



**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
CHIRURGIA VASCOLARE ED
ENDOPROTESICA**

Le Varici degli Arti Inferiori (VAI) aumentano con l'età: nel 30% della popolazione generale sono presenti dei flussi profondi e superficiali. Nei Paesi occidentali il 2% della popolazione ed il 5% degli ottantenni sono affetti da Insufficienza Venosa Cronica (IVC), con circa il 12% delle flebopatie e l'1% di ulcere venose. La Sindrome Post Trombotica (SPT) si instaura nel 40% dei casi affetti da trombosi venosa profonda (TVP) dopo una media di 13 anni, causa invalidità nel 4% dei casi con una mortalità media tripla rispetto alla popolazione normale. I pazienti con VAI che non vengono adeguatamente assistiti peggiorano del 9% per anno. Le ulcere venose tendono a persistere per 6 mesi nel 75% dei casi e per 5 anni nell'8%. Circa il 10-20% delle VAI si complicano con flebiti, il 10-20% si associa a Trombo Embolismo Venoso (TEV) dallo 0,04 allo 0,08% dei casi.

L'arteriopatia ostruttiva periferica (AOP) delle arterie degli arti inferiori interessa la popolazione adulta, specie maschile, con un'incidenza che può variare dal 2,5 al 22% a seconda delle fasce di età considerate. Più precisamente l'incidenza è del 2,5% tra 40 e 60 anni, del 5% tra 60 e 64 anni, del 13% tra 65 e 69 anni, del 16% tra 70 e 74 anni e del 22% oltre i 75 anni. Da un recente studio condotto su 2307 pazienti con AOP controllati in media per 4,5 anni è risultato che la malattia rimane stabile o migliora nel 50% dei casi, nel 14% dei casi peggiora e in un altro 30% dei soggetti il peggioramento si manifesta anche con dolore a riposo o necrosi dei tessuti, che richiedono degli interventi chirurgici o l'amputazione. Nel 2011 oltre 15 mila pazienti si sono sottoposti a intervento di bypass aortocoronarico con una mortalità media nel mese successivo al ricovero del 2,45% e dello 0,06% nei centri considerati il benchmark, ovvero il confronto virtuoso. Pochi meno (14.434) si sono sottoposti a valvuloplastica o a sostituzione di singola valvola con una mortalità media del 3,15, e dello 0,68% dei centri migliori. Ad oggi il 75% delle patologie vascolari possono essere trattate con procedure interventistiche vascolari. Gli interventi comprendono l'angioplastica, l'embolizzazione, la fibrinolisi e il posizionamento di filtri cavali e stent, oltre alla rimozione di corpi estranei intravascolari. Interventi di chirurgia vascolare ed endoprotesica richiedono un'elevata dotazione tecnologica dal costo molto elevato, per questo motivo si generano spesso diatribe tra medico ed amministratore ospedaliero sulla tecnologia da acquistare, generando inefficienze che gravano sulla salute del paziente. Il costo medio per intervento senza complicanze si aggira intorno ai 1.300 euro, sale invece a 3.000 in presenza di complicazioni.

Nel 2010, il solo DRG connesso alle patologie vascolari periferiche ha registrato oltre 18 mila casi per un totale di 115 mila giornate di degenza, con una degenza media di 6 giorni e di 9 in presenza di complicanze. Nel 2011 la spesa per assistenza integrativa e protesica convenzionata e accreditata ammontava a 1,922 miliardi di euro, con un incremento pari solamente allo 0,4% rispetto al 2010, anno in cui rispetto all'anno precedente (2009) si era registrato un aumento del 2,6%. Questa netta diminuzione nel 2010 è una stretta conseguenza delle politiche di contenimento messe in atto dalle Regioni attraverso i Piani di Rientro.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Chirurgia Vascolare ed Endoprotesica" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

- La parola al paziente: difficoltà per arrivare alla diagnosi
- La parola al paziente: difficoltà di accesso e cura, differenze regionali
- Prevenzione e stile di vita
- Prevenzione e corretta alimentazione
- Il fumo ed il rischio cardiovascolare
- Un nemico da sconfiggere: l'obesità
- Il centro anziani: modello di attività sociali per un miglior stile di vita nella terza età
- Valutazione costo-beneficio della prevenzione
- Liste d'attesa regionali e difficoltà di accesso alla diagnosi
- Disomogeneità territoriali del protocollo terapeutico regionale (PTR) e ospedaliero (PTO)
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente: una esigenza primaria
- Chirurgia sartoriale sul paziente: una realtà doverosa
- Chi sceglie la protesi: lo specialista che la impianta o la ASL?
- Trattamento chirurgico e *device* impiantabili:confronti qualità-costo
- Costi sociali dei mancati accessi a *medical device* innovativi
- Palloni a rilascio di farmaco (DCB) nelle lesioni vascolari: riduzione delle complicanze e della gestione farmacologica, un guadagno per il paziente e per la società
- Difficoltà di accesso al trattamento innovativo delle lesioni vascolari (Palloni a rilascio di farmaco DCB): rimborsabilità
- Palloni a rilascio di farmaco (DCB) nelle lesioni vascolari: analisi costo-efficacia
- Medical device innovativi:valutazione costo-beneficio
- Gare d'appalto appalto: ospedaliero, distrettuali, regionali
- L'importanza della considerazione del paziente in una gara d'appalto
- Gare d'appalto: la qualità ed il prezzo. Qual è il giusto equilibrio
- Costo beneficio sociale dei medical device innovativi
- Radiologia interventistica d'urgenza negli aneurismi
- Centri radiologici d'eccellenza e loro diffusione territoriale
- Chirurgia vascolare ed endovascolare:selezione dei centri di riferimento nazionali
- Formazione del chirurgo vascolare: un problema da risolvere
- Scuole di specializzazione e scuole delle società scientifiche per una corretta formazione

PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Il paziente, destinatario del servizio sanitario che lo Stato predispone per garantire la salute dei cittadini, incontra purtroppo numerose difficoltà nell'accesso alle cure e nel portare avanti il proprio percorso terapeutico.

Si evidenziano alcuni aspetti del rapporto tra pazienti e SSN che rappresentano delle criticità; veniamo lasciati soli, in alcune occasioni, ad affrontare le nostre "emergenze di salute".

Questo si verifica quando si ha bisogno di assistenza e ci si rende conto di quanto sia difficile accedere alle informazioni, soprattutto per un soggetto anziano che non abbia dimestichezza con il mondo di internet; per chi non è capace di sfruttare tutte le potenzialità di questo strumento, non si prevedono percorsi informativi in cui siano coinvolte persone che si curino di informare adeguatamente ed indirizzare verso la struttura più opportuna il paziente. Non solo, la criticità si acuisce nel successivo *step* dell'accesso alla diagnosi: per prenotare visite o esami si devono affrontare le liste d'attesa le quali, oltre ad essere lunghe, non vengono organizzate osservando dei criteri adeguati, come sarebbe quello della gravità del problema, in modo da dare priorità ai pazienti che necessitano urgentemente di cure. Parte del problema è rappresentato dal fatto che ospedali e ambulatori hanno una ricettività limitata, osservano orari settimanali e giornalieri che non consentono la effettiva copertura e soddisfazione delle domande di assistenza sanitaria. Inoltre, dovrebbe essere interamente ri-pianificata la rete territoriale di assistenza, prevedendo delle agevolazioni per coloro che debbono affrontare viaggi per raggiungere le strutture sanitarie, essendo residenti in zone lontane dai centri di cura; non meno importante sarebbe affrontare seriamente la questione dell'assistenza farmaceutica a domicilio.

E' chiaro che l'esistenza di tali barriere favorisce la ricerca dell'assistenza medica privata, magari di minor qualità, ma di più facile accesso.

Con specifico riguardo alle criticità legate al settore del quale in questa sede ci occuperemo, e cioè la chirurgia vascolare ed endoprotesica, si riscontrano, il recepimento dei *medical devices*. In Italia non vi è un oggettivo processo di approvvigionamento, che spesso viene effettuato seguendo vincoli economici in luogo di valutazioni qualitative dei dispositivi da impiantare. Utilizzare dispositivi obsoleti per mere ragioni di costo vuol dire negare al paziente l'accesso alle migliori terapie, che si ripercuote sulla negazione del diritto alla salute ex art. 32 Cost.. I tagli lineari imposti con la *Spending Review* concentrano una grossa parte d'azione nel mondo dei dispositivi medici, ma il rischio più grande è che l'acquisto al prezzo minore diventi una consuetudine.

Un'altra importante criticità di settore è legata alle informazioni possedute dai pazienti, spesso troppo scarse e non in grado di discernere tra tutte le alternative di cura possibili. In quest'ambito è da sottolineare l'importanza del rapporto che il paziente instaura con il medico specialista, e alla mole di informazioni che quest'ultimo gli trasmette. Adeguare la conoscenza del paziente ad ogni alternativa di

cura, vuol dire rendere minima la cosiddetta “perdita di *chance*”: una sorta di costo-opportunità che il paziente avrebbe andandosi a curare in un altro posto, con tecniche migliori e magari più adeguate.

Inoltre, si evidenziano le oramai note differenze territoriali nella gestione di pazienti in questo ramo della medicina. La rete ospedaliera infatti è molto differenziata e non offre servizi omogenei su tutto il territorio.

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOPROTESICA

1. Promuovere il processo di evoluzione del sistema sanitario

Il Chirurgo Vascolare ed Endovascolare non può più essere l'utilizzatore finale di materiali testati in Europa (Germania, Belgio, Olanda, etc). E' necessario, per la sperimentazione di nuovi devices, applicare a 360 gradi il federalismo sanitario identificando una o più regioni per poi estendere i nuovi modelli a livello nazionale ed internazionale.

2. Evitare tagli trasversali/lineari

Organizzare il sistema sanitario in HUB e Spokes, sostenere forze e tagliare debolezze (non promuovere a livello politico o associazionistico ma seguendo criteri di meritocrazia)

3. Ottimizzazione economico-sanitaria del sistema

Non e' pensabile continuare a tagliare e pretendere eccellenza terapeutica. Vanno individuati criteri che privilegino capacità didattico-formative, di ricerca di base e clinica ed assistenza sanitaria di elevato livello

4. Istituzione del Centro di Costo Unico Nazionale

E' inutile cercare nuove regole. Il miglior modello regionale da estendere a tutto il paese è la migliore proposta possibile e realizzabile

5. Applicazione dei costi standard

I costi standard vanno razionalizzati, individuando l'appropriatezza del percorso diagnostico terapeutico, coinvolgendo anche le industrie nel processo di ridefinizione

6. Abbattimento delle barriere di accesso al Servizio Sanitario Nazionale

Vanno realizzati percorsi diagnostico-terapeutici tali da consentire un accesso più semplice ai pazienti e soprattutto agli anziani. Le linee guida possono fornire un ausilio fondamentale

7. Razionalizzazione dei posti letto di ricovero

Razionalizzazione dei posti letto, privilegio per gli acuti, ma realizzazione di centri di accoglienza per riabilitazione, trasformazione di ospedali e posti letto periferici in ricoveri per anziani e disabili

8. Selezione dei centri ospedalieri ed universitari d' eccellenza

Eccellenze riconosciute per didattica, ricerca ed assistenza (centri di formazione universitari, ospedali di insegnamento).

L'eccellenza va sostenuta, incoraggiata ma i tagli lineari la limitano, la incupiscono, la demotivano

9. Potenziamento della connessione tra ospedale e territorio

Reti interaziendali per percorsi comuni (diagnostico-terapeutici)

Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale

Interazione con ADI e RSA

10. Riorganizzazione della Medicina Generale e del territorio

Choosing Widely

11. Affermazione del ruolo del MMG come cardine nel sistema salute

Il Medico di Medicina Generale deve assumere il ruolo di King Maker di un Percorso Diagnostico Terapeutico Appropriato

12. Organizzazione dell' Assistenza Domiciliare Integrata ADI e dell' RSA

L' ADI e le RSA debbono essere interfaccia

del sistema ospedale

13. Istituzione del Fondo Nazionale Non Autosufficienza

Iniziativa lodevole ma deve fare i conti con la Spending Review e la Legge di Stabilità

14. Umanizzazione del rapporto medico- paziente

Il Chirurgo Vascolare deve riaffermare il concetto che non e' soltanto un operatore ma deve essere dotato anche di quella "pietas" che sottolinea le sue caratteristiche di Chirurgo da una parte e di Psicologo dall'altra, realizzando una vera empatia con il Paziente

15. La prevenzione: tutela e presa in carico a 360° del cittadino

Prevenzione: screening per Aneurismi dell'Aorta Addominale, patologia stenostriativa della biforcazione carotidea, ischemia degli arti inferiori nelle sezioni FederAnziani (da estendere sul territorio nazionale a partire da un modello provinciale)

16. Informazione capillare sul territorio: stili di vita, corretta alimentazione ed aderenza alla terapia

Ruolo cruciale dell'Ordine dei Medici

Ruolo fondamentale dei MMG

Ruolo della Società Scientifica

17. Diritto alla salute e i doveri del cittadino/paziente

Il Diritto alla salute è tutelato da Istituzioni nazionali, regionali e locali.

C'è la necessità di normare i doveri del cittadino/paziente

17 B. Diritto alla salute e i doveri del cittadino/paziente

Il Diritto alla salute è tutelato da Istituzioni nazionali, regionali e locali.

C'è la necessità di normare i doveri del cittadino/paziente

18. Innovazione, Sostenibilità, Choosing Widely