulcere da pressione**
- La seguente tabella evidenzia le differenze di costo della **prevenzione** e del **trattamento** per i diversi **setting assistenziali** (ospedale; casa di riposo)

Costi/giorno per prevenzione e trattamento	Ospedali		Case di riposo	
	Pazienti a rischio	Pazienti non a rischio	Pazienti a rischio	Pazienti non a rischio
Prevenzione				
Totale €/giorno	7,89	1,44	2,15	0,50
Materiale €/giorno	1,68	0,25	0,32	0,10
Lavoro €/giorno	6,21	1,19	1,83	0,40
Trattamento	Categoria I	Categoria II	Categoria I	Categoria II
Costo medio totale €/giorno	2,34	10,81	2,42	3,92
Costo medio materiale €/giorno	0,47	2,90	0,16	1,93
Costo medio lavoro €/giorno	0,88	7,91	2,26	2,00

- Appare evidente come il **costo** per la **prevenzione** dei **pazienti a rischio** sia comunque **inferiore** del **costo** per il **trattamento** dei **pazienti con IAD** (soluzioni di continuo e/o erosione della cute), in entrambi i **setting** assistenziali

Tra i diversi protettivi cutanei esistenti, i prodotti (creme, film) a base di dimeticone e/o terpolimeri acrilici sembrano dimostrare una maggior costo-efficacia

Valutazione economica tra film barriera e protettivo cutaneo. Valori in \$

Applicazioni	Costo per Incontinenti in \$	
	Film barriera	Costo del lavoro
1 volta al di	431.950.921	232.588.958
3 volte a settimana	188.286.299	99.680.982
	Protettivo cutaneo (crema)	Costo del lavoro
Protettivo 1	808.523.519	708.842.538
Protettivo 2	841.750.513	708.842.538

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

- Uno studio americano ha **comparato** il costo del **film barriera**, **due** diverse formulazioni di **protettivi cutanei** e la **crema all'ossido di zinco**.
- Per le diverse formulazioni di applicazione è emerso che i *caregivers* applicarono il film barriera **3 volte a settimana**, mentre le altre formulazioni ad **ogni evento** di incontinenza
- Il costo totale che includeva il prodotto, il lavoro e altri beni è risultato significativamente più basso con il film barriera (**\$0,89**) rispetto all'unguento (**\$1,74** e **\$1,28**) e alla crema all'ossido di zinco (**\$1,31**)
- Lo stesso studio ha poi evidenziato che il **film barriera** è risultato **migliore** in termini di **costo-efficacia** perché aveva:
 - **Minori applicazioni**
 - **Minor tempo di applicazione**
 - **Guarigione più veloce**
- Alcuni studi promossi da **EPUAP** (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*) stanno raccogliendo risultati simili per le creme/salviette impregnate con dimeticone e/o terpolimeri acrilici

- L'acquisto dei **film barriera** è dunque giustificato dal **significativo minor costo** registrato per la sua applicazione, e per il minor costo dovuto dalla minore incidenza di ulcere che necessitano cure particolari dei *caregiver* e producono elevati costi ospedalieri
 - Si raccomanda pertanto la **prevenzione** delle **IAD** in tutti i *setting* assistenziali, partendo dal domicilio del malato **per evitare**, in caso di ricovero, ulteriori **fattori di rischio** aggravanti per lo sviluppo delle **LDP**
- Inoltre, a differenza dei prodotti a base di **petrolato e/o ossido di zinco**, queste nuove tecnologie **non inficiano** le **proprietà** assorbenti degli **ausili**, riducendo così il numero dei cambi degli stessi e permettendo un **risparmio di risorse economiche**
- Tuttavia, a differenza dei pazienti stomizzati (**72.000 in Italia**), gli incontinenti (circa **6 Mio** in Italia) **non** possono accedere **gratuitamente** a questo tipo di prevenzione, a meno che non la paghino di tasca propria
 - In Italia il rimborso del protettivo cutaneo non è contemplato dal Legislatore, così come avviene per i pazienti stomizzati
- Pertanto, la **Commissione Tecnica Dermatologia** chiede il rimborso del film protettivo avrebbe sulle casse del SSN, per garantire al paziente la migliore prevenzione e le migliori cure
 - Sarebbe auspicabile inoltre portare avanti, a livello nazionale, studi più approfonditi su questi aspetti

- Non v'è stima di costo per le IAD, per svariati motivi: non c'è un DRG *ad hoc*; è difficile stimare il costo dei pazienti istituzionalizzati/a domicilio; i dati parlano soltanto di ulcere da pressione, nelle quali è difficile trovare differenziazioni rispetto alle *IAD-skin tears*, infezioni micotiche o altro.
- Alcuni studi tuttavia stimano il costo associato al tempo impiegato dal personale per detergere la pelle del malato senza risciacquo in confronto ad acqua e sapone. Clever et al hanno calcolato una riduzione dei costi quando un prodotto “due in uno” viene utilizzato in luogo di cura in più fasi.
- Nix e Seltun hanno studiato i costi diretti dei prodotti protettivi per la pelle, riscontrando una media di soli **0,1\$** al giorno per pazienti incontinenti istituzionalizzati, rispetto ai **0,23\$** del costo per applicazione normale
- Bliss et al hanno proposto un'analisi su 4 regimi di cura:
 - 1 film barriera in acrilato dopo ogni episodio di incontinenza;
 - 2 Unguento al **43%** di vaselina dopo ogni episodio di incontinenza
 - 3 Combinazione di ossido di zinco (**12%**) e crema all'**1%**
 - 4 Unguento al **98%** di vaselina applicato dopo ogni episodio di incontinenza

Clever K, Smith G, Browser C, Mujroe EA. Evaluating the efficacy of a uniquely delivered skin protectant and its effects on the formation of sacral/buttock pressure ulcers. Ostomy Wound Manage. 2002; 48 (12): 60-62, 64-67.

Nix D, Seltun JA review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. Ostomy Wound Manag. 2004;50(12): 59-62, 64-67.

Bliss DZ, Savik MS, Zehrer C, Ding L, Hedblom E. An economic evaluation of skin damage prevention regimens among nursing home residents with incontinence: labor costs. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32(suppl 3):51

- Il costo medio per trattamento variava da **0,89\$** per episodio di incontinenza per il regime in cui il film barriera veniva applicato 3 volte alla settimana a **1,74\$** per episodio per il regime in cui l'unguento alla vaselina (**43%**) veniva applicato dopo ogni episodio di incontinenza.
- I risultati di quest'ultimo studio suggeriscono comunque di tenere in considerazione le proprietà dei prodotti per la cura della pelle e la somministrazione raccomandata
- Lyder et al hanno segnato un costo medio giornaliero di **5,19\$** utilizzando un **41** detergente senza risciacquo, un idratante ed un unguento con effetto barriera nei residenti dopo ogni episodio di incontinenza
- Clever et al **32** hanno studiato l'effetto della modifica del protocollo di cura della pelle in una struttura per cure a lungo termine inserendo un prodotto "tutto in uno" costituito in una salvietta monouso in cui era incorporato detergente, idratante e barriera cutanea. Il costo medio per residente incontinente, stimato su base giornaliera, andava da **1,56\$** a **1,67\$** utilizzando il vecchio standard di cura (salviette monouso e una crema barriera all'**1,5%** di dimeticone) per passare da **1,07\$** a **1,15\$** al giorno con il nuovo regime.

Bliss DZ, Savik MS, Zehrer C, Ding L, Hedblom E. An economic evaluation of skin damage prevention regimens among nursing home residents with incontinence: labor costs. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005;32(suppl 3):51

Lyder CH, Shannon R, Emplio-Frazier O, McGehee D, White C. A comprehensive program to prevent pressure ulcer in long term care: exploring cost and outcomes. Ostomy Wound Manag. 2002;48(4):52-62

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Dipartimento Dermatologia

Sintesi dei lavori

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Il dipartimento di Dermatologia continua il lavoro iniziato l'anno precedente per la definizione dei principi di *best practice* nel preservare la salute della cute fragile.
- Nel determinismo dei fattori di rischio si è già affermato che le dermatiti associate ad incontinenza (IAD) rappresentano causa di perdita di qualità della vita, di costi economici sostenuti dai cittadini e di aumento del rischio di sviluppare ulcere da decubito nei pazienti fragili.
- Per la salvaguardia della cute, gli studi clinici hanno evidenziato la disponibilità di alcuni prodotti che hanno la funzione di ripristinare la barriera cutanea e proteggerla.
- Valutando i LEA, si osserva che questo tipo di prodotti sono assenti dalla rimborsabilità per cui si chiede che, come nei pazienti stomizzati, i prodotti per la prevenzione siano associati ai prodotti assorbenti che già sono rimborsati.

In Italia, il valore del **mercato** dei prodotti per il ripristino della barriera cutanea relativi ai **protettivi cutanei** (creme barriera ed ossido di zinco) ammonta a **€33,3 Mio** (di cui il 60% spesi per pazienti anziani) **a carico degli utilizzatori**

...Ma la maggior parte dei cittadini (**2/3**) non si può permettere l'acquisto dei prodotti per la prevenzione. **Pertanto i pazienti, non utilizzando i prodotti, sono sottoposti ad aumento del rischio di gravi lesioni cutanee (per esempio piaghe da decubito nel paziente fragile) i cui costi gravano poi sulle tasche dei contribuenti.**

AISLEC 2015: i dati di prevalenza su 4853 pazienti istituzionalizzati mostrano che il **20,6%** degli incontinenti (qualsiasi incontinenza) sviluppano **arrossamenti**, mentre in media il **10%** sviluppano **soluzioni di continuo** o **erosioni** (rispettivamente **12,8%** e **7,2%**)

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

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

Applicazioni	Costo per Incontinenti in \$	
	Film barriera	Costo del lavoro
1 volta al di	431.950.921	232.588.958 ↓
3 volte a settimana	188.286.299	99.680.982 ↓
	Protettivo cutaneo (crema)	
Protettivo 1	808.523.519	708.842.538 ↑
Protettivo 2	841.750.513	708.842.538 ↑

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

Pertanto, la **Commissione Tecnica Dermatologia** chiede che il **rimborso del film protettivo sia a carico del Sistema Sanitario**, per garantire al cittadino la migliore appropriatezza, le cure adeguate e quindi la migliore qualità di vita.

... una vera appropriatezza consente di ridurre i costi garantendo la massima efficacia. Minori costi consentono di attingere di meno alle tasche dei contribuenti e di erogare i dispositivi un modo uniforme durante l'anno.