

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento Incontinenza

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Incontinenza - Il percorso di Senior Italia – FederAnziani
- Obiettivi del Dipartimento Incontinenza
- Contesto epidemiologico dell’Incontinenza
- IU e Registri della Salute
- Rimborsabilità delle terapie farmacologiche
- Criticità
- Innovazioni tecnologiche per terapia e riabilitazione
- Tavolo Ministeriale Incontinenza
- Sintesi del lavori



Collaborazione con Società Medico Scientifiche

FIC – Fondazione italiana continenza

ESCP – *European Society of Coloproctology*

AIUG – Associazione Italiana di Uro-ginecologia e del pavimento pelvico

SICCR – Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale

1. Chiedere al Tavolo Ministeriale e alle Regioni di individuare i **centri di riferimento regionali** per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e fecale
2. Definire i **criteri per l'individuazione** dei centri regionali
3. Creare delle **partnership** tra i **centri** di riferimento regionali e le **associazioni di pazienti** (Senior Italia FederAnziani)



- La prevalenza dell'Incontinenza Urinaria (IU) varia in base alle diverse definizioni che le si attribuiscono, e ai diversi metodi di sorveglianza della popolazione.
- Si stima che in Europa oltre 36 milioni di persone, di cui il 60% donne, soffrano di incontinenza. In Italia, il fenomeno riguarda circa 6 milioni 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
- Oltre il 50% delle persone residenti nelle case di riposo per anziani è affetto da incontinenza e di questi il 70% sono donne.
- La prevalenza dell'incontinenza fecale tra la popolazione adulta è compresa tra l'1% e il 10%. ¹
- Nello specifico per l'incontinenza urinaria viene riportata una incidenza dal 3 al 7% degli over 65 ³, che interessa almeno il 2,2% degli adulti non istituzionalizzati ⁴, arriva al 45-50% nelle nursing home ⁵ e raggiunge il 60% nelle Lungodegenze. ⁶

1- FINCO – Federazione Italiana INCOntinenti – Libro Bianco sull'incontinenza urinaria 2012; 2- NICE 2007; 3- Campbell A.J., Reinken J., McCosh L., Talley N.J., O'Keefe E.A., Zinsmeister A.R., et al., 1992]; 4- Consensus Conference, 1999 in Whitehead W.E., Wald A., Norton N.J., 2001; 5- Nelson R., Furner S., Jesudason V., 1998; Royal College of Physicians 1995; 6- Royal College of Physicians 1995

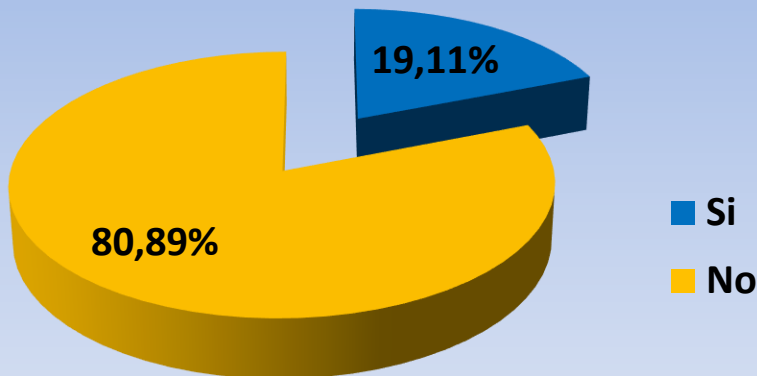
- La IU è un serio problema clinico e sociale per almeno due motivi:
 - **Prevalenza:** registra un *range* di prevalenza che va dal 5% al 69%, con la maggior parte degli studi internazionali che riferiscono una prevalenza variabile tra il 25% e il 45%, ed a causa dell'invecchiamento della popolazione questa prevalenza risulta in aumento.
 - **Costi diretti:**
 - Presidi ad assorbenza e traverse 300.000.000 € ¹
 - Cateterismo a intermittenza 43.550.000 euro € ²
 - Cateteri *foley* 14.500.000 euro € ¹
 - Tutori per ureterocutaneostomia 3.500.000 € ¹
 - Sacche urina 20.000.000 euro € ¹
 - Cateteri esterni: condom 10.000.000 € ¹
 - Stomie:
 - Sacche per urostomia monopezzo 5.600.000 € ²
 - Urostomia 2 pezzi 9.000.000 € (sacca + placca) ²
 - Per l'urostomia il totale è di 14.600.000 €
- Un paziente incontinente costa, al SSN, circa 867 € l'anno soltanto di pannoloni assorbenti (2,4 € al giorno) ³

1- FINCO – Federazione Italiana INCOntinenti – Libro Bianco sull'incontinenza urinaria 2012

2- Assobiomedica

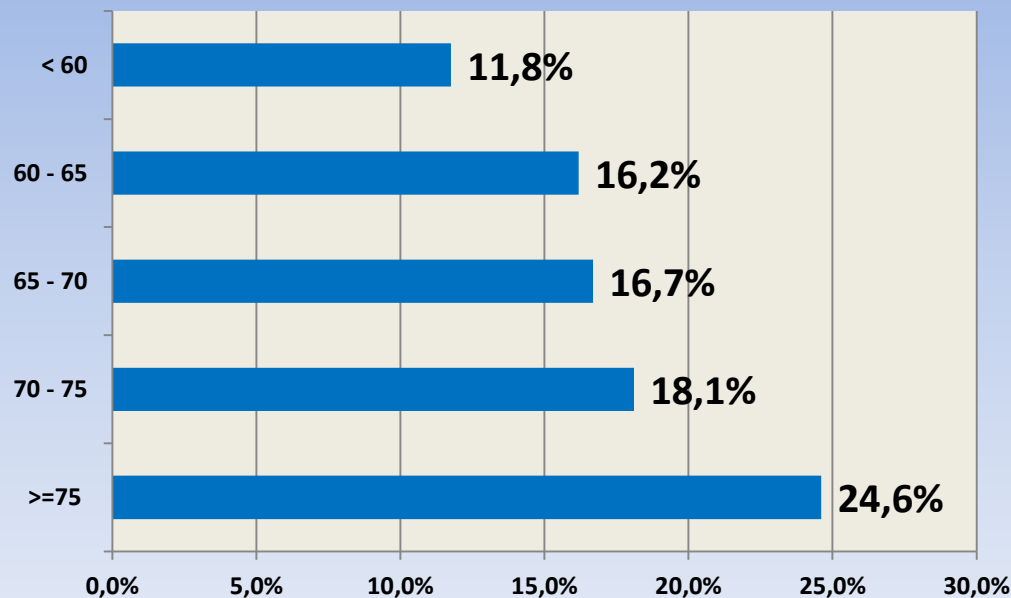
3- Centro Studi SIC Sanità In Cifre

Incontinenza Urinaria



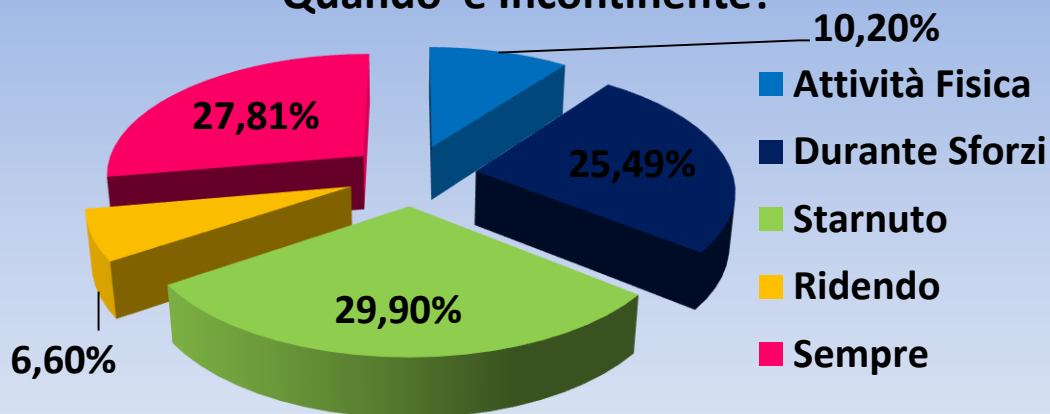
Campione 53.673: Maschi 24.528; Femmine 29.145

Incontinenza Urinaria per Classi d'età



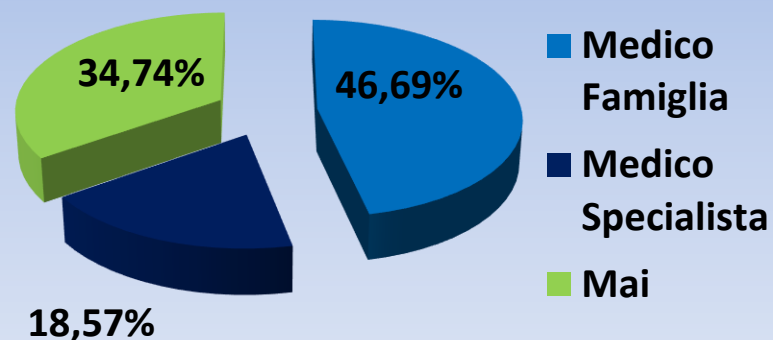
Soffre di perdita involontaria d'urina l' 11% del campione Maschile contro il 26%, circa, di quello Femminile (Prevalenza Incontinenza Urinaria donne over 65 compresa tra il 20 e il 25%, Istituto Mario Negri).

Quando è Incontinente?



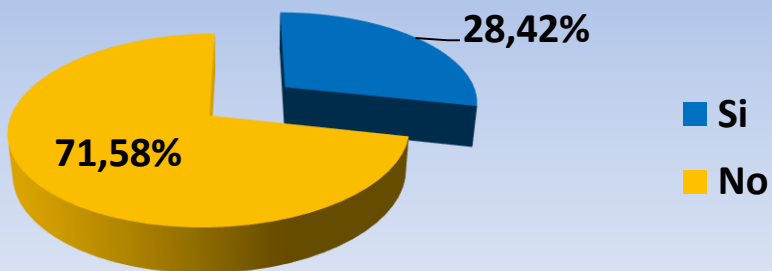
Campione: Totale 7.895

Ne ha mai parlato con un Medico?



Campione: Totale 7.113

Incontinenza Urinaria, Conoscenza Intervento Chirurgico Mini-invasivo



Campione 34.210: Maschi 15.243; Femmine 18.967

Sa che l'incontinenza può essere risolta con un intervento chirurgico mini-invasivo di 15-20 minuti il 26% del campione Maschile contro il 31%, circa, di quello Femminile

- In Italia più dell'80% dei pazienti con IU da urgenza utilizza pannolini e il 20% viene trattato con terapia farmacologica.
- La spesa media per paziente con IU da urgenza è il doppio rispetto alla media europea: **€ 706 Vs € 386.**
- La voce “pannolini” risulta circa **3 volte** il dato medio europeo.
- Le terapie farmacologiche sono principalmente a carico del cittadino: **± € 40,8** al mese per chi le assume.
- In tutti i Paesi europei le terapie farmacologiche vengono rimborsate, e ciò comporta una riduzione del **60%** del costo medio paziente rispetto al nostro.
- Con un livello di rimborso delle terapie farmacologiche pari al 100%, il SSN otterrebbe un risparmio di circa **€ 137 Mio** l'anno.

- Mancato riconoscimento, sia da parte del medico che da parte del paziente, dell'importanza di annoverare l'IU come reale problema di salute:
 - Più del 70% della popolazione non ha una informazione adeguata sull'incontinenza e sulle relative problematiche
 - Almeno il 30-40% dei pazienti con incontinenza non ha accesso alla diagnosi perché non parla del problema con un clinico (1-3 milioni di pazienti)
 - Bassa percentuale di comportamenti proattivi da parte del MMG
- Assenza di politiche di sistema volte a conformare l'offerta sanitaria alla domanda sempre crescente
- Il forte impatto psicologico sul paziente e sulla sua QdV:
 - il 60% evita di uscire di casa
 - il 50% si sente depresso e diverso dagli altri
 - il 45% evita i mezzi pubblici
 - il 50% evita l'attività sessuale

- Disomogeneità territoriale in termini di presa in carico del paziente incontinente.
- Insufficiente numero di centri specialistici per la riabilitazione pelvica, a fronte di una discreta/adequata risposta in ambito urologico e ginecologico.
- I trattamenti di I livello, di II livello e III livello (in grado questi ultimi di affrontare terapie più complesse quali la neuromodulazione sacrale e lo sfintere artificiale) non vengono garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale.
- L'accesso alla terapia chirurgica e/o protesica non trova un corrispettivo economico o una sicura e omogenea identificazione all'interno dei **LEA**.
- L'approccio sanitario odierno è focalizzato sulla risoluzione del sintomo/acuzie in luogo della gestione e monitoraggio della patologia:
 - **L'ausilio assorbente NON rappresenta la cura per l'incontinenza.**

- L'accesso alla terapia chirurgica e/o protesica (mini invasiva, neuromodulazione sacrale, sfinteri artificiali) non trova un corrispettivo economico o una sicura e omogenea identificazione all'interno dei LEA
- Per quanto riguarda la Neuro modulazione sacrale, i dati clinici sono confortanti 1:
 - le percentuali di successo nell'incontinenza urinaria da urgenza e nella sindrome urgenza-frequenza sono dell'ordine del 70-80%, con scomparsa degli episodi di incontinenza nel 50% dei casi
 - nella ritenzione urinaria ben il 61% dei pazienti ha eliminato gli autocateterismi vescicali
- Il costo dell'elettrocattetero e dello stimolatore è molto elevato.
- I tempi di attesa, in alcuni casi superano anche i 90 giorni per i soggetti valutati idonei.
- Ad oggi, non vi sono DRG uniformi dedicati per questo tipo di intervento chirurgico, ma ci sono molteplici difformità regionali

Standardizzazione

Misurazione

Controllo

- Individuare i possibili risparmi per la gestione/cura dell'Incontinenza
 - Creando gruppi di lavoro che valutino l'impatto economico a livello regionale delle varie alternative terapeutiche
- Individuare le soluzioni ottimali per le problematiche dell'incontinenza grave fecale e urinaria:
 - Codificando criteri strutturali e assistenziali per la definizione dei centri di riferimento regionali (di I, II e III livello) per la **cura** delle incontinenze
 - Accelerando la predisposizione di delibere regionali per l'**adeguamento** dei **budget** e dei **DRG** per i trattamenti delle incontinenze
 - Determinando specifici **PDTA** condivisi a livello regionale e implementati da MMG e specialisti della Regione stessa
- Predisporre un algoritmo indagativo per i MMG sia per la diagnosi precoce in stadio 1 della incontinenza nonché un algoritmo di percorso di trattamento

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI

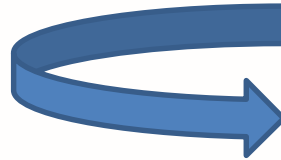


Dipartimento Incontinenza

Sintesi dei lavori

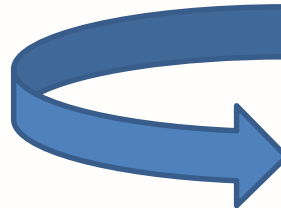
Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Il p.d.v. della persona



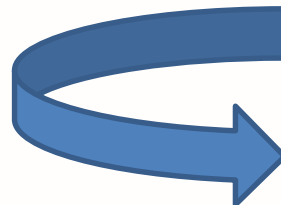
**Grosso impatto sulla Q.o.L.
Rischio di gravi complicanze**

- Il p.d.v. sanitario



**Patologia cronica e complessa
multidimensionale e
multispecialistica**

- Il p.d.v. della società



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

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

Criticità Persistenti

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

I farmaci anti muscarinici

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

Alcune criticità persistenti

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

La Riabilitazione dell'Incontinenza Urinaria e Fecale

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

Alcune criticità persistenti

- Problemi ... giuridici: riconoscimento della voce specifica nei LEA. Voci diversificate per la Riabilitazione del Pavimento Pelvico (fisioterapisti), la Uro-riabilitazione (infermieri) e la Prevenzione e Rieducazione pre e post-partum (ostetriche)

La Chirurgia

- **Chirurgia:** Nell'ottica di una politica di razionalizzazione della spesa, la corretta distribuzione dei presidi chirurgici più sofisticati e costosi e una adeguata allocazione di risorse (budget), per i Centri di eccellenza di III livello (Neurom. Sacrale, Sfintere artificiale, protesi)

Alcune criticità persistenti

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

Proposta:

- Istituire un tavolo ministeriale sulla Incontinenza
Obiettivo raggiunto!!!
- *Linee di indirizzo ministeriale per gli Assessorati regionali alla Sanità per l'istituzione della **Rete di Centri** per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Incontinenza urinaria e fecale e la definizione di PDTA*