

Con il patrocinio di:



2 MARZO 2020

REUMARETE

LA RETE REUMATOLOGICA PUGLIESE



HOTEL MERCURE - VILLA ROMANAZZI CARDUCCI - Via Capruzzi, 326 - BARI



www.motoresanita.it

INTRODUZIONE DI SCENARIO

I cittadini pugliesi affetti da artrite reumatoide sono circa 40.000 con una presa in carico sempre più precoce e con un trattamento che utilizza, attraverso scelte appropriate, i più recenti farmaci innovativi o i biosimilari in modo tale che siano garantite le migliori cure mantenendo la sostenibilità del sistema assistenziale. È stato infatti ribadito infatti che è e sarà fondamentale dopo le recenti scadenze di brevetto di importanti farmaci che le risorse risparmiate vengano reinvestite nell'innovazione. A 5 anni dall'attivazione della Rete Reumatologica pugliese, si è fatto il punto sui risultati ottenuti dal processo riorganizzativo insieme agli specialisti del settore, dei MMG e dei dermatologi per ciò che concerne le patologie di loro specifica competenza.

LA RETE REUMATOLOGICA PUGLIESE

Innovazione e sostenibilità: ruolo della medicina di precisione nel trattamento delle poliartriti

La medicina moderna va sempre più discostandosi dalla logica dei protocolli di trattamento che è stata utilizzata in passato.

La medicina di precisione o “personalizzata” rappresenta una delle metodologie più all'avanguardia in questo ambito, riconoscendo a ogni paziente la propria unicità.

Ogni persona è diversa dall'altra e nel rispetto dei criteri di EBM, diverso deve poter essere l'approccio del medico ai vari fenotipi di paziente. Considerando che il modo in cui ciascuno reagisce alla propria patologia, sia dal punto di vista fisico che psicologico è sicuramente diverso, che si deve tener conto anche dell'ambiente in cui il paziente è immerso, del tipo di vita che conduce, solo integrando tra loro tutte queste informazioni si possono comprendere le caratteristiche uniche di patologie ad alta complessità, per poi curarle in maniera mirata. La medicina di precisione si propone di trovare la terapia adatta per il paziente giusto, al momento giusto, rompendo la logica dei silos nel percorso assistenziale.

Gli outcomes della Rete reumatologica a cinque anni

L'istituzione della Rete di assistenza specialistica sta divenendo un'esigenza sempre maggiore nei sistemi sanitari ed è posta tra le priorità del programma dal Ministero della Salute. La Rete Reumatologica Regionale consente l'integrazione di percorsi assistenziali tra Ospedale e Territorio fondamentali per patologie così complesse ed invalidanti, in cui il tempo è quanto mai prezioso.

Nell'ambito dello stesso territorio, si potrà così ottenere l'avvio di percorsi per la diagnosi precoce, l'appropriatezza delle cure e l'accesso facilitato alle terapie innovative. Un sistema di Rete così fatto, deve essere fortemente orientato ad avere strumenti efficaci per la valutazione degli "outcome" raggiunti dalle terapie. Perché ciò avvenga, è necessario che la Rete sia completata da un registro per la raccolta dei dati, come nel caso della Rete Reumatologica Pugliese, che dotandosi del registro BIOPURE ha prodotto numerose evidenze scientifiche, tradottesi in pubblicazioni importanti.

Rapporto ospedale territorio nella diagnosi precoce dell'artrite reumatoide

La Ragioneria Generale dello Stato ha stimato che nel periodo 2015-2030 la spesa sanitaria pubblica in Italia potrebbe crescere (rispetto al PIL) più di quella previdenziale, mettendo in discussione l'universalismo del SSN. Appare quindi indispensabile una razionalizzazione della rete ospedaliera che preveda in funzione delle necessità generate dalle molte cronicità, una riconversione delle risorse sempre più ristrette impiegate oggi negli ospedali periferici in altre tipologie organizzative assistenziali (RSA, lungodegenze, presidi Territoriali). La Regione Puglia, con i regolamenti regionali approvati dal 2015 ad oggi, si è impegnata in un incremento dell'offerta di assistenza sanitaria territoriale, riconvertendo alcune strutture ospedaliere, in strutture territoriali denominate Presidi Territoriali di Assistenza (c.d. PTA). In Puglia è prevista l'istituzione di n. 29 PTA con l'obiettivo, di potenziare l'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone non autosufficienti e persone affette da patologie croniche. Il PTA è un luogo che consente il superamento della dispersione dei servizi sul territorio a favore di un forte coordinamento all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi. All'interno dei PTA si trovano gli Ospedali di Comunità (OdC), strutture di ricovero breve rivolte a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e gestiti dai Medici di Medicina Generale. L'obiettivo dell'OdC è il recupero funzionale che eviti anche nuovi ricoveri a breve tempo inappropriati.

PERCHÈ L'OSPEDALE DEVE CAMBIARE?

1. Cambiamenti demografici:

Aumento popolazione anziana e dell'aspettativa di vita alla nascita

2. Cambiamenti epidemiologici:

Aumento patologie croniche in pazienti anziani, sempre più complessi e polipatologici

3. Aspettative crescenti in pazienti sempre più empowered

Modelli organizzativi per l'ambulatorio early arthritis (il progetto "Care")

La Regione Puglia per diminuire il più possibile i tempi di diagnosi appropriata delle malattie reumatiche ha voluto istituire corsie preferenziali, già attive nei maggiori Centri ospedalieri pugliesi, dedicate esclusivamente alla gestione dell'Early Arthritis. Obiettivo di queste unità è la diagnosi entro 6 mesi dall'insorgenza dei sintomi, puntando a seguire il paziente anche nelle attività diagnostiche ad alta specialità con esecuzione di esami strumentali (ecografie muscoloscheletriche e videocapillaroscopia), infiltrazioni intra e peri-articolari, attività di consulenza specialistica, di fisiochinesiterapia e terapia riabilitativa per i pazienti della Reumatologia. Tutto ciò porta ad un'implementazione dell'appropriatezza delle cure che evita sprechi di tempo utile al controllo precoce della malattia, prima che si manifestino danni non più sanabili. Considerare il paziente al centro dei processi di cura significa in questa malattia complessa mantenere il paziente da subito in buono stato di salute e in buona condizione di qualità di vita.

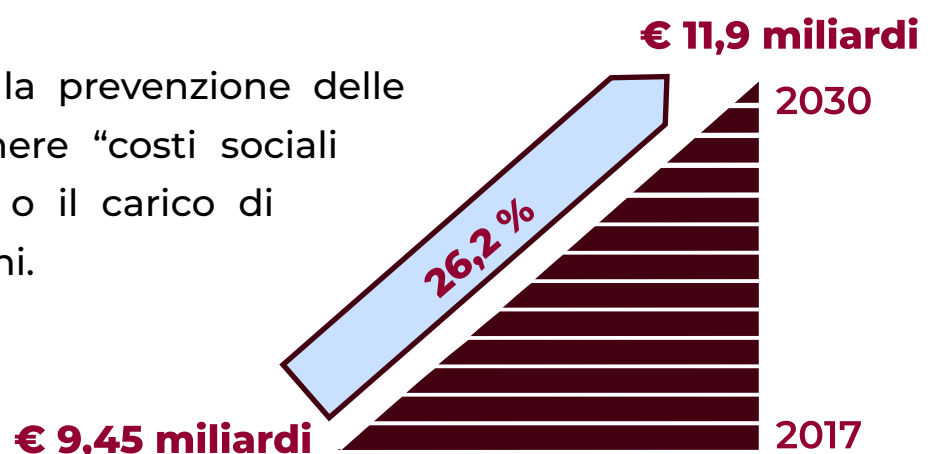


Status sulle malattie dello scheletro

In Italia, 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini sono affetti da osteoporosi. Tra gli anziani le fratture osteoporotiche sono una delle maggiori cause di mortalità, la cui incidenza è sostanzialmente sovrapponibile a quella per ictus e carcinoma mammario e superiore di 4 volte a quella per carcinoma endometriale. Il 50% delle donne con frattura di femore presenta una riduzione dell'autosufficienza che, nel 20% dei casi, porta l'istituzionalizzazione a lungo termine.

In Italia, il rischio nel corso della vita ("lifetime risk") associato alle fratture osteoporotiche maggiori nella fascia di età dai 50 anni in su è superiore a quello associato all'ictus in Europa tra la popolazione sia femminile, sia maschile. Sebbene le fratture da fragilità colpiscano maggiormente le persone in età avanzata, si stima che il 20% delle fratture avvenga in età di prepensionamento. In Italia, in seguito ad una frattura da fragilità si stima una media di 21 giorni di malattia ogni 1000 persone, dato simile ad altri paesi dell'area EURO. Le fratture da fragilità sono attualmente la quarta principale causa di morbidità associata alle malattie croniche, mentre erano al sesto posto nel 2009. In Italia la perdita di DALY (attesa di vita, corretta per disabilità: misura dell'impatto di una malattia in termini di anni di salute persi, rappresentando inoltre una misura sociale della malattia) ogni 1.000 individui a causa di fratture da fragilità è stata stimata a 20 anni, un valore superiore rispetto all'onere nazionale associato ad altre malattie croniche, come ictus (12 anni) e BPCO (12 anni). Si prevede che in Italia i costi associati alle fratture aumenteranno del 26% tra il 2017 e il 2030.

È quindi fondamentale la prevenzione delle complicanze per contenere "costi sociali ed economici" malattia o il carico di disabilità nelle popolazioni.



LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE REUMATOLOGICO

Il ruolo del MMG nella presa in carico

L'intervento del MMG sui pazienti reumatici si svolge a più livelli:

- Dalla fondamentale precoce identificazione dei sintomi di malattia con invio allo specialista per un completamento diagnostico e una definizione del programma di cura;
- Dall'informare ed educare il paziente e i familiari;
- Dal monitoraggio coordinato con gli specialisti (aderenza al programma terapeutico, gestione delle comorbidità e delle complicanze)
- Dallo scongiurare inutili e spesso dannosi trattamenti (medicina alternativa).

I medici di medicina generale però si devono scontrare con numerose criticità:

- Insufficiente collegamento tra specialisti del territorio, centri di riferimento e medico curante
- Scarsa consapevolezza della complessità della patologia per disinformazione di pazienti e MMG
- Mancanza di un inquadramento globale del paziente reumatico
- Difficoltà di accesso ai centri specializzati per insufficienti risorse di rete
- Lentezza e ritardo diagnostico
- Problemi economici per perdita di giornate lavorative
- Rimborso parziale dei farmaci,
- Indagini diagnostiche spesso non convenzionate (tempi di attesa)

Regole prescrittive da implementare:

- Abolizione/modifica piano terapeutico per farmaci dispensabili con obbligo di ricetta Revisione Nota 1 e 66

Regole amministrative utili da perseguire:

- Istituzione di reti regionali «operative» utili al trattamento ed alla diagnosi precoce per favorire l'accesso dei pazienti alle cure secondo i principi della prossimità ed equità
- Suddivisione organizzata e dinamica dei carichi di lavoro
- Istituzione vie preferenziali per accesso ad ecografia, RMN, DEXA, ecc...
- Inserimento dell'anti-CCP ed altri anticorpi nel nomenclatore delle prescrizioni (LEA)

Regole clinico-formative da implementare:

- Inserimento artropatie nel piano nazionale delle cronicità
- Attivazione ambulatori dedicati in Med Gen e distretti
- Aggiornamento scientifico
- Formazione integrata per superare criticità di gestione e di suddivisione dei carichi di lavoro.

LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE CRONICO

Il paziente cronico impone alla medicina un nuovo approccio nell'affrontare i problemi di salute.

Questo approccio, prendendo atto dello stato di malattia cronica e della prioritaria esigenza di autonomia del paziente, consiste nell'applicazione di cure (farmacologiche, interventistiche, protesiche e plastico-funzionali) tra loro correlate. Questo approccio costituisce una caratteristica base anche dell'intervento riabilitativo che si pone l'obiettivo di fare convivere al meglio la persona con la malattia. Questo percorso di cura non può essere affidato a una singola figura specialistica, ma serve una sinergia tra tutte le figure coinvolte che dovranno gestire insieme possibili comorbidità, terapie combinate, aspetti psicologici, limitazioni funzionali potenziali e molti altri fattori di malattia.

