

ANNUAL Report 2016

SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI

Organi Direttivi Senior Italia FederAnziani

Comitato di Presidenza

Roberto Messina - *Presidente*
Giuseppe Pozzi - *Vice Presidente*

Claudio Luci - *Direttore Generale*
Bruno Montanaro - *Vice Presidente Vicario*
Eleonora Selvi - *Consigliere*

Consiglio Direttivo Nazionale

Roberto Messina - *Presidente e Direttore Centro Studi*
Giuseppe Pozzi - *Vice Presidente*

Claudio Luci - *Direttore Generale*
Sebastiano Cannella - *Relazioni Istituzionali*
Gennaro Di Genova - *Responsabile SMS*
Michele Leuzzi - *Responsabile Convenzioni*
Maurizio Milan - *Consigliere*
Roberto Muratore - *Responsabile Rete*
Rosita Rocchetti - *Responsabile Marketing ed Eventi*
Eleonora Selvi - *Consigliere, Responsabile Comunicazione*
Claudio Taranto - *Responsabile Centro Studi*
Luciana Valente - *Consigliere, Responsabile Sicurezza Ambiente e Centri*

Sisinnio Zonedda - *Sardegna*
Pina Jannello - *Sicilia*
Brunella Stancato - *Calabria*
Elvia Raia - *Campania*
Nino Nastasi - *Puglia*
Gaetano Romanelli - *Puglia*
Anna Selvaggi - *Basilicata*
Mario Bartolini - *Umbria*
Vilma Vaccari - *Lazio*
Miriam Severini - *Abruzzo*
Maria Assunta Martino - *Marche*
Sandra Albertini - *Emilia Romagna*
Pietro Perricone - *Toscana*
Prospero Cerabona - *Piemonte*
Luigi Sudano - *Valle d'Aosta*
Antonella Fumagalli - *Lombardia*
Enzo Gigli - *Veneto*
Mirella Del Fabbro - *Friuli Venezia Giulia*

Comitato Scientifico

Giuseppe Pozzi - *Presidente - Chirurgo*

Renato Balduzzi - *Politico, Ex Ministro della Salute*
Pierluigi Bartoletti - *Politiche sindacali*
Augusto Battaglia - *Politico*
Maria Luisa Brandi - *Endocrinologa*
Achille Caputi - *Farmacologo*
Alessandro Cesaroni - *Neurochirurgo*
Americo Cicchetti - *Economista*
Fernando De Benedetto - *Pneumologo*
Leopoldo Di Girolamo - *Politico*
Franco Fontana - *Economista*
Paolo Marchetti - *Oncologo*
Armando Masucci - *Medico Chirurgo*
Francesco Saverio Mennini - *Economista*
Vincenzo Mirone - *Urologo*
Carlo Molino - *Chirurgo*
Paolo Notaro - *Anestesista Algologo*
Salvatore Passaro - *Manager settore Assicurativo*
Marco Romanelli - *Dermatologo*
Raffaele Scalpone - *Diabetologo*
Girolamo Sirchia - *Ex Ministro della Salute*
Luigi Sudano - *Medico*
Gianluca Trifirò - *Farmacologo*
Luciana Valente - *Health & Safety*

Comitato Strategico - Organo del Comitato Scientifico

Eugenio Agugia - *Presidente SINPF, Società Italiana di Neuropsicofarmacologia*
Enzo Bonora - *Past President SID, Società Italiana di Diabetologia*
Gianluca Botto - *Past President AIAC, Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo*
Mauro Cervigni - *Segretario Scientifico AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologica*
Fernando De Benedetto - *Past President SIP, Società Italiana di Pneumologia*
Emmanuele A. Jannini - *Presidente SIAMS, Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità*
Andrea Lenzi - *Presidente CUN, Consiglio Universitario Nazionale*
Paolo Marchetti - *Presidente SIMeP, Società Italiana di Medicina Personalizzata*
Leonardo Mastropasqua - *Presidente SOU, Società Oftalmologi Universitari*
Claudio Mencacci - *Presidente SIP, Società Italiana di Psichiatria*
Vincenzo Mirone - *Segretario Generale SIU, Società Italiana di Urologia*
Luigi Padeletti - *Direttore AIAC Ricerca*
Emilio Sacchetti - *Past President SIP, Società Italiana di Psichiatria*
Valter Santilli - *Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa - Sapienza, Università di Roma*

In tutto il mondo avanza inarrestabile il processo di invecchiamento della popolazione, un fenomeno che si registra in Paesi con diversi livelli di sviluppo, in tutte le regioni, a tutte le latitudini. La longevità è forse la maggiore conquista dell'umanità dall'alba dei tempi, ma al tempo stesso si tratta di un vero e proprio tsunami che minaccia i sistemi sanitari, quelli pensionistici e di welfare, e il futuro stesso delle nuove generazioni, se non adeguatamente affrontato.

L'invecchiamento della popolazione ha conseguenze ampie e profonde, che coinvolgono la società e costringono tutti i Paesi a pensare a nuove strategie, a nuovi approcci nella strutturazione delle società, del mondo del lavoro e dei rapporti sociali e intergenerazionali. Le classi politiche devono basare le loro scelte su una reale conoscenza del fenomeno e soprattutto sulla comprensione effettiva della sua portata e della sua natura strutturare, irreversibile, globale, rivoluzionaria.

Per questo Senior Italia FederAnziani nel corso di quest'ultimo anno ha gettato le basi per evolvere ulteriormente verso un'accresciuta capacità di analisi e indagine dell'universo over 65. Abbiamo potenziato il nostro Centro Studi e Osservatorio sugli stili di vita della terza età, progettando strumenti precisi e mirati che ci porteranno a rafforzare quella "cultura del dato" che sempre ha animato la nostra azione e che intendiamo mettere sempre più al servizio dei decisori e delle Istituzioni, oltre che di tutti i soggetti che vogliono conoscere in modo più puntuale l'universo senior e confrontarsi con esso.

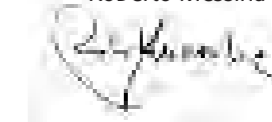
Il SIC, il compendio della sanità in Italia, giunto alla sua decima edizione, evolverà in SID, Senior Italia Dati, uno strumento ancora più penetrante, in cui saranno raccolti non solo i dati relativi alla sanità italiana ma anche i risultati di indagini specifiche a 360 gradi sul mondo degli anziani, attraverso migliaia di schede e tabelle costantemente aggiornate.

Nel corso degli ultimi mesi la nostra rete è cresciuta ulteriormente, arrivando a contare 3.700 centri anziani aderenti e 3,8 milioni di persone coinvolte, a dimostrazione della capacità attrattiva di una federazione che sempre più si configura come il punto di riferimento in Italia per la terza età. Abbiamo realizzato 500 convegni, raggiungendo 40mila persone, svolto campagne informative e di sensibilizzazione sui temi più disparati, dalla salute e la prevenzione alla sicurezza e i corretti stili di vita. Con la Fondazione Senior Italia abbiamo potenziato la Campagna Mille Piazze Festa dei Nonni, attraverso la nostra presenza nelle piazze delle maggiori città italiane e celebrando quest'importante ricorrenza con Sua Santità Papa Francesco, assieme a 7.000 nonni, in un grande incontro nazionale organizzato da Senior Italia presso la Sala Nervi. Abbiamo esteso e consolidato le partnership con il mondo medico-scientifico attraverso l'ingresso di nuove organizzazioni nel nostro network. Abbiamo realizzato un grande congresso internazionale sull'aderenza alla terapia, nell'ambito di Senior International Health Association, con il coinvolgimento dei massimi esponenti del mondo scientifico europeo e con il patrocinio delle Istituzioni d'Europa.

Ci attende un anno di duro lavoro per essere sempre più in grado di ascoltare i nostri cittadini e rappresentare le loro reali criticità alle Istituzioni, offrendo loro una prospettiva d'esperienza e di conoscenza di livello scientifico della realtà senior nel nostro Paese.

Siamo persuasi, infatti, che solo se i decisori comprenderanno appieno l'importanza di tener conto della prospettiva della longevità in ogni scelta, integrando tale punto di vista in ogni fase ad ambito dei processi decisionali, sapremo cogliere i benefici e le opportunità immense che la realtà della longevità di massa ci offre.

Il Presidente Nazionale Senior Italia FederAnziani
Roberto Messina



SENIOR ITALIA FA!



- | | | |
|--|---|--|
| 6 Senior Italia FederAnziani | 28 Cosa facciamo per la salute di tutti
Il Forum della Salute | 80 Centro Studi SIC Sanità in Cifre
Gli Studi: Rapporto fra cronicità, anziani e farmaci |
| 8 I Partner di Senior Italia FederAnziani | 30 Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute | 82 Centro Studi SIC Sanità in Cifre
Gli Studi: Senior & Telefonia |
| 10 La nostra Rete | 32 V Congresso Nazionale Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute | 84 Centro Studi SIC Sanità in Cifre
Gli Studi: Il rapporto dei Senior con gli integratori |
| 12 La nostra Rete La vita associativa
Coordinamento Nazionale Senior Italia FederAnziani
Consiglio Nazionale Senior Italia FederAnziani | 38 V Congresso Nazionale Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Sintesi delle Conclusioni dei Lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali | 86 Centro Studi SIC Sanità in Cifre
Gli Studi: Il rapporto dei Senior con il mondo della finanza |
| 14 La nostra Rete La vita associativa
Assemblea Nazionale Senior Italia FederAnziani | 64 Cosa facciamo in Europa
SIHA - Senior International Health Association | 88 Centro Studi SIC Sanità in Cifre
Gli Studi: Incontinence board Lombardia e gestione del paziente incontinente |
| 16 Cosa facciamo nei Centri Anziani e per i Centri Anziani
Convegni di informazione | 66 Cosa facciamo in Europa
European Charter on Adherence to Therapy | 90 Pronto Senior Senior Salute Risponde |
| 18 Cosa facciamo nei Centri Anziani e per i Centri Anziani
Campagne informative 2016 | 70 Cosa facciamo in Europa
Presentazione Carta del Dolore a Bruxelles e dichiarazione scritta | 92 La Comunicazione |
| 22 Fondazione Senior Italia
Una Fondazione per sostenere i Centri Anziani | 72 Il Lavoro con le Istituzioni | 94 SIT - Senior International Tourism |
| 24 Fondazione Senior Italia
Campagna millepiazze Festa dei Nonni d'Italia | 74 Centro Studi SIC Sanità in Cifre | 96 Il Premio 60 e più |
| 27 Fondazione Senior Italia
Festa dei Nonni con Papa Francesco | 76 Centro Studi SIC Sanità in Cifre
Il Compendio | 98 FederAnziani Solidarietà |
| | | 100 Senior Italia FederAnziani e il mondo delle Aziende |

Chi siamo

Senior Italia FederAnziani è la federazione delle associazioni della terza età fondata nel 2006 con lo scopo di tutelare i diritti e migliorare la qualità della vita delle persone Senior.

Senior Italia FederAnziani riunisce numerose associazioni per un totale di 3.700 Centri Sociali per Anziani su tutto il territorio nazionale ed oltre 3,8 milioni di persone aderenti.

La nostra Mission

- Valorizzare il ruolo dei Senior come risorsa insostituibile per la famiglia e la società;
- Orientare le politiche sanitarie e sociali verso lo sviluppo di programmi che favoriscano una sana longevità e promuovano il benessere lungo tutto l'arco della vita;
- Affermare il diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo, sancito dalla Costituzione, e sensibilizzare le Istituzioni per garantire equità nell'accesso alle cure;
- Migliorare la qualità della vita delle persone senior sotto ogni profilo.

Le Attività

La Federazione promuove ogni anno molte iniziative per rispondere alle esigenze della terza età. In particolare:

- Promuove la rappresentanza sociale nei confronti degli organismi pubblici e privati che operano nelle politiche sociali, di salute e assistenza;
- Organizza, all'interno dei 3.700 centri anziani affiliati in tutta Italia, attività volte alla socializzazione, al benessere come l'informazione in ambito sanitario, il turismo sociale, la prevenzione, la formazione nell'ambito tecnologico;
- Effettua ricerche, studi e sondaggi sui temi della salute e degli stili di vita dei senior attraverso il suo Centro Studi SIC Sanità in Cifre;
- Collabora con le istituzioni e la comunità scientifica per la tutela della salute e la promozione dell'invecchiamento attivo anche attraverso l'organizzazione di convegni nazionali e internazionali
- Collabora con le principali società medico-scientifiche, con organizzazioni dei medici di medicina generale, dei farmacisti, con università e istituti di ricerca, enti ed organizzazioni impegnate sui temi della salute;
- Promuove campagne di comunicazione per favorire l'adozione di corretti stili di vita, per promuovere la prevenzione e l'invecchiamento attivo;
- Sostiene economicamente i centri anziani attraverso specifiche campagne e progetti;
- Effettua campagne di screening, monitoraggio della salute dei senior e prevenzione;
- Opera per il superamento degli stereotipi legati all'età attraverso campagne di sensibilizzazione;
- Realizza convenzioni con soggetti privati interessati a dialogare con il mondo della terza età e che offrano beni e servizi a condizioni vantaggiose per gli aderenti a Senior Italia FederAnziani.

I Partner di Senior Italia FederAnziani

ACIT - Associazione Chirurgica Italiana Tecnologica
 ACOI - Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
 ADA - Associazione per i Diritti degli Anziani
 ADI - Associazione Dietetica Italiana
 ADIPSO - Associazione per la Difesa degli Psoriasici
 AIAC - Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmologia
 AID - Associazione Italiana Diabetici
 AIDE - Associazione Indipendente Donne Europee
 AIMO - Associazione Italiana Medici Oculisti
 AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica
 AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
 AIPPC - Associazione Cattolica Psicologi e Psichiatri
 AISC - Associazione Italiana Scompenzati Cardiaci
 AISCUP Onlus - Associazione Italiana per lo Studio e la Cura del Paziente Oncologico
 AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla Onlus - Sezione Provinciale di Roma
 AIUC - Associazione Italiana Ulcere Cutanee Onlus
 AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico
 Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS) - Università Cattolica del Sacro Cuore
 AMD - Associazione Maculopatie Degenerative Onlus
 AMEC - Associazione per la terapia delle malattie Metaboliche e Cardiovascolari
 AMOC - Associazione Onlus Malati Oncologici Colon Retto
 ANLA - Associazione Nazionale Lavoratori Anziani di Azienda
 ANMIL - Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi sul Lavoro
 ANPAN - Associazione Nazionale Personale Aero Navigante
 ANPCI - Associazione Nazionale dei Piccoli Comuni Italiani
 ANPECOMIT - Associazione Nazionale fra Pensionati ed Esodati della Banca Commerciale Italiana
 ANSE - Associazione Nazionale Seniores Enel
 ANMVI - Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani
 ARCO - Associazione Ricerca e Cura Oncologica
 ASON - Associazione Specialisti Osteoarticolari Nazionale
 Aspic Counselling & Cultura - sede territoriale di Pescara

Associazione Amaltea Psicologia e Benessere
 Associazione Età Libera
 Associazione Guido e Raphael Filippone Onlus
 Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
 Associazione Massimo Freccia
 Associazione Onlus Malati Oncologici colon-retto
 Associazione "Socializzare e vivere insieme"
 Associazione "Un mondo migliore"
 Associazione "Un sorriso"
 Auser Piemonte
 AVIS Nazionale
 Azienda Pubblica di servizi alla persona "Giovanni Chiabà"
 CARD - Società Scientifica delle Attività Sociosanitarie Territoriali (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)
 CEIS - Centro Studi Economici e Internazionali della Facoltà di Economia dell'Università di Roma - Tor Vergata
 Centro di Servizio per il volontariato della provincia di Chieti "Centro Solidarietà Incontro Ascolto e prima Accoglienza"
 CIC - Collegio Italiano dei Chirurghi
 CIC - Comitato Intersocietario di Coordinamento delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane
 Città di Anzio
 Città di Guidonia Montecelio
 Comune di San Martino Buon Albergo
 Comunità Mondiale della Longevità e Medicina Sociale
 Consorzio Mario Negri SUD
 Cooperativa "Non più soli"
 CREA - Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'Analisi dell'Economia Agraria
 CRI - Croce Rossa Italiana
 CSAIn - Centri Sportivi Aziendali e Industriali
 CSRO - Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano
 Cuore Italia - Heart Valve Voice
 ELISAN - European Local Inclusion & Social Action Network
 ENSA - European Network of Social Authorities
 ERS - European Respiratory Society

ESPT - European Society of Pharmacogenomics and Theranostics
 ESVS - European Society for Vascular Surgery
 FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
 FEDER-ANISAP - Associazione Nazionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private
 Federazione Italiana Bocce
 Federazione Nazionale Maestri del Lavoro d'Italia
 Federfarma
 Federsanità-ANCI
 FEDER.S.P.eV. - Federazione Nazionale Sanitari Pensionati e Vedove
 FIABA - Fondo Italiano Abbattimento Barriere Architettoniche
 FIDAS - Federazione Italiana Associazioni Donatori di Sangue
 FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
 Fondazione Esperienza
 Fondazione Francesca Rava - N.P.H. Onlus
 Fondazione Giorgio Amendola
 Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti
 Fondazione Santa Lucia
 Forum del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta
 Fratres - Donatori di Sangue
 IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri
 IRCCS Neuromed Istituto Neurologico Mediterraneo
 IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi
 ISBEM - Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo
 ISHAWs - Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Surgery
 Italian Barometer Diabetes Observatory
 LUISS Business School - Divisione LUISS Guido Carli
 Medicasa Italia SPA
 Motore Sanità
 No Pain Onlus
 Ordine Nazionale dei Biologi
 Pain Alliance Europe
 Patronato Famiglia Italiana
 Regione Sicilia, Assessorato alla Salute
 SIAF - Società Italiana di Audiologia e Foniatria
 SIAMS - Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità
 SIC - Società Italiana di Cardiologia

SIC - Società Italiana di Chirurgia
 SICCR - Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale
 SICG - Società Italiana di Chirurgia Geriatrica
 SICGe - Società Italiana di Cardiologia Geriatrica
 SICOOP - Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata
 SICOP - Società Italiana Chirurgia Ospedalità Privata
 SICVE - Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
 SID - Società Italiana di Diabetologia
 SIE - Società Italiana di Endocrinologia
 SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
 SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
 SIIA - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
 SIMeP - Società Italiana di Medicina Personalizzata
 SIMFER - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
 SIMI - Società Italiana di Medicina Interna
 SIMPIOS - Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie
 SIN - Società Italiana di Nefrologia
 SINCH - Società Italiana di Neurochirurgia
 Sindacato Nazionale dei Cinque Corpi di Polizia
 SINPE - Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo
 SINPF - Società Italiana di Neuropsicofarmacologia
 SIO - Società Italiana dell'Obesità
 SIO - Società Italiana di Implantologia Osteointegrata
 SIP - Società Italiana di Pneumologia
 SIP - Società Italiana di Psichiatria
 SIR - Società Italiana Reumatologia
 SIRM - Società Italiana di Radiologia Medica
 SIU - Società Italiana di Urologia
 Sport Without Borders Italy
 SUNIFAR - Sindacato Unitario dei Farmacisti Rurali
 Telefono Azzurro
 Università degli Studi di Messina - Dipartimento clinico-sperimentale di Medicina e Farmacologia
 Università La Sapienza di Roma - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia
 Universus Csei
 U.P.a.p.s. Vitattiva
 UHCE - Urban Health Centers Europe

I Centri Anziani sono i principali luoghi di socializzazione della popolazione Senior. In un contesto spesso carente di servizi, la Rete dei centri Senior Italia FederAnziani costituisce un punto di riferimento per la terza età, organizzando iniziative che includono l'informazione in ambito medico-sanitario, l'accrescimento della consapevolezza dei cittadini sui temi della salute, l'alfabetizzazione informatica fino, ovviamente, alle attività ricreative.

I 3.700 Centri Sociali Anziani e le associazioni affiliate raggiungono capillarmente tutto il territorio nazionale, per un totale di 3,8 milioni di aderenti.



3,8 milioni di aderenti
3.700 Centri Sociali Anziani

16-17 maggio 2016
Scanzano Jonico

Coordinamento Nazionale Senior Italia FederAnziani



Il Coordinamento Nazionale ha tracciato le linee decisionali che hanno guidato l'attività 2016 della federazione.

Il Coordinamento ha rappresentato l'occasione di confronto sui principali temi e sugli obiettivi di livello nazionale, portando alla definizione delle principali attività da declinare a livello territoriale e alla condivisione dell'agenda dei Grandi Eventi, come l'incontro con il Santo Padre dell'ottobre 2016.

15-16 dicembre 2016
Napoli

Consiglio Nazionale Senior Italia FederAnziani



Il Consiglio Nazionale rappresenta il momento di bilancio delle attività svolte nel corso del 2016, di analisi delle criticità emerse, di confronto e proposta, di elaborazione e condivisione del programma di lavoro per l'anno successivo sulla base delle linee guida approvate dall'Assemblea Nazionale.

20 novembre 2016
Rimini - Palacongressi

Assemblea Nazionale Senior Italia FederAnziani

V Congresso Nazionale

Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Rimini 18-20 Novembre 2016

SENIOR ITALIA
da 10 anni insieme



Il momento culminante della vita associativa è rappresentato dall'Assemblea Nazionale, svoltasi quest'anno il 20 novembre, presso il Palacongressi di Rimini, alla presenza di 6.028 delegati provenienti da tutta Italia, in rappresentanza dei 3,8 milioni di aderenti.

L'assemblea ha approvato le linee guida per il lavoro del 2017, lasciando al Consiglio Nazionale il compito di tradurle in un dettagliato programma di lavoro. Svoltasi a conclusione del V Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, l'Assemblea ha approvato i risultati e le indicazioni emerse dai lavori dei Dipartimenti Tecnico-Scientifici sulle tematiche sanitarie.



**Cosa facciamo nei Centri Anziani
e per i Centri Anziani**

Convegni di informazione



16

Senior Italia FederAnziani organizza su tutto il territorio nazionale convegni di informazione su salute, benessere, prevenzione, stili di vita, campagne di sensibilizzazione, screening.

I convegni di carattere medico sono tenuti da medici di medicina generale o specialisti, riguardano la prevenzione e la gestione delle principali patologie legate alla terza età e consentono un forte accrescimento della consapevolezza dei senior rispetto ai temi trattati.

490 Convegni

40mila Senior coinvolti

17

Cosa facciamo nei Centri Anziani e per i Centri Anziani

Campagne informative 2016

Un cervello protetto e allenato resiste meglio al passare del tempo

Per far comprendere alla popolazione anziana l'importanza di un adeguato stile di vita per mantenere la salute psicofisica, Senior Italia FederAnziani ha promosso la campagna "Un cervello protetto e allenato resiste meglio al passare del tempo".

Scopo della campagna, sensibilizzare i partecipanti rispetto al problema della demenza e far comprendere come un corretto stile di vita, supportato quando necessario dall'assunzione di integratori alimentari, possa contribuire a prevenire la patologia e a migliorare la qualità della vita nei soggetti affetti da demenza.

Mai più soli

Senior Italia FederAnziani ha promosso "Mai più soli", campagna informativa e di sensibilizzazione sul tema della sicurezza.

La campagna, attraverso una serie di convegni informativi nei centri sociali per anziani, ha affrontato le tematiche relative all'ampio tema della sicurezza, rispetto al quale gli anziani rappresentano una categoria particolarmente sensibile, illustrando in particolare il supporto che può essere offerto da innovativi strumenti digitali per una maggiore tutela nella vita quotidiana.

Prevenzione delle patologie delle basse vie urinarie

Un cambiamento nello stile di vita, inteso come attività fisica, corretta alimentazione, igiene adeguata, è alla base per affrontare molte patologie delle basse vie urinarie, ma il consiglio di un medico è fondamentale per risolvere queste disfunzioni, o prevenirle.

La diagnosi precoce e il trattamento giusto possono, infatti, risolvere gravi disagi connessi a patologie troppo spesso sottovalutate. A queste problematiche Senior Italia ha dedicato un ciclo di incontri informativi.

Progetto Zoom

Il progetto Zoom è una campagna informativa di sensibilizzazione e prevenzione dell'ipertensione arteriosa negli over 65 condotta attraverso medici specialisti all'interno dei centri anziani.

La prevenzione attraverso corretti stili di vita risulta essere l'azione più importante da mettere in atto per ridurre la pressione arteriosa o il rischio cardiovascolare, che in Italia risulta essere la patologia cronica più diffusa con circa il 17,4% della popolazione colpita.

Stress ossidativo e decadimento fisiologico

Una campagna di sensibilizzazione indirizzata alla popolazione Senior è stata dedicata alla prevenzione del rallentamento del decadimento fisiologico correlato allo stress ossidativo.

Senior Italia FederAnziani, in collaborazione con Special Senior, ha messo a punto un progetto educativo su tutto il territorio nazionale, mettendo a disposizione della popolazione senior gli strumenti più moderni per raggiungere un giusto equilibrio tra processo di invecchiamento e "qualità della vita".

Il Progetto si articola sulla possibilità di mettere a disposizione della popolazione Senior sistemi di controllo e misurazione dei valori di Ossidazione dell'organismo attraverso strumenti diagnostici testati ed approvati dalla comunità scientifica (fase educativa), sia sulla possibilità di usufruire di prodotti specifici (Integratori alimentari) studiati e pensati in modo tale da trovare risposte concrete e reali al proprio bisogno di benessere (fase preventiva).

Prevenzione delle problematiche uditive

Molti soggetti con ipoacusia collegano i disturbi uditivi all'età, giustificandoli con il normale processo di invecchiamento.

Tali problematiche possono essere invece affrontate e risolte. Per questo Senior Italia FederAnziani ha condotto una grande Campagna di prevenzione delle problematiche uditive, con screening audiometrici all'interno dei CSA.

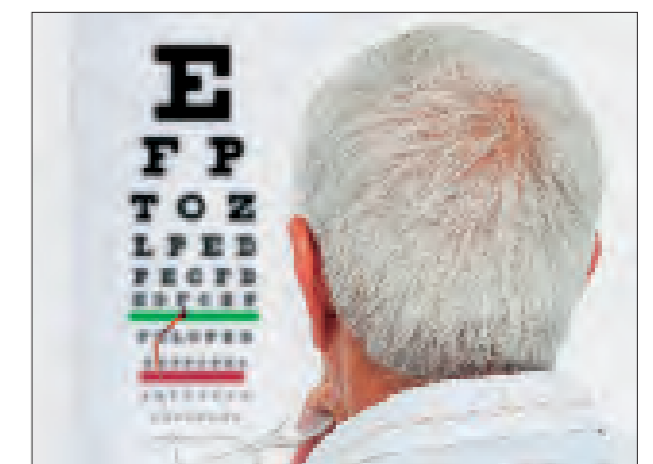
Il tumore della prostata e i tumori negli anziani

Senior Italia FederAnziani, insieme all'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), società scientifica che raccoglie oltre 2.500 specialisti, da sempre impegnata nella promozione di campagne di sensibilizzazione a tutte le età, ha condotto un'iniziativa dedicata alla prevenzione dei tumori negli anziani evidenziando come oggi vi siano armi efficaci per tenerlo sotto controllo e nuovi farmaci per sconfiggerlo.

Progetto Vediamoci Chiaro

Gli organi di senso quali l'occhio e l'orecchio sono il vero e proprio punto di contatto fra l'organismo e l'ambiente. Andando avanti con l'età, tuttavia, questi organi possono incontrare delle problematiche che, se non si interviene in tempo, portano al peggioramento non reversibile, fino anche all'invalidità.

Per questo alle problematiche oftalmologiche della popolazione senior Senior Italia FederAnziani, ha dedicato una vasta campagna di comunicazione intitolata "Vediamoci chiaro". Attraverso una serie di convegni la campagna ha coperto tutto il territorio nazionale allo scopo di informare e sensibilizzare la popolazione anziana, aumentandone la consapevolezza rispetto a queste tematiche.



Cosa facciamo nei Centri Anziani e per i Centri Anziani

Campagne informative 2016

Cura delle patologie in ambito ginecologico

Solo il 10% di coloro che soffrono di malattie urologiche (disfunzione erettile, Ipertrofia Prostatica Benigna, e incontinenza urinaria) si rivolge ad un medico per sottoporsi ad una terapia. Questo perché molte persone, quando si parla di patologie urologiche, siano esse legate a incontinenza o a disfunzioni sessuali, provano ancora remore nell'espone la problematica e la sintomatologia al proprio medico curante.

Per questo Senior Italia FederAnziani ha realizzato una Campagna di informazione sulle patologie urogenitali in ambito ginecologico.

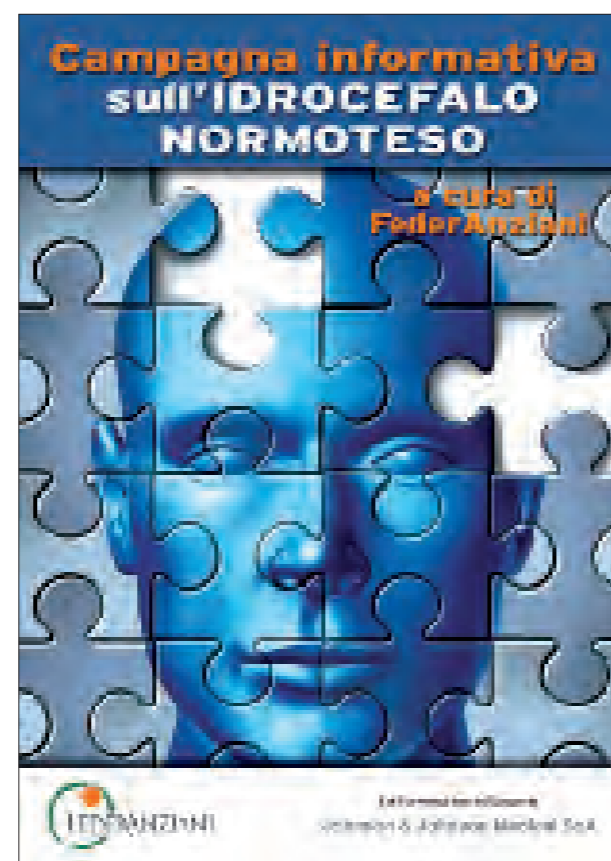
Convegni sulle malattie e problematiche nella sfera sessuale dell'anziano

Le modificazioni nella fisiologia sessuale riscontrabili in età avanzata possono influire sul comportamento sessuale e favorire l'insorgenza di alcuni disturbi.

Alle malattie e problematiche nella sfera sessuale dell'anziano è stata dedicata una vasta campagna di comunicazione che attraverso la rete dei centri aderenti alla federazione, ha coperto tutto il territorio nazionale.

Campagna informativa sull'Idrocefalo normoteso

La campagna informativa sull'Idrocefalo normoteso è nata dall'importanza di riconoscere una patologia spesso confusa con l'Alzheimer, avendo una sintomatologia simile, ma che invece con l'aiuto nella neurochirurgia è assolutamente curabile.



Campagna "due passi in centro"

Per far comprendere alla popolazione anziana a non rassegnarsi alla sedentarietà ma che, grazie ad un adeguato stile di vita ed alle più moderne opzioni terapeutiche, è possibile ambire ad una vita attiva e soddisfacente, e per sensibilizzare l'opinione pubblica e le Istituzioni sull'importanza del diritto di ogni cittadino di accedere al miglior percorso di cura, Senior Italia FederAnziani ha promosso la campagna "due passi in centro".

La campagna ha evidenziato come una vita attiva possa incidere positivamente sullo stato di salute e sulla qualità della qualità di vita nei soggetti affetti da patologie croniche quali la Cardiopatia Ischemica Cronica, lo Scompenso Cardiaco e la BPCO (broncopneumopatia cronico-obstruttiva).

La campagna si è sviluppata in 80 manifestazioni in altrettante città italiane e ha coinvolto i Centri Sociali per Anziani (CSA) e gli Enti locali.

Ogni manifestazione ha previsto l'organizzazione di una passeggiata per gruppi di cittadini Senior attraverso specifici percorsi nei territori cittadini, culminante in un incontro in piazza, in una sede istituzionale o nella sede di un CSA, finalizzato a sensibilizzare la popolazione e le istituzioni sugli obiettivi della campagna e sulle migliori modalità di gestione della Cardiopatia Ischemica Cronica, dello Scompenso Cardiaco e della BPCO.



Una Fondazione per sostenere i Centri Anziani

Per valorizzare il ruolo e sostenere la popolazione anziana del nostro Paese nasce la Fondazione Senior Italia (Iscritta all'Anagrafe delle ONLUS dal marzo 2014) con l'obiettivo di dialogare con Istituzioni e Imprese per fornire soluzioni e sviluppare progettualità integrate, mettendo sempre di più in connessione i Senior con le famiglie e le nuove generazioni.

Il collegio dei Garanti di Fondazione Senior Italia, da Statuto, è composto da un membro nominato dal Ministero della Salute, un membro nominato dall'Istituto Superiore di Sanità e un membro nominato dall'AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco. La durata dell'organismo è di 4 anni.

Componenti del Collegio dei Garanti

nominati in data 19 giugno 2015:

Giuseppe Chinè Capo di Gabinetto del Ministero della Salute

Walter Ricciardi Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Luca Pani Direttore Generale AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

La Fondazione nasce e lavora per sensibilizzare l'opinione pubblica sul ruolo degli anziani e dei nonni e sostenere in modo concreto le strutture di riferimento per le attività dedicate al loro benessere psico-fisico: i Centri Sociali per Anziani (CSA) e le Associazioni di Promozione Sociale per la Terza Età diffusi sul territorio nazionale. Per molte persone questi luoghi rappresentano la sola occasione per uscire dall'isolamento e recuperare voglia di vivere e di fare.

Campagna millepiazze Festa dei Nonni d'Italia

Anche quest'anno la Fondazione ha dato il via alla Campagna di sensibilizzazione e raccolta fondi "Millepiazze - Festa dei Nonni d'Italia" (nata nel 2015, in occasione del decennale dall'istituzione della Festa dei Nonni) con l'obiettivo di promuovere il senso di rispetto e di gratitudine per le generazioni che ci hanno preceduto e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza di sostenere i nonni e tutti gli anziani sia all'interno della famiglia che della società.

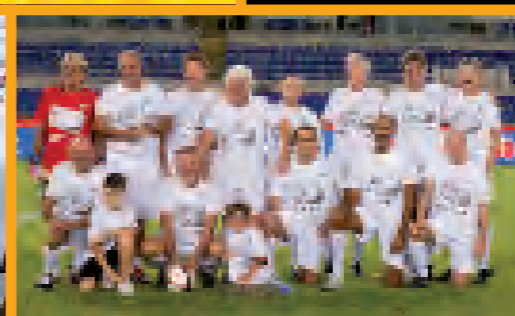
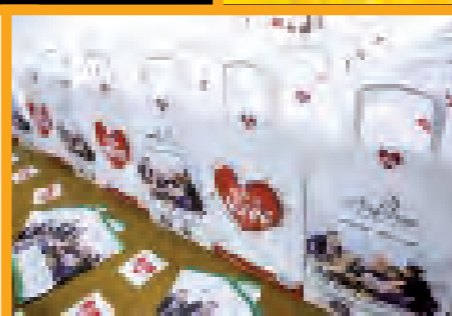
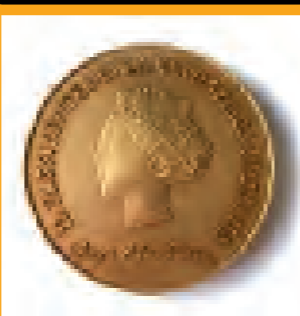
Gli anziani sono una risorsa essenziale per il nostro Paese. Troppo spesso considerati un peso, costituiscono invece una porzione sempre più rilevante e attiva della popolazione italiana.

Gli anziani in Italia sono oltre 12 milioni, la maggior parte di essi sono nonni e quasi il 26% di loro accudisce direttamente i nipoti mentre i genitori lavorano. Questo aspetto rivela una realtà in cui i nonni rappresentano quindi, una fondamentale risorsa economica e un pilastro sociale per la nostra nazione.

Nelle sue due edizioni la Campagna ha promosso importanti progetti a livello di comunicazione e sensibilizzazione ricevendo per due anni consecutivi la medaglia al valore sociale del Presidente della Repubblica.



Testimonial 2015/2016



Gli appuntamenti della Campagna:



Roma - Quirinale
Incontro con il Presidente della Repubblica

Lo spot di Millepiazze è andato in onda sulle reti principali Mediaset nello spazio sociale Mediafriends



Roma - Grand Hotel de la Minerve
Conferenza stampa "Millepiazze per i Nonni d'Italia"

Alla conferenza stampa erano presenti alla presentazione i rappresentanti dei partner di Campagna e alcuni esponenti della Nazionale Attori.



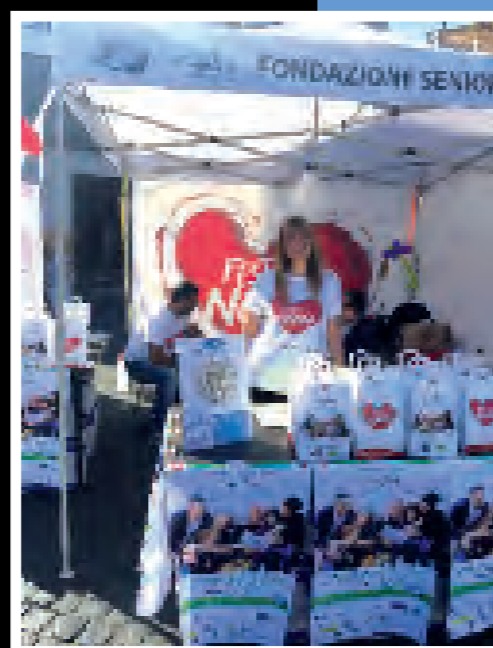
Stadio Matusa di Frosinone
"Partita per i Nonni"

Un incontro di calcio a scopo benefico per il progetto defibrillatori tra le Vecchie Glorie del Frosinone Calcio e la Nazionale Attori.

Campagna millepiazze Festa dei Nonni d'Italia

Dal 30 Settembre al 2 Ottobre in centinaia di CSA e Associazioni di Promozione Sociale per la terza età e in alcune piazze italiane tra cui: Roma, Napoli, San Martino Buon Albergo, Bari, Faenza, Tolve, Cerignola, Nettuno, Barletta, Affile, Forlì... , attraverso la donazione di un pacco di pasta all'interno di una shopper creata ad hoc per l'occasione, è stato possibile sostenere concretamente il lavoro della Fondazione a sostegno dei Centri Anziani e il progetto "defibrillatori per i Nonni d'Italia".

Ogni anno in Italia le vittime dell'arresto cardiaco sono circa 57.000, una ogni nove minuti, e costituiscono il 10% della totalità dei decessi.



La fascia di popolazione più colpita dall'arresto cardiaco è quella degli over 65. L'arresto cardiaco può colpire senza preavviso e vitale è intervenire immediatamente utilizzando un defibrillatore, che consente al cuore di riprendere un ritmo cardiaco regolare: un intervento di primo soccorso, tempestivo e adeguato, contribuisce, in modo statisticamente significativo, a salvare fino al 30 per cento in più delle persone colpite.

Grazie alla Legge n° 120 del 3 Aprile 2001, oggi chiunque può intervenire tempestivamente, in attesa dell'arrivo dei soccorsi: è sufficiente conoscere poche semplici manovre e avere a disposizione un defibrillatore semiautomatico esterno.

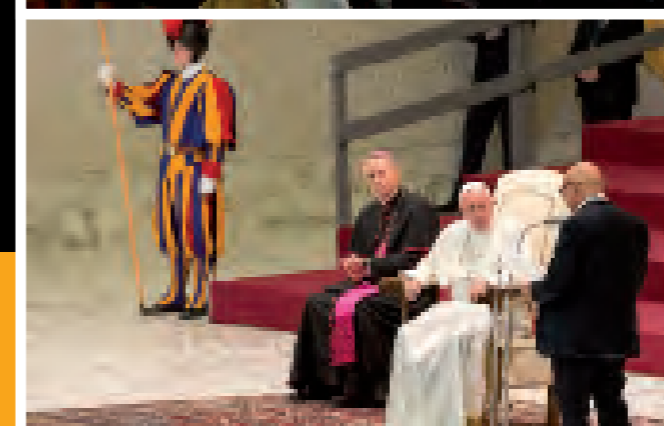
Dotare i Centri Anziani di un defibrillatore e formando i Senior al loro utilizzo è possibile prevenire l'arresto cardiaco e tutelare gli anziani che frequentano i centri, costituendo al tempo stesso dei presidi sul territorio che possano diventare dei punti di riferimento anche per il resto della popolazione.

15 ottobre 2016
Sala Nervi - Città del Vaticano

Festa dei Nonni con Papa Francesco

Momento culminante della Festa dei Nonni 2016 è stato, il 15 ottobre, l'incontro di 7.000 Nonni provenienti da tutta Italia con il Santo Padre in Vaticano presso la Sala Nervi, per celebrare tutti insieme la Festa dei Nonni in occasione dell'udienza riservata a Senior Italia FederAnziani. Momenti di grandi emozioni, spettacolo e riflessione su importanti temi riguardanti il mondo dei Senior hanno allietato tutti gli ospiti.

"La Chiesa guarda alle persone anziane con affetto, riconoscenza e grande stima - ha affermato il Pontefice - Esse sono parte essenziale della comunità cristiana e della società. Rappresentano le radici e la memoria di un popolo. Voi - ha proseguito - siete una presenza importante, perché la vostra esperienza costituisce un tesoro prezioso, indispensabile per guardare al futuro con speranza e responsabilità".



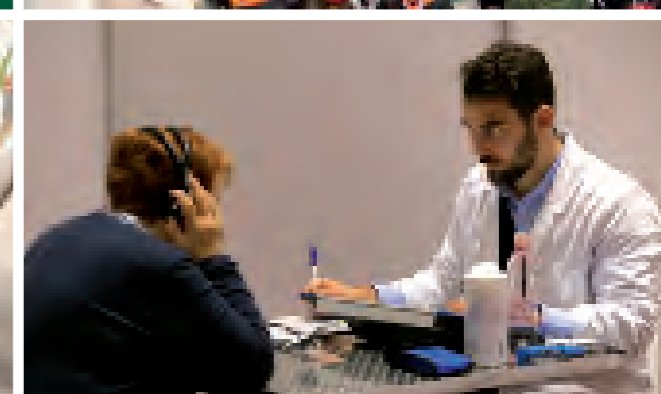
Il Forum della Salute

Alimentazione, nutrizione, stili di vita, fitness e benessere, prevenzione, turismo e molto altro nel grande evento dedicato alla salute e al "buon vivere"

Dal 18 al 20 novembre 2016 presso il Palacongressi di Rimini, si è tenuto il FORUM DELLA SALUTE, il grande appuntamento annuale con i temi della salute e del "buon vivere", giunto alla sua quarta edizione dopo il successo delle precedenti. Salone espositivo e momento di aggregazione culturale dedicato all'ampio mondo del benessere, della prevenzione e degli stili di vita, il Forum ha visto la partecipazione di aziende legate al mondo dell'Alimentazione, Nutrizione, Stili di vita, Fitness, Benessere, Turismo, Prevenzione, Sistemi di sicurezza di Vita e molto altro ancora.

Con 11.000 mq dedicati all'esposizione, il Forum della Salute ha registrato 30mila presenze nei tre giorni di manifestazione. Sono stati presenti ospiti istituzionali e della politica, giornalisti ed esperti di comunicazione. Anche quest'anno, infatti, il Forum si è svolto in concomitanza con il Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute.

Nato come momento privilegiato di educazione e informazione, il Forum della Salute vede fra i suoi aspetti distintivi l'ampia offerta di incontri fra cittadini ed esperti qualificati su temi troppo spesso sottovalutati, e invece centrali per la salute. Evidenziando l'importanza di corrette abitudini nella vita quotidiana, il Forum si propone come luogo di contatto fra tematiche strettamente medico-scientifiche e quelle relative a benessere e prevenzione, illustrando come a partire dalla cura di se stessi e da una scelta responsabile nella quotidianità, ognuno di noi possa costruire una vita più sana per se stesso e per la propria famiglia.





Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute



Pazienti Medici Farmacisti Infermieri insieme alle Istituzioni per l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale

La Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute è un organismo costituito da Senior Italia FederAnziani per aiutare i cittadini a vedere garantito il diritto alla salute, e supportare al tempo stesso le Istituzioni in una logica di sostenibilità, condizione fondamentale per garantire la qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

Nella Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute i Medici di Medicina Generale (FIMMG), i Medici Specialisti delle principali società medico-scientifiche, i farmacisti (Federfarma), le Istituzioni nazionali e regionali lavorano insieme allo scopo di identificare linee guida, idee e progetti per migliorare qualità ed efficienza del Servizio Sanitario, attraverso un approccio dedicato alle problematiche di salute dell'anziano.

Il Congresso annuale, organizzato da Senior Italia FederAnziani in collaborazione con la FIMMG - Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale - con il patrocinio delle più alte Istituzioni, vede a lavoro le eccellenze del sistema salute, riunite in sessioni monoteliche all'interno di Dipartimenti dedicati ad aree terapeutiche specifiche, con uno sguardo attento alle best practices nazionali ed internazionali.

I tavoli scientifici hanno come punto di partenza un'analisi economico-sanitaria dettagliata delle incongruità del sistema salute e i risultati delle attività svolte dalla Corte nel corso dell'anno. I lavori conducono all'elaborazione di documenti scientifici in grado di contribuire alla definizione di un modello avanzato di sistema sanitario che promuova corretti stili di vita, la centralità della prevenzione, sistemi di cura evoluti dal territorio al ricovero ospedaliero. Il V Congresso ha avuto in particolare tra i suoi temi centrali l'aderenza alla terapia e l'e-Health.

Obiettivo ultimo, una piena presa in carico del paziente sia acuto che portatore di cronicità, con un'attenzione particolare ai soggetti più fragili e non autosufficienti. Nella sessione plenaria conclusiva migliaia di delegati Senior Italia si esprimono con il voto sui risultati dei lavori dei Dipartimenti che costituiscono la linea d'azione della Corte di Giustizia nel corso dell'anno.



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

V Congresso Nazionale

CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

RIMINI

PALACONGRESSI

18-20 NOVEMBRE 2016

Con il patrocinio di



Senato della Repubblica



Camera dei deputati



Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo

Ministero della Salute



Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome



REGIONE SICILIA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA TRENTO ALTO ADIGE



REGIONE PIEMONTE



Regione Lombardia



Regione Emilia-Romagna



Regione Umbria



REGIONE MOLISE



REGIONE CAMPANIA



REGIONE PUGLIA



REGIONE BASILICATA



REGIONE ABRUZZO



REGIONE CALABRIA



Comune di Rimini



PROVINCIA DI RIMINI



agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Istituto Superiore di Sanità



REGIONE SICILIANA



UPI - UNIONE PROVINCE D'ITALIA



FARMINDUSTRIA

Senato della Repubblica
Camera dei Deputati
Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo
Ministero della Salute
Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

Regione Sicilia
Regione Autonoma della Sardegna
Regione Autonoma Trentino Alto Adige
Regione Piemonte
Regione Lombardia
Regione Emilia Romagna
Regione Umbria
Regione Molise
Regione Campania
Regione Puglia
Regione Basilicata
Regione Abruzzo
Regione Calabria

Comune di Rimini
Provincia di Rimini

Agenas
Istituto Superiore di Sanità
Regione Siciliana
Assessorato Turismo, Sport e Spettacolo
UPI - Unione Province d'Italia
Farmindustria



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Partner della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute



FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
 ACIT - Associazione Chirurgica Italiana Tecnologica
 ACOI - Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
 ADI - Associazione Dietetica Italiana
 AIAC - Associazione Italiana Aritmologia e Cardioritmologia
 AID - Associazione Italiana Diabetici
 AIMO - Associazione Italiana Medici Oculisti
 AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica
 AISC - Associazione Italiana Scompensati Cardiaci
 AISCUP - Associazione Italiana per lo Studio e la Cura del Paziente Oncologico
 AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico
 AMEC - Associazione per la terapia delle malattie Metaboliche e Cardiovascolari
 ANPCI - Associazione Nazionale Piccoli Comuni D'Italia
 ASON - Associazione Specialisti Osteoarticolari Nazionale
 CARD - Società Scientifica delle Attività Sociosanitarie Territoriali (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)
 CIC - Collegio Italiano dei Chirurghi
 Comunità Mondiale della Longevità e Medicina Sociale
 Consorzio Mario Negri Sud
 CREA - Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria
 CSRO - Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano
 ERS - European Respiratory Society
 ESPT - European Society of Pharmacogenomics and Theranostics
 ESVS - European Society for Vascular Surgery
 FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
 Federfarma
 IBDO - Italian Barometer Diabetes Observatory
 IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia
 IRCCS Neuromed Istituto Neurologico Mediterraneo
 ISHAWs - Italian Society of Hernia and Abdominal Wall Surgery
 Ordine Nazionale dei Biologi
 SIAF - Società Italiana di Audiologia e Foniatria

Partner della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute



SIAMS - Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità
 SIC - Società Italiana di Cardiologia
 SIC - Società Italiana di Chirurgia
 SICCR - Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale
 SICG - Società Italiana di Chirurgia Geriatrica
 SICGe - Società Italiana Cardiologia Geriatrica
 SICOOP - Società Italiana Chirurghi Ortopedici dell'Ospedalità Privata
 SICOP - Società Italiana Chirurgia Ospedalità Privata
 SICVE - Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
 SID - Società Italiana di Diabetologia
 SIE - Società Italiana di Endocrinologia
 SIEMG - Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale
 SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
 SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
 SIIA - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
 SIMEP - Società Italiana Medicina Personalizzata
 SIMFER - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
 SIMI - Società Italiana di Medicina Interna
 SIMPeSV - Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita
 SIMPIOS - Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie
 SIN - Società Italiana di Nefrologia
 SINCH - Società Italiana di Neurochirurgia
 SINPE - Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo
 SINPF - Società Italiana di Neuropsicofarmacologia
 SIO - Società Italiana dell'Obesità
 SIO - Società Italiana di Implantologia Osteointegrata
 SIP - Società Italiana di Pneumologia
 SIP - Società Italiana di Psichiatria
 SIR - Società Italiana di Reumatologia
 SIRM - Società Italiana di Radiologia Medica
 SIU - Società Italiana di Urologia
 SOU - Società Oftalmologi Universitari
 SUNIFAR - Sindacato Unitario dei Farmacisti Rurali

Presidente del V Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Sono onorato di assumere la presidenza del V Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, momento che unisce pazienti, medici, esperti di area sanitaria ed istituzioni.

Guardando da una prospettiva europea ai sistemi sanitari nazionali e ai profondi mutamenti demografici, economici e sociali che caratterizzano la nostra epoca, rileviamo che un dato comune è l'aumento delle patologie croniche, conseguenza diretta dell'invecchiamento della popolazione.

In tale ottica, assume crescente importanza l'aderenza alla terapia, sia per migliorare la vita dei malati cronici, e quindi più in generale degli over 65 che rappresentano i principali assuntori di farmaci, sia per consentire importanti risparmi ed un uso efficiente delle risorse in campo sanitario.

Come Presidente della Commissione Ambiente, Salute Pubblica e Sicurezza alimentare del Parlamento Europeo ritengo essenziale che le Istituzioni siano in stretto contatto con la comunità scientifica e con i pazienti, il cui contributo è essenziale al fine di definire strategie migliorative per i servizi sanitari in Europa.

Il V Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute fornisce a medici, associazioni di pazienti e rappresentanti delle Istituzioni l'opportunità di lavorare insieme per identificare i punti chiave sui quali lavorare per migliorare l'aderenza alla terapia, coinvolgendo tutti gli attori e definendo le singole azioni e priorità al fine di raggiungere insieme questo obiettivo comune.

Il suo raggiungimento ha un duplice impatto positivo, sia in termini di miglioramento della qualità della vita della popolazione senior in tutta Europa, che di riduzione degli sprechi, ad oggi significativi, che i sistemi sanitari subiscono proprio a causa della scarsa aderenza.

Auguro a tutti i medici, gli esperti e i cittadini coinvolti un'ottima riuscita del Congresso.

Giovanni La Via
*Presidente Commissione Ambiente, Sanità Pubblica
e Sicurezza Alimentare del Parlamento Europeo*

Presidente Onorario del V Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Ritrovarsi con Senior Italia, un anno dopo, vuol dire avere nuovamente una grande opportunità di confronto sui temi della salute. Partendo da un dato che incoraggia tutti noi, che condividiamo le battaglie per un Servizio Sanitario Nazionale sempre più efficiente: il fondo sanitario è aumentato a 113 miliardi, due miliardi in più dello scorso anno. Un risultato per nulla scontato in un momento di crisi economica, un obiettivo che abbiamo centrato grazie alla sensibilità del Governo, che ha colto l'urgenza di dare risposte alla domanda di salute dei cittadini.

Due miliardi in più significa avere risorse per nuove assunzioni per medici e infermieri, significa avere trovato le risorse per strutturare un fondo per l'acquisto dei farmaci contro l'epatite C, uno per l'acquisto dei nuovi farmaci oncologici. Questo fa dell'Italia il primo Paese che ha realizzato concretamente l'opportunità di fornire a tutti i cittadini che ne hanno bisogno farmaci innovativi che salvano la vita, che creano nuove concrete aspettative ai pazienti. Insieme a questi, abbiamo stanziato altri fondi per le vaccinazioni che liberano ulteriori risorse per i già finanziati nuovi Livelli Essenziali di Assistenza. Dopo 15 anni abbiamo finalmente i nuovi Lea, e con essi abbiamo aggiornato il nomenclatore delle protesi, atteso da quasi 20 anni, e finanziato il Piano Nazionale Vaccini.

Intervengo ormai da diversi anni al Congresso di Senior Italia e portare queste positive novità a tutti voi che siete, a vario titolo, attori del mondo sanitario mi fa particolarmente piacere perché è con voi che ogni anno abbiamo affrontato un dialogo costruttivo su come migliorare l'efficienza del nostro servizio sanitario nazionale per renderlo più rispondente ai bisogni dei cittadini ed è con voi che abbiamo aperto la riflessione sul mondo della terza età, analizzando le potenzialità da valorizzare e le criticità da superare. Gli anziani sono un valore e una parte importante della nostra società, sono una risorsa e un punto di forza da sostenere. Ho avuto modo in questi anni di conoscerne tanti, molti proprio in occasione del Congresso di Senior Italia, e ho toccato con mano la forza positiva che rappresentano per il Paese. Una forza destinata ad aumentare, basti pensare che nel contesto europeo si stima che gli anziani nel 2050 potrebbero superare i 20 milioni.

Dal punto di vista sanitario questi cambiamenti demografici, conseguenti all'innalzamento dell'età media della popolazione, portano con sé nuovi bisogni di assistenza correlati alle tipologie di malattie legate all'invecchiamento e alle condizioni socio-economiche.

La sfida da affrontare per garantire la sostenibilità del sistema alle future generazioni è quindi quella di non fare ammalare i sani, di far sì che le persone restino in salute il più a lungo possibile. E per questo l'arma migliore che abbiamo è la prevenzione. L'adozione di stili di vita corretti, vale a dire fare regolare attività fisica, seguire una dieta equilibrata, non fumare, non abusare di alcol, effettuare le vaccinazioni raccomandate, è fondamentale sia per favorire l'invecchiamento attivo che per aumentare le possibilità di conservare nel tempo una vita autonoma e priva di disabilità. Chiaramente, oltre alla prevenzione primaria, sono altrettanto importanti la diagnosi e il trattamento precoce delle patologie che colpiscono più frequentemente l'anziano, come ad esempio le malattie cardiovascolari, il diabete, i tumori, l'ipertensione, le malattie neurodegenerative, tanto per citarne alcune.

L'obiettivo che vogliamo perseguire promuovendo la cultura della prevenzione è quello di permettere a uomini e donne di mantenersi in buona salute e di condurre una vita attiva e indipendente il più a lungo possibile, in modo che la società intera possa continuare a beneficiare di quel grande contributo in termini di valore che gli anziani rappresentano.

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Sintesi delle Conclusioni dei Lavori delle Commissioni Tecniche Nazionali

V Congresso Nazionale CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

RIMINI, 18-20 NOVEMBRE 2016

Il diritto alla salute: un diritto inalienabile CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

Presidente del Congresso
Giovanni La Via

Presidente Onorario del Congresso
Beatrice Lorenzin

Presidente della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Giuseppe Pozzi

Presidente Nazionale Senior Italia FederAnziani
Roberto Messina

Dipartimento ARITMIE CARDIACHE

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Aritmie Cardiache ha analizzato due aspetti principali connessi al mondo delle aritmie: il primo legato alla fibrillazione atriale e agli anticoagulanti, il secondo all'ablazione delle aritmie.

Per quanto riguarda il primo aspetto, dalla discussione dei componenti è emerso che le criticità che incontra il paziente affetto da tali patologie sono da ricondurre alla terapia con AVK. Tale trattamento in particolare presenta diversi elementi critici:

- In primo luogo ha una finestra terapeutica limitata, ovvero i casi con INR tra 2 e 3;
- Inoltre si riscontra una bassa aderenza alla terapia da parte del paziente, la quale è pari a circa il 50%;
- A ciò bisogna aggiungere che, anche in presenza di INR terapeutico, il rischio emorragico è alto;
- I pazienti in terapia con AVK sono soggetti a molte interazioni con altri farmaci e con determinati alimenti;
- Un altro disagio per i trattati con AVK è legato alle difficoltà logistiche ad eseguire il prelievo per INR.

Le soluzioni individuate per superare tali problematiche sono diverse:

- Il paziente dovrebbe essere educato alla terapia anticoagulante (TAO o NAO);
- Si dovrebbe migliorare l'aderenza alla terapia con NAO o Warfarin (quando indicato);
- In caso di Warfarin sarebbe opportuno implementare il self test;
- Bisognerebbe implementare l'uso dei NAO;
- Dovrebbero essere ridotti i limiti alla prescrivibilità dei NAO.

Il secondo aspetto affrontato è quello della Ablazione delle aritmie (Sopraventricolari da rientro e fibrillazione atriale). Anche in questo caso i lavori della Commissione sono partiti dall'analisi delle principali criticità alle quali sono state proposte delle soluzioni.

Per quanto riguarda le criticità esse sono state individuate in quattro categorie:

- L'eccessivo uso dei farmaci antiaritmici, anche nelle aritmie sopraventricolari, con conseguente incremento degli effetti collaterali;
- Le indicazioni ad ablazione della fibrillazione atriale e le evidenze scientifiche discordanti;
- La bassa diffusione delle procedure, anche nei pazienti con indicazioni in classe I ad elevata evidenza;
- Il valore del DRG inadeguato.

I componenti della Commissione hanno proposto le seguenti soluzioni:

- Aumentare la diffusione delle procedure di ablazione;
- Utilizzare in modo adeguato la terapia anticoagulante nella Fibrillazione Atriale, prima e dopo la procedura di ablazione;
- Adeguare i valori del DRG nell'ablazione delle aritmie complesse.

I lavori della Commissione Tecnica Nazionale sono partiti dall'analisi dei contenuti del nuovo DPCM per gli Apparecchi acustici di revisione dei LEA recentemente licenziato dalla conferenza Stato Regioni, il quale prevede uno spostamento degli apparecchi acustici dall'elenco 1 - dispositivi su misura - all'elenco 2A - creando un'apposita categoria di dispositivi di serie che richiedono per la messa in opera la presentazione sanitaria da parte del tecnico abilitato - con la loro acquisizione da parte del SSN tramite procedure pubbliche di acquisto.

Il ricorso a sistemi di gara mette a rischio non solo la libertà di scelta del paziente e quella del professionista sanitario, ma anche l'appropriatezza del percorso clinico riabilitativo delle persone ipoacusiche.

Di seguito si elencano le principali criticità individuate:

- LIBERTÀ DI SCELTA DELL'ASSISTITO: la salvaguardia della partecipazione dell'assistito nella scelta del percorso assistenziale è messa evidentemente a repentaglio da procedure di approvigionamento tramite gare d'appalto, che prevedono per natura l'individuazione di un selezionato numero di fornitori (i vincitori della gara) e limitano di conseguenza la scelta dei dispositivi e dei professionisti sanitari da parte del paziente;
- PRESA IN CARICO DEGLI ATTUALI ASSISTITI: preso atto dei bisogni dei soggetti beneficiari dell'attuale disciplina, deve essere necessariamente salvaguardata la continuità assistenziale. Gli assistiti, oggi tutelati da una rete di oltre un migliaio di strutture accreditate regionalmente, vedrebbero ridotta l'offerta assistenziale, con il rischio di non potersi più avvalere della struttura sanitaria erogatrice della prima fornitura;
- MANCATA DIFFERENZIAZIONE DEI PERCORSI PER ADULTI E MINORI: il D.P.C.M. in corso di approvazione prevede procedure standard che limitano la necessaria specificità degli iter clinico riabilitativi. L'ipoacusia è una patologia complessa ed eterogenea. L'approccio terapeutico non può quindi limitarsi ad una procedura standard. L'attuale offerta tecnologica mette a disposizione ausili differenti ma non sovrapponibili in termini prestazionali. La scelta del dispositivo ottimale non può prescindere dal rapporto fiduciario tra specialista competente per patologia, audioprotesista e consumatore;
- LIVELLI DI ACCESSIBILITÀ: i livelli di accessibilità sono stati modificati introducendo una soglia che riduce il numero degli aventi diritto e che non ha grande valore clinico in termini audiologici. Si precisa che una perdita uditiva, specialmente di tipo presbiacusico, non può essere circoscritta ad una valutazione di perdita in dB, ma dev'essere inquadrata in un più ampio concetto di disabilità. In particolare è necessario considerare gli aspetti cognitivi;
- PERSONALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO E AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA: sebbene il protocollo applicativo come definito dal D.P.C.M. sia corretto sul piano del riconoscimento degli atti professionali, la rimediazione dell'ipoacusia è un atto clinico complesso che non può trovare appropriatezza con modalità di acquisto basata su una procedura ex ante. Tale procedura può causare anche, quasi inevitabilmente, una stasi tecnologica per tutta la durata dell'appalto.

Le soluzioni proposte durante i lavori della Commissione Tecnica Nazionale hanno individuato per ogni tipologia di problematica la rispettiva soluzione, come si riporta di seguito:

- LIBERTÀ DI SCELTA DELL'ASSISTITO: Introduzione di un modello di accreditamento nazionale rigoroso degli standard minimi dei centri acustici con periodiche verifiche;
- PRESA IN CARICO DEGLI ATTUALI ASSISTITI: Inquadramento specialistico ORL/Audiologo diffuso sul territorio nazionale anche nelle fasi di rinnovo;
- MANCATA DIFFERENZIAZIONE DEI PERCORSI PER ADULTI E MINORI: Definizione e applicazione delle linee guida audiologiche per un percorso condiviso e una reale soddisfazione dei bisogni complessivi;
- LIVELLI DI ACCESSIBILITÀ: Spostare il focus della prestazione dal diritto all'effettivo bisogno e utilizzo dell'ausilio (appropriatezza);
- PERSONALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO E AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA: Mantenimento dell'attuale modello di erogazione fino alla definizione di procedure condivise dagli attori del processo in un tavolo tecnico permanente.

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Cardiocircolatorio-Ipertensione ha individuato diverse criticità:

- Ipertensione nell'anziano (Ipertensione sistolica isolata) può non essere rilevata dalla diagnostica clinica;
- Ridotta percezione delle complicanze cardiovascolari (CV) nel paziente iperteso anziano, in primis lo scompenso cardiaco;
- Mancanza di multidisciplinarietà nell'approccio alle patologie cardiovascolari (coinvolgimento di medici, professionisti sanitari, pazienti, *caregiver*) in ambito della prevenzione e della terapia;
- Mancanza di *network* formativo tra tutti gli operatori e i pazienti: mancanza di educazione culturale sugli stili di vita (alimentazione, attività fisica ecc.) con aumentata difficoltà da parte degli anziani a variare le proprie abitudini;
- L'ageismo, diffuso tra medici e *caregiver*, priva della possibilità di individuazione delle patologie e, quindi, del trattamento;
- Conoscenza degli stili di vita degli anziani non adeguatamente profilata;
- Mancata aderenza alla terapia: complessità nella gestione della polipatologia e politerapia del paziente anziano che aumenta la confusione (specie in presenza di problemi cognitivi, frequente negli anziani);
- Ipertrattamento e possibili interferenze farmacologiche dovute a molteplicità di interventi per le polipatologie, anche in relazione all'autoprescrizione di farmaci da banco e fitoterapici;
- Strumenti di automisurazione della pressione: problemi di autogestione, cattivo utilizzo, apparecchi non validati;
- Per questioni economiche (ticket) il paziente è portato spesso a selezionare i farmaci, rispondendo al sintomo prevalente. Vi è disparità di costi a livello regionale.

Per superare queste criticità le soluzioni individuate durante i lavori sono state le seguenti:

- Estendere l'utilizzo della pressione pulsatoria, per meglio valutare la rigidità vascolare. Diffondere il monitoraggio 24h della PA per migliorare la diagnostica della tipologia di ipertensione, contenendo eccessi nell'automisurazione. Esistono metodiche di valutazione precoce della rigidità vascolare (*stiffness* arteriosa - *Pulse Wave Velocity*);
- Identificare e profilare stili di vita e parametri clinici della popolazione anziana, uniformando e mettendo in condivisione i database clinici (piattaforma comune) e promuovendo indagini territoriali, per migliorare gli approcci terapeutici farmacologici e non;
- Aumentare l'aderenza alla terapia favorendo le associazioni terapeutiche precostituite per ridurre il numero di compresse da assumere. Le compresse trivalenti sono maggiormente efficienti in termini di tollerabilità ed efficacia. Dove è possibile, ridurre la multi-prescrizione da parte del medico, incentivando il ruolo di coordinamento del medico di medicina generale;
- Necessità di organizzare meeting informativi e corsi formativi multidisciplinari con la partecipazione delle varie figure professionali e dei pazienti;
- Estendere il modello CCM (Toscana) alla patologia ipertensiva/cardiovascolare, con conseguente implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) del territorio (regionalizzazione). Passare da una medicina «di attesa» a una «di iniziativa»;
- Dato che i costi maggiori sul SSN (ricoveri, diagnostica etc.) sono dovuti alle complicanze cardiovascolari che derivano dalla gestione inappropriata del paziente, è necessario uniformare il percorso diagnostico-terapeutico (vedi sopra), superando le differenze nella gestione regionale (modelli e costi sanitari, ad es. ticket).

La Commissione Tecnica Nazionale Distretto e Cure Primarie si è riunita con l'obiettivo di individuare e definire le specificità organizzative e di offerta dell'area distrettuale e nell'ambito dell'assistenza primaria, stabilendo gli elementi comuni di base indispensabili in tutte le regioni d'Italia. A tal fine ha individuato le criticità e le rispettive soluzioni da proporre e sostenere per lo sviluppo di un sistema di assistenza primaria adeguato ai tempi, che possa garantire equità di accesso e di risposta per tutti i cittadini del nostro Paese.

Per far ciò i lavori sono partiti dall'analisi delle peculiarità dei LEA distrettuali che si suddividono in integrazione, cure domiciliari e sistema a rete. Per ognuno di essi sono state evidenziate le criticità e le rispettive soluzioni.

INTEGRAZIONE

L'integrazione si sostanzia nella costante collaborazione fra soggetti istituzionali del territorio per una lettura multidimensionale dei problemi di salute, l'individuazione delle determinanti su cui agire in modo globale, l'attuazione delle politiche d'intervento, la realizzazione delle azioni e la verifica dei risultati.

In quest'aspetto dei LEA distrettuali, durante i lavori della Commissione sono emerse le seguenti criticità:

- Piani di Assistenza Territoriale (PAT), Piani di Zona (PdZ);
- Forte differenza di disponibilità di risorse fra sanità e sociale;
- Differenza di tempistica fra interventi ospedalieri e distretto/ambito;
- Difficoltà di integrazione ospedale/territorio nel caso di grandi strutture ospedaliere;
- Modelli di continuità territorio-ospedale-territorio sviluppati in misura difforme a livello nazionale e regionale e impossibilità a individuare il punto di riferimento per il paziente complesso;
- Necessità di potenziamento e valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie delle cure primarie;
- Difficoltà dell'organizzazione a livello nazionale e regionale, problemi relativi all'inserimento nel sistema delle cure primarie dei MMG e delle nuove forme di aggregazione della medicina generale con conseguente rischio di frammentazione;
- Incompleta diffusione di strumenti informativi integrati (cartella sociosanitaria) e difficoltà derivanti dall'applicazione rigorosa delle norme sulla privacy.

A tali criticità sono state proposte le seguenti soluzioni:

- Unica pianificazione PAT/PdZ;
- Coincidenza territoriale social (ambito) sanitario (distretti e ambiti); risorse certe per sanità e soprattutto per sociale, chiarezza nell'allocazione con individuazione chiara di chi è responsabile della gestione;
- Immediata attivazione del territorio da parte dell'ospedale in caso di dimissione difficile, in particolare l'attivazione del distretto implica necessariamente il coinvolgimento del MMG;
- Una funzione che cura il percorso di dimissione (*hospitalist*, infermiere di continuità) e una centrale operativa (COT/PUA) distrettuale (sociosanitarie) strutturali al funzionamento dell'ospedale che si raccordino e si integrino con l'ospedale per la presa in carico precoce e globale di lungo termine.

CURE DOMICILIARI

Le cure domiciliari sono lo strumento attraverso il quale l'abitazione e la famiglia possono rappresentare il contesto di cura principale, più importante, più efficace e più sicuro per le persone afflitte da malattie non trasmissibili, di lunga durata (croniche).

Le criticità relative alle cure domiciliari sono state individuate nelle seguenti:

- Modalità di strutturazione del rapporto con la comunità, con le organizzazioni di volontariato, con il terzo settore, con il privato;
- Sviluppo di nuovi profili di competenza degli infermieri e dei fisioterapisti delle cure primarie e di tutte le professioni sanitarie in generale che operano nei servizi territoriali; Sviluppo di nuove competenze degli operatori delle cure primarie;
- Eccessiva diversificazione della funzione di *caregiver* (famigliare, badanti, personale privato, organizzazioni private) e attualmente presa in carico insufficiente;
- Indifferenziazione delle cure domiciliari in rapporto all'intensità di cure necessarie;
- Rapporto fra l'organizzazione distrettuale e le nuove forme di aggregazione della medicina generale;
- Esigenza di coinvolgimento di ulteriori profili professionali (psicologo, educatore, dietista/nutrizionista, farmacista);

- Integrazione delle attività generali del distretto con quelle delle nuove forme aggregative di medicina generale;
- Carezza soluzioni residenziali e semiresidenziali intermedie, con conseguente inappropriato ed eccessivo ricorso all'ospedalizzazione; eccessiva diversificazione della tipologia di tali strutture nel territorio nazionale.

Possibili soluzioni alle problematiche appena esposte secondo la Commissione Tecnica Nazionale potrebbero essere:

- Affermazione del ruolo di contesto del distretto come struttura organizzativa nella quale si pianificano e si garantiscono le cure domiciliari, qualificate per intensità di cura (definito dal Piano Assistenziale individualizzato elaborato dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale del distretto);
- Rivalutazione delle competenze specifiche dell'infermiere e delle altre professioni sanitarie assegnate ai servizi distrettuali, introduzione del profilo di competenze quale criterio di attribuzione dell'incarico, e di ulteriori profili professionali (psicologo, educatore, dietista/nutrizionista, farmacista);
- Riconoscimento, valorizzazione e riqualificazione formativa sistematica per i *caregiver* (assistenti famigliari). Cambiamento di prospettiva (da costo ad investimento) politico-amministrativa nel riconoscere come prioritaria la problematica degli anziani soli e degli anziani non autosufficienti;
- Riconoscimento, fin dalla fase di programmazione dell'assistenza territoriale, del ruolo delle organizzazioni di volontariato, nei limiti previsti dalla normativa vigente (obbligo di trasparenza pubblica);
- Definizione a livello nazionale del fabbisogno e della specifica tipologia delle strutture sanitarie intermedie (RSA, ospedali di comunità ecc.) al fine di uniformare procedure di presa in carico e definizione dei costi;
- Sviluppo di soluzioni semiresidenziali e residenziali alternative al domicilio (strutture residenziali e semiresidenziali) classificate per tipologia, intensità e complessità della casistica degli ospiti accolti.

SISTEMA A RETE

Il sistema a rete è basato su modelli organizzativi a rete, cioè costituiti da punti di contatto (*first contact*) per il cittadino, in grado di intercettare i problemi in modo tempestivo e di essere in connessione fra loro per facilitare un approccio globale ai problemi di salute e favorire la presa in carico complessiva.

Per quanto riguarda quest'ultima componente dei LEA distrettuali le criticità evidenziate nei lavori della Commissione sono:

- Difficoltà nella gestione del dato sanitario con criteri di sicurezza (trasferimento del dato sensibile) attraverso strumenti informatici; molti sistemi informativi (forse troppi) non comunicanti; necessità di replicazione dell'inserimento di dati del paziente in carico dai diversi servizi che intervengono nella sua assistenza;
- Ostacolo alla comunicazione fra servizi e professionisti determinati dal timore di ripercussioni legali per il rischio di violazione della privacy;
- Mancanza di interconnessione fra i diversi attori dei flussi informativi, fra i diversi enti istituzionali (Ministero/Regione/ASL), organizzazione e implementazione degli strumenti di ICT;
- Assenza di un sistema di indicatori adatti alle attività tipiche dei servizi del distretto e territoriali: attività collegata all'attuazione dei percorsi di *empowerment* dell'assistito e dei *caregiver*.

Le soluzioni proposte sono le seguenti:

- Impegno a livello politico-amministrativo nazionale per individuare soluzioni che armonizzino l'esigenza di garantire il flusso di informazioni su dati sanitari e sociosanitari necessario a tutelare la salute del cittadino in modo efficace ed efficiente con il diritto alla tutela della riservatezza e con garanzia della multidisciplinarietà;
- Esigenza di strutturare un'infrastruttura informativa sociosanitaria a livello locale (territoriale e ospedaliero);
- Regolazione e implementazione a livello nazionale e regionale di sistemi costantemente collegati che consentano il *linkage* (interfacciamento); definizione di caratteristiche comuni dei sistemi informativi (piattaforme) utilizzati nel territorio nazionale. Definizione di un «*minimum data set*»;
- Necessità di implementare l'uso del fascicolo elettronico, consentendo di facilitare la collezione dei dati sanitari allegati alla tessera sanitaria (Tessera Nazionale dei Servizi - TNS);
- Necessità di strumenti informativi che siano fortemente orientati alla verifica dei risultati e della qualità (monitoraggio degli esiti in rapporto all'investimento di risorse);
- Implementazione diffusa della tecnologia per la teleassistenza e telemedicina, quale supporto all'integrazione sociosanitaria e alla continuità delle cure;
- Forte investimento sul miglioramento della qualità assistenziale con inserimento nei LEA delle prestazioni di teleassistenza e telemedicina.

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Dolore ha sottolineato come i pazienti debbano affrontare problematiche relative a:

- L'assenza di una piena conoscenza e consapevolezza del dolore cronico non oncologico in quanto patologia (pazienti, istituzioni sanitarie locali ecc.);
- La mancata applicazione in modo pervasivo dell'attuale impianto normativo (Legge 38/2010), in particolare:
 - I centri Hub & Spoke sono stati individuati in quasi tutte le Regioni dal punto di vista deliberativo ma non sono stati verificati/monitorati dal punto di vista attuativo;
 - Le reti di terapia del dolore non sono realizzate anche perché il livello e/o la tipologia di informazione e comunicazione tra i diversi nodi della rete non sono ancora sufficienti;
 - I PDTA per la gestione del paziente con dolore cronico non oncologico non sono ancora sufficienti;
 - Persiste la scarsa diffusione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG) e la mancata identificazione di un MMG esperto per il dolore quale formatore;
 - L'accesso alle terapie più innovative o a nuove tecnologie spesso viene limitato ed esiste una disomogeneità assistenziale tra le diverse regioni.

La soluzione a tutte queste criticità sarebbe l'attuazione della Legge 38/2010. La stessa troverebbe applicazione implementando una serie di azioni:

- Rilevazione sistematica di dati e valorizzazione dell'impatto economico e sociale del dolore cronico non oncologico nel paziente anziano per favorire l'accesso appropriato a tutte le terapie;
- Realizzazione di PDTA condivisi sul dolore cronico non oncologico nel paziente anziano;
- Realizzazione di percorsi di informazione e formazione specifica a tutti i nodi della rete (clinici, professioni socio-sanitarie, istituzioni sanitarie, pazienti, ...);
- Monitoraggio e verifica dei flussi di volume e dell'appropriatezza in relazione ai requisiti richiesti per i centri Hub & Spoke, applicazione di norme sanzionatorie per inadempienza;
- Assoluta necessità di un rappresentante di Senior Italia nelle commissioni regionali del dolore per verificare l'applicazione della Legge 38/2010.

I componenti della Commissione Tecnica Nazionale riuniti nel Dipartimento Endocrinologia e Malattie del Metabolismo hanno individuato degli argomenti rilevanti per il paziente affetto da questo tipo di patologie e per ognuno, dopo averne esaminato le principali criticità, hanno proposto le relative soluzioni.

- SOSTENIBILITÀ/TETTI DI SPESA

Si riscontrano modelli di bilancio obsoleti non adeguati alla soddisfazione dei dettati del Piano Nazionale Sanitario per la malattia diabetica. Quest'aspetto potrebbe essere superato attraverso la ridefinizione di capitoli di spesa che vadano a coprire i costi della reale implementazione del Piano Nazionale per la Malattia Diabetica in modo egualitario in tutte le regioni.

- DISOMOGENEITÀ ACCESSO PRESTAZIONI

Secondo l'esperienza dei partecipanti alla Commissione, la possibilità d'accesso alle prestazioni sanitarie, alle terapie, ai farmaci ed ai *medical device* non sono uniformi sul territorio nazionale discriminando di fatto i cittadini. Le soluzioni proposte sono state l'introduzione di Costi standard di acquisto per tipologia di prodotto anche per *device* e farmaci innovativi (tempi certi di accesso) e l'omogeneizzazione delle modalità distributive.

- LISTE D'ATTESA

Al fine di fronteggiare tempi inaccettabilmente lunghi e fortemente disomogenei che non consentono un puntuale inquadramento diagnostico e terapeutico dei cittadini/pazienti sarebbe necessario redistribuire i compiti e ottimizzare le figure professionali del team diabetologico, sbloccare il *turnover* per evitare il demansionamento in atto.

- PIANI TERAPEUTICI

Si registra un'inadeguatezza della normativa per la gestione del piano terapeutico con conseguente rischio di discontinuità terapeutica e sovraccarico dei centri diabetologici. Al fine di ovviare a questo genere di problematiche si potrebbe abilitare il Medico di Medicina Generale al rinnovo del Piano Terapeutico (emesso dal Diabetologo) in condizioni cliniche di stabilità glicometabolica.

- ADERENZA ALLA TERAPIA

L'aderenza alla terapia è una criticità dovuta allo scarso coinvolgimento e alla limitata informazione e formazione del paziente, con conseguente difficoltà nel seguire al meglio le terapie prescritte dal medico. Le soluzioni proposte sono la condivisione (non solo la prescrizione) del piano terapeutico (Patto di cura) e il sostegno al *Team* Diabetologico (in termini di risorse e *turnover*).

- INFORMAZIONE AI PAZIENTI

La mancanza di tempo e di risorse non consente ai pazienti di ricevere un'adeguata informazione in merito alle opzioni terapeutiche al fine di raggiungere la gestione concordata della malattia diabetica («Concordanza»). Le proposte risolutive della Commissione sono state la reale ed uniforme implementazione del Piano Nazionale per la malattia diabetica e il sostegno al *Team* Diabetologico (Risorse e *turnover*).

- MODELLI DI CONSENSO

Vista la scarsa uniformità dei modelli di consenso informato è emersa la necessità di uniformarli anche attraverso l'uso della tecnologia informatica.

- LONGEVITÀ DI MASSA E SUO IMPATTO

Nonostante il nostro Paese sia interessato da un progressivo invecchiamento della popolazione, si riscontra la mancanza di una cultura della longevità di massa e di strategie che affrontino in modo efficace tale fenomeno insieme ai cambiamenti ad esso connessi. Una strategia proposta durante i lavori è stata quella di incentivare la prevenzione primaria, ad esempio presso il MMG attraverso *screening* pre-diabete e la promozione di un cambio culturale improntato ai corretti stili di vita.

- PROGRAMMI DI TELEASSISTENZA E TELEMONITORAGGIO

Costituiscono degli strumenti per la presa in carico del paziente cronico che risultano sotto utilizzati, con conseguente sovra numero e maggiore durata dei ricoveri ospedalieri e del ricorso a prestazioni specialistiche ambulatoriali spesso superflue (con aggravio di costi). La soluzione proposta è costituita dall'implementazione del documento delle linee d'indirizzo nazionali sulla telemedicina (10 luglio 2012).

I componenti della Commissione Tecnica Nazionale riuniti nel Dipartimento Incontinenza hanno individuato degli argomenti rilevanti per il paziente affetto da questo tipo di patologia e per ognuno, dopo averne esaminato le principali criticità, hanno proposto le relative soluzioni.

Di seguito, affianco ad ogni criticità viene evidenziata la soluzione specifica:

- MANCANZA DI PERCORSI PER I PAZIENTI

Istituzione, in ogni regione italiana, di una **rete integrata di centri** su tre livelli per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e fecale, che risponda ai bisogni di salute attraverso il coinvolgimento sul territorio di MMG e specialisti.

- INADEGUATA FORMAZIONE E SCARSA DISPONIBILITÀ DI PERSONALE SANITARIO NON MEDICO

Formazione universitaria (Master di I Livello sulle disfunzioni autonome) e collocazione delle risorse a disposizione con una specifica definizione dei ruoli delle differenti figure professionali (infermieri, ostetriche e fisioterapisti).

- CARENZA DI CENTRI DI RIABILITAZIONE SUL TERRITORIO

A fronte di una presenza omogeneamente distribuita su tutto il territorio nazionale dei centri di urologia, di ginecologia e di coloproctologia, emerge la necessità di far nascere dei **Centri di riabilitazione** delle disfunzioni autonome (incontinenza urinaria, fecale, dolore pelvico ecc.).

- SCARSA ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

La principale causa di non aderenza alla terapia è rappresentata dal fatto che i farmaci antimuscarinici e β -3-adrenergici sono a **totale carico del cittadino** (l'Italia è l'unico paese in Europa nel quale tali farmaci non sono rimborsati dal SSN). Si auspica una migliore ridefinizione delle fasce di rimborsabilità.

- NON ADEGUATO RICONOSCIMENTO DRG E NON RAZIONALE DISTRIBUZIONE DEI DISPOSITIVI CHIRURGICI PIÙ COMPLESSI (Sling, Sfintere artificiale, Neuromodulazione ecc.):

- ridefinizione dei DRG e loro omogeneizzazione sul territorio nazionale;
- individuazione dei centri di riferimento di secondo e terzo livello.

- SCARSA CONOSCENZA DELLA TIPOLOGIA E DEL VOLUME DI INTERVENTI CHIRURGICI ESEGUITI NEI SINGOLI CENTRI IN ITALIA:

Istituzione di un **registro nazionale** (SRD Software Raccolta Dati).

- INADEGUATA CONOSCENZA DELLA PATOLOGIA, DELLE POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO E DELL'UBICAZIONE DEI CENTRI DEDICATI

Campagne di informazione e sensibilizzazione alla popolazione.

- DIFFORMITÀ DI MODALITÀ DI EROGAZIONE A LIVELLO NAZIONALE

Omogeneizzazione.

- DIFFORMITÀ DI DEFINIZIONE DEI LIVELLI DI GRAVITÀ

Appropriatezza prescrittiva con individuazione di classi diverse di incontinenza.

- DIFFORMITÀ DI QUANTITÀ EROGATA, SIA A LIVELLO NAZIONALE CHE REGIONALE, DI PRESIDI PRO CAPITE PER LO STESSO GRADO DI INCONTINENZA (superando in alcuni casi quanto previsto dal D.M.)

Omogeneizzazione e appropriatezza prescrittiva.

- ASSENZA DI STRUMENTI VALIDATI PER LA MISURAZIONE OGGETTIVA DELLA QUALITÀ IN GENERE E DELLA QUALITÀ PERCEPITA DEL PRODOTTO

Individuazione di un **importo di spesa massimo modulato a seconda dei livelli di gravità**, negoziato e tracciato a livello nazionale.

- SCARSA POSSIBILITÀ DI SCELTA DEL PRODOTTO, VARIABILE IN RELAZIONE ALLE DIFFERENTI TIPOLOGIE DI EROGAZIONE ADOTTATE

Individuazione di un **importo di spesa massimo modulato a seconda dei livelli di gravità**, in grado di assicurare la libertà di scelta del prodotto da parte dell'utente.

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento *Medical Device* in Chirurgia ha individuato degli argomenti rilevanti per il paziente che si interfaccia con questo tipo di prestazione sanitaria e per ognuno, dopo averne esaminato le principali criticità, ha proposto le relative soluzioni.

CRITICITÀ

- **Disomogeneità accesso prestazioni:** non omogeneità di accesso sul territorio nazionale ai *medical device*, molto più marcata rispetto ai farmaci. Eclatante la difformità di accesso, tra Nord, Centro e Sud, all'alta tecnologia (ad.es chirurgia robotica, endovascolare) e alla chirurgia protesica in genere. Tale disomogeneità porta, inevitabilmente, alla migrazione dei pazienti (turismo sanitario);

- **Sostenibilità/tetti di spesa:** scelta dei *medical device* condizionata da esigenze di bilancio:

- Assenza di percorsi differenziati nell'introduzione di Dispositivi Innovativi (nuova tecnologia) e Dispositivi di Miglioramento Continuo (modifica di un dispositivo esistente);
- Mancanza di adeguato rimborso delle nuove tecnologie (inadeguatezza del DRG);

- **Informazione ai pazienti sui device:** non sempre adeguata informazione dei pazienti da parte del medico, in merito alle tecnologie alternative esistenti, che costringe il paziente a «viaggi» pericolosi su Internet;

- **Liste di attesa:** la mancata costante fornitura dei *device* costringe a ritardare le procedure, con aumento dei tempi di attesa, non solo su patologie complesse;

- **Modelli di consenso:** scarsa uniformità dei consensi informati e necessità di semplificazione, per rendere consapevole la scelta tra le diverse tecnologie, qualora la tecnologia impatti significativamente sugli esiti;

- **Longevità di massa e suo impatto:** La longevità di massa influenza la scelta dell'uso delle nuove tecnologie che hanno una scadenza;

- **Aderenza alla terapia:** in ambiti specialistici (*pace-maker*, protesi auricolari, *stent*, stomie etc), difficoltà da parte del paziente a seguire le indicazioni del personale sanitario, per mantenere efficiente il *device*, non attenendosi a determinati stili di vita e *follow-up* clinico e strumentale.

SOLUZIONI

- **Disomogeneità accesso prestazioni:** In base a HTA nazionali e non a decisioni regionali, legate spesso a meri piani di rientro, si dovrebbero individuare centri di riferimento regionali e di eccellenza, distribuendoli omogeneamente sul territorio nazionale, stabilendone criteri di accreditamento e monitoraggio.

Garantire, negli HTA nazionali, la presenza di esperti del settore, indicati dalle relative società scientifiche, definire la declinazione pratica dei report dell'HTA nelle aziende e nel territorio (ad es. gare di appalto).

I centri dovrebbero avere, comunque, supporto adeguato sull'aggiornamento tecnologico.

Investire nell'informazione del paziente (spiegare ai pazienti che la centralizzazione garantisce l'equità della cura; il miglior trattamento a prescindere dal reddito o del livello culturale) e nella formazione dei professionisti.

Tali considerazioni sono relative sia alle strutture pubbliche, sia private-accreditate.

- **Sostenibilità/tetti di spesa:** Creare percorsi differenziati che agevolino il miglioramento continuo dei dispositivi esistenti, rispetto ai veri e propri dispositivi innovativi (nuove tecnologie) che richiedono, inevitabilmente, una valutazione più approfondita (utilizzando l'*expertise* dei centri di eccellenza). Le gare dovrebbero prevedere l'affiancamento tecnologico (ad es. dispositivo migliorativo allo stesso prezzo) soprattutto se di durata maggiore di tre anni. Abolire le difformità di rimborso tra budget di spesa e sistema DRG ed adeguare il valore del DRG rispetto all'introduzione delle nuove tecnologie.

- **Informazione ai pazienti sui device:** adeguata informazione dei pazienti da parte del medico, in merito alle tecnologie alternative che abbiano un impatto reale sugli esiti. Informazione istituzionalizzata: Ministero, Società Scientifiche, sulla base delle evidenze.

- **Liste di attesa:** garantire una costante fornitura, istituendo magazzini centralizzati «efficienti» che distribuiscano i *device*, nei vari presidi ospedalieri «*just in time*» in base ai bisogni, evitando così giacenze inutilizzate.

- **Modelli di consenso:** obbligo di uniformità, a livello nazionale, dei consensi informati stilati dalle Società Scientifiche e necessità di semplificazione per rendere consapevole la scelta tra le diverse tecnologie, qualora la tecnologia impatti significativamente sugli esiti.
- **Longevità di massa e suo impatto:** adeguare l'ideazione e la scelta dei *device* impiantabili, in base alla maggiore aspettativa di vita, anche tenendo conto di una maggiore spesa sanitaria.
- **Aderenza alla terapia:** garantire la continuità assistenziale tra specialisti e Medico di Medicina Generale ed infermiere di famiglia. Istituzione di registri, sul territorio, di *follow-up*, da definire a livello nazionale, che controllino l'aderenza alle indicazioni terapeutiche. La tessera ed il fascicolo sanitario dovrebbero essere istituiti ed utilizzati, a livello nazionale, per la rintracciabilità del paziente che non aderisce al *follow-up*.

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Medicina Generale e Territorio ha individuato degli argomenti rilevanti per il paziente che giornalmente si trova davanti al proprio medico di base. Per questi argomenti sono state proposte delle caratteristiche organizzative per la medicina generale.

Nuovo modello assistenziale: la medicina di iniziativa

- Identificazione della popolazione *target*;
- Stratificazione della popolazione;
- Definizione del modello di presa in carico per intensità di cura invece di:
- Pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di rilevanti problemi socio-assistenziali;
- Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali.

Nuovo modello professionale: rete clinica integrata strutturata

- *Team* monoprofessionale della AFT;
- *Team* multiprofessionale;
- Individuazione delle modalità di composizione nominale e delle caratteristiche del *team*.

Nuovo modello organizzativo

- Pazienti affetti da una o più patologie croniche: AFT strutturata;
- Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali: Revisione sistema domiciliarità e residenzialità.

I punti di forza della rete clinica integrata

- Medico di famiglia scelto dal paziente responsabile clinico del piano di cura "*over time*";
- Team personalizzato mediante individuazione nominale dei vari componenti;
- Definizione di un piano di cura personalizzato per curare la persona e non le patologie;
Basato su una valutazione multidimensionale;
Periodicamente rivalutato e se necessario aggiornato.

La AFT "strutturata"

- Piano di cura personalizzato "sincronizzando" i percorsi delle patologie presenti
- Rete di sedi comuni dimensionata alla realtà geografica della AFT + rete informatica di AFT
 - fornite dalla Medicina Generale;
 - fornite dalla Azienda quando disponibili ed idonee;
- Personale con funzioni organizzativo-segretariali
 - fornito dai medici di famiglia;
- Personale di supporto alle attività clinico-educative e valutative
 - fornito dai medici di famiglia;
 - fornito dalla Azienda se esistente. Istituto del "Comando";
- Diagnostica di primo livello (anche telemedicina);
- Medici esperti per le varie aree di patologie.

La riorganizzazione della domiciliarità e residenzialità

- Rete clinica integrata: *team* multiprofessionale con impegno diversificato dei professionisti
- Medicina proattiva: piano di cura personalizzato sulla base della valutazione multidimensionale
- *Setting* e organizzazione del lavoro:
 - ADI: rafforzata nella composizione (disponibilità dei vari specialisti), nella operatività (rete telematica-telemedicina) e nella copertura oraria che deve essere H24
 - RSA: revisione numero di posti letto per mille abitanti e ristrutturazione per intensità di cura
 - Altre strutture intermedie: Agenzia Ospedale Territorio e Mo.di C.A.

Nel Dipartimento Oftalmologia, la Commissione Tecnica Nazionale ha individuato degli argomenti rilevanti per l'organizzazione di questo tipo di offerta sanitaria. Nello specifico sono state evidenziate delle criticità seguite dalla proposta di alcune soluzioni concrete e sostenibili.

Le principali criticità emerse sono riconducibili alle seguenti:

- Liste di attesa;
- Continuità assistenziale malattie croniche;
- Disomogeneità regionali nella qualità dei servizi offerti e tecnologie;
- Corretta informazione verso i cittadini.

Le soluzioni che sono state evidenziate risultano le seguenti:

- Per scremare le liste d'attesa bisognerebbe prevedere una piramide assistenziale direttamente in rete;
- I percorsi assistenziali codificati e preordinati permetterebbero il miglioramento della continuità assistenziale per i soggetti con malattie croniche;
- Gli *Hub-and-Spoke* regionali livellerebbero l'equità d'accesso regionale all'offerta oftalmologica;
- Per far fronte alla mancanza di corretta informazione da parte dei cittadini bisognerebbe implementare le seguenti iniziative:
 - Giornate di *screening*;
 - Ambulatori itineranti;
 - Coinvolgimento MMG/Pediatri.

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Oncologia ha individuato degli argomenti rilevanti per il paziente affetto da tumore analizzando le criticità e le soluzioni, concrete e sostenibili, che potrebbero essere disposte per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

Per quanto concerne le criticità, sono state divise in tre macro aree:

1. Anziano

- Sottorappresentazione negli studi;
- Sottodiagnosticato → attivazione PDTA specifici e integrazione con il territorio;
- Sottotrattato o sovratrattato (terapie non personalizzate) → percorsi multidisciplinari dedicati:
 - Radioterapia → soluzioni logistiche + attivazione PDTA specifici;
 - Terapia medica → attivazione PDTA specifici;
 - Chirurgia → attivazione PDTA specifici + attivazione centri a adeguato volume appropriato;
 - Terapie locoregionali → attivazione PDTA specifici;
 - Medicina perioperatoria → attivazione PDTA specifici.
- Stato nutrizionale inadeguato → inserimento nei PDTA della problematica del percorso parallelo;
- Programmi di recupero funzionale globale → inserimento nei PDTA della problematica del percorso parallelo;
- Controllo del dolore → *simultaneous care* e integrazione con il territorio;
- Cure palliative e *Hospice* → colmare le disuguaglianze tra le regioni in termini di offerta e accesso
- Problematiche psicologiche → inserimento negli organici degli psiconcologi per ridurre le disuguaglianze tra le strutture.

2. Inadeguata attivazione delle reti oncologiche → deve diventare obbligo di legge per evitare disuguaglianze inaccettabili tra le regioni

- Non adeguata attivazione PDTA specifici → PDTA;
- Scarso collegamento con il territorio:
 - Organizzativo → reti e piani sociosanitari (carenza risorse umane ed economiche);
 - Comunicazionale → sistemi informatici condivisi e fascicolo sanitario elettronico e numeri telefonici dedicati ai MMG.
- Uniformità del percorso assistenziale → PDTA;
- *Simultaneous care* → PDTA;
- Problematiche logistiche → attivazione di percorsi per il trasporto dei pazienti tra il domicilio ed il luogo di cura e valorizzazione del volontariato accreditato attraverso il coinvolgimento di enti locali;
- Problematiche burocratiche che sottraggono tempo alla cura del paziente → semplificazione dei percorsi e attivazione in tempo reale delle procedure informatiche (cruscotto);

3. Necessità di risorse per l'attivazione dei percorsi

Per queste criticità la Commissione Tecnica Nazionale ha proposto le seguenti soluzioni:

- **PDTA** (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale):
 - L'attivazione di PDTA che rispettino **requisiti minimi definiti su scala nazionale** con presenza anche di **percorsi paralleli alle diverse discipline** e di una **organizzazione multidisciplinare** risolve:
 - Sottodiagnosi;
 - Sottotrattamento e sovratrattamento sia dal punto di vista della radioterapia, della terapia medica, della chirurgia e della terapia perioperatoria e delle terapie locoregionali in termini di:
 - Definizione percorsi e procedure appropriate;
 - Definizione centri con adeguato volume **appropriato**;
 - Problematiche nutrizionali (correzione della malnutrizione e miglioramento dello stato nutrizionale);
 - Recupero funzionale globale;
 - Controllo del dolore;
 - Attivazione della *simultaneous care* e cure palliative;
 - Inserimento dei psico-oncologi negli organici di tutte le strutture.

- **Reti oncologiche**
 - L'attivazione delle reti oncologiche deve diventare **obbligo di legge per evitare disuguaglianze inaccettabili tra le regioni**Tale approccio risolve:
 - Attivazione PDTA;
 - Uniformità del percorso terapeutico ed assistenziale;
 - Attivazione sistemi informatici e numeri telefonici dedicati ai MMG che favoriscano percorsi di comunicazione ospedale-territorio;
 - Riduzione delle disuguaglianze tra le diverse regioni su *Hospice* e cure di fine vita;
 - Risoluzione delle problematiche organizzative attraverso il coinvolgimento dei MMG e dei servizi territoriali;
 - Attivazione di percorsi per il trasporto dei pazienti tra il domicilio ed il luogo di cura e valorizzazione del volontariato accreditato e il coinvolgimento enti locali.
- Attivazione di un «**cruscotto**» di **interfaccia tra i vari sistemi informatici** che semplifichi l'attivazione in tempo reale delle procedure informatiche.
- **Allocazione di risorse dedicate** per l'attivazione e il monitoraggio dei percorsi.

I componenti della Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Osteoporosi - Osteoarticolare hanno individuato degli argomenti rilevanti per il paziente affetto da osteoporosi analizzando le principali criticità inerenti questa patologia e proponendo le soluzioni, concrete e sostenibili, che potrebbero essere disposte per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

Per quanto concerne le criticità, sono state elencate di seguito:

- La patologia osteoporotica e la fragilità ossea risultano sotto-diagnosticate;
- L'osteoporosi è sotto-trattata, con particolare riferimento al rischio di ri-frattura, nonostante le fratture negli anziani possano avere conseguenze invalidanti e siano disponibili farmaci, la cui rimborsabilità è prevista dalla Nota 79, in grado di prevenirle dal 30 al 70%;
- Disomogeneità regionale per l'accesso alla diagnosi dell'osteoporosi e alle terapie anti-fratturative;
- Assenza di un percorso dedicato al paziente fratturato relativamente alla prevenzione della ri-frattura;
- Difficoltà per il paziente di poter accedere alle terapie innovative che hanno dimostrato di ridurre il suo rischio di frattura.

Queste invece le soluzioni proposte:

- Adozione immediata di provvedimenti volti a superare le profonde disomogeneità regionali nell'accesso al riconoscimento e alla terapia della fragilità ossea;
- Implementazione delle metodiche cliniche per la valutazione del rischio di fratture da fragilità che preveda la partecipazione dei Medici di Medicina Generale;
- Costruzione di percorsi dedicati ai pazienti fratturati, già validati in esperienze internazionali (es. *Fracture Units* o *Fracture Liaison Services*), finalizzati alla prevenzione della ri-frattura;
- Facilitazione della prescrizione di terapie innovative, nel rispetto della normativa vigente, con il coinvolgimento diretto del Medico di Medicina Generale.

I componenti della Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Psichiatria hanno individuato degli argomenti rilevanti per il paziente affetto da disturbi neurologici analizzando le principali criticità inerenti questa patologie e proponendo le soluzioni, concrete e sostenibili, che potrebbero essere disposte per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

L'approccio utilizzato durante la discussione ha permesso di elaborare le soluzioni partendo dall'algoritmo descrittivo proposto in sede plenaria, che dalle criticità presenti terminava proprio ad un elenco di soluzioni concrete e sostenibili.

Queste soluzioni sono state proposte per tutti gli attori del sistema sanitario, dai pazienti, ai clinici agli amministrativi.

In psichiatria, nello specifico, le soluzioni individuate hanno riguardato principalmente il passaggio dal paradigma della remissione clinica alla salute mentale e al benessere. La Commissione Tecnica si è poi soffermata sull'aumento dell'impiego delle nuove tecnologia (*e-health*).

Secondo l'esimio parere dei partecipanti nel dipartimento, un miglioramento dello stato di salute psichica dei pazienti può essere raggiunto utilizzando al meglio la tecnologia ed essendo soprattutto istruiti a riguardo, grazie alla messa a punto di strumenti applicativi e all'implementazione di misure di autovalutazione.

La novità emersa durante i lavori tematici è risultata essere la fondazione della Società Italiana di Psichiatria Geriatrica, in grado di stare maggiormente vicino alle persone anziane, sole e depresse.

I componenti della Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Respiratorio hanno individuato degli argomenti rilevanti per il paziente affetto da disturbi pneumologici analizzando le principali criticità inerenti questa patologie e proponendo le soluzioni, concrete e sostenibili, che potrebbero essere disposte per migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari. I lavori sono cominciati con una analisi di scenario proposta direttamente dalla Commissione Tecnica, dove sono stati toccati temi come il fenomeno della longevità di massa, che causa l'aumento dei fattori di rischio per le malattie respiratorie e di conseguenza maggior tempo di esposizione agli stessi.

La Commissione Tecnica ha poi evidenziato come ci sia insufficiente consapevolezza nella popolazione generale dei fattori di rischio legati alle patologie pneumologiche, colpa anche delle carenze organizzative del SSN.

Le principali criticità emerse sono elencate di seguito:

- **Insufficiente allocazione risorse umane e tecniche**
 - Carenza di specialisti pneumologi e personale sanitario non medico dedicato;
 - Assenza di modelli organizzativi e operativi adeguati (PCO-PDTA).
- **Disomogeneità Territoriale e Regionale**
 - Disomogenea allocazione centri e presidi territoriali;
 - Lunghe liste d'attesa.
- **Percorsi educazionali carenti**
 - Scarsa percezione importanza patologia (paziente);
 - Scarsa diffusione di sistemi preventivi (Ad esempio: spirometria).
- **Insufficiente integrazione livelli di cura (MMG-Specialista).**

In sintesi nella pneumologia oggi si registrano:

- Scarsa sensibilità alle Patologie Respiratorie;
- Diagnosi tardiva;
- Inappropriatezza terapeutica;
- Scarsa aderenza alla terapia;
- Ridotti livelli di cura con forte impatto sui costi;

Per tutte le criticità sovra elencate, sono state proposte le soluzioni riportate di seguito:

- **Riconoscimento delle Malattie Respiratorie croniche come Malattia Sociale con conseguente garanzia di accessibilità a percorsi di prevenzione, diagnosi e terapia**
- **Costruzione di percorsi educazionali intesi come:**
 - Migliore sensibilizzazione sociale;
 - Dissuasione all'abitudine tabagica;
 - Diagnosi precoce;
 - Educazione alla aderenza terapeutica.
- **Realizzazione di circoli virtuosi tra le componenti sanitarie territoriali ed ospedaliere:**
 - costruire modelli omogenei di integrazione ospedale-territorio ottimizzando il rapporto tra MMG, specialista, farmacista e personale sanitario non medico.
- **Potenziamento gestione territoriale delle cronicità anche attraverso la delocalizzazione dei sistemi di monitoraggio (Spirometria e Saturimetria):**
 - Servizi specialistici territoriali di Pneumologia;
 - AFT della Medicina generale;
 - Farmacia dei Servizi;

Il Dipartimento Respiratorio ha poi terminato i lavori con un pensiero progettuale, identificando come alcuni vettori risolutivi delle criticità fatte emergere potrebbero essere:

- Sviluppo di un'APP integrata;
- Pronto Senior Italia.

Commissione Tecnica Nazionale

I componenti della Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Telemonitoraggio e Telemedicina hanno discusso in merito alle criticità inerenti la mancanza di un DRG per la gestione in remoto del paziente che ha avuto un impianto per la gestione della propria patologia cardiocircolatoria.

I lavori sono cominciati con un'analisi di contesto proposta direttamente dalla Commissione Tecnica, dove sono stati toccati temi come la base epidemiologica per lo scompenso. In totale in Italia esistono 1,5 milioni di pazienti affetti da scompenso cardiaco, con circa 170 mila nuovi casi ogni anno che generano circa 500 ricoveri al giorno. Negli ultimi 5 anni si è registrato un incremento del 40% del numero di ricoveri per scompenso cardiaco. L'incidenza di questa patologia è correlata con l'avanzare dell'età ed entro il 2030, grazie anche al fenomeno della longevità di massa, il numero di persone affette da scompenso cardiaco raddoppierà (*Assobiomedica - Report Impatto Spesa Sanitaria 2013 e R Capparato - G. Ital. Aritmol. Cardioslim. 2005; 5: 155-159*).

Per quanto riguarda la distribuzione dei costi dovuti a scompenso cardiaco, la spesa annua per la cura è di circa 10,4 Miliardi € in EU e assorbe dall'1,5 - 2,5% della spesa sanitaria complessiva.

Per quanto riguarda la Fibrillazione Atriale, la distribuzione dei costi correlati a essa si attestano su una spesa annua pari a 15,7 Miliardi € in USA (*Erin Sullivan, Health Service Utilization and Medical Costs Among Medicare Atrial Fibrillation Patients, ed. Aralere, pages 2, 7, 9 accessed March 15, 2012*), mentre in Italia si spendono mediamente 5.252€ paziente/anno (*A. Ringborg et al Europace [2008] 10, 405-411*). I costi della Fibrillazione Atriale incidono perlopiù sulle ospedalizzazioni (52%) e i farmaci (23%).

Vista l'importanza che le patologie cardiovascolari ricoprono a livello sia epidemiologico che economico, risulta chiaro come l'implementazione della Telemedicina ricopra carattere d'urgenza nella sanità italiana. La necessità di sviluppare un DRG appropriato per i dispositivi RM compatibili, emerge anche dai suggerimenti derivanti da diversi *trial* clinici, dove vengono evidenziati i seguenti punti:

- Il MR riduce il numero di **visite** di routine in ambulatorio in assoluta **sicurezza** per il paziente;
- Riconoscimento precoce degli **eventi avversi** legati al dispositivo;
- Riduce il numero di **shock inappropriati** erogati dal defibrillatore;
- Aumenta la **longevità** della batteria;
- Consente una **gestione ottimale** dello scompenso cardiaco;
- Migliora il trattamento dei pazienti con **fibrillazione atriale** grazie a un trattamento precoce atto a prevenire severi eventi avversi;
- Aumenta il grado di soddisfazione e la qualità di vita del paziente;
- **Riduce la mortalità**;
- È **costo efficace** e consente un utilizzo più razionale delle risorse (dal punto di vista di paziente, strutture ospedaliere e servizio sanitario).

La Commissione Tecnica Nazionale sostiene che una strategia di monitoraggio remoto combinata con una visita annuale in ambulatorio è superiore ed è quindi raccomandata rispetto alla strategia convenzionale di controlli in ospedale. A tutti i pazienti con dispositivo cardiaco impiantabile deve essere offerto il monitoraggio remoto come strategia standard di *follow-up*.

Il monitoraggio remoto deve essere attivato per sorvegliare il corretto funzionamento del dispositivo e lo stato della batteria. Tutti i pazienti con un dispositivo in "*recall*" devono essere seguiti in monitoraggio remoto per identificare precocemente le malfunzioni. Inoltre, il dipartimento Telemonitoraggio e Telemedicina reputa che il monitoraggio remoto sia utile per ridurre gli *shock* inappropriati e per la diagnosi precoce di Fibrillazione Atriale.

La Commissione Tecnica definisce l'utilità del monitoraggio remoto nella gestione dello scompenso cardiaco ancora controversa.

L'ESPERIENZA DELLA PA DI TRENTO

- Con la **Deliberazione di Giunta Provinciale del 13-06-2016, n. 1010**, la **PA di Trento** integra il **Nomenclatore** delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica per immagini e di laboratorio erogabili nell'ambito del Servizio sanitario provinciale e altre direttive.
- La proposta della PA di Trento è quella di introdurre nel nomenclatore specifiche tariffe (determinate sulla base dei costi di produzione calcolati dal competente servizio di controllo di gestione aziendale) per la gestione di pazienti portatori di *device* cardiaci così come evidenziati di seguito, che supportino la telemedicina in modo da consentire il controllo in remoto (a domicilio):

Nota	Codice	Descrizione	Tariffa	Branca
I	89.48.2	Controllo in remoto di pazienti portatori di pacemaker, defibrillatore e loop recorder <i>Massimo 4 controlli/anno</i>	25,55	Cardiologia

La prescrizione è riservata allo specialista pubblico.

Il Dipartimento Urologia ha analizzato le principali criticità ed evidenziato quelle che possono essere identificate come possibili soluzioni del sistema inerente la cura delle più importanti patologie urologiche. Nello specifico la Commissione Tecnica Nazionale ha suddiviso nei 5 punti elencati di seguito le criticità per ogni area patologica.

Criticità e Soluzioni specifiche:

- ONCOLOGIA UROLOGICA

(...) Non sottovalutare l'ematuria (tumore fino a prova contraria) → il paziente si allarma quando vede sangue e si tranquillizza quando il sangue passa (sottovalutazione del problema); sopravvalutazione del PSA;

- DISFUNZIONE ERETTILE

Ancora retaggi culturali da parte del paziente, inerzia diagnostica: i medici non fanno domande specifiche. Nell'adulto (50-60 anni) potrebbe essere il primo segno di cardiopatia ischemica e di altre importanti patologie metaboliche;

- IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Ritardo di circa 23 mesi nel rivolgersi al proprio medico per sottovalutazione della patologia. Scarsa aderenza alla terapia medica (cronicità, politerapia, effetti collaterali...). Scarsa informazione: confusione tra IPB e cancro;

- INCONTINENZA URINARIA

Convinzione che sia naturale dopo una certa età. Mancato riconoscimento dell'incontinenza urinaria come patologia da parte dei pazienti (soprattutto donne);

- INFEZIONI DELLE BASSE VIE URINARIE

Uso inappropriato di terapia antibiotica. Confusione del paziente tra batteriuria e infezione.

Criticità:

- I tagli economici alla sanità non devono portare allo stravolgimento delle necessità sanitarie;
- Chiusura/ridimensionamento delle strutture di urologia con conseguente aumento delle liste d'attesa e della distanza del domicilio dei pazienti dai centri specialistici;
- Rischio di un calo qualitativo dell'assistenza infermieristica urologica nella riorganizzazione per intensità di cura;
- Sottovalutazione dell'incontinenza urinaria come patologia da parte dei pazienti;
- Inappropriatezza dell'assegnazione dei DRG urologici (calcolosi urinaria) e conseguente penalizzazione della presa in carico del paziente.

Soluzioni:

- Appropriata assegnazione delle risorse economiche;
- Integrazione in rete tra Urologo Ospedaliero, Urologo Territoriale e Medico di Medicina Generale;
- Rivisitazione del concetto di intensità di cure valorizzando le competenze specifiche dell'infermiere;
- Educazione, informazione e coinvolgimento del paziente e dell'i caregiver; identificazione/creazione dei centri di riferimento regionali dedicati al trattamento dell'Incontinenza Urinaria;
- Aggiornamento delle tecnologie e revisione DRG urologici.



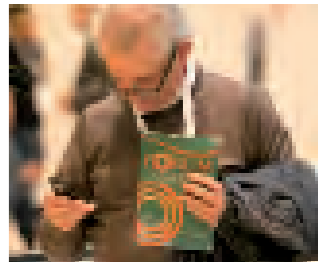
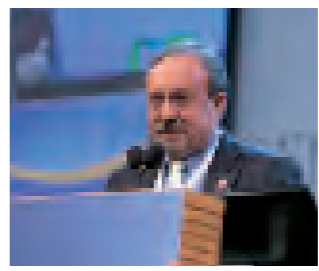
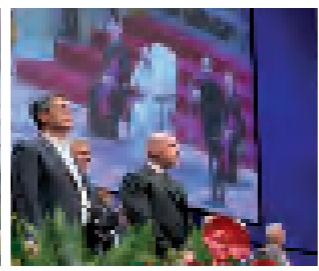
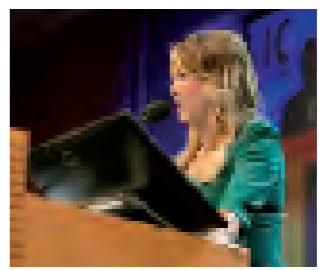
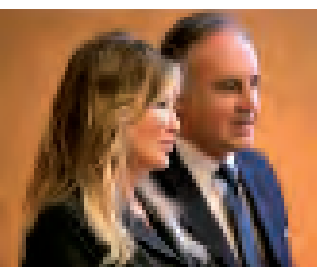
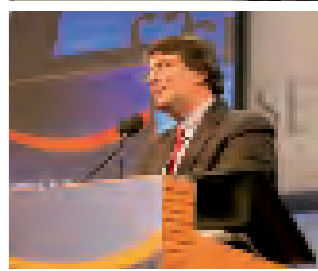
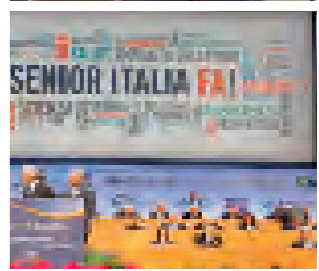
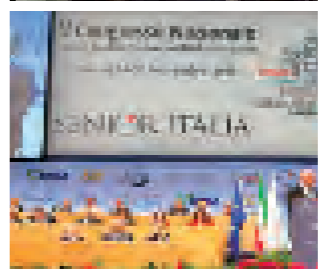
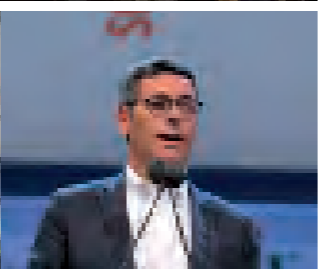
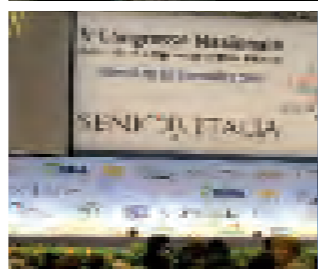
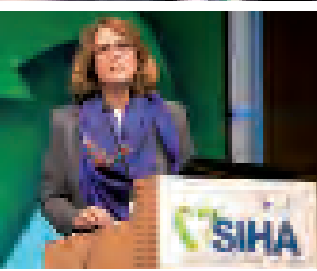
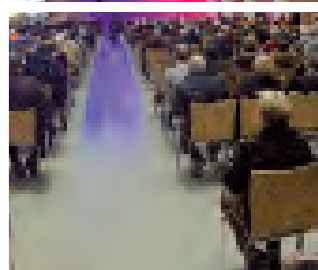
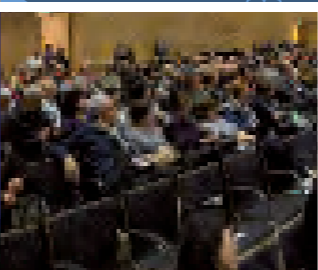
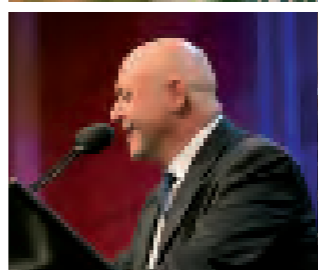
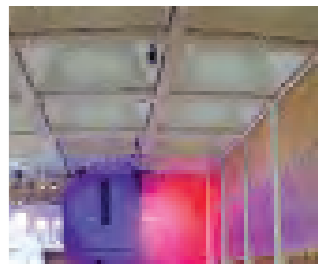
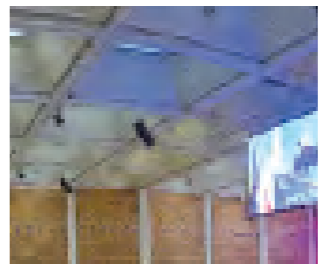
Momenti
del V Congresso Nazionale
della Corte di Giustizia Popolare
per il Diritto alla Salute



Sabato 19 novembre



Domenica 20 novembre



SIHA - Senior International Health Association

SIHA - Senior International Health Association è la federazione creata da Senior Italia FederAnziani per promuovere la tutela del diritto alla salute a livello internazionale.

Con sede a Bruxelles, SIHA si propone come una realtà capace di mettere in rete tutti soggetti associativi che a livello europeo e internazionale sono impegnati sul fronte della terza età, per coordinarne l'azione rispetto al tema della salute.

Invecchiamento attivo, accesso alle cure, cultura digitale sono le sue parole chiave per un dialogo costruttivo tra i protagonisti del sistema salute.

In uno scenario in cui l'invecchiamento della popolazione è allo stesso tempo una grande conquista e un fenomeno di forte impatto sui sistemi sociali europei e occidentali, SIHA si pone fra i suoi obiettivi centrali:

- la promozione di un invecchiamento attivo;
- un pieno accesso ai farmaci e alle cure per tutti i cittadini, in primo luogo i più fragili e non autosufficienti;
- l'attivazione di un confronto e di un costruttivo dialogo fra le rappresentanze di tutti gli attori coinvolti nel sistema salute (pazienti, medici di medicina generale, farmacisti, società scientifiche e istituzioni) per l'evoluzione dei sistemi sanitari a misura di anziano;
- la promozione di una cultura digitale per la popolazione senior che consenta una migliore qualità della vita.

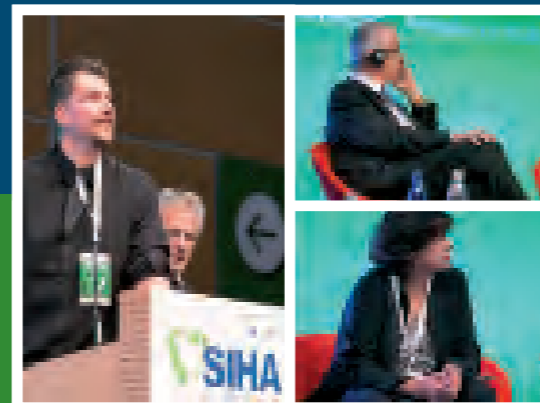


Nel corso del 2016 SIHA ha promosso le seguenti attività:



18-19 novembre 2016
Palacongressi di Rimini
1st European Congress on Adherence to Therapy

Il Congresso si è svolto con il coinvolgimento delle principali società medico-scientifiche europee, sotto la Presidenza dell'on. Giovanni La Via, Presidente della Commissione per la Sanità Pubblica del Parlamento Europeo. Il lavoro dei tavoli tecnici ha condotto all'elaborazione di una Carta Europea per l'Aderenza alla Terapia, sottoposta alle Istituzioni europee.



18 novembre 2016
Palacongressi di Rimini
Convegno Comparison between European Health Systems

Il Convegno ha coinvolto i rappresentanti di diverse associazioni europee di pazienti, istituzioni ed enti per mettere a confronto i sistemi sanitari europee e condividere buone pratiche in ambito salute e sanità.



European Charter of the Rights of Citizens over 65 with Chronic Pain

Promossa da SIHA, la Carta Europea per i Diritti dei cittadini over 65 con dolore cronico, è stata al centro di tre eventi svolti nel corso del 2016 presso il Parlamento Europeo, a Bruxelles, con l'obiettivo di sensibilizzare le Istituzioni europee sul tema del dolore cronico. Su sollecitazione di SIHA numerosi parlamentari europei, già sottoscrittori della Carta, hanno presentato in Parlamento una Dichiarazione scritta avente come oggetto proprio la tutela dei diritti delle persone con dolore cronico non oncologico. La Dichiarazione ha raccolto le firme di quasi duecento europarlamentari.

European Charter on Adherence to Therapy

Rimini
PALACONGRESSI
November 18-19, 2016

Assumption

Given that the non-profit organisation SIHA - Senior International Health Association represents older Europeans and/or those Europeans living with chronic diseases and that its goal is to safeguard the rights of citizens over 65 years of age with chronic medical conditions, SIHA therefore undertake to prepare the following consensus document on Adherence to Therapy with the contribution of the main European scientific societies and of the organisations representing GPs, nurses, pharmacists, institutions, industry.

This Charter has been redacted during the 1st European Congress on Adherence to Therapy, under the patronage of the European Parliament and the Committee of the Regions. The Congress was held under the presidency of Giovanni La Via, Chair of the Committee on the Environment, Public Health and Food Safety - European Parliament and the honorary Presidency of Gianni Pittella, President of the Group of the Progressive Alliance of Socialists & Democrats in the European Parliament.

Overview on a European Union Level

According to Eurostat data, in early 2013 the population of the EU-28 was estimated at 505.7 million inhabitants, with a share of 18.2% represented by people aged over 65 years.

Almost everywhere in the EU there has been an increase in the share of the older population, as a result of the increase in life expectancy, which in the last 50 years increased in the EU by an average of about 10 years, due to improved socio-economic and environmental conditions, health care and medical treatment.

By 2025 over 20% of the Europeans will be 65 or older and the number of octogenarians will rapidly increase.

The increased life expectancy represents obviously a positive effect of the progress in prevention and care, but also implies a challenge for Health Services, due to the high level of complexity of the health needs of the elderly, making among others care and, in particular, the use of drugs a challenging task.

We know by now that the fundamental conditions for active and healthy aging include not only prevention and adoption of healthy lifestyles, but also adherence to therapy.

Typically, the elderly reveal the co-existence of more chronic diseases and clinical conditions that can't be ascribed to a specific disease and frequently have multiple causes.

Drug treatment of a complex patient is a challenging task for everyone involved in the care of the patient, considering that 50% of people over 65 years suffer from multimorbidity and that 40% of those over sixty-five consumes between 5 and 9 drugs.

It is estimated that each year the poor adherence to medical treatments in Europe causes about 200,000 deaths and burdens on health expenditure up to 80 billion euro a year (AIFA source).

Adherence to treatment by patients suffering of chronic pain reaches across Europe, with different values depending from the chronic diseases, approximately 50%.

We know by now that the fundamental conditions for active and healthy aging include not only prevention and adoption of healthy lifestyles, but also adherence to therapy. We also know that non-adherence to treatment involves the risk of recurrence and adverse events, and that this, in addition to health risks, results in additional health care costs, which can be reduced. In the United States it was measured that non-adherence to treatment determines 100 billion euro of avoidable hospitalizations.

Europe and the Member States have a duty to attempt any possible solution to increase the level of adherence to treatment, in order to achieve important savings and improve the quality of life of citizens.

Key points of the European Charter on Adherence to Treatment

1) Adherence to treatment as a right for chronic patients

Adherence to treatment is a right of the chronic patient, who must be properly trained and informed, involved in a process of empowerment that allows him to follow at his best the treatment given by the physician; at the same time the patient should follow at his best the treatment in order to prevent any worsening of his condition that results in not only the deterioration of the health of the individual, but also in an increase in costs for the health system.

2) Patient education and, where necessary, of the caregivers, to implement adherence to treatment

It is important that patients or those who take care of them, that is families or carers, are adequately informed about the importance of adherence to treatment and the risks of non-adherence. This role requires coordination between general practitioners, pharmacists, patient organizations and the entire health system, through information and awareness-raising campaigns, development of programs of self-monitoring and self-management of drugs, and multilevel actions.

3) Awareness of Families and family caregivers

Family caregivers have to help patients with chronic diseases, increasing medication adherence. They have to assist patients in confirming the correct dose and administration information for the medication, to help with the medication and/or reminding patients to take their medication at the scheduled time/dose and correlation with food; they also have to supervise when patients are taking medications to ensure that they are taking them as prescribed and to avoid medication errors. Furthermore, family caregivers have to help patients by dropping off prescriptions, renewing prescription refills, and picking up prescriptions, because not doing so in a timely manner is an important cause of medication non adherence. Side effects related to medication use, anxiety, or depression can all contribute to medication non adherence, and monitoring for these issues is an important task that family caregivers can perform.

Therefore, it is important that any new symptoms or side effects observed during treatments are promptly reported to the healthcare professional, without reducing or stopping the medication.

4) Awareness of general medicine

The family doctor is the primary point of reference for the elderly chronic patient; having a deep knowledge of the personal and social history of the patient, it is up to him the role of "customizer" of care - especially in the case of comorbidity - through a concerted activity of synthesis of the therapeutic and pharmacological indications recommended by medical specialists, but also the role of promoter and insurer of adherence to treatment by the patient himself.

Organizations of general practitioners should actively promote and support all initiatives aimed at the organization and specific training of general practitioners, such as to enable the most effective taking charge of the patient, developing a greater concentration of transversal clinical skills, gaining increasing availability of diagnostic tools, developing a significant growth in managerial skills, also through the availability of IT tools of clinical governance, proactively dedicating more time to patients for a regular and frequent assistance and monitoring activity, through a more efficient organization of work by means of a group activity.

General practitioners must develop a relationship with the patient based on trust and dialogue, playing a role in the education of the patient and monitoring adherence to treatment.

5) Awareness of scientific societies and medical specialists

It is essential that the guidelines developed by the medical scientific societies in the different therapeutic areas constantly take into account the primary need to promote adherence to treatment of chronic patients. To this end, the scientific societies and the organizations of physicians must engage in a constant training and awareness activity towards its members and, in general, the world medical science.

Key points of the European Charter on Adherence to Treatment

The Chairmen and the governing bodies of these societies undertake to identify forms of care of the patient which, through an integrated activity of medical specialists, family doctors and local pharmacies, allow to better and more efficiently take care of the elderly chronic patient offering clear indications to all health operators to ensure a greater suitability and adherence.

6) Awareness of Nurses

Nurses are important actors in healthcare system to improve adherence to therapy in chronic patients.

Nurses have to build a strategic partnership with prescribers of therapy program, with patients, caregivers and families to ensure adherence to therapy. Nurses have to be aware on patient's disease state, and on the resources and support services available to them and their families.

Nurses organizations have to guarantee professional skills through training on drugs, medical devices, human relationship and communication dedicated to elderly people and chronic patients.

Nurses organizations have to design medication adherence programs to provide patient-centric solutions to maximize patient engagement.

7) Awareness of pharmacists

The pharmacists, as drugs' distributors on the territory, are one of the cornerstones of the process of taking charge of chronic patients and as such have an important task in implementing and monitoring adherence to treatment. The pharmacist is easily accessible to the elderly chronic patient, to whom refer whenever necessary to get information about diseases, to receive health education, to make first level diagnosis, to receive primary care services.

Organizations of pharmacists should promote and support any initiative aimed at developing a pharmacy of services, allowing the latter to assist the elderly chronic patient in the search for greater appropriateness: by developing a greater intensity of basic clinical knowledge and availability of tools for earlier diagnosis, by regularly organizing special days dedicated to information, prevention and diagnosis, by enabling home care services for patients with the most disabling diseases.

8) Awareness of drugs manufacturers

The drug manufacturing companies have to develop more and more appropriate therapeutic solutions to improve the adherence to treatment of the patient, simplifying treatments (drug and device), considering the impact on adherence of fixed drug combinations compared to the associations, favoring pro-memory packaging and other solutions that can facilitate the appropriate use of drugs by patients.

9) Awareness of Institutions

The epidemiological change from acute to chronic diseases has made models of health service delivery inadequate to face the health needs of the population.

The support of the health system becomes essential especially where the care of the chronic disease in a fragile patient is left upon him and there are no forms of social support for the protection of the individual.

Institutions must therefore respond to these critical issues, ensuring access to drug, its safe and appropriate use, and implement institutional activities aimed at improving adherence to treatment.

10) European Institutions

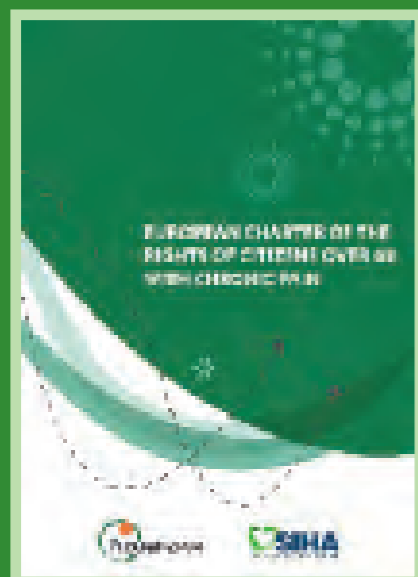
European institutions should coordinate the Member States' National governments in order to issue guidelines for empowerment programs for patients on adherence on therapy; they should appropriately finance national programs aimed to coordinate the health system actors and to implement new models for the undertaking of the chronic and fragile patient. Moreover, European Institutions should solicitate pharmacy industry in order to develop strategies to improve adherence to therapy (such as introduction of molecules in association to reduce drugs assumption, research and development of pro-memory medical devices).

Through European programs, duly financed in order to help Member States to develop projects dedicated to management of the masses' longevity, adherence to therapy should be promoted as a basic tenant for the improvement of patient's health.

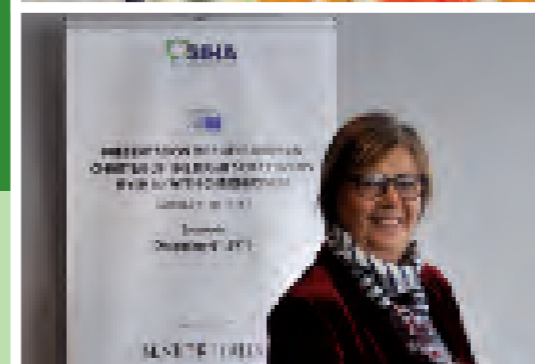
The overall goal is both to improve life quality of patients with chronic diseases and to reduce the healthcare costs.



Cosa facciamo in Europa



Presentazione Carta del Dolore a Bruxelles e dichiarazione scritta



Un europeo su cinque soffre di dolore cronico non oncologico, uno su quattro di dolore cronico severo. Tra i più colpiti vi sono le persone over 65. Un anziano su due soffre infatti di questa patologia, a loro il dolore concede 7 anni di speranza di vita media.

È a questi pazienti che si rivolge la “Carta Europea dei Diritti dei Cittadini Over 65 con Dolore Cronico” elaborata su iniziativa della SIHA, Senior International Health Association con la collaborazione di Pain Alliance Europe e di Senior Italia FederAnziani. Da tale Carta è scaturita una dichiarazione scritta fatta propria da oltre 150 europarlamentari. “Abbiamo promosso una dichiarazione scritta per contrastare il dolore cronico perché desideriamo che questa patologia sia affrontata a livello europeo con azioni concrete”, dichiara Giovanni La Via, Presidente Commissione Ambiente, Sanità Pubblica e Sicurezza Alimentare del Parlamento Europeo.

Obiettivo della Carta è la tutela del diritto alla salute dei cittadini che soffrono di questa patologia importante quanto trascurata, al fine di garantire loro l’accesso ai trattamenti, la continuità di cura, assicurare qualità, sicurezza, equità ai pazienti anziani con dolore cronico, aiutare i Paesi Membri a salvaguardare i diritti dei pazienti stessi ed incrementare l’awareness sul dolore cronico a livello europeo affinché vengano definite delle direttive specifiche per risolvere i problemi legati al dolore cronico ed attuare le misure di tutela dei cittadini stessi.

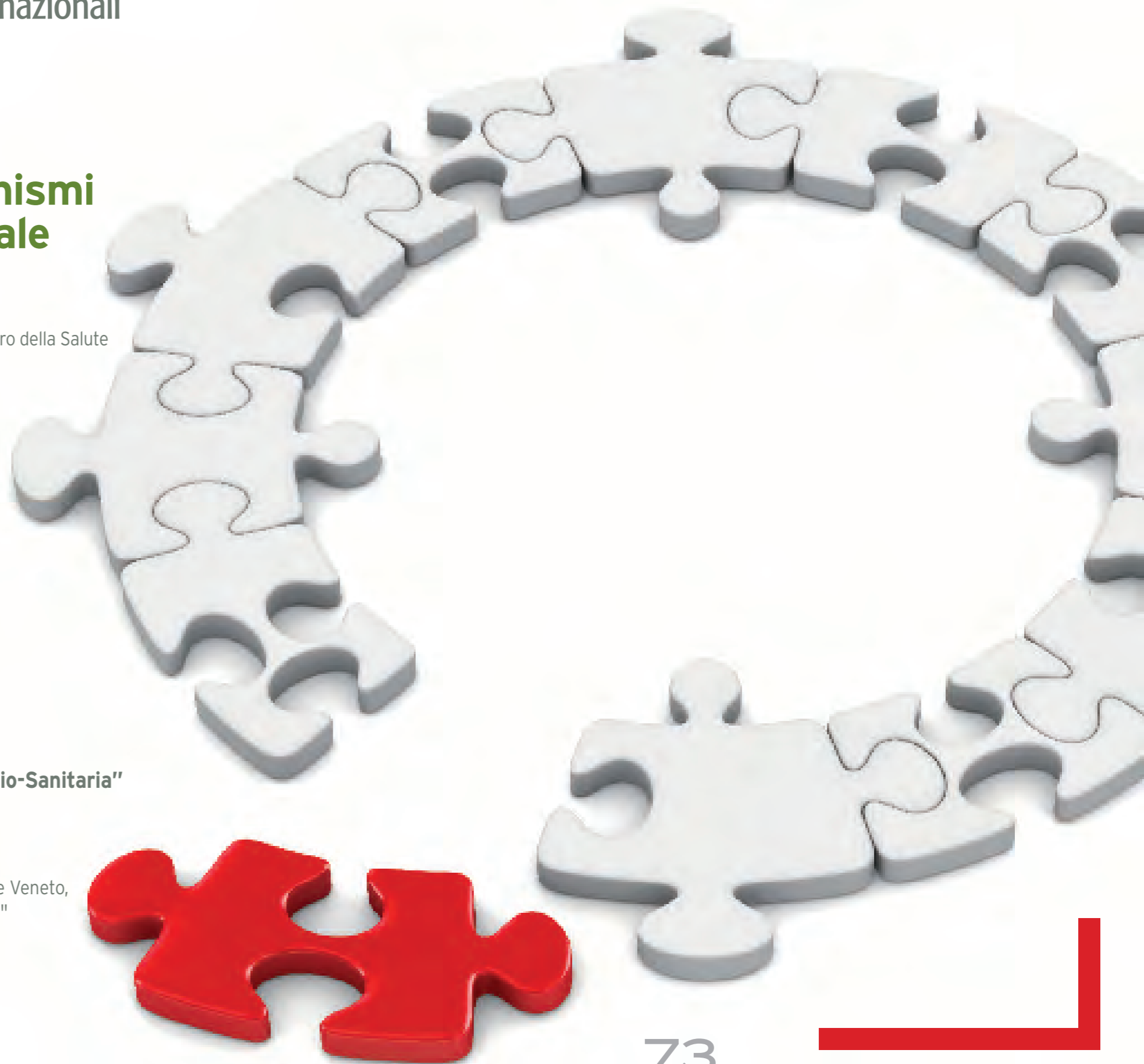


Il Lavoro con le Istituzioni

La presenza di Senior Italia FederAnziani in organi tecnici ed iniziative nazionali e internazionali

Nel corso del 2016 Senior Italia Federanziani ha partecipato ai seguenti organismi a livello nazionale, internazionale e regionale:

- ★ **GARD** (Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases) Italia - Ministero della Salute
- ★ **Age Platform EuropeAge**
- ★ **EUPATI** (European Patients' Academy on Therapeutic Innovation) National Platform
- ★ **Tavolo Incontinenza** Ministero della Salute
- ★ **Tavolo Innovazione** Ministero della Salute
- ★ **Tavolo di lavoro sulla prevenzione dell'osteoporosi e la riduzione delle fratture da fragilità** Ministero della Salute
- ★ **Steering Committee Geriatric Group AIFA**
- ★ **Tavolo di supporto pneumologico-allergologico AIFA**
- ★ **ASviS** - Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile
- ★ **Tavolo Tecnico "Rete Ospedale/Territorio ed Integrazione Socio-Sanitaria"** Regione Lombardia
- ★ **Commissione Terapia del Dolore** Regione Piemonte
- ★ **Coordinamento della Rete Oncologica Veneta (CROV)** - Regione Veneto, Gruppo di Lavoro "Farmaci Innovativi" e Gruppo di Lavoro "PDTA Stomaco"
- ★ **Comitato Etico** dell'Istituto Oncologico Veneto



Ecco il lavoro del Centro Studi nel 2016

- **Registri della Salute: raccolti 310.675 questionari**
- **Compendio SIC Sanità in Cifre 2015**
- **Gli studi:**
 - Rapporto fra cronicità, anziani e farmaci
 - Senior & Telefonia
 - Il rapporto dei senior con gli integratori
 - Il rapporto dei Senior con il mondo della finanza
 - Incontinenza board Lombardia e gestione del paziente incontinente

Il Centro Studi SIC Sanità in Cifre effettua studi, ricerche e sondaggi sui temi della salute e dell'economia sanitaria.

Il Centro Studi si avvale, oltre che delle proprie competenze e conoscenze, anche della collaborazione di prestigiose università, come la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il CEIS dell'Università degli Studi di Tor Vergata, il Dipartimento clinico-sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università degli Studi di Messina e la LUISS Business School.

Il Compendio SIC Sanità in Cifre



Ogni anno il Centro Studi pubblica il **Compendio SIC Sanità in Cifre**, uno strumento conoscitivo dettagliato ed attendibile su aspetti demografici ed epidemiologici, organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, Lea, spesa sanitaria e farmaceutica e conti economici regionali.

I dati salienti relativi alla sanità italiana vengono raccolti con l'obiettivo di fornire ufficialmente un quadro delle condizioni economico-sanitarie del Paese e consentire ai decisori politici di trovare con più facilità le possibili soluzioni.



Il Compendio

Il Compendio fotografa ogni anno, dal 2006, andamenti, fenomeni e scenari della sanità e della salute italiana, offrendo alle Istituzioni un valido strumento per pianificare e implementare interventi concreti e sostenibili.

Collaborano alla realizzazione del compendio la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il CEIS dell'Università di Tor Vergata, il Dipartimento clinico-sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina e la LUISS Business School.

Il Compendio raccoglie i dati salienti che caratterizzano la sanità in Italia, relativi agli aspetti demografici della popolazione che fruisce dei servizi, a quelli epidemiologici, all'organizzazione del SSN, alla spesa sanitaria, ai Lea, alla spesa farmaceutica.

La nuova edizione del Compendio (la X) sarà disponibile nel 2017 in formato digitale sul sito www.senioritalia.it

Capitolo I

Dati demografici ed epidemiologici

DATI DEMOGRAFICI

- Popolazione

DATI EPIDEMIOLOGICI

- Tumori

- Trapianti

Capitolo II

Organizzazione del SSN

IL PERSONALE

STRUTTURA E DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

- Strutture Operative - Ambulatori e Laboratori

Capitolo III

Spesa Sanitaria

LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

- Dati Generali

Capitolo IV

Spesa Farmaceutica

SPESA FARMACEUTICA IN ITALIA

- Dati Generali dei Consumi

SETTORE FARMACEUTICO TERRITORIALE

- Consumi e Spesa

SPESA FARMACEUTICA

- Farmaci a brevetto scaduto

Capitolo V

Sintesi dei Principali Studi Eseguiti nell'Anno

- Senior & Animali domestici

- Senior & Igiene orale

- Senior & Telefonia



Gli Studi

“Rapporto fra cronicità, anziani e farmaci”

Senior Italia FederAnziani ha condotto un'indagine tra i propri senior per fotografare il rapporto che essi hanno con le terapie e soprattutto la loro percezione del livello di appropriatezza prescrittiva.

L'indagine è stata portata avanti nei mesi di giugno e luglio 2016 presso i Centri Sociali Anziani ad un campione statisticamente significativo di popolazione prettamente >65, e l'elaborazione dei principali risultati è avvenuta nel mese di settembre 2016.

I questionari sono stati compilati in parte attraverso specifici incontri organizzati da Senior Italia FederAnziani, in parte grazie alla distribuzione cartacea diretta dei questionari da parte dei presidenti dei centri.

I questionari cartacei sono successivamente stati digitalizzati in un database Access predisposto ad hoc ed elaborati principalmente mediante l'utilizzo di grafici e tabelle, per renderne più intuitiva la comprensione.

In totale sono stati raccolti 623 questionari, di cui 6 nulli e 27 incompleti, pertanto la base di calcolo generale si attesta su 590 questionari validi. Di questi, la maggior parte risultano essere di sesso femminile (349 donne Vs 243 uomini).

Dall'indagine Senior Italia FederAnziani, emerge che il 43,6% dei rispondenti con patologie croniche assume un numero di medicine compreso fra 3 e 5 al giorno.

Si dichiarano aderenti alla terapia poco meno del 69% dei trattati, tale percentuale sale al 74,5% fra gli uomini e scende al 64,7% fra le donne. Questo dato trova riscontro in quasi il 64% dei soggetti in terapia che dichiara di reputare molto importanti le indicazioni fornite dal medico sulle sue terapie.

Il 56,4% dei rispondenti si è sottoposto alla vaccinazione contro l'influenza e soltanto il 9,7% dichiara di vaccinarsi contro la polmonite, a fronte di una copertura indicata per entrambe, a livello ministeriale, con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, del 75% come obiettivo minimo e del 90% come quello ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio. Distribuendo il campione per fascia d'età, si nota come la più alta proporzione di vaccinati contro l'influenza sia quella d'età maggiore di 75 anni (67%). Stessa cosa avviene per chi utilizza il vaccino antipneumococcico, dove con l'aumentare dell'età aumentano i livelli di copertura fino a raggiungere il 14,3% negli over 85enni.

Gli Studi

“Senior & Telefonia”



Le indagini portate avanti dal Centro Studi SIC Sanità in Cifre non si limitano solo all'aspetto sanitario, ma interessano anche altri ambiti che in qualche modo riguardano i senior e la loro quotidianità.

In questo contesto è stato portato avanti uno studio volto a delineare il rapporto dei senior con la telefonia mobile, nell'ottica di individuare quali sono le caratteristiche desiderate da questa fascia d'età sia per quanto riguarda le peculiarità del cellulare, sia per quanto riguarda il piano tariffario.

In particolare sono stati analizzati:

- le principali caratteristiche che i senior desiderano per il proprio cellulare, il modo in cui lo utilizzano, le problematiche che incontrano nel farlo e le relative modalità di risoluzione adottate;
- i dettagli desiderati per un piano tariffario a misura di senior;
- le aspettative sul servizio clienti del loro operatore telefonico;
- il possesso o l'intenzione di acquistare un tablet;
- la predisposizione a frequentare un corso per tablet o smartphone.

Il primo dato emerso è che quasi il 61% del campione utilizza un cellulare vecchio modello. Al Sud la diffusione di questa tipologia di telefono è ancora più alta raggiungendo il 70%. Circa il 33% dispone di uno smartphone. La caratteristica maggiormente desiderata per il telefono mobile è la semplicità (per circa il 33%).

Per quanto riguarda le modalità di utilizzo risulta che oltre il 22% dei possessori di un numero di cellulare non lo sappia usare. Nel caso specifico dei possessori di smartphone l'11,3% non lo sa usare e il 67% riscontra difficoltà nel rapportarsi con le funzioni tipiche di questa tipologia di telefono. In particolare la principale problematica risiede nella difficoltà nello scaricare le applicazioni, come dichiarato dal 45,2% dei senior in possesso di smartphone. Inoltre il 64% non sa usare l'email dal cellulare e quasi la metà del campione non utilizza gli sms. Il 55% vede le foto ma le differenze geografiche sono rilevanti: 82,8% al Nord, 57,3% al Centro e 41,8% al Sud.

Per superare le difficoltà che riscontrano nell'utilizzare il cellulare, i senior dimostrano una marcata preferenza per il rapporto personale. Infatti quasi il 65% si rivolge al nipote e poco meno del 9% ad un negozio di telefonia, solo lo 0,3% al Web.

Essendo l'utilizzo del cellulare correlato al piano tariffario, l'analisi del rapporto dei senior con la telefonia è stata estesa anche a quest'aspetto. Possiede un numero di cellulare quasi il 93% degli intervistati e circa il 48% effettua e riceve telefonate. La modalità di pagamento maggiormente diffusa è la ricarica (87,2%). L'importo ricaricato è per il 47,2% pari a 10 euro.

Il piano tariffario dei senior prevede per quasi il 59% una quantità di minuti di telefonate al mese ma circa il 53% ne vorrebbe meno. In merito al servizio clienti oltre il 33% si aspetta gentilezza e cortesia e il 29% vorrebbe parlare direttamente con un operatore.

Vista la stretta somiglianza del cellulare con il tablet l'indagine ha riguardato anche questo dispositivo. Ne possiede uno quasi il 14% e il 32,4% ne acquisterebbe uno a condizione che costi poco (41,3% degli intervistati).

In definitiva, nonostante fra i senior non ci sia ancora molta dimestichezza nel rapportarsi con la telefonia mobile, soprattutto se si tratta di smartphone, si dimostrano interessati ad imparare ad utilizzarla come emerge dal 97,8% del campione che si dichiara disponibile a partecipare a un corso per tablet o smartphone.

Gli Studi

“Il rapporto dei Senior con gli integratori”

Fra i vari argomenti relativi al mondo dei senior che il Centro Studi di Senior Italia FederAnziani ha studiato vi sono gli integratori.

Tale indagine è stata condotta con l'obiettivo di:

- Valutare quanto i senior siano consapevoli dell'esistenza di integratori specifici per la loro età e quanti vi ricorrono.
- Identificare gli elementi caratterizzanti il loro rapporto con gli integratori.
- Misurare la percezione presso i senior dell'importanza degli integratori per il loro benessere.

Questa survey è stata realizzata attraverso la diffusione di un questionario cartaceo presso i Centri Anziani collocati nelle province di Napoli e Caserta.

È stato coinvolto un campione costituito per la maggior parte da donne, che ha principalmente conseguito una licenza media o professionale.

Emerge che neanche la metà degli intervistati utilizza o ha utilizzato in passato integratori, tra questi, le tipologie più assunte sono quelle di minerali e di vitamine.

Fra le motivazioni per le quali i senior assumono o non assumono integratori risulta rilevante il consiglio del medico, a volte infatti il proprio medico curante non ritiene necessaria l'assunzione di questi prodotti, e questo incide fortemente sulla decisione dei senior nel non essere disposti ad assumerli neanche in futuro.

Nonostante gran parte del campione ritenga importante che gli integratori siano specificatamente studiati per rispondere alle esigenze degli over 60, poco più della metà conosce un integratore specifico per i senior.

Due terzi circa degli intervistati riscontrano delle criticità nello scegliere gli integratori in quanto non vengono sufficientemente informati.

Gli Studi

“Il rapporto dei Senior con il mondo della finanza”

Ulteriore indagine svolta durante l'anno è stata quella relativa al rapporto che i senior aderenti a Senior Italia hanno con il mondo della finanza e del risparmio.

Obiettivo principale che ha spinto la federazione ad indagare questi aspetti è stato quello di identificare le principali caratteristiche del rapporto tra i senior e gli istituti di credito nella gestione del reddito/risparmio, ed in particolare:

- Individuare le motivazioni che li guidano nella scelta dell'Istituto di credito e le determinanti delle scelte in merito ai servizi/prodotti bancari.
- Valutare il grado di soddisfazione riguardo la propria banca e i principali servizi che offre (es. capillarità, assistenza clientela, condizioni del conto ecc.).
- Capire il grado di utilizzo dei servizi on line.
- Individuare il ricorso a forme di finanziamento, la propensione al risparmio e la relativa modalità di impiego.
- Capire i reali bisogni dei senior nei confronti della banca individuando le caratteristiche che dovrebbe possedere l'offerta bancaria per soddisfarli.
- Identificare l'utilizzo di forme assicurative.
- Comprendere alcuni aspetti generali inerenti la spesa per la salute.

Per portare avanti questa indagine è stato predisposto un questionario cartaceo, che è stato somministrato in occasione del V Congresso Nazionale della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute di Senior Italia FederAnziani, svoltosi a Rimini dal 18 al 20 novembre 2016.

Il Centro Studi di Senior Italia FederAnziani ha poi predisposto un database ad hoc per l'inserimento e l'analisi dei dati, che sono stati trattati in forma aggregata e anonima nel completo rispetto della privacy. È stato coinvolto un campione di 1.218 unità proveniente da tutta Italia, di cui 527 uomini e 662 donne, 29 questionari non sono stati presi in considerazione perché nulli o compilati parzialmente.

Ciò che emerge dai risultati è che circa il 73% del campione intervistato possiede un conto corrente intestato a sé stesso o al coniuge, utilizzando come criterio di scelta dell'istituto la prossimità alla propria abitazione nel 28,1% dei casi. Il 63% circa dei rispondenti si dichiara abbastanza soddisfatto del proprio istituto di credito, il 33,6% utilizza i servizi on line e il 57,3% di questi è abbastanza soddisfatto nell'utilizzare tali servizi.

In merito ai prodotti di risparmio, il 32,3% degli intervistati dichiara di avere depositi (libretti nominativi al portatore), il 24,2% dei titolari di conto corrente dichiara di aver effettuato scelte sbagliate in merito ai prodotti finanziari, che ha portato il 20% di questi a dover cambiare istituto di credito.

Circa il 44,8% dei rispondenti sovvenziona la famiglia con degli aiuti economici.

Per quanto riguarda finanziamenti, prestiti e mutui, almeno il 33,9% del campione vi ha ricorso almeno una volta nella vita, e per il 60,1% il finanziamento è servito per l'acquisto di un bene o servizio, nel 38,5% il prestito è stato finalizzato/rateale, con addebito in conto corrente (68,5%) ed è stato scelto soprattutto considerando l'importo della rata (40,4%).

Tra i rispondenti al questionario sono presenti inoltre assicurazioni sulla vita (17,7%), assicurazioni sanitarie (16,5%), assicurazioni RCA (76,9%) e assicurazioni sulla propria abitazione (23,2%). Sul totale del campione, invece, il 6,4% possiede un'assicurazione mutualistica.

In merito ai prodotti sanitari, il 56,7% dei rispondenti dichiara di essere disposto a comunicare con il proprio medico attraverso dispositivi elettronici, a patto di continuare a consultarlo fisicamente se necessario. Ben il 39,1% dei rispondenti non sarebbe disposto a pagare privatamente una prestazione sanitaria qualora non disponibile presso le strutture pubbliche in tempi brevi.

Gli Studi

“Incontinence board Lombardia e gestione del paziente incontinente”

Da diversi anni Senior Italia FederAnziani si occupa di incontinenza e della presa in carico dei problemi ad essa correlati. Questa attività, attraverso le sue declinazioni regionali, ha portato la federazione ad istituire, presso il Ministero della Salute, un Tavolo di lavoro che cerca di migliorare lo stato di salute delle persone con questa patologia.

Questo perché a livello epidemiologico risulta essere un fenomeno molto diffuso, che affligge circa 6 milioni di persone in Italia, soprattutto nelle fasce d'età più anziane, e con il progressivo invecchiamento della popolazione le stime epidemiologiche risultano in aumento.

I risultati che di seguito vengono proposti si riferiscono ad uno studio svolto nella regione Lombardia per analizzare le dinamiche di gestione proprio dei pazienti con questa patologia, con focus sugli ausili assorbenti. L'indagine è stata condotta tramite la:

- Creazione di un Incontinence Board.
- Realizzazione di focus group grazie alla partecipazione dei principali stakeholder del sistema: farmacisti, infermieri, medici specialisti e Medici di Medicina Generale.
- Distribuzione di un questionario ai pazienti.
- Elaborazione dati e predisposizione di un documento finale.

Grazie a questa indagine multi-canale, composta sia da focus group che da questionari, viene fotografato in maniera puntuale il sistema di erogazione dei presidi da incontinenza.

Per quanto riguarda i principali risultati emersi, si nota senza ombra di dubbio che il sistema gestionale nel quale si ritrovano i cittadini lombardi risulta complesso e di difficile interazione con il paziente. Una volta stabilito il piano terapeutico è difficile poterlo modificare, e questo comporta delle inefficienze nel sistema, poiché la taglia o il livello di incontinenza può variare. La procedura per il rilascio del piano terapeutico risulta poi lunga e difficile da parte dei pazienti.

Sia per i MMG che per i pazienti viene evidenziato che le quantità erogate sono insufficienti, ma soprattutto che la loro qualità risulta scarsa o comunque si registrano inefficienze nella fornitura (o troppi presidi o troppo pochi). Questo secondo i farmacisti intervistati comporta una copertura privata delle inefficienze del sistema, nella quale i pazienti integrano letteralmente la qualità (up-grading) e la quantità (on-topping) dei presidi acquistandoli direttamente in regime out of pocket.

I pazienti denunciano la lunga tempistica di consegna dei presidi e l'ingombro che causa nelle loro abitazioni e questo potrebbe essere la causa che spinge una persona su due a non essere soddisfatta dell'attuale sistema di erogazione.

Secondo gli infermieri e gli specialisti intervistati bisognerebbe aumentare il grado di informazione fornita sia al paziente che al caregiver, gli infermieri si soffermano poi sulla periodica rivalutazione del livello di incontinenza al fine di rimodulare l'appropriatezza del presidio prescritto alle reali esigenze del paziente. Così come espresso dai MMG, anche gli infermieri puntano il dito sulla scarsa libertà di scelta che oggi hanno i pazienti con incontinenza.

Tutte le categorie intervistate hanno poi espresso il proprio parere in merito all'introduzione di un voucher che permetta di scegliere liberamente il presidio, a fronte di un valore identificato e sulla base delle necessità individuali.

Per i farmacisti, gli infermieri e i pazienti la voucherizzazione potrebbe risultare un ottimo sistema per limare gli sprechi di presidi e ottimizzarne la fornitura su criteri di qualità e quantità.

Per i MMG la voucherizzazione potrebbe non essere positiva solo per le categorie più vulnerabili economicamente, in quanto impossibilitate a partecipare per raggiungere un livello qualitativo o quantitativo superiore.

Per i medici specialisti, in merito all'introduzione di un voucher, fanno emergere due considerazioni sostanziali: il presidio più adatto dovrebbe essere individuato già in gara d'appalto, e non attraverso un voucher. Tuttavia, loro sono favorevoli a questa pratica aumentando l'informazione fornita al paziente e al suo caregiver, in modo tale da responsabilizzarlo nella scelta del proprio ausilio.

Per gli specialisti sarebbe utile valutare l'esperienza degli altri Paesi europei al fine di capire come avviene il sistema di presa in carico dei pazienti con incontinenza, e cercare di valutarne la possibilità di introduzione in Italia.

Nel 2016 sono stati progettati due importanti servizi che prenderanno l'avvio a gennaio 2017 ovvero il numero verde Pronto Senior e il numero verde Senior Salute Risponde

Pronto Senior è il numero verde gratuito dedicato alla popolazione senior del nostro Paese per affrontare le problematiche relative alla salute e per ottenere servizi informativi e di assistenza su tematiche sociali e sanitarie.

In ambito sanitario Pronto Senior ha l'obiettivo di indirizzare correttamente i cittadini ai centri di riferimento per una serie di patologie, in funzione della specifica esigenza sanitaria espressa e soprattutto quello di risolvere le criticità dei pazienti nei rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, ad esempio qualora si incontrino difficoltà a ottenere una prestazione o una corretta terapia.

L'iniziativa fornirà, inoltre, orientamento a chi abbia bisogno di risolvere problemi burocratici legati alla propria pensione, assumere un'assistente familiare, ottenere assistenza domiciliare, avere una consulenza legale gratuita. Pronto Senior è, inoltre, accanto a coloro che soffrono di solitudine per far conoscere l'esistenza di una risorsa preziosa del nostro territorio come i Centri Anziani, orientando le persone che si trovino in una condizione di isolamento sociale presso il Centro Anziani più vicino alla sua abitazione.

Oltre a Pronto Senior è nato il numero verde gratuito Senior Salute Risponde, per orientare i pazienti affetti dalle seguenti patologie: incontinenza, dolore cronico e scompenso.

PRONTO SENIOR
Ti senti solo? Hai una malattia? Non sai cosa fare o a chi rivolgerti?

Ma una di queste patologie e vuoi maggiori informazioni?
Alzheimer - Parkinson - Demenza - Colera - Diabete - Dolore cronico - Fibrillazioni atriali - Gotta - Incontinenza - Insufficienza renale cronica - Ipertensione - Malattie della vista e dell'udito - Malattie oncologiche - Osteoporosi - Punture - Scompenso cardiaco - Tiroide

hai bisogno di un assistente? Di assistenza domiciliare? Di una consulenza legale gratuita? Hai problemi burocratici legati alla pensione?

Chiamaci: saremo al tuo fianco

800-322300
Il numero verde 24 ore su 24

SENIOR ITALIA
FONDAZIONE FONDI AZIENDALI ITALIANI

Progetto finanziato dalla Fondazione Fondi Azziendali Italiani



SENIOR SALUTE
Risponde

Soffri di dolore cronico? Incontinenza? Scompenso cardiaco? Non sai a chi rivolgerti?

Senior Italia ha creato per te il Numero Verde

SENIOR SALUTE Risponde
800-161008
Numero Verde 24 ore su 24

SENIOR ITALIA
FONDAZIONE FONDI AZIENDALI ITALIANI

Prodotto e distribuito da Senior Italia

La Comunicazione



Senior Italia è sul web con il suo sito ufficiale www.senioritalia.it

I numeri del web
Siti, social network, newsletter:
oltre 50 milioni di contatti nel 2016



Senior Italia FederAnziani è in contatto con i propri aderenti anche attraverso le sue App:

Senior News

App di notizie

MemoPill

dedicata all'aderenza alla terapia

Progetto finanziato dalla Fondazione Poste Insieme Onlus



Senior Italia FederAnziani è sul web con un ampio network di canali informativi per comunicare con un pubblico di tutte le età.

Sempre più informatizzati, sempre più curiosi di Internet e delle sue potenzialità, gli anziani di oggi scoprono il Web come un mezzo utile per conoscere, aggiornarsi, tenersi al corrente dei loro diritti, condividere e socializzare.

Nel corso del 2016 Senior Italia FederAnziani è entrata in contatto con un ampio pubblico attraverso un network di canali comunicativi, composto da:

- il sito ufficiale della Federazione (www.senioritalia.it);
- il sito della Fondazione Senior Italia (www.fondazione-senioritalia.it);
- il sito della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute (www.cortegiustiziapopolare.it);
- il sito della SIHA - Senior International Health Association (www.seniorinternationalhealthassociation.org);
- la Newsletter periodica di Senior Italia FederAnziani;
- il canale ufficiale di Senior Italia FederAnziani su Youtube;
- Facebook, con la pagina Senior Italia FederAnziani e Il Giornale del Web;
- L'account Twitter @FederAnziani_FA e l'account del Presidente nazionale @FederAnziani.

La presenza sui social e lo sviluppo delle potenzialità del web, unite a un'intensa attività di relazioni con i media, hanno contribuito a rendere Senior Italia FederAnziani una delle più autorevoli e rappresentative voci nel panorama mediatico sui temi della salute, della sanità e sul mondo dei senior.

Nel 2016 hanno parlato di noi:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| RAI 1 - TG1 | Adnkronos |
| Canale 5 - TG5 | RAI News 24 |
| RAI 2 - TG2 | TG COM 24 |
| RAI 3 - TG3 | SKY TG 24 |
| Italia 1 - Studio Aperto | Rai Parlamento |
| Rete 4 - TG4 | TV 2000 |
| La Repubblica | Radio RAI 1 - GR1 |
| Corriere della sera | Radio Vaticana |
| Il Sole 24 ore | Radio 2 |
| La Stampa | RDS |
| Il Messaggero | La Repubblica.it |
| Avenire | Ansa.it |
| Il Tempo | Panorama.it |
| Corriere dello Sport | TV Sorrisi e Canzoni.com |
| Ansa | |

50
località
Mare Italia

Terme e
benessere

Itinerari
enogastronomici

Turismo
sociale

Senior International Tourism è un tour operator sociale patrocinato da Senior Italia FederAnziani e specializzato nell'offerta di esperienze di viaggio che coniugano conoscenza, solidarietà, benessere e svago, con particolare attenzione al rapporto qualità/prezzo e alla tutela della salute del viaggiatore di tutte le età.

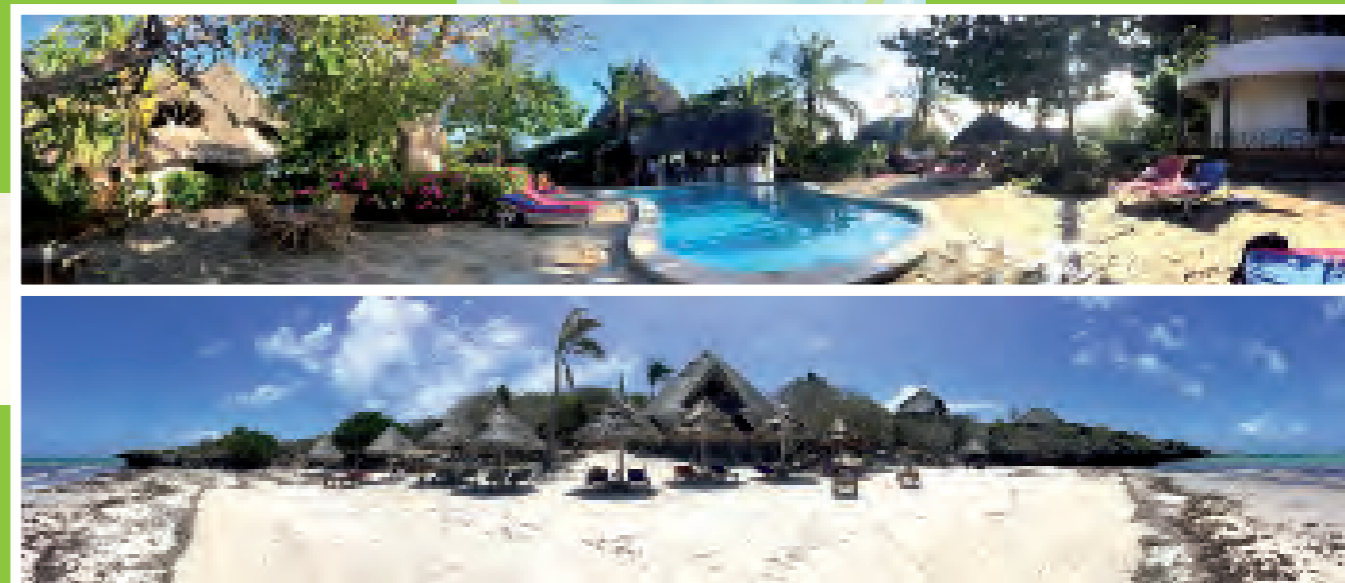
La conoscenza e la comprensione dei viaggiatori, la centralità della persona, la passione per il lavoro costituiscono i valori fondanti di Senior International Tourism.

SIT crede nella sinergia tra associazioni e centri anziani, adottando un modello di rete funzionale ad una capillare e personalizzata diffusione della sua offerta.

Senior Italia FederAnziani, attraverso Senior International Tourism, offre anche ai suoi aderenti la possibilità di accedere a servizi studiati appositamente per abbattere le barriere dell'età.

turismo senza età

Kenya:
viaggi
dell'amicizia





Valorizzare le eccellenze del Servizio Sanitario Nazionale, del mondo della ricerca e delle Istituzioni e di tutta la filiera della salute, con uno sguardo particolare alla sensibilità dimostrata verso il mondo dei pazienti "over 60".

Questo è lo scopo del Premio "60 e più", ideato e promosso da Senior Italia FederAnziani per attribuire un riconoscimento non solo all'eccellenza medico scientifica delle strutture sanitarie, ma anche a quegli esponenti del mondo della ricerca, delle Istituzioni, dell'associazionismo, dell'impresa, che si siano distinti per il contributo offerto al miglioramento della salute e della qualità della vita delle persone anziane.

Un riconoscimento che va, dunque, alla qualità del servizio intesa nel senso più ampio: all'umanità dei professionisti, alla capacità di ascolto e di accoglienza del paziente, ma anche e soprattutto all'impegno e alla dedizione di tutte quelle personalità che, in vari ambiti, si sono distinte per la tutela e la promozione del diritto alla salute.

I premiati dell'edizione 2016

Gianluca Botto

Presidente AIAC - Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione

Cesare Fassari

Direttore Responsabile Quotidiano Sanità

Andrea Lenzi

Presidente CUN - Consiglio Universitario Nazionale

Lucio Lucchin

Direttore Scientifico Manifesto delle Criticità in nutrizione clinica e preventiva

Marcella Marletta

Direttore Generale della Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico Ministero della Salute

Nuovi
banchi per
la scuola

Sostegno
permanente
orfanotrofio

Nuovi
pozzi d'acqua

Il sorriso
del piccolo Maxwell
che finalmente
può camminare

FederAnziani Solidarietà

L'immagine che più di tutte riassume il potere della solidarietà è quella del piccolo Maxwell che cammina vivace nei corridoi della sede nazionale di Senior Italia FederAnziani. Maxwell, ospite dell'orfanotrofio Imani Children di Malindi, "adottato" dai nonni d'Italia, fino a pochi mesi prima non poteva camminare. Una grave malformazione delle mani e dei piedi gli impediva di camminare liberamente. L'impegno di FederAnziani Solidarietà ha reso possibile una importante operazione chirurgica che ha consentito a Maxwell la libertà di muoversi.

FederAnziani Solidarietà nasce nel 2011 con l'obiettivo di sostenere le persone più bisognose in Italia e nel mondo attraverso iniziative volte alla raccolta di fondi e beni, e attraverso la realizzazione di progetti e opere.

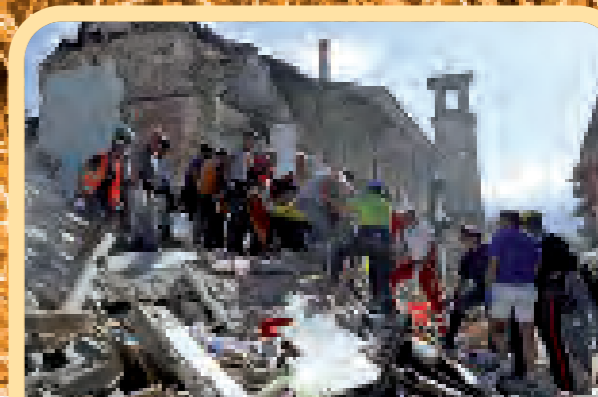
In Kenya FederAnziani Solidarietà, grazie al contributo dei donatori, garantisce un sostegno continuo all'orfanotrofio Imani Center. Nel corso degli anni FederAnziani Solidarietà ha inoltre provveduto alla realizzazione di una scuola di arti e mestieri e di tre aule scolastiche di una scuola primaria.

Oltre a continuare nel suo impegno di sostentamento dell'orfanotrofio, FederAnziani Solidarietà ha donato nuovi banchi alla scuola e ha realizzato nuovi pozzi d'acqua, che si sono andati ad aggiungere ai cinque già costruiti grazie al suo contributo negli anni precedenti.

Per far conoscere ai propri sostenitori le opere realizzate grazie al loro contributo, FederAnziani Solidarietà organizza delle vacanze sociali periodiche come strumento di avvicinamento tra i donatori e le popolazioni destinatarie degli aiuti.

La vacanza costituisce a sua volta occasione di raccolta fondi a beneficio delle stesse popolazioni, all'insegna del turismo etico inteso come valore sociale e umanitario universale, espressione di solidarietà e della tutela del diritto alla salute.

Con FederAnziani Solidarietà si contribuisce a salvare la vita di molti bambini e a migliorare il tenore di vita di molti adulti.



nel 2016
FederAnziani Solidarietà
ha effettuato una speciale
"raccolta fondi"
dedicata alle popolazioni
colpite dal sisma

Senior Italia FederAnziani e il mondo delle Aziende

Lo scopo di Senior Italia FederAnziani è tutelare i diritti e migliorare la qualità della vita degli anziani, valorizzandone il ruolo nella società. Per fare ciò Senior Italia FederAnziani collabora anche con il mondo delle aziende, attivando partnership tese a garantire una qualità di vita superiore ai Senior del nostro Paese.

La scelta di Senior Italia FederAnziani di collaborare con un'azienda deriva da un'attenta riflessione sulla storia e sulla reputazione delle imprese interessate a collaborare con il network, mettendo in atto serie progettualità tese a portare un effettivo beneficio alla vita dell'anziano e della sua famiglia.

I progetti sviluppati da Senior Italia FederAnziani con le aziende nascono da disponibilità di queste ultime a impegnarsi in un percorso di corporate social responsibility al fianco della nostra federazione.

Con il sostegno non condizionante delle aziende, Senior Italia FederAnziani sviluppa una serie di attività sul territorio dedicate ai cittadini Senior, come campagne di sensibilizzazione e formazione all'interno dei centri anziani e iniziative speciali rivolte al network della Federazione.

Lavorano con noi

3M
ACQUA FIUGGI
ACRAF ANGELINI
ALCON
ANAP
AS ROMA CALCIO
BARD
BIOTRONIK
GRUPPO BOEHRINGER INGELHEIM
BONOMELLI
BOSTON SCIENTIFIC
BRISTOL MYRES SQUIBB
BRUNO FARMACEUTICI
CAS.SA.COLF
CELGENE
DAIICHI SANKYO
DIEPHARMEX
GRUPPO CHIESI
DIGITAL ACCADEMIA
DIVERSAMENTE GIOVANI
DOMINA
EDWARDS
FARMINDUSTRIA
FATER
FEDERFARMA
FEDERFARMACO - PROFAR Professione Farmacia
FERRER
FIDIA FARMACEUTICI
FIT - FEDERAZIONE ITALIANA TABACCAI
FONDAZIONE POSTE INSIEME ONLUS
FUTUREENERGY
GALENO
GECOM
GSK CONSUMER HEALTH
H@H
HERNIAMESH
IBSA
IDI FARMA
INTESA SAN PAOLO
IRCCS NEUROMED Istituto Neurologico Mediterraneo
ISHAWS
JOHNSON & JOHNSON Medical
LABORATORIO FARMACEUTICO SIT
LIFESENSE

LB LYOPHARM
LNPB - Lega Nazionale Professionisti B / Lega B Solidale
LS POWER
LUNDBECK
MEDIOLANUM FARMACEUTICI
MEDTRONIC
MEDTRONIC FOUNDATION
MENARINI
MERCK
MILLENNIUM
MIR - MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH
MYLAN
NAMED
NEOPHARMED GENTILI
NESTLÈ HEALTH SCIENCE
NOBIS
NOVARTIS
NOVO NORDISK
OLIO CUORE
PFIZER
PIAM FARMACEUTICI
POLIFARMA
POSTE ITALIANE
RESOUND
RICCIONE TERME
RIMINI TERME
ROCHE
ROSEO EUROTERME
SALMOIRAGHI & VIGANÒ
SANTEX
SCA HYGIENE PRODUCTS
SERVIER/I.F.B. STRODER
SIGMA-TAU
SPECIAL SENIOR
STALLERGENES
ST JUDE MEDICAL
TH RESORTS
UNIPOLSAI
UNISALUTE
VODAFONE ITALIA
FONDAZIONE VODAFONE ITALIA
VREE HEALTH
YAKULT

Senior Italia FederAnziani e il mondo delle Aziende



SENIOR ITALIA
FEDERANZIANI

Via Orazio, 10 - 00193 Roma - Tel. 06 87756407 - Fax 06 87756396
www.senioritalia.it

seguici su



@FederAnziani_FA
@FederAnziani



FederAnziani
Il Giornale del web



FederAnziani Senior Italia