



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
II° CONGRESSO NAZIONALE
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO ALZHEIMER**

Le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica, tali patologie rappresentano infatti una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio-sanitario. A testimonianza della consapevolezza della complessità della situazione, accanto all'impegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che da qualche anno ha inserito i disturbi neurologici tra le priorità della sua agenda globale, anche l'Unione e la Commissione Europea hanno posto il tema specifico delle demenze al centro delle attività di ricerca e di azione congiunta che vengono promosse e sostenute negli Stati Membri.

Come è noto il principale fattore di rischio associato all'insorgenza di qualsiasi demenza è l'età. La popolazione anziana è in continua crescita nel mondo ed in Italia e la speranza di vita aumenta costantemente, con uno sbilanciamento a favore delle donne soprattutto nelle classi più vecchie.

Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2013 evidenzia come in tutto il mondo, il 13% degli over 60 richieda assistenza a lungo termine. Tra il 2010 e il 2050, il numero totale di anziani con esigenze di tipo assistenziale è destinato a triplicare, passando da 101 a 227 milioni di persone. L'assistenza a lungo termine è destinata in prevalenza a persone affette da demenza, con cui convive l'80% degli anziani nelle case di riposo. Attualmente, il costo globale dell'assistenza per la demenza supera i 600 miliardi di dollari, ovvero circa l'1% del PIL mondiale.

Secondo stime della scala Disability-adjusted life years (DALY), in EU il peso della demenza è quasi il doppio rispetto a quello generato dal diabete. Negli stessi Paesi, la stima dei costi per le demenze ammontava nel 2008 ad oltre 160 miliardi di Euro, con una stima dei costi delle sole cure informali intorno al 56% del totale. Le previsioni basate sull'evoluzione demografica in Europa fanno ipotizzare un aumento di circa il 43% di tali costi entro il 2030.

Esistono diverse tipologie infettive che possono causare demenza, tra cui:

1. Demenza di Alzheimer
2. Demenza a corpi diffusi di Lewy
3. Degenerazione cortico-basale
4. Paralisi sopranucleare progressiva
5. Demenza da idrocefalo normoteso
6. Demenze vascolari
7. Demenze fronto-temporali
8. Pseudodemenze e demenze miste

Tra queste, la più frequente risulta la demenza di Alzheimer (DA) che rappresenta il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza nella popolazione ultra sessantacinquenne del 4,4%. In valori assoluti, le stime più recenti attualmente in Italia evidenziano come i malati di Alzheimer siano circa 520.000 e i nuovi casi siano stimabili in circa 80.000 all'anno. Si tratta di un dato destinato ad aumentare: se consideriamo l'attuale andamento demografico, il conseguente invecchiamento della popolazione, possiamo prevedere come la prevalenza di Alzheimer risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%. I tassi d'incidenza per DA osservati in Europa indicano un incremento nei maschi da 0,9 casi per 1.000 anni-persona nella fascia d'età 65-69 anni a 20 casi in quella con età maggiore di 90 anni; nelle donne, invece, l'incremento varia da 2,2 nella classe d'età 65-69 a 69,7 casi per 1.000 anni-persona in quella maggiore di 90 anni. La familiarità in questo tipo di patologia è abbastanza preponderante, una storia familiare di demenza infatti aumenta il rischio di sviluppare la malattia di 3-7 volte.

Nel 2020 i nuovi casi di demenza saliranno a 213.000 l'anno, di cui 113.000 attribuibili all'Alzheimer.

Dipendenza e Long Term Care

Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2013 definisce, come principali cause di aumento della dipendenza, sia l'aumento della popolazione che l'aumento dell'età media. Nelle nazioni a basso/medio reddito, secondo le proiezioni che arrivano fino al 2050, ci sarà un'impennata del numero di persone anziane, che porteranno l'aumento di patologie croniche. La dipendenza diventerà dunque un'area primaria che influenzerà gli assetti dei vari sistemi sanitari nazionali. La proporzione di persone dipendenti *over 60* crescerà in tutto il mondo, tra il 2000 e il 2050, dal 29% fino al 45% e sarà così ripartita:

- dal 21% al 30% nell'Africa Sub Sahariana;
- dal 23% al 44% in India;
- dal 23% al 47% in America Latina;
- dal 30 al 60% in Cina;
- dal 45% al 61% nelle nazioni considerate ad alto reddito.

Durante questo periodo, il numero di anziani non autosufficienti quadruplicherà nelle regioni a basso/medio reddito.

Il tasso di dipendenza suddiviso per età lavorativa tra il 2010 e il 2050 aumenta dal 29% al 45% per gli *over 60*, e diminuisce del 14% nei giovani tra i 15 e i 44 anni.

La demenza e il deterioramento cognitivo sono le patologie croniche che maggiormente contribuiscono sia alla disabilità che alla dipendenza (Tabella 1). Il bisogno di aiuto da un *caregiver* spesso comincia presto nel percorso che porta a demenza, si intensifica con l'aumentare della gravità della patologia, e continua fino alla morte.

Tabella 1: Indice di prevalenza* per le associazioni indipendenti tra le condizioni di salute (menomazioni e diagnosi) e a) Disabilità e b) Dipendenza

Condizioni di salute, ordinate per contributo alla dipendenza	a) Associazione con disabilità		b) Associazione con dipendenza	
	Meta-analysed PR (95% CI)	Mediana PAFP range	Meta-analysed PR (95% CI)	Mediana PAFP range
Demenza	1.9 (1.8-2.0)	25% (19-44%)	4.5 (4.0-5.1)	34% (23-59%)
Arto paralizzato o infermità	1.8 (1.7-1.9)	11% (6-34%)	2.8 (2.4-3.2)	9% (1-46%)
Ictus	1.4 (1.3-1.5)	11% (2-21%)	1.8 (1.6-2.1)	8% (2-17%)
Depressione	1.4 (1.3-1.5)	8% (1-23%)	1.7 (1.5-2.0)	8% (0-27%)
Problemi di vista	1.1 (1.1-1.1)	7% (2-18%)	1.2 (1.1-1.3)	6% (0-16%)
Artrite o reumatismi	1.3 (1.3-1.4)	10% (3-35%)	1.1 (1.0-1.3)	4% (0-6%)
Problemi allo stomaco o intestino	1.1 (1.1-1.2)	7% (0-23%)	1.1 (1.0-1.3)	2% (0-16%)
Difficoltà uditive	1.1 (1.1-1.2)	2% (1-9%)	1.1 (0.9-1.2)	1% (0-5%)
Difficoltà respiratorie	1.2 (1.1-1.3)	4% (2-9%)	1.2 (1.0-1.4)	1% (0-6%)

* Aggiustato per età, sesso, educazione, stato civile e altre condizioni di salute

Le figure in *corsivo* indicano condizioni non statisticamente associate con le dipendenze che hanno PAFP positivo

Fonte: World Alzheimer Report 2013 - Journey of caring

In Italia la prevalenza della demenza oscilla fra 5,9 e 7,1% degli ultra sessantaquattrenni, è quindi diversa a seconda degli studi, sia italiani che europei; poichè gli italiani di questa età sono più di 13 milioni all'ultimo censimento, parliamo circa di un milione di persone. La Tabella 2 evidenzia la distribuzione per età dei malati di demenza evidenziati da due studi italiani e una meta analisi europei a confronto.

Nello studio "Invecchiamento cerebrale ad Abbiategrasso- InveCe.Ab" eseguito nel 2010 la prevalenza delle demenze nella classe di età 70-74 è risultata del 3%.

Tabella 2: Prevalenza (%) di ammalati di demenza nelle classi di età indicate

Classi d'età (anni)	Studio Tuscany	Studio Conselice	EURODEM
64-69	1,1	0,7	1,04
70-74	1,4	1,8	4,01
75-79	7,0	2,4	5,70
80-84	10,6	7,8	13,00
85-89	20,6	23,4	21,60
>90	27,8	66,7	32,20

Fonte: Alzheimer Italia - La forza di non essere soli - 2013

L'impatto nel caregiver

Pratico

Prima di addentrarci nell'elaborazione di questo paragrafo, risulta utile puntualizzarne i contenuti. Le persone con demenza hanno difficoltà a svolgere le attività quotidiane, che qui verranno differenziate in due categorie.

ADL= *Activities of Daily Living*, che sono le più semplici e servono per preparare il corpo umano ad affrontare la giornata. Esse possiamo distinguerle in:

- Camminare
- Lavarsi
- Vestirsi
- Andare in bagno
- Lavarsi i denti
- Mangiare

IADL= *Instrumental Activities of Daily Living* risultano leggermente più complesse in quanto richiedono l'utilizzo di strumenti esterni e vengono effettuate dopo la preparazione ADL. Possiamo distinguerle in:

- Cucinare
- Guidare
- Telefonare o usare il pc
- Fare la spesa
- Gestire le finanze

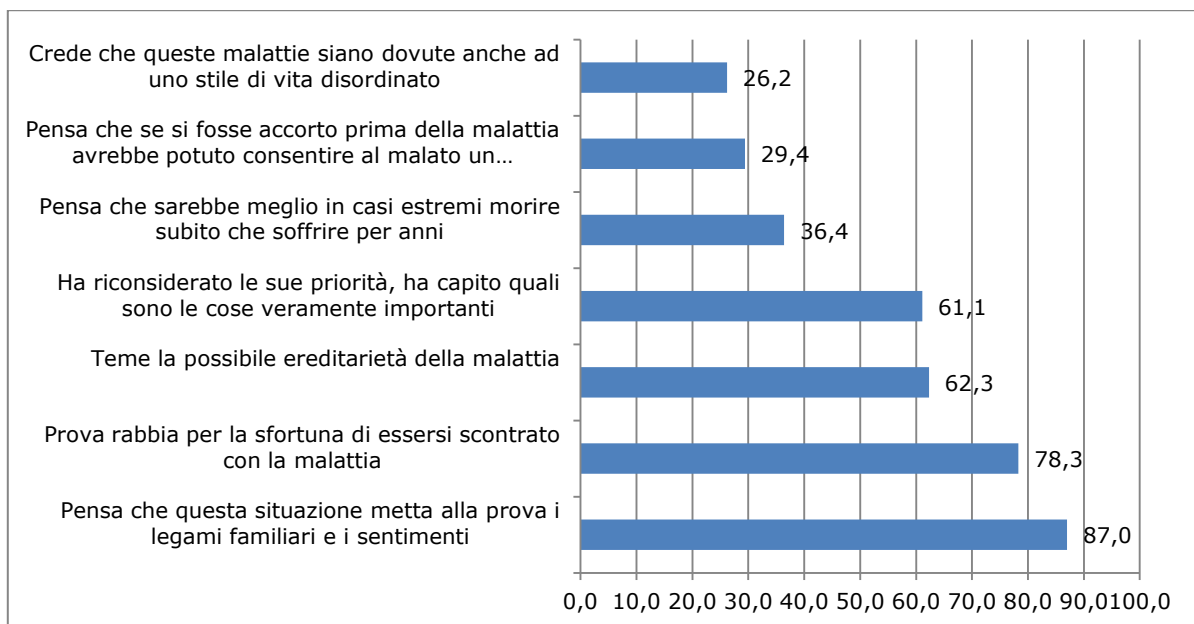
Puntualizzato ciò, è utile sottolineare che esistono effetti avversi che possono causare il cosiddetto *burn-out* ai caregiver. Da una revisione sistematica della letteratura emerge che quest'ultimi spendono in media 2.0 ore giornaliere per assistere il paziente nelle ADL, 3,6 ore per ADL e IADL combinate, e oltre 2,6 ore spese in generale per supervisionare il paziente affetto da demenza. In media, le ore

settimanali spese in assistenza risultano 14 per le ADL e 43 per ADL, IADL e supervisione.

Psicologico

Esistono inoltre eventi psicologici avversi che possono subire i *caregiver* di pazienti affetti da demenza. Una revisione sistematica di 10 studi che valutavano i disordini depressivi nei *caregiver* ha riportato disturbi psicologici con una prevalenza tra il 15% e il 32% nei soggetti analizzati. Vivere con soggetti in condizioni psichiche disagiate e depressi è risultato già di per sé una causa di disagio psichico nei *caregiver*, senza tener conto della mera assistenza erogata. Tuttavia non sono stati presi in considerazione ulteriori fattori che potessero incidere sulla psiche del *caregiver*, come la spesa in farmaci per le terapie della malattia e la preoccupazione di vivere con un malato. La Figura 1 riporta il carico psicologico che deve sopportare il *caregiver* che assiste un malato di Alzheimer

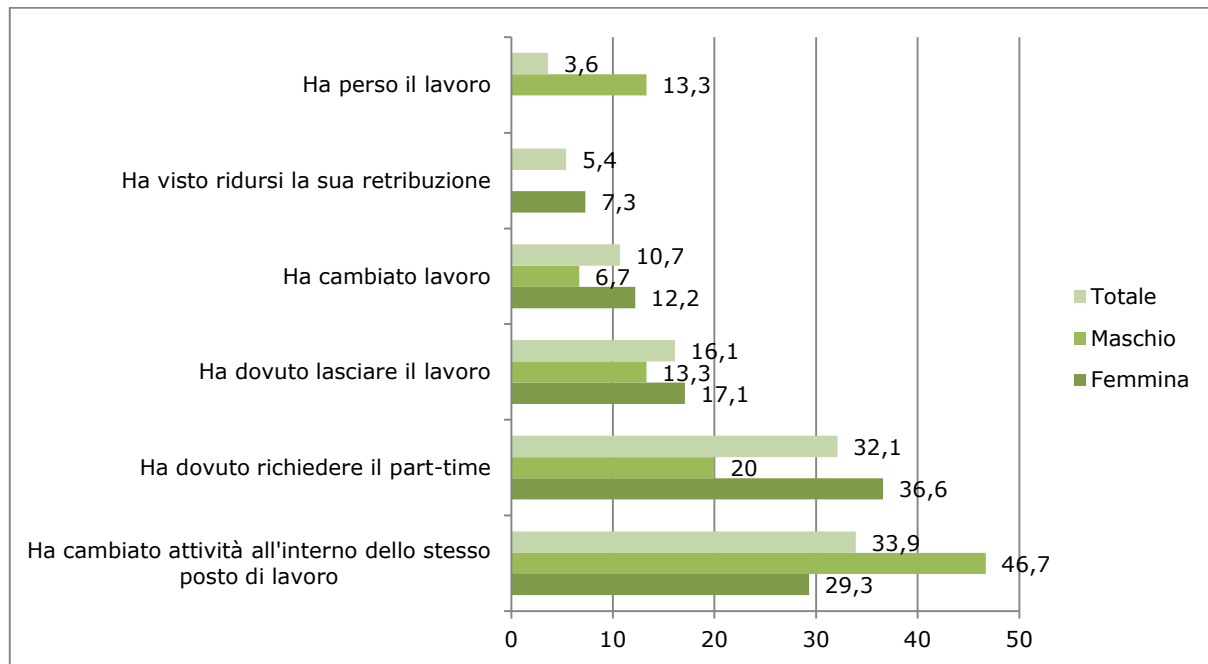
Figura 1: Il carico psicologico del *caregiver* (val.%)



Fonte: Censis - I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato? - 2007

Nella Figura 2 invece vengono riportati i dati dell'indagine condotta dal Censis nel 2007, dove si evidenzia che la maggior parte dei *caregiver* ha cambiato mansione all'interno dello stesso posto di lavoro (33,9%), mentre il 3,6% ha abbandonato del tutto il suo lavoro.

Figura 2: I cambiamenti nella vita lavorativa del caregiver - per genere (base=45,7%) (val.%)



Fonte: Censis - *I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato?* - 2007

Economico

Secondo uno studio condotto dall'OCSE in Nord America ed Europa sui *caregiver* di persone anziane (non soltanto affette da forma di demenza), un incremento dell'1% in ore dedicate all'assistenza è associata una riduzione del tasso di impiego del 10%. Questo dato trova conferma in un altro studio effettuato dall'Associazione Alzheimer americana, secondo cui il 13% dei *caregiver* ha dovuto passare da lavoro *full-time* a lavoro *part-time*, l'11% ha dovuto richiedere un lavoro meno impegnativo, mentre un altro 11% ha dovuto abbandonare del tutto il proprio lavoro.

Profili di paziente e caregiver

Da un'indagine Censis volta ad analizzare i costi sociali e difficilmente quantificabili legati all'assistenza della patologia di Alzheimer e condotta su un numero di 401 *Caregiver*, emerge come la famiglia rappresenti il fulcro del sistema di assistenza, e nell'87,5% dei casi i familiari non vorrebbero ricoverare definitivamente il paziente in strutture residenziali.

Analizzando il profilo generale dei pazienti si confermano le caratteristiche principali della malattia, e cioè la maggiore prevalenza al crescere dell'età e nella popolazione femminile e si evidenziano in particolare:

- un'età *media* dei malati pari a 77,8 anni. In particolare il 66,8% del campione è costituito da pazienti con più di 75 anni, per un quarto circa da malati di età compresa tra i 66 ed i 75 anni e per l'8,9% da pazienti sotto i 65 anni;
- la prevalenza di ammalati di sesso femminile (67,8% e per il 32,2% maschile), dato evidentemente legato alla superiore aspettativa di vita di questo segmento di popolazione;
- una metà del campione (49,6%) composta da pazienti coniugati, mentre il 47,4% è rappresentato da vedovi, residuali le altre fattispecie;
- una grande maggioranza che vive nella *propria abitazione* (oltre l'80%), in particolare è complessivamente il 48,1% a vivere con il coniuge o partner, contro il 34,7% che vive a casa sua con uno o più figli o solo con la badante; il 17% circa vive invece a casa di parenti, in particolare il 7,0% vive nel nucleo di un figlio sposato.

L'età media dei pazienti risulta più elevata: 77,8 contro 73,6 della stessa indagine condotta nel 1999.

Ciò ha inciso in maniera determinante anche sul profilo socio demografico dei *caregiver*, e nello specifico:

- i *caregiver* tendono a concentrarsi soprattutto nella fascia d'età compresa tra i 46 ed i 60 anni (51,6%), a testimonianza di una maggiore prevalenza di *caregiver* figli, che infatti rappresentano il 64,1% degli intervistati (mentre i coniugi/partner risultano pari al 25,2%);
- ad occuparsi dei malati di Alzheimer sono soprattutto i parenti di genere *femminile*, il 76,6% contro il 23,4% degli uomini. Sono peraltro le mogli ad occuparsi soprattutto dei pazienti uomini, mentre le donne malate vengono seguite soprattutto dalle figlie;
- i *caregiver* in condizione non professionale ammontano al 52,6%, e nel 30% circa dei casi si tratta di donne che non vivono col paziente, bensì hanno un proprio nucleo familiare

La grande maggioranza dei pazienti che ricevono gratuitamente i farmaci, li ottengono dalle Unità di Valutazione Alzheimer (l'81,9%), mentre nel 15,9% dei casi è lo specialista che fornisce direttamente, e gratuitamente, i farmaci al paziente.

I costi sociali della patologia

Tabella 3: I costi stimati dell'Alzheimer

	Quota famiglie			Quota Ssn			Costo medio totale	
	V.A.	% sul totale di costo famiglie	%	V.A.	% sul totale di costo famiglie	%	V.A.	% sul totale di costo famiglie
Costi diretti	10.627,04	100,0	71,4	4.259,85	100,0	28,6	14.886,89	24,4
Assistenza domiciliare (informale)	8.376,11	78,8	100,0	-	-	-	8.376,11	13,8
Assistenza formale (personale specializzato e servizi pubblici di assistenza)	1.169,39	11,0	27,2	3.136,56	73,6	72,8	4.305,96	7,1
Spesa farmacologica	412,05	3,9	45,6	491,30	11,5	54,4	903,36	1,5
Farmaci specifici	91,20	0,9	17,5	430,61	10,1	82,5	521,80	0,9
Farmaci non specifici	320,86	3,0	84,1	60,70	1,4	15,9	381,56	0,6
Altre voci di spesa	669,48	6,3	51,4	631,98	14,8	48,6	1.301,46	2,1
Costi indiretti	-	-	-	-	-	-	46.019,02	75,6
Assistenza prestata dei caregiver	-	-	-	-	-	-	43.355,82	71,2
Mancati redditi da lavoro dei pazienti	-	-	-	-	-	-	2.663,20	4,4
Totale	10.627,04	100,0	17,4	4.259,85	100,0	7,0	60.905,91	100,0

Fonte: Censis - I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato? - 2007

Secondo il Censis, il Costo Medio Annuo per Paziente (CMAP), comprensivo sia di costi privati che a carico della collettività, è risultato pari a poco più di 60.000 euro.

I costi diretti rappresentano il 25% circa dei costi complessivi nel trattamento della patologia di Alzheimer, pari a 14.886,89 euro, di cui la quota più consistente (71,4%) a carico delle famiglie, mentre solo il 28,6% a carico del SSN. Risulta elevata la quota a carico delle famiglie per i farmaci non specifici (84,1%).

I costi indiretti ammontano a circa 46.019,02 euro e sono a carico della collettività, rappresentando il 75,6% del totale e sono legati agli oneri di assistenza che pesano sul *caregiver*, che rappresentano quasi il 95% del totale dei costi indiretti (Tabella 3).

PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE CON ALZHEIMER

Introduzione

Le demenze comprendono un insieme di patologie che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale. Il progressivo invecchiamento della popolazione generale, sia nei Paesi occidentali che in quelli in via di sviluppo, fa ritenere queste patologie un problema sempre più rilevante in termini di sanità pubblica.

In Italia la prevalenza dell'Alzheimer indicherebbe circa 600.000 malati, ma di questi circa il 50% non sono diagnosticati; circa 200.000 sono in fase severa e circa 25.000 sono istituzionalizzati in RSA o case di cura.

Il 75% dei pazienti diagnosticati è in cura presso le UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) e trattato con inibitori della Colinesterasi o inibitori dell'NMDA, rimborsati dal SSN per le fasi lieve e moderata.

Criticità evidenziate

La diagnosi tardiva della patologia rende gli strumenti attualmente a disposizione poco efficaci; il ritardo della diagnosi è riconducibile a cause sia culturali sia di sistema quali:

- Il perdurare dello stigma da parte dei famigliari verso la patologia, con conseguente ritardo nel portare il proprio caro dal Medico di Medicina Generale o dal Neurologo per attivare il percorso di diagnosi;
- Il MMG non sempre ha le competenze necessarie per effettuare tempestivamente una corretta diagnosi, con la conseguenza di allungarne il tempo.

- In molte regioni non esistono PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) e linee guida condivise che permettano alla medicina di territorio di avere chiari riferimenti per avviare il percorso diagnostico terapeutico.
- Il MMG non ha sempre la piena consapevolezza che nel proprio bacino, compreso tra le 1.000 e 1.500 persone, ci siano 20-30 persone affette o potenzialmente affette da Alzheimer;

L'organizzazione e gestione delle UVA (Unità Valutazione Alzheimer)

- Il modello organizzativo delle UVA non sempre permette di dare risposte in linea con il fabbisogno espresso dalla popolazione;
- In alcuni centri l'UVA è composta da un numero ridotto di specialisti (neurologi e geriatri) che solo in orari e giorni stabiliti garantiscono il servizio di UVA;
- In alcuni territori pertanto persistono elevati tempi di attesa per avere accesso alle Unità di Valutazione Alzheimer e poter effettuare gli esami e le valutazioni necessarie per una corretta diagnosi.

Integrazione ospedale e territorio

- La medicina del territorio e la medicina specialistica ospedaliera sono sistemi tra loro non integrati;
- I distretti delle ASL non offrono il supporto necessario per l'integrazione delle attività ospedaliere, di territorio e servizi di assistenza, lasciando il paziente ed i suoi cari senza un adeguato e costante riferimento;
- A livello di ASL mancano dei piani di prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza e dei protocolli standard per la gestione complessiva del paziente con Alzheimer.

Il rischio Compliance

- In questa area terapeutica, diversi trattamenti hanno perso la copertura brevettuale negli ultimi anni;
- In ragione di questo il paziente, pur nel mantenimento della molecola prescritta dal medico, può essere esposto al rischio di dover cambiare periodicamente colore e forma della confezione;
- In pazienti anziani poli-trattati il fenomeno del continuo cambiamento di confezione, cosiddetto "zapping" farmaceutico, può determinare il rischio di una minore aderenza alla terapia e dunque di una minor efficacia della stessa.

L'assistenza

Le famiglie sopportano ancora una parte troppo elevata del carico gravoso legato all'assistenza dei pazienti con Alzheimer sostenendone i costi sociali e ed economici:

- Molti malati di Alzheimer sono assistiti dal coniuge, spesso coetaneo e dunque anch'egli potenzialmente con problemi di salute legati all'età e/o con il supporto di una badante, che incide economicamente sul bilancio familiare.
- L'assistenza al *caregiver* è di fondamentale importanza poiché quest'ultimo ha un compito gravoso e perché il *caregiver*, tipicamente identificato in un familiare o badante, rappresenta il punto di riferimento per i medici ed il mondo sanitario;
- L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) non ha un processo di attivazione chiaramente strutturato e standardizzato, con conseguente difficile accesso da parte del paziente.
- La distribuzione geografica delle RSA è ancora molto disomogenea nel nostro territorio con uno sbilanciamento a favore delle regioni del nord del Paese.

Scarsa consapevolezza sugli strumenti della prevenzione

- Recenti studi hanno dimostrato che la velocità di progressione della patologia ed il danno cognitivo da essa generata sono correlati al concetto di riserva cognitiva;
- Rispetto agli effetti dell'ambiente nella costituzione della riserva cognitiva sono da considerare varie influenze tra cui: lo stile di vita, la ricchezza dell'ambiente, il livello di scolarità, l'*expertise*, l'attività fisica e cognitiva degli individui;
- Manca dunque oggi una piena consapevolezza da parte dei cittadini di quanto il loro stile di vita possa contribuire a prevenire e/o rallentare l'insorgere di patologie neurodegenerative quali l'Alzheimer;
- Il controllo dei fattori di rischio legati ad alimentazione e attività fisica e psichica deve avviarsi in età giovanile per poter prevenire efficacemente l'insorgere delle demenze.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

DIPARTIMENTO ALZHEIMER

Per migliorare la complessiva gestione del paziente e garantire un adeguato supporto anche ai *caregiver*, sono individuati i seguenti principali ambiti di intervento:

Attivazione *Case Manager* di Distretto

- Istituzione della figura di un *Case Manager* per distretto, un infermiere con significativa esperienza in ambito AD, in grado di valutare le esigenze di supporto del paziente e di connettere, quindi rendere più accessibili, i servizi oggi già disponibili. Il *Case Manager*, se esperto ed autorevole, svolge il proprio ruolo con efficacia, anche supportando il processo di attivazione della ADI ed indirizzando il *caregiver* ai servizi disponibili in ambito territoriale;

Integrazione UVA - UCCP

- L'interazione tra ospedale e territorio, come già avviene per altre patologie croniche come il diabete o l'ipertensione, dovrebbe essere favorita da accordi a livello di ASL tra i NCCP (Nuclei Complessi di Cure Primarie) attivi sul territorio e le UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) come centri di eccellenza del territorio.
- L'accordo potrebbe prevedere visite specialistiche in convenzione realizzate da neurologi delle UVA presso i Nuclei Complessi di Cure Primarie (NCCP) secondo una periodicità stabilita.
- Le visite così realizzate avrebbero l'effetto di facilitare la diagnosi tempestiva della patologia e facilitare la collaborazione tra UVA e MMG.

Formazione dei Medici di Medicina Generale

- Percorsi formativi e di aggiornamento sull'Alzheimer e la sua diagnosi per i Medici di Medicina Generale;

Organizzazione e gestione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA)

- Sviluppare dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che permettano di definire tutte le fasi di gestione del paziente, rendendo possibile un effettivo coordinamento tra tutti gli attori coinvolti;
- Incremento dell'organico, per poter avere una maggiore capacità e di conseguenza poter aumentare i pazienti presi in carico riducendo al contempo le liste di attesa;
- Aumento del numero di UVA che operano con efficacia; attualmente infatti un elevato numero di UVA ha carenze sia di organico sia di competenze necessarie per effettuare la diagnosi. Anche la sensibilità nel comunicare l'esito della diagnosi deve essere patrimonio delle UVA;
- Supporto all'organizzazione con strumenti per la pianificazione di visite, controlli e *follow-up*.

La non sostituibilità del farmaco

- Garantire la non sostituibilità del farmaco in farmacia, attraverso l'apposita dicitura "Non Sostituibile" da apporsi sulla prescrizione;
- Garantire l'utilizzo delle forme farmaceutiche che abbiano evidenze a supporto di una maggior facilità di controllo dell'aderenza del paziente alla terapia.