



REUMARETE CAMPANIA 2.0



28 GIUGNO 2022
dalle 14:30 alle 17:30

NAPOLI
Centro Direzionale
Isola A6

Con il patrocinio di





SALUTI AUTORITÀ

Una corretta presa in carico delle cronicità in generale e delle malattie reumatologiche nello specifico rappresenta un argomento che si pone sempre più centrale nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Avere una rete che possa affrontare le sfide presenti e future deve essere posta all'interno dell'agenda di ogni buon piano programmatico per la sanità.

La pandemia da Covid-19 ha messo a dura prova il SSR ed ancora oggi distoglie risorse umane e spazi comportando problematiche per le altre patologie, il Covid però ha insegnato l'importanza di poter contare su una rete che garantisca una ripartenza in tempi brevi.

INTRODUZIONE DI SCENARIO

Le malattie reumatiche sono più di 150, alcune rare ma tutte sono in aumento ovunque, così pure la spesa sociale, pari allo 0,2% del Pil, e quella sanitaria; basti dire che solo i costi diretti ammontano allo 0,6% della spesa sanitaria totale. Le malattie croniche autoimmuni reumatologiche fra cui l'Artrite Reumatoide, l'Artrite Psoriasica, le Spondiliti, che colpiscono circa il 3% della popolazione, hanno un impatto economico-sociale davvero rilevante.

- Si tratta di malattie croniche che condizionano fortemente la vita e la quotidianità degli oltre 5 milioni e mezzo di italiani che ne soffrono.
- Sono la causa del 27% delle pensioni di invalidità erogate e di oltre 23 milioni di giornate lavorative perse.

Secondo dati recenti (2019) della società scientifica SIR, in Italia si registrano ancora troppi ritardi nella diagnosi: ad esempio l'artrite reumatoide viene individuata con ritardo, a volte anche 1-2 anni dopo l'esordio dei primi sintomi, e per la spondilite anchilosante il paziente può aspettare anche fino a 5 anni.

Per far fronte a questo genere di patologie alcune Regioni Italiane da diversi anni hanno attivato reti regionali in grado di indirizzare al meglio i malati garantendo un livello assistenziale uniforme su tutto il territorio. Questa struttura organizzativa, ove presente, ha consentito un accesso facilitato all'innovazione che in questa area ha rappresentato un investimento in salute e qualità di vita oltre che un risparmio economico per il sistema.



Criticità assistenziali

Il sistema assistenziale campano, nonostante i tanti miglioramenti, sconta ancora forti criticità:

- Tempi di attesa lunghi per visite specialistiche e ritardo di accesso alla diagnosi e alla terapia.
- Presa in carico in termini di multidisciplinarietà.
- La non piena realizzazione di PDTA.
- Domiciliarità delle cure.
- Dispensazione di molti farmaci solo a disposizione degli ospedali.
- La limitata formazione sia per gli operatori sanitari che per i pazienti.
- La carenza, in numerose strutture sanitarie, di strumenti digitali che limitano il ricorso alla Telemedicina e al Fascicolo Sanitario Elettronico.

Punti di Forza

Per migliorare la qualità assistenziale per i malati reumatologici sono stati varati due provvedimenti estremamente importanti: Piano della cronicità 2016; DM 77-2022. Questi due provvedimenti danno un forte slancio per quanto riguarda la programmazione nazionale e regionale.



PIANO DELLA CRONICITÀ 2016

Il piano sottolinea l'importanza di un sistema di cure centrato sulla persona e, in particolare, sulla realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, nell'ottica di prevenire disabilità e la non autosufficienza.

In quest'ottica, uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso - Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale, il cosiddetto "PDTA", che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza e del welfare:

- Le cure primarie
- La specialistica ambulatoriale
- L'assistenza territoriale e quella ospedaliera
- La comunità

Indicatori per il monitoraggio delle cronicità oggetto della seconda parte del Piano:

| Patologie | Indicatori di monitoraggio |
|--|---|
| Malattie renali croniche e insufficienza renale | <ul style="list-style-type: none"> • % di persone con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC • % di soggetti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (farmacologica e dietetica) • Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in tele dialisi assistita |
| Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva | <ul style="list-style-type: none"> • % di popolazione diagnosticata precocemente (secondo quanto previsto dalle linee guida) • % di professionisti coinvolti in un PDTA |
| Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn | <ul style="list-style-type: none"> • % di soggetti con diagnosi entro 6 mesi dalla comparsa della sintomatologia • % di studi sui modelli di integrazione sociale e transizione in ambito pediatrico |

Questi indicatori forniscono uno strumento essenziale per permettere alla governance sanitaria di monitorare l'andamento delle patologie reumatiche.



Fasi del macroprocesso di gestione del paziente e macroattività

Il piano della cronicità prevede il percorso del malato cronico suddiviso in fasi

- Fase I: Stratificazione e targeting della popolazione
 - Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati.
 - Approccio di “population management” e stadiazione dei bisogni assistenziali.
- Fase II: Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce.
 - Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio.
 - Diagnosi precoce.
- Fase III: Presa in carico e gestione del paziente.
 - Riorganizzazione delle attività dei MMG.
 - Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio.
 - Adozione di percorsi assistenziali.
 - Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati.
 - Potenziamento dell’assistenza sul territorio.
 - Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria.
 - Assistenza sanitaria integrata.
 - Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni.
 - Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità.
- Fase IV: Erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente.
 - Il piano di cura personalizzato e l’assistenza proattiva.
 - Il “patto di cura” e l’empowerment.
 - Educazione terapeutica strutturata.
- Fase V: Valutazione della qualità delle cure erogate.
 - Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita



DECRETO MINISTERIALE N. 77/2022

- Il 23 giugno 2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il DM 77.
- Il perno del sistema sarà il Distretto Sanitario al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana.
- Rimangono attivi gli studi dei medici di medicina generale (spoke delle Case della Comunità) che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette.
- All'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità con una forte assistenza infermieristica e saranno decisivi ad esempio per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.
- Nel nuovo sistema un forte ruolo sarà rivestito dagli infermieri di famiglia che saranno impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto.
- A coordinare i vari servizi presenti del Distretto vi saranno poi le Centrali operative territoriali.
- Vengono poi fissati gli standard per l'assistenza domiciliare e viene definito l'utilizzo dei servizi di Telemedicina.
- Nel nuovo sistema di cure primarie ruolo rilevante avranno anche le farmacie che sono identificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di prossimità dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi.

Le nuove strutture previste dal PNRR saranno quindi il centro su cui ruoterà tutto il sistema di cure e presa in carico per i pazienti reumatologici.

Questo sistema rappresenta un punto di svolta perché pone un nuovo punto di riferimento "fisico" per i pazienti all'infuori dell'ospedale.



Nuovo ruolo delle farmacie

- Le farmacie di prossimità devono essere coinvolte nei confronti del paziente cronico per supportare il processo di controllo della terapia e dare un servizio di accesso personalizzato ai farmaci.
- Inoltre, la farmacia territoriale, tramite nuovi sistemi di telemedicina, potrebbe assumere per alcune patologie un ruolo ulteriore nell'agevolare e supportare la terapia domiciliare.
- Per i farmaci innovativi sarebbe utile modificare l'assetto di dispensazione così da agevolare il paziente nel ritiro del farmaco.

TERAPIE INNOVATIVE IN REUMATOLOGIA TRA INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ

Nessun ambito della società civile ha la possibilità di evolversi senza l'innovazione.

In ambito clinico innovazione significa ricerca continua per i pazienti al fine di garantire strategie terapeutiche sempre più efficaci e sicure.

Quando si parla di nuovi farmaci la problematica non è tanto legata al maggiore costo delle nuove terapie quanto piuttosto all'adeguatezza prescrittiva delle stesse in pazienti selezionati.

Lo sforzo che è stato compiuto dagli specialisti insieme con Regione Campania, le associazioni di pazienti, i centri prescrittori, con l'allargamento della platea prescrittiva ai medici territoriali è, da una parte, garantire una più rapida e diretta accessibilità alla terapia innovativa a tutti i pazienti reumatologici, dall'altra fare in modo che le regole decise in maniera condivisa con tutti gli stakeholders garantiscano una uniformità prescrittiva che non può prescindere dal contenimento della spesa.

L'università degli Studi Vanvitelli è impegnata in prima linea nella medicina di precisione nei pazienti con spondilite anchilosante ed orientata ad una migliore profilazione dei pazienti sia dal punto di vista della ricerca di marcatori biumorali in risposta ad un farmaco piuttosto che ad un altro, sia di approcci più sofisticati, come l'analisi della biopsia sinoviale per definire l'eventuale possibilità di una stratificazione terapeutica dei pazienti.



RAPPORTO OSPEDALE TERRITORIO NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELL'ARTRITE REUMATOIDE

Attualmente la medicina territoriale in Campania non è in grado, per mancanza di strutture, personale e strumenti, di dare un fattivo sostegno nella diagnosi delle malattie reumatologiche.

Il Covid-19 però ha modificato il paradigma di cura all'interno della Regione spostano gli equilibri dall'ospedale al territorio.

Il PNNR fornirà gli strumenti necessari per proseguire questo lavoro migliorando stabilmente la medicina territoriale campana e inquadrandola nei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici.

SWITCH TERAPEUTICO E ACCETTABILITÀ DEL PAZIENTE

L'approvazione da parte di EMA ed AIFA di più farmaci biosimilari per le malattie reumatiche, talora per lo stesso originatore, nonché la loro entrata sul mercato italiano oltre che in quello di diversi altri Paesi Europei, le normative entrate in vigore in Italia ed i diversi Position Papers redatti da AIFA indicano la necessità di esplicitare, anche alla luce dei nuovi studi e dati riguardanti l'uso di biosimilari una posizione congiunta che esprima aperture, dubbi e difficoltà incontrate dai pazienti nell'adozione più o meno condivisa dei farmaci biosimilari.

Gli esperti ritengono auspicabile che terapie sicure ed efficaci siano disponibili per tutte le persone con malattie reumatiche sul territorio regionale: tutte le persone affette da malattie reumatiche, per le quali un trattamento con farmaci biotecnologici significhi un supplementare beneficio per la salute che migliora la loro qualità di vita, devono avere possibilità di avere accesso a questi farmaci.



IL MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE

Le malattie reumatiche, nell'ambito delle patologie croniche, rappresentano una delle prime cause di inabilità temporanea e disabilità permanente e sono la più frequente causa di assenza dal lavoro.

L'analisi dei dati scientifici ed epidemiologici attualmente disponibili dimostrano che la soluzione al problema sociale di tali patologie, deve passare attraverso tre linee di intervento che prevedono una organizzazione assistenziale che consenta una diagnosi precoce, una terapia precoce mirata alla remissione, un adeguamento delle linee di intervento terapeutico alle raccomandazioni internazionali ed ai fattori prognostici oggi disponibili.

La realizzazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per le malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, terapia ed assistenza dei pazienti affetti da tali malattie. Il PDTA rappresenta uno strumento fondamentale che, attraverso la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare, consente di:

- identificare gli attori responsabili ed i rispettivi ruoli all'interno del percorso di cura;
- uniformare il più possibile le modalità e l'efficacia delle cure prestate ai malati reumatici sull'intero territorio regionale;
- dare ai pazienti un'opportunità di cura sempre nelle fasi precoci delle malattie reumatiche;
- ridurre i tempi di attivazione delle procedure ed abbattere le liste di attesa;
- definire le attività da svolgere e gli indicatori di monitoraggio;
- scambiare informazioni;
- ridurre i costi impressionanti che gravano sul Sistema Sanitario Nazionale dovuti alla diagnosi tardiva delle malattie reumatiche



IL RUOLO DEL MMG NELLA PRESA IN CARICO E DIAGNOSI DEL PAZIENTE REUMATOLOGICO

I dati scientifici attualmente disponibili evidenziano che in presenza di MMG in grado di individuare ed interpretare correttamente i sintomi, invece, i tempi della diagnosi si riducono sensibilmente e si accelera l'intervento dello specialista più adatto alla cura di questa patologia.

In pratica, ad una diagnosi tempestiva da parte del MMG si associa un invio piuttosto celere alla visita specialistica reumatologica.

È compito però della governance regionale mettere a disposizione da un lato le competenze necessarie attraverso corsi di formazione, e dall'altro lato mettere a disposizione le tecnologie più adatte per la diagnosi delle malattie reumatiche.

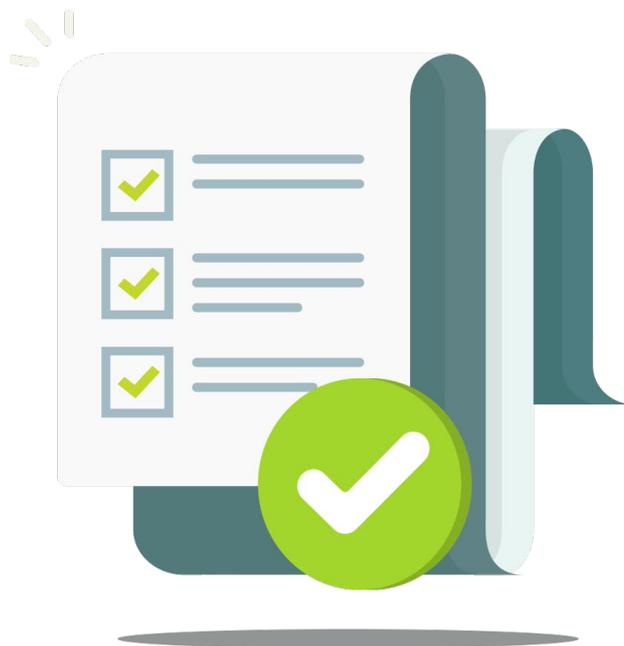
Attualmente la Regione Campania ha messo in atto diversi corsi in materia di reumatologia per i MMG, ma questi andrebbero estesi a tutto il territorio regionale.



CONCLUSIONI

In questo momento storico in cui si registrano due interventi normativi fondamentali quali il piano della cronicità, che fornisce tutta una serie di indirizzi di azione, e il Dm 77 che entra nel merito dell'organizzazione individuando quali devono essere i servizi erogati e chi deve erogarli, la governance regionale ha tutti gli strumenti per iniziare a lavorare su obiettivi forti, in modo particolare:

1. una forte integrazione tra l'assistenza primaria fornita dal nuovo modello territoriale – Medico di Medicina Generale e cure specialistiche;
2. incremento dell'ingresso precoce nel PDTA multidisciplinare;
3. aumento delle cure domiciliari e riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie digitali ormai mature e facili da gestire anche per i pazienti e coloro che li assistono.





CALL TO ACTION

- Le Associazioni di Pazienti, i Clinici e la Medicina territoriale necessitano di una riorganizzazione dei percorsi assistenziali per questi malati: l'istituzione di una rete. Ciò al fine di permettere, viste le sempre più numerose opportunità terapeutiche, una rapida diagnosi e presa in carico, un migliore follow-up, prevenendo i danni causati dall'evolvere delle malattie reumatiche autoimmuni prima che esse portino il paziente a situazioni di invalidità.
- Con l'aiuto dei fondi che arriveranno dal PNRR, si auspica una riorganizzazione dei percorsi di cura per rete di patologia.
- Si auspica l'apertura di ambulatori qualificati su tutto il territorio campano, che accoglierebbero pazienti in fase di buon controllo di malattia; ciò permetterebbe di evitare lunghe liste d'attesa nei centri più qualificati che necessitano di assistere i pazienti in fase acuta.
- Troppo spesso la medicina generale non è stata coinvolta nei tavoli decisionali; è quindi auspicabile che i MMG vengano coinvolti nei tavoli tecnici e di discussione sulla programmazione dei percorsi per i pazienti reumatologici.
- È necessario potenziare i sistemi di formazione sulle malattie reumatiche rivolte al personale sanitario; è necessario anche potenziare la formazione rivolta ai pazienti e ai caregiver.

**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

Rosario Buono, Dirigente Medico presso Medicina III AORN Cardarelli Napoli

Francesco Ciccia, Professore Medicina di Precisione, Università della Campania “Luigi Vanvitelli”

Maria Grazia Ferrucci, ff Direttore UOC Reumatologia, AO San Pio Benevento

Daniela Iacono, Responsabile Ambulatorio Artrite Reumatoide AOU “Luigi Vanvitelli”, Napoli

Giovanni Italiano, ff Direttore Medicina Interna Azienda Ospedaliera Sant’Anna e Sebastiano, Caserta

Giuseppe Longo, Direttore Generale AOR Cardarelli Napoli

Stefania Padula, Reumatologa ASL Caserta

Rosario Peluso, Professore Reumatologia Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia Scuola di Medicina e Chirurgia Università degli studi di Napoli Federico II

Antonio Postiglione, Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Regione Campania

Luigi Sparano, Segretario Provinciale FIMMG Napoli

Enrico Tirri, Direttore UOSD Reumatologia Ospedale “San Giovanni Bosco” ASL NA 1 Centro



Con il contributo incondizionato di



f

ORGANIZZAZIONE

Barbara Pogliano

t

b.pogliano@panaceasc.com

@

v

SEGRETERIA

meeting@panaceasc.com

in

328 8443678



MOTORE
SANITÀ

panacea



www.motoresanita.it