

La gestione clinica ed organizzativa delle malattie reumatiche  
11.11.2017, Firenze

# Il ruolo dello specialista reumatologo



Marco Matucci Cerinic



# Prevalence of rheumatic diseases in a rheumatological outpatient practice

J Vanhoof, K Declerck, P Geusens Ann Rheum Dis 2002;61:453–455

**3751 consecutive new and returning patients-**

**One of 10 new patients was diagnosed with definite rheumatoid arthritis.**

**In returning patients the prevalence of inflammatory rheumatic diseases was higher (49%, including 6% with connective tissue diseases).**

**28% of the returning patients had rheumatoid arthritis.**

**Osteoarthritis was present in 33% and metabolic bone disease in 19% of the returning patients.**

**Soft tissue rheumatism and degenerative joint and spine diseases are the most common rheumatological diagnoses in newly referred patients visiting a community based rheumatological outpatient practice.**

**Inflammatory rheumatic diseases were most prevalent in returning patients**

❖ 2% with connective tissue disease

❖ 13% metabolic bone disease.

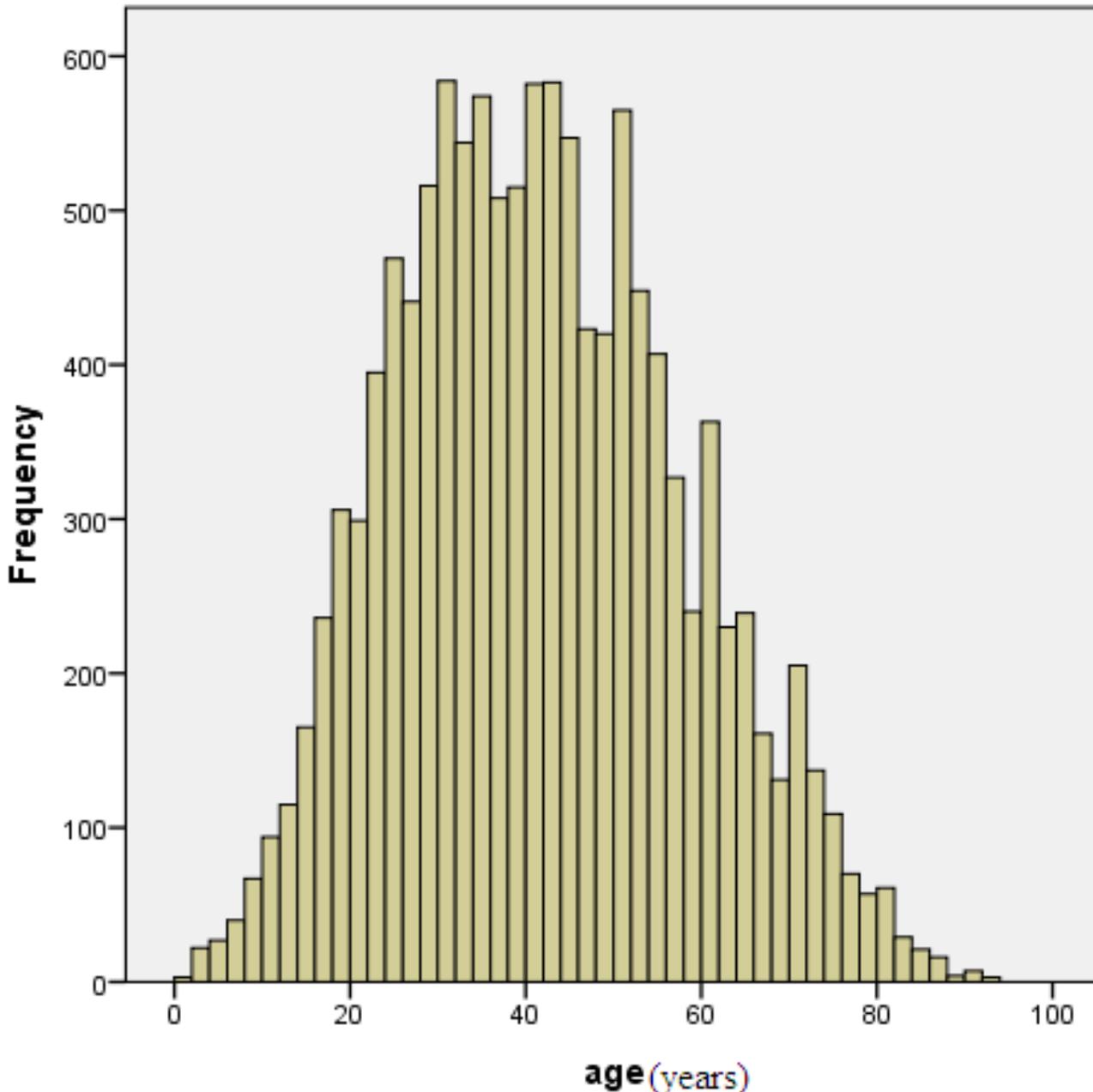
# The degenerative burden

- Degenerative joint and spine diseases: osteoarthritis of the spine (50%), hand osteoarthritis (15%), hernia discalis (13%), knee osteoarthritis (10%), hip osteoarthritis (8%).
- Periarticular diseases: Periarthritis scapulohumeralis (23%) and fibromyalgia (21%)

# Inflammatory Rheumatic Diseases

- As a heterogeneous group of often chronic immune mediated disorders, inflammatory rheumatic diseases cause inflammatory reactions in various body tissues.
- The primary target is the musculoskeletal system- these disorders cause joint pain (arthralgia) and restricted mobility, leading to irreversible damage and disability. Some internal organs, including the heart and kidneys can also be affected. There are over 30 autoimmune rheumatic diseases; some of the most common ones are rheumatoid arthritis, lupus, scleroderma, juvenile idiopathic arthritis, Sjögren's syndrome, spondyloarthropathies, polymyalgia rheumatica, and systemic vasculitis

# Prevalence of Inflammatory Rheumatic Diseases in a Rheumatologic outpatient clinic



**Patients were aged from 1 to 93 years, with a mean age of  $41.17 \pm 39.70$  years**

- The overall sex ratio (women to men) was 1.8:1.
- The proportion of women was
- 95% in Takayasu's arteritis,
  - 92% in systemic lupus erythematosus,
  - 87% in Sjögren's syndrome,
  - 78% in rheumatoid arthritis, and
  - 24% in ankylosing spondylitis.

**Table 3.** Comparative data of patients with inflammatory rheumatic diseases

Variable	Germany <sup>17</sup> N= 25653	Netherland <sup>18</sup> N=33076	Iran N= 12626	Belgium <sup>19</sup> N=1566	Nigeria <sup>20</sup> N=82
Female %	71.00	-	64.20	-	-
Mean age at onset (years)	51.50	-	41.17	-	-
Rheumatoid arthritis%	50.6	45.2	47.30	45.8	25.6
Systemic lupus erythamtosus %	4.72	1.7	8.10	1.9	12.1
Systemic sclerosis %	1.2	0.6	2.36	-	7.3
Spondyloarthropathies (total) %	22.61	20.8	17.23	-	4.8
Ankylosing spondylitis %	5.79	8.6	5.26	10.2	-
Reactive arthritis %	0.2	2.5	0.89	2.6	2.4
Psoriatic arthritis %	8.26	6.1	2.95	8.2	2.4
Gout %	8.5	1.3	7.78	3.5	39.0
Polymyalgia rheumatica %	3.8	5,6	0.41	5.6	2.4
Overlap syndromes %			0.6		

**The most common diseases were rheumatoid arthritis (47.30%), spondyloarthropathies (17.23%), systemic lupus erythematosus (8.10%), gout (7.84%), and vasculitis (6.84%)..**

## Frequency of musculoskeletal conditions among patients referred to Italian tertiary rheumatological centers. Ugolini D Cauli A Mannoni A Macchioni P Ciocci A Ceppi M Scarpa R. Clin Exp Rheumatol.2006 Nov-Dec;24(6):670-6.

to describe the occurrence of different rheumatic diseases and to examine the characteristics of patients

**Our data emphasize the great variability of the diagnostic case-mix in different centers from the same country, an observation that raises some concerns of the results of descriptive multicenter studies. Studies on the breakdown of diagnoses made in rheumatological centers could be helpful to determine the burden of rheumatic diseases on the health system, and for the planning of health interventions by both the national rheumatological societies and health authorities**

diseases in 5.3%. There was a significant difference among centers in the frequency of most diagnoses: non-academic centers cared for more patients with arthritis and connective tissue diseases and for less patients with degenerative diseases, soft tissue rheumatism and metabolic bone diseases. Connective tissue diseases were constantly seen more often in Italian centers, whereas soft tissue rheumatism was seen more often abroad.

# **Il ruolo dello specialista reumatologo nell'Area Vasta**

# PROGETTO AREA VASTA 2008

Sicurezza dei farmaci

# AOUC

Attori

**Commissione  
farmacovigilanza**

**Commissione  
rischio clinico**

SOD reumatologia

SOD Infettivologia

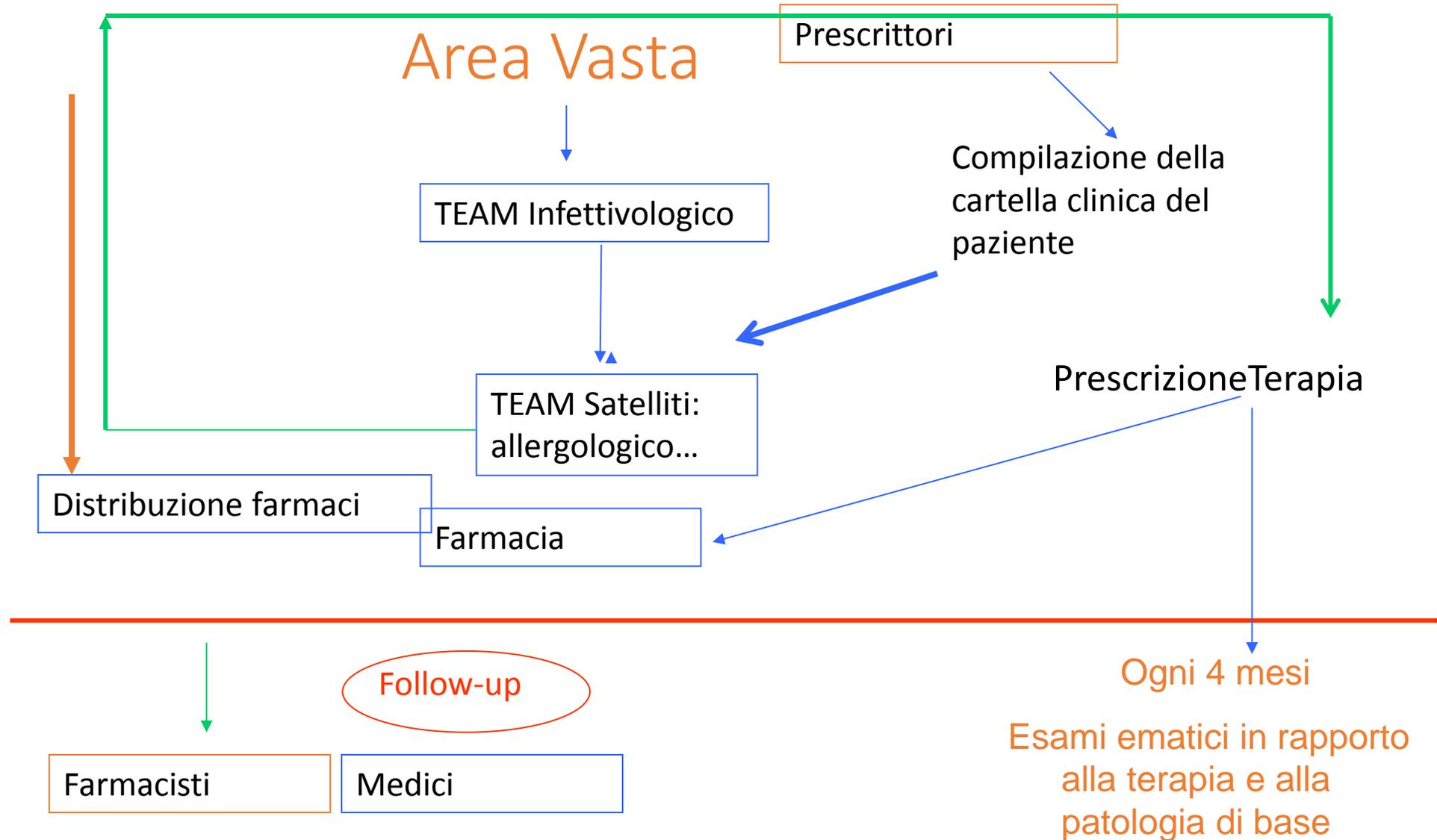
SOD Gastroenterologia

SOS Reumatologia

SOD Dermatologia

# ASL 10

# Percorsi: introduzione della terapia farmacologica



# SCOPO

Garantire la sicurezza dei pazienti

## OBIETTIVI

## MEZZI

1. Ridurre il rischio in corso di terapie
2. Controllare il rischio di eventi avversi
3. Riduzione dei costi di gestione
4. Adeguatezza della somministrazione dei farmaci

Visita pre-screening

Follow-up

Corretta selezione dei  
paziente

Appropriatezza e rispetto  
dei criteri guida

# BENEFICI

- 1. Possibilità di potere analizzare dati provenienti da tutta l'area vasta creando un data-base**
- 2. Acquisizione epidemiologica dei dati concernenti le malattie reumatiche**
- 3. Controllo dell'appropriatezza della prescrizione**
- 4. Razionalizzazione dei percorsi**
- 5. Riduzione dei costi dovuti alla valutazione degli effetti collaterali**

**Progetto di organizzazione dell'assistenza e dei percorsi del Malato  
Reumatico nell'Area Vasta Centro**

***Realizzazione di un polo reumatologico di area vasta  
(ASL centro-AOUC- Meyer)***

***Anno 2015***

Partecipanti al gruppo di lavoro:

Giacomo Baccano, Piero Bandini, Maurizio Benucci, Fabrizio Cantini, Mauro Davenia, Renato Giannelli,  
Gabriella Marin, Marco Matucci Cerinic, Francesca Nacci.

Per via telematica:

Rolando Cimaz, Francesca De Giorgio, Francesca Li Gobbi, Ilaria Lucchesi, Alessandra Matucci, Chiara Minari

**Main Statement:**

**diagnosi precoce di patologie croniche ed invalidanti sul piano fisico e  
psicologico è divenuto l'obiettivo prioritario dello Specialista Reumatologo**

# Obiettivi Primari

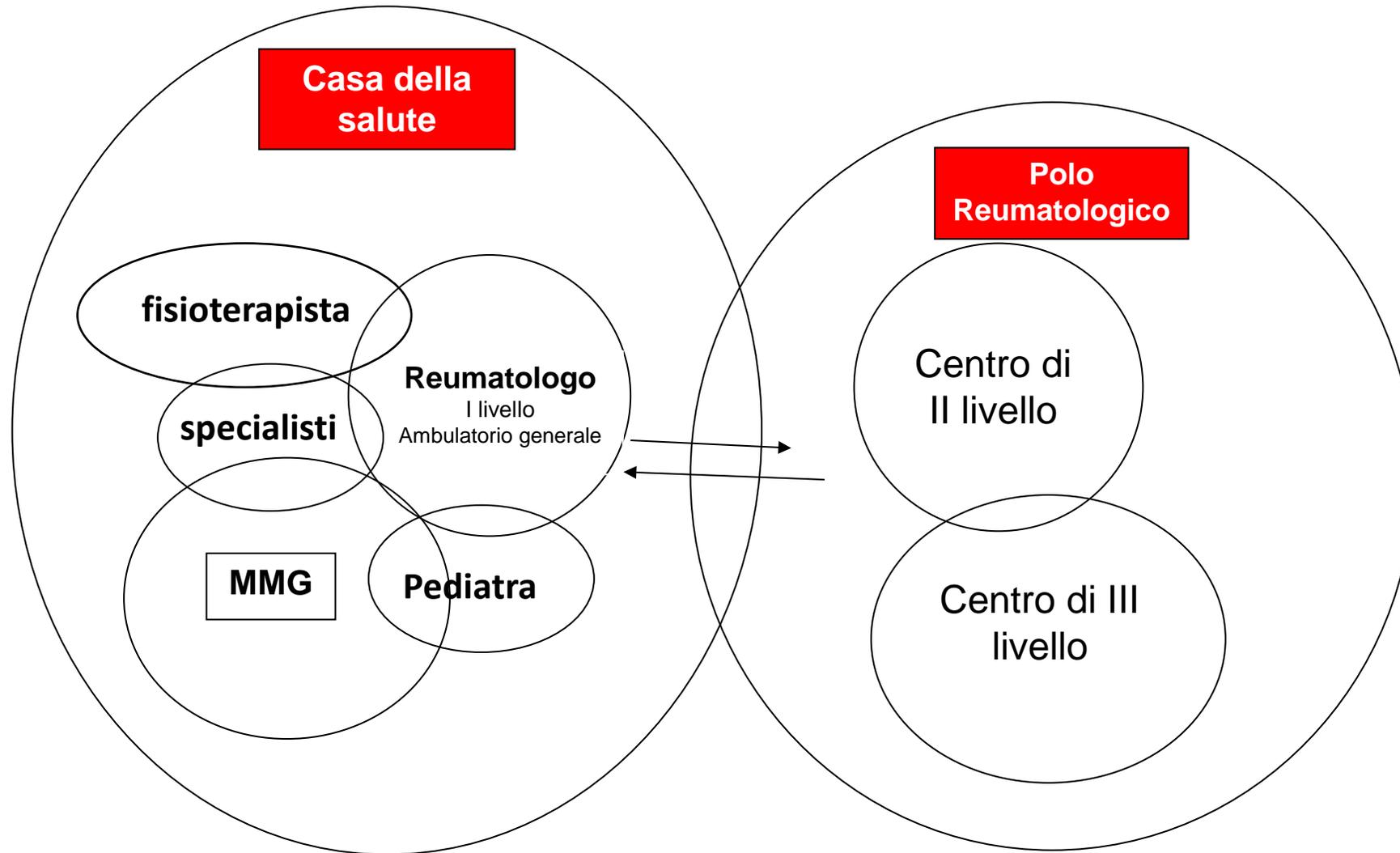
1. Massimizzare le competenze teoriche e tecniche delle figure del Medico di Medicina Generale (MMG) già oggi coinvolto nel processo diagnostico e terapeutico del Malato Reumatico.
2. Razionalizzare in percorsi organizzati, flessibili ed intercomunicanti, pazienti e MMG, specialisti e fisioterapista, intorno alla figura centrale dello specialista Reumatologo, da proporre in maniera più capillare sul territorio. In questo modo si può conseguire una diagnosi precoce delle patologie di interesse reumatologico, evitando improprie quanto dispendiose consultazioni di specialisti di discipline non pertinenti. Allo stesso tempo va offerta la possibilità di programmare le valutazioni specialistiche all'interno di percorsi preferenziali anche mediante la prenotazione diretta e la previsione di una terapia riabilitativa ad hoc per il paziente.

Ad oggi risulta pertanto prioritario concentrare gli sforzi della Sanità Regionale per colmare l'integrazione, l'intreccio con il territorio per la gestione adeguata del Malato Reumatico. Il modello organizzativo proposto è quello del **Chronic Care Model (CCM)**.

Con questo modello e la presenza di un numero congruo di Reumatologi nell'ambito dell'Area Vasta Centro ci proponiamo di ottenere:

1. Abbattimento delle liste di attesa dai 6 mesi attuali a 30 giorni
2. Razionalizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici secondo il documento già condiviso con la Regione Toscana (PDTA) e le associazioni pazienti
3. Creazione di un data base informatico unificato con monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso dei farmaci biologici
4. Incremento delle diagnosi precoci
5. Riduzione dei costi di gestione delle patologie reumatiche (eliminando esami inutili, somministrazione di farmaci non adeguati ecc)
6. Abbattimento dei costi sia lungo termine legati alla disabilità, sia a breve termine correlati alla perdita delle giornate lavorative per la popolazione attiva
7. Riduzione di accessi impropri in DEA e ricoveri urgenti
8. Possibilità per i medici curanti e dei colleghi specialisti coinvolti nella gestione del paziente di aver una visione globale della condizione del paziente grazie alla consultazione della cartella clinica on line con miglioramento nello scambio di informazioni fra medici e strutture
9. Consolidare la dematerializzazione con l'uso della ricetta elettronica
10. Uniformare il trattamento di tutti i pazienti alle linee guida reumatologiche della Regione Toscana sia diagnostiche che terapeutiche già proposte a livello territoriale

**Schema organizzativo della casa della salute e del *polo reumatologico di area vasta organizzato in dipartimento interaziendale (ASL 3-4-10-11-AOUC-Meyer)***



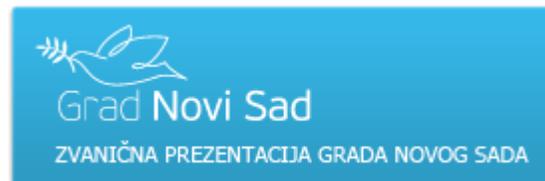


# Novi Sad

## popolazione- 286.546

Case salute di Novi Sad:

- **Presidio principale** con Medicina generale, pediatria, medicina del lavoro, odontoiatria, radiologia e medicina dello sport
  - a rotazione 34 specialità su 65 ambulatori
- in città 27 **presidi** dove ruotano 35 specialisti



# Casa della salute a Firenze

- Case della salute  
È un luogo  
nelle quasi  
venerdì dal  
sanitario Le  
primo grup  
nuova Casa  
sanitaria di  
inaugurate

...dermatologia

Operativa

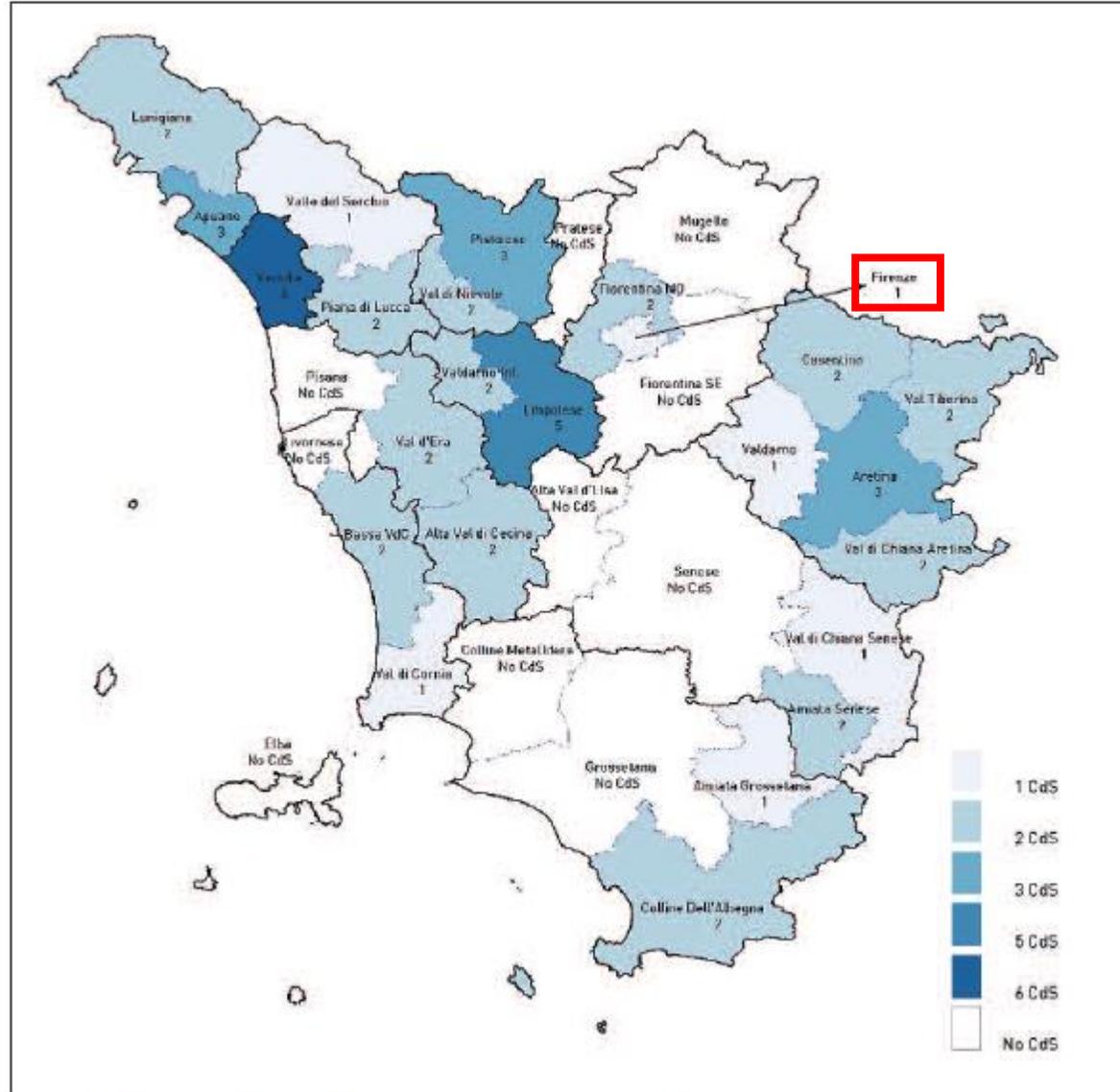


Figura 1 - Distribuzione delle Case della Salute in Regione Toscana per zona-distretto. Anno 2015.

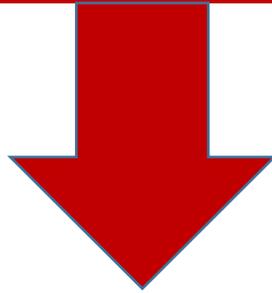
alle Piagge

0 persone di media  
: dal lunedì al  
. È il presidio  
li ambulatori di un  
unzione anche la  
o dell'Azienda  
di Calenzano,  
mbre 2013.

dia, le malattie infettive,  
l'urologia.  
e che domiciliare

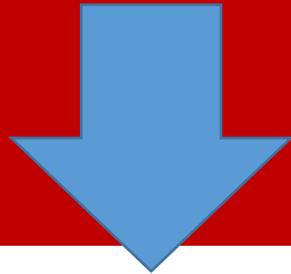
# **Il ruolo dello specialista reumatologo**

***centralità del reumatologo  
nella governance clinica & nel controllo della spesa sanitaria***



**Tavolo Regionale**

# Tavolo Regionale per la definizione delle strategie per l'ottimizzazione e personalizzazione delle terapia con farmaci biologici in Reumatologia



**Indicazioni per la *prima prescrizione* e per *possibile switch/swap di farmaci biologici* per pazienti con Artrite reumatoide, Artrite Idiopatica Giovanile, Artrite Psoriasica e Spondiloartriti (Spondilite Anchilosante, Spondiloartrite pre-radiografica, spondiloartrite associata a Malattie infiammatorie Intestinali).**

Costituisce elemento essenziale e decisivo della *governance* farmaceutica in tutti i paesi che i risparmi indotti dagli equivalenti e dai biosimilari risultano essenziali per la sostenibilità economica e per l'accesso al mercato dei farmaci innovativi .

Il mercato mondiale dei farmaci biotech è stimato in 700 miliardi di \$ e il mercato di *biotech off patent* risulta pari a circa 70 miliardi di \$. In Italia il mercato totale dei 64 medicinali *biotech* risulta pari nel 2015 a 5.321 milioni di euro, pari al 28,9 della spesa totale carico del SSN.

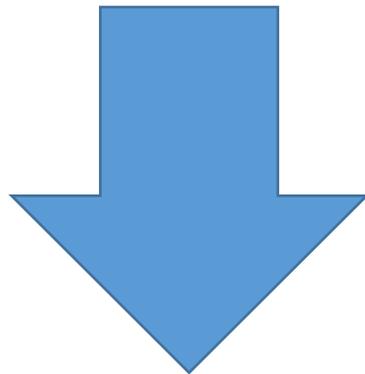
1. Allo stato attuale, l'iter registrativo dei biosimilari per diverse condizioni di interesse reumatologico permettono di avere a disposizione molecole confrontabili all'originatore per quanto riguarda i parametri di efficacia clinica e di sicurezza, ferma restando la necessità di un attento monitoraggio per valutare la persistenza dell'effetto nel lungo termine e garantire una sorveglianza per quegli eventi avversi rari che non possono emergere in studi con campioni di modeste dimensioni.
2. I farmaci biotech introducono un nuovo paradigma delle cure ma soprattutto «specializzano la cura della malattia»; questo impone, a fronte di una epidemiologia delle malattie reumatiche profondamente mutata, un diverso assetto delle competenze specialistiche nei nostri territori e un nuovo modello di governo clinico delle specialità interessate, per garantire equità. I Tavoli, se permanenti, possono rappresentare Laboratori che pensano, aggiornano le indicazioni di diagnosi e cura, centralmente per operare in rete nei diversi territori. Quando si aprono nuovi scenari nelle ipotesi di conoscenza la variabilità del pensiero di cura è una ricchezza ma diventa spreco, o mancanza, di cura quando persiste troppo a lungo.

**Dovranno essere introdotte Modalità di prescrizione on line, unico modello regionale, per assicurare l'appropriatezza prescrittiva e la tracciabilità delle prescrizioni.**

# 1. Elementi necessari per la scelta della strategia prescrittiva

1. **Ottenimento e mantenimento della remissione della malattia per assicurare la qualità di vita ed attività lavorativa del paziente**
2. **Ottimizzazione della terapia con Farmaci tradizionali** (Metotressato, Leflunomide, Idrossiclorochina, Sulfasalazina) eventualmente impiegando terapie variamente combinate
3. **Ottimizzazione della scelta del biologico** sulla base dell'evidenza scientifica e dell'esperienza maturata dai clinici tale da permettere una **personalizzazione terapeutica** sulla condizione clinica del paziente ed in base a variabili di scelta
4. **Assicurare l'appropriatezza** d'impiego del biologico sulla base delle Raccomandazioni e Linee Guida Internazionali e Nazionali.

Centralità del reumatologo per la scelta terapeutica in ottemperanza sia alla evidenza scientifica ed esperienza clinica che alla legge di stabilità del bilancio di previsione dello Stato per la spesa pubblica dell'anno 2017



# Prossimi passi del tavolo regionale

1. Creazione di un sistema di controllo semplificato operativo per la gestione dei farmaci biologici su base regionale
2. Revisione almeno biennale della strategia prescrittiva

# Conclusioni

1. Il reumatologo ha un ruolo centrale nella gestione delle malattie muscolo scheletriche di natura degenerativa ed infiammatoria che hanno una pesante influenza sulla salute della popolazione e sulla attività lavorativa
2. Necessità- apertura della case della salute ai reumatologi affinché possano essere iniziati i PDTA
3. Realizzazione di una rete interaziendale che permetta la gestione integrata dei pazienti affetti da malattie reumatiche