



LUNEDÌ 9 NOVEMBRE

L'ARTRITE REUMATOIDE IN EPOCA COVID-19

Claudio Zanon - Paolo Guzzonato,
Direzione Scientifica Motore Sanità

MALATTIE REUMATICHE E ARTRITE REUMATOIDE

- **Le malattie reumatiche** hanno impatto epidemiologico importante (**morbilità inferiore** solo alle malattie cardiovascolari dati OMS) e più o meno grave (generano il **27%** delle pensioni di invalidità).
- **L'Artite Reumatoide** con prevalenza di circa **300.000 malati in Italia**, coinvolge persone giovani tra i **40 ed i 60 anni**, che vanno incontro ad una **aspettativa di vita ridotta da 3 a 10 anni**.
- E' una patologia cronica inserita nel **Piano Nazionale Cronicità**, ad alto impatto socio assistenziale ed economico (costo annuo/paziente **€13.390** in Italia oltre 3,3 Mld*).
- Negli ultimi 15 anni ha visto **innovazioni farmacologiche** importanti che hanno cambiato la vita delle persone malate, ma che richiedono **modelli organizzativi di integrazione H/T** in continua evoluzione**COVID-19** insegna

*Scuola St.Anna Pisa 2011

IL PAZIENTE AL CENTRO: IMPATTO SOCIALE DELLA MALATTIA

- I pazienti e la malattia: una indagine della Rheumatology Patient Foundation riferisce che il **68% dei malati** non aveva neanche 1 giorno al mese senza dolore e solo nel 25% la rigidità articolare mattutina tipica della malattia migliorava nelle ore successive al risveglio.
- **Inoltre se è vero che il lavoro è un pilastro del benessere in particolare per le persone malate croniche:** i pazienti con AR **lavorano 53% in meno** rispetto alla popolazione generale (sino a pochi anni fa **32-50%** dei pazienti perdeva il lavoro nei primi 10 dalla diagnosi)
- **I costi indiretti** dovuti a prestazioni previdenziali erogate, **perdite di produttività** dovute alle assenze dal lavoro del paziente e di chi lo assiste, **risultano pari a 4.183 Euro (il 31% del totale spesa)** per un numero medio annuo di **65 giornate di assenza**.
- **Il SSN** sopporta solo il **30% del costo** della malattia (costi diretti), il restante 70% (costi indiretti), rappresenta ciò che comunque resta a carico della collettività.

Non curare o non aderire è un costo ed uno spreco!

1 Output del percorso regionale: Organizzazione

1. Rete reumatologica come **cabina di regia**. Implementazione del **registro reumatologico**
 2. **La diagnosi precoce** che è la cura più importante ed il ritardo diagnostico è la prima causa di complicanze e disabilità (attenzione alle liste d'attesa)
 3. La facilità di accesso garantita con fatica, ma occorre rivedere il **modello assistenziale** (Covid docet)
 4. La rete di specialisti dovrà operare in connessione stretta con la **medicina territoriale** (implementazione gestione integrata MMG e Specialista)
 5. Integrazione e **multidisciplinarietà** necessaria per il paziente AR (complessità gestionale delle comorbidità comuni)
 6. **Le visite in telemedicina** sono una opportunità ma non potranno sostituire le visite ambulatoriali se non per alcune attività (esperienza di Verona sul follow-up delle pazienti)
1. La rete dovrà lavorare per far deliberare ed istituzionalizzare **nuovi PDTA light** (per patologia, es° per AR) rendendoli subito operativi con adeguate **informazioni per i pazienti** creando di corsie preferenziali per i pazienti urgenti.
 2. Importante **ridurre le liste d'attesa** per evitare la non presa in carico rapida e il drop out della rete. Un **corretto numero** di specialisti tra Ospedale e Territorio è fondamentale
 3. **Posti letto dedicati** per pazienti con patologie reumatologiche complesse dovrebbero essere protetti (cosa purtroppo non accaduta con la recente pandemia)
 4. Necessità di **condividere maggiormente i dati** sia ad uso clinico che per fine di ricerca attraverso la creazione di Data Base Regionali e necessità di ridefinire degli standard univoci per le analisi di laboratorio per poter confrontare i risultati.

2 Output del percorso regionale: Innovazione Terapeutica

1. Le **nuove terapie orali** su alcune tipologie di pazienti devono essere utilizzate e sono molto importanti per l'aderenza
 2. Risparmio attraverso le **terapie Biosimilari** importante che ha impegnato tutti i clinici, ma che deve rimanere nell'area che lo ha generato ad offrire le migliori cure anche innovative.
 3. L'utilizzo delle terapie in maniera personalizzata sui pazienti è fondamentale e non deve avere limitazioni
 4. Con la grande disponibilità di farmaci innovativi, aspetto fondamentale è l'**aderenza** alla terapia
 5. **Misura di Valore** della terapia non deve essere valutazione di solo costo del farmaco, poiché spesso la miglior terapia porta a grandi risparmi nell'intero percorso di cura
1. Tutto ciò che **facilita aderenza** e semplicità di cura deve essere correttamente valorizzato
 2. **La MMG necessità di formazione** sui farmaci utilizzati sui suoi pazienti, ma non si deve pensare che nuove terapie solo perché semplificate debbano essere date completamente in carico ai MMG
 3. La gestione di queste terapie (in molti casi straordinariamente efficaci) in **collaborazione con lo specialista**, è fattore chiave di successo, in quanto il paziente con Artrite è un paziente ad complessità di gestione per le comorbidità
 4. **I Piani terapeutici** rappresentano un inutile aggravio burocratico. Risolvere il problema con il trasferimento dei **piani terapeutici al MMG** sarebbe inutile e sbagliato serve invece meno burocrazia, più tempo per il paziente

Quesiti per il Panel in epoca COVID-19...

Innovazione Organizzativa

- Urgenza e Valore della **rete di patologia**?
- **Liste d'attesa** come migliorare la situazione (e fare in modo anche in pandemia si mantenga la presa in carico)?
- Importanza della **multidisciplinarietà** nella gestione dell'AR?
- Importanza dei PDTA condivisi: PDTA o **PDTA lighth**?
- **Telemedicina** quando e per chi?
- Come implementare la **diagnosi precoce** e l'accesso ai percorsi di cura?
- Attualmente vi è corretto numero di specialisti tra Ospedale e Territori?
- Le terapie disponibili sono in grado di migliorare la capacità lavorativa e raggiungere l'obiettivo della remissione, ma **vengono utilizzate su tutti i pazienti**? Cosa poter fare per implementare questo aspetto organizzativamente?

Quesiti per il Panel in epoca COVID-19...

Innovazione terapeutica

- Il **40% dei 300.000** pazienti colpiti da AR non segue le terapie in modo corretto. **L'aderenza** alla terapia è un concetto fondamentale in una patologia cronica con decorso invalidante come questa per evitare sprechi ed aggravamenti della malattia.
- Il **monitoraggio dell'aderenza**, la riduzione dei rischi di abbandono della terapia e degli sprechi collegati a questo, sono aspetti fondamentali. Quale riorganizzazione necessaria dopo Covid?
- I **Biosimilari** hanno consentito una grande **opportunità di accesso** più ampio alle cure, ma oltre l'utilizzo di questi si può migliorare l'impatto clinico ed economico della malattia con una gestione appropriata delle **nuove molecole** (caratteristiche di efficacia e comodità)?
- I **PDTA** posizionano **le nuove molecole** in una scaletta di intervento nel percorso di cura e se si l'esperienza di Covid-19 ne richiede un aggiornamento come accaduto in altre aree di cronicità (**con ruolo diverso del MMG come sta accadendo per altre patologie croniche: FANV, Diabete**)?
- I Piani terapeutici rappresentano un inutile aggravio burocratico come superare il problema