



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Tavolo Tecnico Cataratta e Maculopatia

20 Marzo 2014

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
- **Possibili progettualità**

- La perdita della visione è tra le patologie a più elevato impatto sociale ed economico nella classifica mondiale delle patologie che causano disabilità stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
- In Italia ci sono circa 350.000 ciechi e oltre 1,5 milioni di ipovedenti; di questi ultimi oltre il 60% ha un'età superiore a 50 anni
- Tra il 2010 ed il 2030 si prevede un aumento di non vedenti di circa il 25% a causa dell'invecchiamento della popolazione
- Degenerazione maculare legata all'età, glaucoma, retinopatia diabetica rappresentano le cause più frequenti di cecità e ipovisione nei Paesi industrializzati
- L'impatto individuale e sociale è particolarmente rilevante:
 - Rischio di cadute 2 volte superiore
 - Rischio di depressione aumentato di 3 volte
 - Rischio di fratture aumentato da 4 a 8 volte
 - Istituzionalizzazione più precoce in media di 3 anni
 - Significativa riduzione dell'autonomia
- In Italia l'impatto economico totale delle patologie oftalmiche che causano cecità e ipovisione, ammonta a circa 4,4 miliardi di Euro all'anno, di cui 2,8 miliardi di Euro di costi sanitari, 1 miliardo per sussidi/pensioni ed il rimanente suddiviso tra tasse, istruzione/cultura e aiuti. A questi costi vanno aggiunti circa 2,1 miliardi di Euro per la perdita di produttività

- Lunghe liste d'attesa
- Crescente richiesta
- Necessità di ridurre i costi, mantenendo l'efficacia

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
- **Possibili progettualità**

Visita oculistica generale



Diagnosi di cataratta, invio a:

Struttura pubblica per intervento chirurgico



Visita specialistica

...%



Intervento ambulatoriale

- No esami preoperatori gen.
- No visita anestesiologicala
- Procedura facilitata
- Anestesia topica

...%



Intervento in D.S.

- Esami generali
- Visita anestesiologicala
- Eventuali ulteriori approfondimenti generali
- Anestesia topica
- Anestesia locale

- Accesso ambulatorio di urgenza oculistica al momento della percezione del sintomo (sia accesso diretto, sia via consulto col MMG)
- Tempo di attesa per l' ambulatorio dedicato max 2 settimane
- Esami diagnostici necessari:
 - fluorangiografo digitale,
 - OCT spectral domain
 - Angiografia al verde indocianina
- Integrazione con la medicina di base (in associazione, “Case della Salute”, UCCP,...) e formazione del MMG
- Campagna di sensibilizzazione e awareness sulla popolazione per comprensione sintomo e tempestività nel rivolgersi a specialisti per la diagnosi
- La tecnologia informatica può dare supporto per le attività di diagnosi in un sistema non dotato di accessibilità H24

- Avere la certezza della cura: poter eseguire il trattamento più adeguato al caso singolo (i.e. PDT, fotocoagulazione laser, farmaci registrati per iniezioni intra-vitreali, da valutare in prospettiva la disponibilità di altre vie di somministrazione)
- Una volta accertata la diagnosi di DMLE essudativa, nel caso sia necessaria IVT, occorre avviare immediatamente la terapia d' attacco:
 - Prima iniezione il prima possibile dall'accertamento diagnostico
 - Seconda iniezione dopo 30 giorni
 - Terza iniezione dopo altri 30 giorni
- In caso di necessità di ritrattamento, max 2 settimane di attesa per nuovo trattamento
- Utilizzo di ambulatorio chirurgico dedicato con caratteristiche di sterilità e autorizzato alla chirurgia oculare (senza l' obbligo di eseguirlo in una sala operatoria)
- Disporre di personale medico e tecnico dedicato

- Rispettare le tempistiche, aderenza alle linee guida di prodotto (le uniche disponibili come effettivo riferimento), per le iniezioni successive
- Le prime due visite di controllo vanno prenotate con l'ultima iniezione
- Follow up dopo un mese e controllo mensile o bimensile secondo indicazione
- Il follow up (visite di controllo) va eseguito dal centro di eccellenza; alternativamente da parte di strutture territoriali strettamente coordinate col centro di eccellenza (es. rete informatizzata in telemedicina, ...)

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
- **Possibili progettualità**

- Tempi corretti per intervento – proporzionati alla complessità del caso
- Chirurghi con esperienza specifica
- Dotazione di strumenti adeguati, apparecchi facoemulsificatori di nuova generazione
- Cristallini artificiali di buona qualità, e non a basso costo (per evitare successive opacizzazioni)
- Follow up: Il paziente va seguito dal centro di eccellenza, (per primi controlli) e poi può essere rimandato al territorio

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
- **Possibili progettualità**

Attività principali

- **Identificazione della popolazione a rischio** tra i propri assistiti
- **Invio a centri specialistici**
- **Partecipazione a campagne di sensibilizzazione della popolazione sulla patologia**
- **Partecipazione a percorsi di formazione specifici con Specialisti**
- **Implementazione e gestione dell'integrazione Ospedale-Territorio**

- **Contesto ed epidemiologia**
- **Il percorso del paziente**
- **Gestione appropriata e sostenibilità:**
 - **Requisiti di eccellenza Centri Specialistici**
 - **Requisiti di eccellenza UCCP**
- **Possibili progettualità**

- Facile accesso per persone ipovedenti (es. assenza di barriere architettoniche, percorsi assistiti
- Organizzazione flussi (es. tempo di attesa nell'area ambulatoriale, tempo di smaltimento del triage...)
- Ambienti di dimensione adeguata all'attività (flussi dei pazienti - ogni paziente almeno 1 accompagnatore: 30 iniezioni sono almeno 60 persone in reparto)
- Adeguata separazione tra tipologie di visite (es. dove si fanno interventi DMLE rispetto ad altre attività oftalmologiche)

- Valutare l'abolizione esami di laboratorio sistemici pre-operatori
- Visita anestesiologicala solo se ritenuta necessaria
- Presenza non continuativa, ma garantita dell'anestesista in sala operatoria oculistica
- Quando il MMG manda il paziente all'oculista deve anche mandare una scheda con le patologie dalle quali è affetto e quali farmaci sta assumendo e segnalazione di eventuali allergie
- Effettuare interventi di cataratta in sala operatoria o sala chirurgica, secondo i criteri di legge e l'utilizzo di tecnica chirurgica all'avanguardia
- Valutare la compartecipazione alla spesa per particolari tecnologie (copayment)