



# Fit for Work Italia:

malattie reumatiche croniche invalidanti, tra salute e lavoro.

Le istanza della coalizione Fit for Work Italia alle Istituzioni.

## 1. Fit for Work Italia: obiettivi, percorsi, visione

Fit for Work nasce a Londra nel 2007 grazie ad uno studio che indaga l'impatto dei disordini muscolo-scheletrici sulla vita lavorativa di migliaia di lavoratori, l'adeguatezza del trattamento e del supporto ricevuto, l'effetto della loro condizione su famiglia e colleghi, oltre al costo umano ed economico connesso.

Promossa dalla Work Foundation, organizzazione non profit londinese e con il patrocinio dell'EULAR, ad oggi tale iniziativa ha coinvolto 30 paesi in Europa e ha prodotto un rapporto per ciascuna nazione, contenente l'analisi della situazione locale, indicazioni specifiche, raccomandazioni finali per tutti gli attori coinvolti: Governo, politici, clinici, lavoratori, classe imprenditoriale e manageriale.

**L'obiettivo di Fit for Work è di sensibilizzare, a livello europeo e nazionale, la comunità clinica, scientifica, economica e politica sull'importanza della "early prevention" nel trattamento dei disordini muscolo-scheletrici, ma soprattutto sulla centralità del recupero e del mantenimento della capacità lavorativa quale parametro imprescindibile nella elaborazione dell'ottimale percorso di cura.**

E proprio su questi aspetti che il progetto è cresciuto nel tempo.

In Europa infatti si è costituita una coalizione Fit for Work Europe, ufficialmente lanciata a Brussels il 30 settembre 2010, i cui componenti sono: Steve Bevan (1), Paul Emery (2), Dame Carol Black (3) e Antonyia Parvanova (4). Nel 2012 la stessa iniziativa si declina nel nostro Paese attraverso la creazione di 3 tavoli tecnici: clinico, economico, politico-sociale.

Coordinati rispettivamente da Giovanni Minisola (5), Francesco Saverio Mennini (6), e Gabriella Voltan (7), i tavoli tecnici sono una piattaforma di incontro e di scambio di esperienze tra molteplici stakeholder, per sostenere, con studi ed evidenze cliniche ed economiche, la necessità che i disordini muscolo-scheletrici diventino una priorità sociale e di salute a livello nazionale ed europeo.

**Fit for  
Work  
Italia:**  
**malattie  
reumatiche  
croniche  
invalidanti,  
tra salute  
e lavoro.**

(1) *Presidente della Work Foundation*

(2) *Professore di Reumatologia presso NHIR, Divisione di Malattie reumatiche e muscolo-scheletrico Chapel Allerton Hospital - UK*

(3) *National Director for Health and Work, Chairwoman of the Academy of Medical Royal Colleges and Chairman of the Nuffield Trust*

(4) *Deputato Europeo (ALDE/BG)*

(5) *Past President della Società Italiana di Reumatologia (SIR) e Direttore della Divisione di Reumatologia dell'Ospedale di Alta Specializzazione "San Camillo" di Roma*

(6) *Professore di Economia Sanitaria dell'Università Tor Vergata di Roma e di Economia e Programmazione Sanitaria presso la Facoltà di Scienze Statistiche dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Visiting Professor, Kingston University, London, UK*

(7) *Presidente dell'Associazione Nazionale Malati Reumatici (ANMAR)*

## **Il progetto Fit for Work Italia vuole essere una cabina di regia in grado di:**

- a) orientare decisori e stakeholder rispetto alle problematiche socio-economiche connesse alla disabilità lavorativa indotta dalle affezioni muscolo-scheletriche
- b) sollecitare decisori e stakeholder a considerare il valore e l'impatto sulle prestazioni lavorative, sul mercato del lavoro e sulla produttività nazionale della diagnosi precoce e dell'intervento appropriato in tale ambito di patologia
- c) indurre decisori e stakeholder a considerare i disordini muscolo-scheletrici con criteri di priorità in sede di elaborazione di politiche sanitarie e di assunzione di decisioni in tema di salute.
- d) Favorire la piena attuazione anche nel nostro Paese delle 6 raccomandazioni della Dichiarazione di Bruxelles, elaborata al termine dei lavori tenutisi il 19 ottobre 2010 e promossi dalla Presidenza belga pro tempore dell'Unione Europea che sono:

1. l'Unione Europea ed gli Stati Membri debbono riconoscere l'impatto socio-economico che le malattie muscolo-scheletriche determinano a tutte le età per assegnare loro appropriata priorità
2. è urgente e necessaria una ricerca clinica che indaghi le cause e i fattori predittivi che impattano su queste malattie croniche
3. l'Unione Europea e gli Stati Membri debbono assicurare che le persone con disabilità generate da malattie muscolo scheletriche abbiano diritto di piena inclusione nella società. Questo comprende l'ottimizzazione dei fattori ambientali e di stile di vita, la disponibilità di strumenti di autogestione e la garanzia del diritto alla flessibilità nell'ambiente di lavoro
4. le persone con malattie muscolo scheletriche dovrebbero ricevere un immediato accesso a cure in centri specializzati, con l'obiettivo di una vita di qualità il più lunga possibile
5. la gestione delle patologie muscolo - scheletriche deve essere, in ogni Stato membro, in relazione alle raccomandazioni fondate sulle evidenze scientifiche
6. le persone con patologie muscolo – scheletriche sono “gli esperti” del vivere con una patologie cronica. Per questo dovrebbero essere coinvolti nella progettazione, nella messa a punto e valutazione dei servizi a loro dedicati.

## 2. Perché Fit for Work: i disordini muscolo-scheletrici in Italia

Gli ultimi anni in Italia sono stati caratterizzati da un'evoluzione del sistema produttivo in senso strutturale. I principali driver di questa trasformazione sono rappresentati dall'invecchiamento demografico, dalla graduale femminilizzazione del mercato del lavoro, dai maggiori vincoli all'espansione della spesa pubblica, dall'abbandono delle attività manifatturiere a più basso valore aggiunto, dal cambiamento di regime della domanda al settore immobiliare.

Incide nel nostro Paese la forte carenza di servizi alle famiglie e di quelli per gli anziani non autosufficienti e per malati cronici. Nei prossimi anni i bisogni di cura in Italia cresceranno ulteriormente. Occorrerà favorire, dunque, strumenti di flessibilità dell'orario che incrocino i bisogni del lavoratore con quelli dell'impresa, ampliare il telelavoro, prevedere misure per la mobilità sostenibile e per il miglioramento dell'accessibilità al luogo di lavoro, oltre alla possibilità di ricorrere a congedi brevi e per situazioni di emergenza.

Un utilizzo più ampio del part-time in uscita può soddisfare sia il bisogno di flessibilità dell'impresa che quello degli addetti, donne e uomini, che chiedono una tale soluzione in via permanente o per un periodo definito, in linea con il trend di invecchiamento medio

della nostra popolazione. Elemento non trascurabile è la riforma del modello pensionistico che innalza ulteriormente l'età pensionabile e riduce alcune garanzie. In un contesto di welfare più complesso, anche le condizioni delle famiglie con assistenza ad un malato cronico si fanno più difficoltose.

**Il peso dell'assistenza, infatti, grava molto spesso quasi totalmente sulle spalle delle famiglie e non solo in termini economici. Intervenire tempestivamente e opportunamente è di particolare interesse socio-economico se si considera che le malattie reumatiche più invalidanti colpiscono solitamente una popolazione giovane e in età lavorativa.**

**Secondo l'Osservatorio Sanità e Salute circa 23.000.000 di giornate di lavoro in Italia vengono perse annualmente per tre malattie reumatiche invalidanti, considerate paradigmi delle patologie che compromettono la vita lavorativa di chi ne è colpito: l'Artrite Reumatoide, l'Artrite Psoriasica e la Spondilite Anchilosante. Per tali condizioni morbose il Servizio Sanitario Nazionale sopporta solo il 30% del costo della malattia (cost of illness) corrispondente ai costi diretti, essendo il rimanente 70% rappresentato dai costi indiretti e, in particolare, dalla perdita di produttività dei soggetti colpiti.**

I costi dell'assistenza socio-sanitaria rappresentano una seria minaccia per l'economia complessiva del nostro Paese. Con specifico riferimento alle tre patologie predette, **la spesa annuale supera i 4 miliardi di euro, quasi la metà dei quali sono imputabili alla perdita di produttività dei 287.000 lavoratori colpiti.** Si tratta di costi che incidono pesantemente sulla collettività e sul bilancio dello Stato in termini di spesa sociale e di minori entrate per mancata tassazione del reddito producibile ma non prodotto.

**Fit for  
Work  
Italia:**  
**malattie  
reumatiche  
croniche  
invalidanti,  
tra salute  
e lavoro.**

Il forte impatto sociale per l'elevata incidenza dei costi economici e della riduzione della qualità di vita ha spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Organizzazione delle Nazioni Unite a dedicare la decade 2000-2010 alla prevenzione e al trattamento delle malattie muscoloscheletriche (2000-2010 bone and joint decade). Il peso delle patologie reumatiche e le nuove possibilità di cura hanno indotto il Parlamento europeo nel maggio del 2008 ad adottare la dichiarazione scritta 0008/2008, presentata dai deputati Edite Estrela, Dorette Corbey e Adamos Adamou sulle malattie reumatiche (che segue quella del 2005, 41/2005), che invita gli Stati membri a sviluppare una strategia intesa a migliorare l'accesso alle informazioni e alle cure. La XII Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato ha pubblicato in data 8 marzo 2011 un corposo dossier ponendo l'attenzione sulla necessità di una diagnosi precoce per evitare la perdita dell'autosufficienza, la discontinuità lavorativa, l'abbandono anticipato del posto di lavoro e conseguentemente ridurre i costi sanitari e sociali.

Recentemente è aumentata la "coscienza popolare" rispetto ai costi indiretti, nettamente maggiori di quelli diretti, delle malattie reumatiche, specie nei confronti di quelle per le quali esistono oggi concrete possibilità di trattamento purché prontamente riconosciute e fronteggiate. Con riferimento al cost of illness in termini lavorativi e produttivi, si registrano margini di miglioramento nelle policies e nello scambio di dati e informazioni tra Istituzioni come il Ministero della Salute, gli Assessorati alla Sanità Regionali e l'INPS, che potranno beneficiare ampiamente da tale scambio. I numerosi dati disponibili evidenziano un importante costo sociale delle reumopatie invalidanti attualmente insopportabile, per le sue dimensioni, dal sistema previdenziale.

Torna prepotentemente alla ribalta, a tale riguardo, il problema della difficoltà ad attuare una diagnosi precoce per carenza o mancanza della rete assistenziale reumatologica. Diagnosi precoce la cui importanza in Reumatologia è sottolineata da un dato drammatico: **se si considerano le patologie a potenziale invalidante, nel 10% dei casi si registra uno stato di invalidità lavorativa totale e permanente dopo solo due anni dall'insorgenza, nel 30% dopo cinque anni e nel 50% dopo dieci anni. Ciò significa che la progressione delle malattie reumatiche, se non opportunamente controllata e contrastata, incide pesantemente e in maniera progressiva sulla qualità della vita, sulla frequenza dei ricoveri e sulla produttività. I costi riconducibili alla perdita di produttività lavorativa aumentano in misura esponenziale con l'aggravarsi della malattia, con evidente e crescente impatto sull'economia nazionale. Pertanto, più aumenta il grado di severità della malattia, maggiori sono i costi per la collettività.**

I lavoratori con malattie reumatiche invalidanti, se non appropriatamente trattati e se non opportunamente seguiti, rischiano a causa della loro patologia, il pensionamento anticipato, la disoccupazione e l'esclusione sociale. In un momento come quello attuale in cui la necessità di crescita impone di realizzare alti livelli di occupazione, di produttività e di coesione sociale, una gestione inadeguata o insufficiente dell'invalidità reumatica di un paziente in età lavorativa pregiudica la ripresa economica.

**Sono dati che devono fare riflettere coloro che sono preposti alla tutela della salute, alla salvaguardia dei diritti del lavoratore e alla vigilanza sul mondo del lavoro. Sono dati che, finora, hanno ricevuto pochissima attenzione.**

A occuparsi della cura (dati Istat) è, in più della metà (56%) dei casi, un solo membro del nucleo familiare, che dedica mediamente all'assistenza del familiare malato oltre 5 ore al giorno. Tale situazione, in circa il 93% dei casi, non permette ai componenti delle famiglie di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di assistenza, al punto che oltre la metà (53,6%) segnala licenziamenti e mancati rinnovi o interruzioni del rapporto di lavoro. Le famiglie, inoltre, mediamente spendono in un anno circa 8.500 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona (badante), 3.700 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Quasi 14 mila euro, in media, è il costo per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali. In questo già difficile contesto lo Stato non sta ottemperando alle proprie

funzioni in materia di assistenza sanitaria e sociale. Lo confermano i 6,8 miliardi di euro di tagli lineari al Fondo Sanitario Nazionale previsti per gli anni 2012-2015 con la spending review, che si sommano ai circa 8 miliardi di tagli di precedenti manovre, sino ad arrivare a un totale di oltre 20 miliardi di euro. Nel prossimo futuro tutte le Regioni, anche le più virtuose, saranno costrette ad avviare Piani di rientro dal deficit sanitario.

In termini più specifici i numeri sulle patologie croniche che affliggono gli italiani sono significativi. I dati in proposito dimostrano che:

- un'alta percentuale di italiani è affetto da una o più patologie croniche (tra cui osteoartrite e artrite sono le più frequenti)
- le patologie croniche rappresentano il 70% della spesa pubblica sanitaria;
- le patologie muscolo-scheletriche (MSD) hanno rappresentato più del 41% del totale delle malattie professionali segnalate all'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) nel 2007;
- il dolore muscolo-scheletrico è la più frequente causa di dolore nella popolazione italiana.

**Poiché i problemi muscolo-scheletrici sono una delle principali cause di assenza per malattia nei paesi sviluppati e poiché l'invecchiamento rappresenta uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche e disabilità, se l'indice di invecchiamento continuerà ad aumentare come previsto dalle proiezioni demografiche, l'impatto economico e sociale delle affezioni muscoloscheletriche in Italia aumenterà nei prossimi anni in maniera esponenziale.**



### 3. Le malattie reumatiche croniche in Italia: tra diagnosi tardiva e accesso difficile alle cure, la quotidianità di un paziente – lavoratore

Le patologie muscolo-scheletriche, in Italia come in Europa, sono oggi la causa più comune di malattie croniche ad alto potenziale di disabilità con ricadute importanti sulla qualità di vita delle persone. A destare preoccupazione, oltre allo stato di salute dei pazienti, è anche l'impatto economico che si lega a queste patologie andando a pesare sull'intero sistema Paese.

Da un confronto europeo sullo stato di gestione di queste patologie e del loro livello di severità, all'Italia spetta la maglia nera: nel nostro Paese infatti la malattia è lasciata progredire, nella pratica clinica, più a lungo di quanto non accada in altri Paesi, generando un più elevato grado di severità. Una tale analisi della situazione è sostanziata dai risultati di una indagine condotta nell'ambito del tavolo clinico Fit for Work, che ha preso in esame i dati raccolti nel database METEOR e nel Registro GISEA–Gruppo Italiano Studio Early Arthritis, su Italia, Francia, Irlanda, Olanda, Portogallo, Spagna, Inghilterra e USA.

Per quanto riguarda l'Artrite Reumatoide, considerando l'attività di malattia definita sulla base del Disease Activity Score su 28 articolazioni, la coorte Italiana è quella che presenta il punteggio più elevato pari a 5.5, seguita da Irlanda con 4.8, Inghilterra e Portogallo con 4.2, Stati Uniti con 3.9, Olanda con 3.1, Spagna 2.9 ed infine Francia con 2.5. **Questo problema è riconducibile a diversi fattori tra cui la durata della malattia, l'età del paziente, il livello di scolarizzazione e le sue disponibilità economiche, la puntualità nel cambiare le terapie e soprattutto lo stato dell'organizzazione sanitaria e i tempi di accesso allo specialista Reumatologo.** In Italia il 24,1 % dei pazienti vive in una condizione di disabilità severa contro il 8,7% dell'Irlanda, il 9,5% degli Stati Uniti, il 10% dell'Olanda e il 3.9% della Francia.

La situazione non migliora nel caso dell'Artrite Psoriasica della Spondilite Anchilosante e delle Spondilite Indifferenziate per le quali si registrano indici di disabilità (indice BASFI) piuttosto severi, rispettivamente di 4.27, 4.31 e 4.19. Interessante tuttavia notare come, a distanza di un anno dall'inizio del trattamento, oltre il 60% dei pazienti con disabilità grave ha visto decrescere il proprio livello di disabilità fino a raggiungere un punteggio di BASFI < 2, andando quindi in remissione da un punto di vista funzionale.

**Questi dati sono la dimostrazione di come la persistenza della malattia, quando non prontamente trattata, condiziona fortemente il decorso della disabilità e la qualità di vita del paziente. Al contrario una diagnosi precoce ed una strategia di controllo ravvicinato contribuisce alla remissione completa o ad uno stato di bassa attività perfettamente compatibile con l'attività lavorativa. L'analisi dei dati scientifici ed epidemiologici oggi a nostra disposizione 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**

Fit for  
Work  
Italia:  
malattie  
reumatiche  
croniche  
invalidanti,  
tra salute  
e lavoro.

**diagnosi precoce, una terapia precoce mirata alla remissione, un adeguamento delle linee di intervento terapeutico alle raccomandazioni internazionali ed ai fattori prognostici oggi disponibili.**

**In buona sostanza, dalla ricerca emerge che il sistema sanitario nazionale italiano dimostra di non essere in grado di garantire un accesso precoce alle cure in tutti i suoi distretti territoriali. Per questo, il grado di severità delle patologie muscolo - scheletriche è più alto in Italia che negli altri paesi europei. L'accrescersi della percentuale di severità incide fortemente sulla produttività dei lavoratori italiani anche in termini di assenteismo e presenteismo: aumentano le giornate perse a causa della malattia; diminuisce la produttività di quei pazienti, che pur avendo un grado di forte severità, sono presenti al lavoro.**

Nello specifico delle malattie reumatiche, è necessario sottolineare che sono **la causa più frequente di assenza dal lavoro. In Italia sono quasi 6,5 milioni le persone che ne soffrono, e di queste, circa 800.000 sono colpite da forme croniche invalidanti.** Uno degli scopi principali del tavolo clinico Fit for Work Italia è di approfondire la conoscenza dei rapporti intercorrenti tra patologie muscolo-scheletriche e attività lavorativa. Questo perché, stante la situazione di diffusa severità e relativa incidenza sul piano della sostenibilità economica per il Paese, è diventato urgente riflettere su queste evidenze per definire chiare linee di intervento che tengano conto non solo degli aspetti clinici e assistenziali ma anche e soprattutto **della centralità del recupero e del mantenimento della capacità lavorativa quali parametri imprescindibili nella elaborazione dell'ottimale percorso di cura.**

A tal fine è stata promossa una indagine conoscitiva tra i lavoratori affetti da tre malattie reumatiche immuno-infiammatorie altamente invalidanti, se non trattate tempestivamente e appropriatamente: l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica e la spondilite anchilosante. I dati dell'indagine condotta su 375 pazienti in cura presso 8 Centri di eccellenza italiani\* per la diagnosi e cura delle malattie reumatiche **restituiscono una fotografia chiara delle difficoltà quotidiane che i pazienti affrontano nella loro dimensione professionale, sia a livello relazionale che fisico-prestazionale.** Oltre la metà del campione è costretto ad assentarsi in maniera ricorrente dal lavoro a causa della malattia. **In particolare, nel primo anno dall'insorgenza dei sintomi i pazienti si assentano dal lavoro in media per 31 giorni:** 35 giorni nel caso dell'artrite reumatoide, 27 per la spondilite anchilosante e 25 per l'artrite psoriasica. **Svolgono in prevalenza lavori come impiegati (32%),** commercianti e artigiani (12%), operai generici (11%) e specializzati (7%), casalinghe (6%) e insegnanti (6%). Nel 51% dei casi si tratta di attività di ufficio che prevedono l'uso del computer, nel 48% è previsto lo svolgimento di movimenti ripetuti e frequenti e nel 40% attività manuali comportanti svolgimento di compiti fini. Sebbene la movimentazioni di carichi (36% dei casi), l'esposizione a vibrazioni (10% dei casi), alle basse temperature (11% dei casi), ad umidità elevata (14% dei casi), al contatto con liquidi (12% dei casi) siano piuttosto contenute, **le persone colpite da malattie reumatiche invalidanti riescono a svolgere pienamente il proprio lavoro in media solo nei primi 7 anni dall'inizio della malattia. Significativa, in questo senso, l'indicazione del carico di stress generato dal lavoro, che viene riscontrato dal 45% dei pazienti. Il 21% del campione, a distanza di anni, pur mantenendo la stessa occupazione, riesce a svolgere solo parzialmente le mansioni previste mentre il 20% è costretto a cambiare completamente attività lavorativa.** Andando a vedere il dettaglio di questi dati per singola patologia, l'artrite psoriasica risulta meno invalidante con il 69% delle persone che dichiara di continuare a svolgere senza limitazioni la medesima attività lavorativa, contro il 51% delle persone affette da artrite reumatoide e il 55% di quelle colpite da spondilite anchilosante. **Ciò che emerge con chiarezza da**

\*Ospedale Policlinico, Cattedra di Reumatologia – Bari; Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Cattedra di Reumatologia – Firenze; IRCCS San Martino, Cattedra di Reumatologia – Genova; Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Day-Hospital di Reumatologia – Milano; Ospedale Spirito Santo, Unità Operativa Complessa di Reumatologia – Pescara; Ospedale di Alta Specializzazione San Camillo, Unità Operativa Complessa di Reumatologia – Roma; Università Cattolica del Sacro Cuore, Cattedra di Reumatologia – Roma; Policlinico Le Scotte, Cattedra di Reumatologia – Siena



**questa indagine è come l'individuazione di una terapia appropriata si rifletta positivamente sulla qualità di vita del paziente. Con il passare del tempo, infatti, i giorni di assenza per malattia decrescono in maniera significativa, passando da una media di 31 nel primo anno ad una media di 17 giorni nell'ultimo anno considerato. Questa decrescita si accompagna ad un maggiore utilizzo dei farmaci biologici in grado di migliorare i sintomi e ridurre le limitazioni sulla vita quotidiana e lavorativa dei pazienti. Infatti, nel 37% dei pazienti che hanno iniziato ad assumere farmaci biologici si riscontra un calo del numero di giorni di assenza dal lavoro.**

**I dati ottenuti spingono a considerare necessaria una stretta collaborazione tra il sistema assistenziale reumatologico italiano e la Medicina del Lavoro per assicurare la migliore e più completa gestione del paziente che tenga conto anche del recupero e del mantenimento della sua capacità lavorativa. Diventa fondamentale promuovere una cultura della workability e aumentare la sensibilità rispetto ad essa nella comunità scientifica, nella società civile e presso i datori di lavoro, incoraggiandoli a prevedere interventi appropriati e mirati nei luoghi di lavoro.**

Tra le evidenze e le stimolazioni culturali elaborate dal tavolo clinico Fit for Work Italia, è importante sottolineare anche la debolezza strutturale del sistema clinico – assistenziale italiano rilevata dall'opinion leader europeo di riferimento in materia di malattie reumatiche croniche invalidanti, la Prof.ssa Tuulikki Sokka, Responsabile della Reumatologia all'Ospedale Centrale Jyväskylä, Finlandia, secondo la quale:

- 1.** Il Nord Europa, la Finlandia in testa, è perfettamente consapevole del valore della misurazione della workability come parametro imprescindibile nella valutazione di un percorso clinico terapeutico efficace.
- 2.** In Italia manca una necessaria e diffusa sensibilità e l'utilizzo sistematico di strumenti di monitoraggio della workability.
- 3.** Esiste qualche buon caso di Best Practices in Italia, ma tali esperienze non sono ancora entrate a sistema, non fanno parte di un patrimonio di procedure condivise e standardizzate su tutto il territorio italiano.
- 4.** Tale approccio culturale verrà messo a sistema, con il tempo, dalla comunità reumatologica italiana. A questo però dovrà seguire inevitabilmente, una indispensabile strutturazione da parte del sistema sanitario ed economico-sociale per poter accogliere queste sfide di trasformazione, pena l'aumento esponenziale dei costi diretti ed indiretti a carico del sistema sanitario nazionale.

#### 4. Quanto costa al “sistema – Paese” la gestione delle malattie reumatiche croniche? Alcune evidenze dal tavolo economico Fit for Work Italia

Quando si parla di malattie croniche invalidanti non si può prescindere dal puntare le analisi sui relativi costi indiretti e sociali, focus di studio e discussione dei lavori del tavolo economico Fit For Work Italia. I costi sociali ed i costi indiretti, più in generale, hanno infatti soprattutto nel nostro Paese, un impatto significativo ed evidente, in termini di spesa pubblica, poiché vanno ad incidere sui conti previdenziali (INPS, INAIL, etc.) e perdita di produttività. Ancora, a livello europeo, bisogna sottolineare come circa 3 cittadini su 10 soffrono di malattie di lunga durata o di problemi di salute che vanno ad incidere sulla loro attività lavorativa (Eurobarometer - Health in the European Union, 2006), con conseguenti forti ricadute in termini di assegni di invalidità e di inabilità nonché di perdita di produttività.

**Per questo, il tavolo economico Fit for Work Italia ha ritenuto importante stimare tanto la numerosità quanto la valorizzazione economica di queste patologie in termini di costi indiretti, con particolare attenzione anche alla spesa a carico del sistema previdenziale.** Varie sono le tipologie di prestazioni che compongono i costi indiretti e diretti non sanitari, in senso generale, di una patologia o di un insieme di patologie. Rientrano in questa voce:

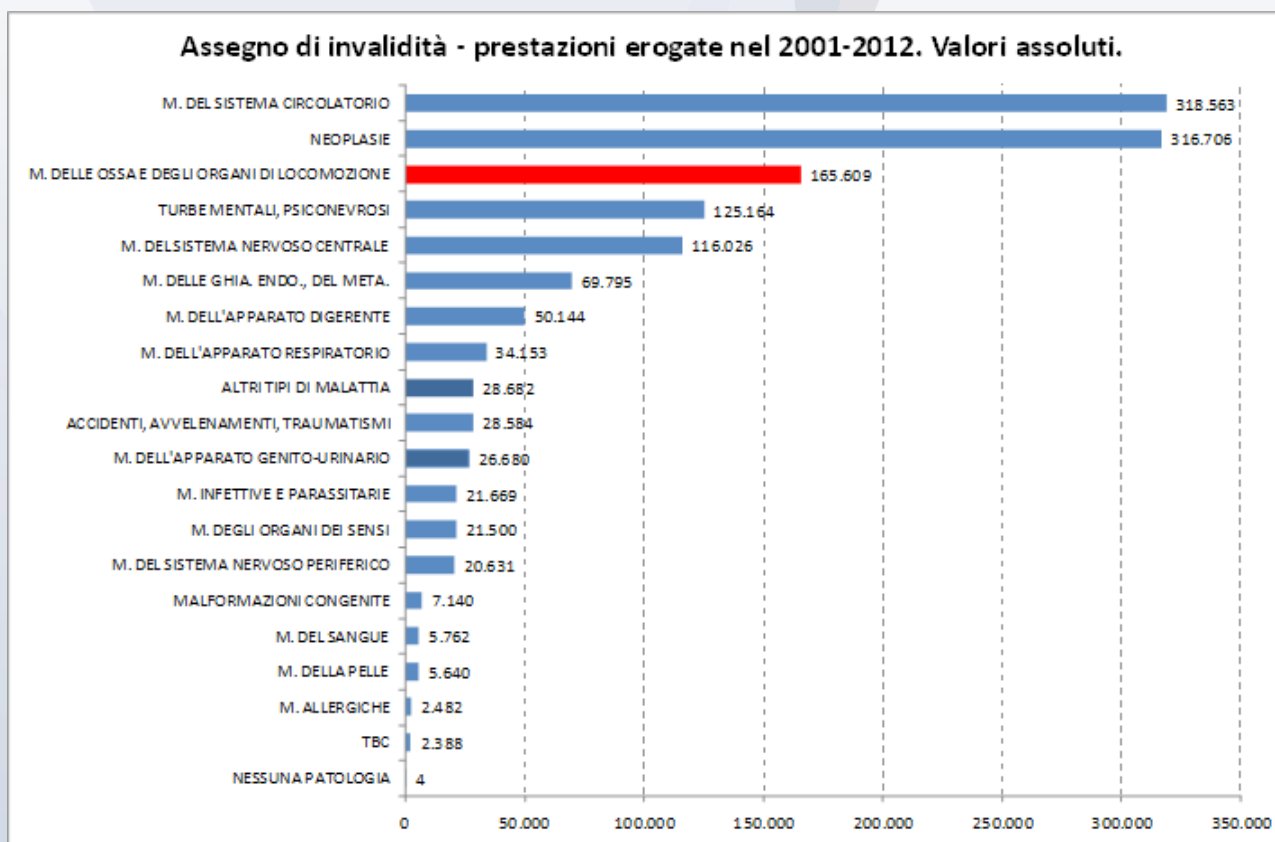
- la diminuzione dell’output lavorativo dovuta a ridotta capacità d’azione
- i costi legati al conseguente calo di produttività
- la riduzione delle entrate
- la perdita di opportunità da parte del lavoratore malato e di membri della sua famiglia
- la riduzione delle entrate di questi ultimi
- l’assenteismo dal posto di lavoro di quanti sono coinvolti nell’assistenza del lavoratore malato
- Costi sostenuti dal sistema previdenziale (assegni di invalidità e pensioni di inabilità)

L’entità dei costi indiretti varia a seconda delle condizioni del paziente, dell’attività lavorativa svolta e del numero di familiari coinvolti nel percorso assistenziale. Nello specifico della prospettiva dell’INPS, si distinguono: le spese afferenti al settore previdenziale (es. invalidità e inabilità per gli assicurati INPS), le spese afferenti al settore assistenziale (es. pensioni e indennità riferibili all’invalidità civile) e le spese temporanee (trattamenti di malattia). **Questa prima analisi si concentra sulle spese afferenti al settore previdenziale, completamente telematizzate da anni presso INPS.** Per l’invalidità civile e la malattia, la telematizzazione è più recente e si pongono, in parte, problemi relativi alle codifiche nosologiche. Ai fini di una definizione il più possibile completa dei costi indiretti, in aggiunta alle spese INPS non di seguito valorizzate, andrebbero tenuti in conto i costi di competenza INAIL nonché, nella prospettiva delle imprese, i costi a loro carico relativi alle assenze per malattia ma anche e soprattutto alle perdite di produttività riconducibili al fenomeno del presentismo.

**Fit for  
Work  
Italia:**  
**malattie  
reumatiche  
croniche  
invalidanti,  
tra salute  
e lavoro.**

Nell'analisi Fit for Work Italia sono state considerate, inizialmente, due tipologie di dati provenienti dalle banche dati dell'Osservatorio delle Pensioni dell'INPS: le nuove domande di prestazioni accolte e le prestazioni complessivamente erogate per gruppi di patologia e per singolo anno dal 2001 al 2012. Nello specifico sono state prese in esame le seguenti prestazioni: **pensioni di inabilità**, riconosciute a chi è dichiarato inabile al 100% ed è per questo assolutamente e permanentemente incapace a svolgere qualsiasi attività lavorativa; **assegni di invalidità**, riconosciuti ai lavoratori la cui capacità lavorativa è ridotta in modo permanente a più di due terzi, a causa di infermità o menomazione fisica o mentale. **Sono proprio gli assegni di invalidità, che costituiscono il 96% delle prestazioni totali erogate per le malattie muscolo-scheletriche dall'Istituto di previdenza nei singoli anni considerati**, le prestazioni su cui è stata focalizzata la prima parte dell'analisi.

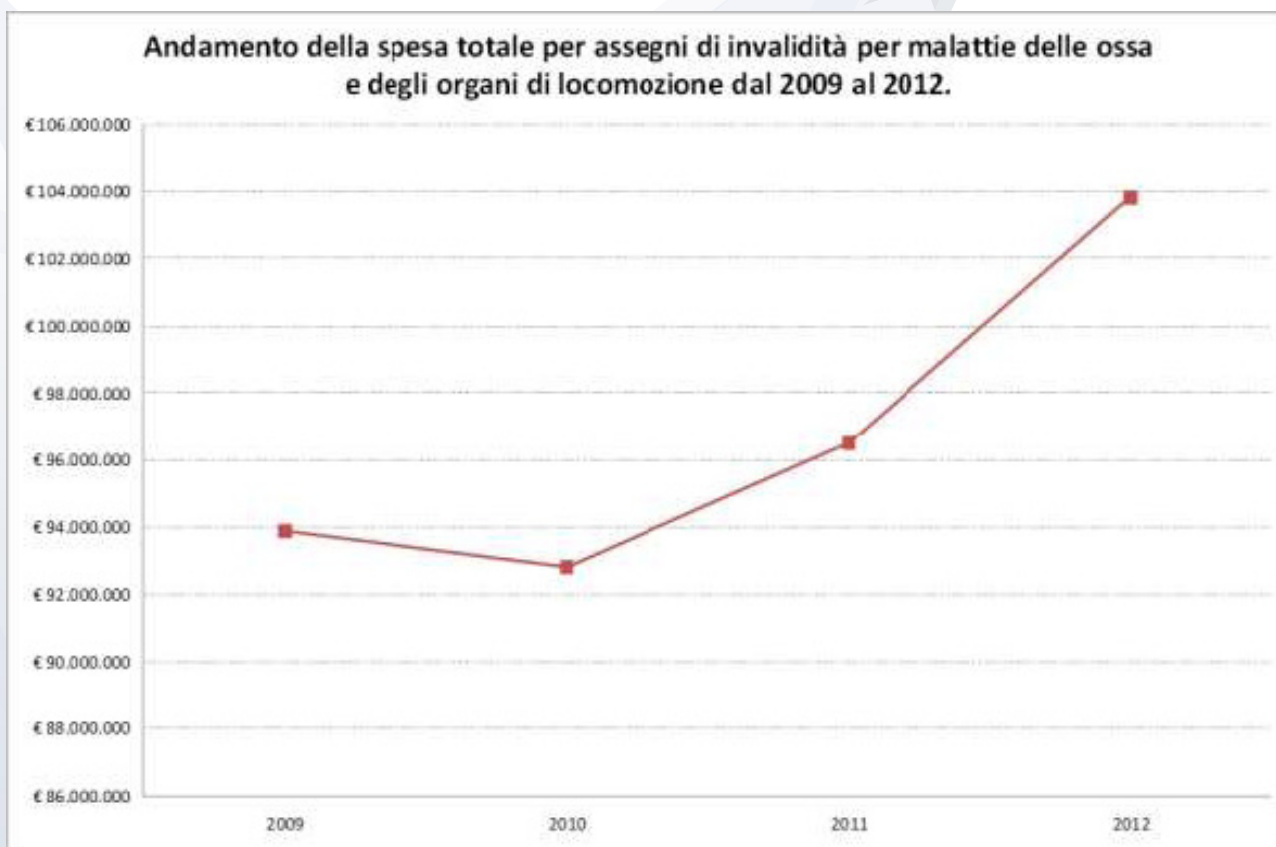
Complessivamente, tra il 2001 ed il 2012, risultano essere state accolte **47.130 nuove domande per assegno di invalidità per malattie delle ossa e degli organi di locomozione, con una media per anno pari a quasi 4.000 nuove domande accolte**. Questo valore risulta inferiore soltanto al numero totale di assegni di invalidità erogati per neoplasie (118.840) e malattie del sistema circolatorio (96.700) nello stesso periodo. In termini percentuali, inoltre, le domande accolte per assegni di invalidità per le patologie muscolo-scheletriche, costituiscono circa il **10% del totale delle nuove prestazioni tra il 2001 ed il 2012**. **Se si guarda al numero delle prestazioni erogate dal 2001 al 2012, gli assegni di invalidità per le malattie delle ossa e degli organi di locomozione sono stati 165.609, con una media di 13.801 prestazioni erogate all'anno e un valore percentuale pari a circa il 12% del totale degli assegni di invalidità erogati in questo periodo**. Anche in questo caso il valore degli assegni stanziati per malattie muscolo-scheletriche risulta inferiore solamente a quello registrato per le patologie legate al sistema circolatorio (318.563) e alle neoplasie (316.706).



Fonte: elaborazione CEIS-EEHTA, su dati INPS

Sebbene questi numeri siano già esemplificativi dell'impatto che queste patologie hanno sul sistema previdenziale italiano, ancora più interessante è andare ad analizzare la valorizzazione economica delle prestazioni erogate. La stima dell'onere economico sostenuto dall'INPS per le prestazioni relative a patologie muscolo-scheletriche è stata operata utilizzando due tipologie di dati: l'importo medio mensile per assegno di invalidità e pensione di inabilità vigenti al 2012; il numero di assegni di invalidità e pensioni di inabilità complessivamente erogati nel 2012 per le malattie muscolo-scheletriche. Dall'analisi di questi dati si evidenzia un andamento crescente della spesa tra il 2009 e il 2012.

**In particolare, partendo da una spesa pari a circa €94 milioni nel 2009, dopo una leggera flessione nel 2010, si registra una crescita dell'importo fino a €104 milioni nel 2012. Complessivamente tra il 2009 e il 2012 si registra un incremento percentuale della spesa pari a circa il 10%. Inoltre, con riferimento specifico agli assegni di invalidità, si evidenzia una prevalenza molto accentuata della categoria di persone in età lavorativa (21-60) con un valore medio pari a 10.421 prestazioni erogate tra il 2001 ed il 2012, corrispondente al 75% del totale degli assegni medi erogati. Inoltre, dalla nostra analisi è stato possibile stimare anche il costo relativo alla spesa previdenziale (assegni di invalidità e pensioni di inabilità) per Artrite Reumatoide che è risultato essere pari a €8.822.307.**



Fonte: elaborazione su dati INPS

**Tutto questo sembra, quindi, evidenziare con sempre maggiore forza l'impatto che queste patologie hanno in termini di costi indiretti. Proprio per questo motivo, abbiamo focalizzato l'attenzione sulla valorizzazione della perdita di produttività. Dalle fonti a disposizione (Istat, Leardini et al. 2002, Salaffi et al. 2005, Censis, Anmar e SIR 2008, Osservatorio Sanità e Salute) è stato possibile avere informazioni relative alla prevalenza, al costo di una giornata di lavoro, alla popolazione occupata affetta da patologie muscolo-scheletriche, agli abbandoni lavorativi e alle giornate di lavoro perse in un anno. Seguendo una metodologia consolidata in letteratura, siamo stati in grado di effettuare una valorizzazione della perdita di produttività relativa ai pazienti affetti da queste patologie. I principali risultati evidenziano un numero totale di giornate perse di lavoro pari a 22.500.000 (in linea con quanto evidenziato dallo studio dell'Osservatorio Sanità e**

Salute) corrispondenti ad una perdita di produttività di €2.842.440.517. All'interno delle patologie considerate (AR, SA, AP), l'Artrite Reumatoide risulta essere quella caratterizzata dal maggior numero di giornate perse di lavoro (9.066.503) e dal conseguente maggior impatto in termini di perdita di produttività (€ 1.145.377.593).

Tali numeri risultano ancora più impattanti se si tiene conto del fatto che riguardano solo alcune delle voci dei costi indiretti e suscettibili quindi, con ulteriore analisi, di integrazione con gli altri costi a carico di INPS, INAIL ed imprese. Ma, soprattutto, si evidenzia un tracciato esponenziale, elemento di ulteriore aggravio per la sostenibilità del sistema e la relativa gestione della patologia. Un sistema che non garantisce un accesso precoce alle cure, dissipa le risorse della collettività e anni di qualità della vita dei pazienti.

I risultati di questa prima analisi sono comunque sufficienti per comprendere la portata, tanto economica quanto socio - sanitaria, delle malattie muscolo-scheletriche anche per quanto attiene i costi indiretti e i costi diretti non sanitari che potrebbero ridursi mediante l'adozione di corrette politiche di prevenzione accompagnate da cure efficaci ed appropriate, liberando risorse che potrebbero essere reinvestite nel processo socio-assistenziale del Paese.



## 5. Le istanze Fit for Work Italia: soluzioni per una migliore gestione delle malattie reumatiche croniche

### Premessa

I dati scientifici e le evidenze cliniche ed economiche che il gruppo di esperti Fit for Work Italia ha prodotto, dimostrano con chiarezza che l'attuale gestione delle patologie muscolo – scheletriche non è sostenibile dal Sistema Sanitario Nazionale.

**Per questo Fit for Work Italia ritiene di poter avanzare alle Istituzioni istanze e proposte che, puntando sulla “early prevention” nel trattamento dei disordini muscolo-scheletrici, possano ridurre la difficoltà di accesso al sistema, impedendo così il progredire della malattia, l'aumentare dei costi di cura e di gestione sanitaria, la diminuzione della produttività professionale. Gli esperti Fit for Work Italia propongono quindi un modello di assistenza nel quale il recupero ed il mantenimento della capacità lavorativa diventi un parametro imprescindibile nella elaborazione di un ottimale percorso di cura.**

**La proposta Fit for Work Italia prevede il potenziamento, la riorganizzazione, l'integrazione dei servizi reumatologici e il loro inserimento in una rete assistenziale specialistica uniformemente distribuita nel territorio nazionale, indispensabili per formulare una diagnosi precoce e precisa e per attuare trattamenti appropriati e tempestivi che evitino la compromissione delle capacità lavorative e che favoriscano il pronto recupero all'attività produttiva dei lavoratori malati.**

Pur nella consapevolezza che per i malati affetti da malattie reumatiche invalidanti è necessario intervenire sulle normative esistenti in tema di lavoro per consentire loro maggiore flessibilità in ingresso e in uscita, è tuttavia doveroso:

- far sì che non si verifichino ritardi operativi che favoriscano situazioni invalidanti tali da non consentire la prosecuzione della propria attività
- prevedere un'organizzazione assistenziale che favorisca il pronto recupero delle capacità produttive e lavorative del lavoratore, nell'interesse di quest'ultimo e della collettività.

Molti dei pazienti interessati da malattie reumatiche che intaccano la funzione articolare, mantengono una forte capacità produttiva, anche se rilevante è il numero di coloro che abbandonano prematuramente la loro vita lavorativa a causa del loro stato di salute. Questa grave situazione può essere evitata attraverso processi di diagnosi precoce e trattamento adeguato attuabili solo in presenza di una rete, con la partecipazione e la collaborazione dei clinici, dei decisori e dei datori di lavoro.

**Una tale sinergia, finalizzata al precoce ritorno al lavoro o alla permanenza in attività produttiva nelle migliori condizioni possibili, ha ricadute favorevoli anche sotto il profilo psicologico perché evita ai soggetti interessati l'influenza sfavorevole derivante dalla consapevolezza e dalla percezione della propria incapacità, dalla perdita del lavoro e dalla riduzione dell'introito; situazioni, queste, che possono portare all'esclusione sociale o alla povertà e che sono**

**Fit for  
Work  
Italia:  
malattie  
reumatiche  
croniche  
invalidanti,  
tra salute  
e lavoro.**

**frequentemente responsabili di condizioni depressive che complicano la malattia di base.**

**Intervenire sul problema della workability significa migliorare le condizioni dei lavoratori, ridurre il numero di coloro che sono costretti ad abbandonare il proprio lavoro e a dovere affrontare disagi nella vita socio-relazionale, diminuire il numero delle giornate di lavoro perse, generare risparmio per le imprese e per il Sistema Sanitario Nazionale e attuare in ambito reumatologico una vera spending review.** Purtroppo oggi il concetto di spending review in sanità non considera il recupero del lavoratore alla sua attività e non tiene conto del concetto di salute intesa anche come componente determinante della vita lavorativa. Una spending review, che sia allo stesso tempo vera e concreta, deve piuttosto considerare le varie componenti della spesa pubblica ed evitare i tagli lineari che caratterizzano quella recentemente proposta.

Solo così la spending review può concretamente e realisticamente contribuire al rilancio dell'economia nazionale e non tradursi in una mera e miope riduzione delle prestazioni, a scapito della salute dei pazienti.

### **Istanze e proposte di soluzione Fit for Work Italia**

La coalizione Fit for Work Italia, forte degli studi e delle analisi messe a punto nell'ambito di un programma di lavoro interdisciplinare e condiviso, presenta alle Istituzioni, Associazioni, Società Scientifiche, Parti Sociali le seguenti istanze e proposte di soluzioni:

- A. Reti Reumatologiche e organizzazione di servizi per il recupero della workability**
- B. Obbligo di segnalazione del codice nosologico nei certificati di malattia**
- C. Piano Sanitario per le Malattie Reumatiche e Semestre italiano di Presidenza dell'Unione europea**

#### **Reti Reumatologiche e organizzazione di servizi per il recupero della workability**

Il lavoratore con una patologia reumatica invalidante è un paziente che, per la particolare complessità diagnostica e terapeutica, necessita di un percorso di presa in carico che eviti la frammentazione delle prestazioni e assicuri la continuità della cura, specie quando coesistono altre patologie. Ne consegue la necessità di strutturare percorsi clinico-organizzativi capaci di favorire l'accesso a strutture specialistiche di vario livello in grado di assicurare l'immediata presa in carico del paziente.

La rete assistenziale reumatologica deve prevedere un settore dedicato, Return-to-Work Clinic, valutato con appositi indicatori di performance e nel quale la gestione del paziente lavoratore sia possibilmente multidisciplinare e finalizzata al precoce reinserimento al lavoro.

**In termini di competenze e disponibilità, esistono oggi risorse umane in grado di realizzare, in collegamento con il network della Medicina Generale, un modello di Return-to-Work Clinic espressamente finalizzata alla riduzione del numero di giornate lavorative perse e al controllo dell'invalidità lavorativa.**

L'ottimizzazione della rete assistenziale prevede il collegamento e l'integrazione tra i vari operatori e le varie strutture coinvolte nell'assistenza al lavoratore.

## **Il modello può essere concretamente realizzato prevedendo tre fasi di intervento.**

- **Fase 1:** disegno di un percorso di accesso preferenziale per pazienti lavoratori con disabilità reumatica temporanea entro due giorni dalla visita del Medico di Medicina Generale, con presa in carico globale da parte del centro reumatologico dotato di Return-to-Work Clinic. La Return-to-Work Clinic deve potere garantire in tempi brevi, attraverso un collegamento con il medico di famiglia, l'accesso del paziente alla struttura ove, con il coordinamento dello Specialista in Reumatologia, devono essere possibili e prontamente realizzabili, quando necessarie, consulenze polispecialistiche. In questa fase sono centrali il ruolo e la formazione del Medico di Medicina Generale che ha l'importante compito di diagnosticare la malattia e di delineare l'entità e la gravità dell'eventuale riacutizzazione e della possibile complicanza.
- **Fase 2:** implementazione di un progetto pilota, anche mediante l'eventuale sviluppo di uno studio caso-controllo per la valutazione degli outcome clinici, economici e sociali.
- **Fase 3:** sviluppo di una proposta di incentivi per le strutture, in funzione della capacità di mantenere la capacità lavorativa dei pazienti.

### **Gli indicatori di performance proposti sono i due seguenti:**

- tempi effettivi di accesso alla Return-to-work Clinic
- ricorrenza e durata media degli episodi di disabilità lavorativa temporanea.

Il nodo nevralgico della rete è rappresentato dal centro reumatologico di riferimento, la cui distribuzione sul territorio italiano deve essere uniforme. L'operatività deve prevedere almeno un centro reumatologico per ogni capoluogo di provincia e/o ogni 500.000 abitanti. I centri reumatologici, tutti dotati di Return-to-work Clinic, hanno il compito di intervenire in modo tempestivo e di avviare prontamente eventuali protocolli terapeutici previsti per la condizione clinica specifica.

**L'obiettivo strategico della rete, all'interno della quale deve essere strategicamente posizionata una Return-to-work Clinic, è quello di realizzare un approccio integrato sanitario-socio-politico al problema economico posto da alcune importanti malattie reumatiche che colpiscono soggetti in età lavorativa, con specifico riferimento ai costi connessi al numero di giorni di lavoro persi per malattia e alla conseguente mancanza di produttività. La diagnosi e l'intervento precoci possibili in un sistema di collegamento che preveda una Return-to-work Clinic sono fondamentali non solo per ridurre i danni funzionali delle malattie reumatiche invalidanti ma anche per contenere i costi diretti e indiretti ad esse associati.**

Il mantenimento dell'attività lavorativa e la pronta ripresa del lavoro devono costituire obiettivi cruciali della Return-to-work Clinic. In tale sede devono essere prontamente identificati anche i casi per i quali **il ritorno anticipato al lavoro costituisce per il paziente elemento positivo sotto l'aspetto psico-sociale, giacché gli evita la sensazione di emarginazione e di frustrante disadattamento che caratterizzano l'impressione di inutilità avvertita da chi ritiene di non essere più socialmente utile.** Un ulteriore compito della Return-to-work Clinic è quello di **identificare i fattori di rischio modificabili nell'ambiente di lavoro, considerando i possibili adattamenti e suggerendo l'opportunità di mansioni più leggere o di una riduzione dell'orario di lavoro.** L'intervento assistenziale globale all'interno della Return-to-work Clinic deve **concentrarsi sulla capacità piuttosto che sull'incapacità lavorativa,** mettendo in risalto il contributo che il lavoratore può fornire contando sulle proprie forze. Diventa essenziale a tale riguardo **la sensibilità, la disponibilità e la collaborazione dei datori di lavoro, i quali devono essere informati dei limiti lavorativi del loro dipendente e devono mettere in atto tutte le misure necessarie per ottimizzare le potenzialità operative del soggetto malato.**

**Di seguito, una proposta di rete reumatologica provinciale, ad integrazione della rete reumatologica nazionale.**

**Criteri generali ed organizzazione:**

- valutare lo stato dell'arte della realtà reumatologica provinciale attraverso un censimento di tutti gli specialisti reumatologi che operano nell'ambito della provincia. Questi professionisti possono essere dipendenti, convenzionati interni e/o convenzionati esterni
- la rete provinciale si posiziona come punto SPOKE all'interno della Rete Reumatologica Regionale
- Il livello spoke a sua volta prevede un LIVELLO TERRITORIALE (specialistica ambulatoriale e Medici di Medicina Generale) e un LIVELLO OSPEDALIERO
- la SPECIALISTICA AMBULATORIALE opera nei poliambulatori distribuiti sul territorio della provincia e nel PTA (Presidio Territoriale di Assistenza)
- il PTA rappresenta il cuore del sistema. In esso si potranno attivare i PAC (Pacchetti Assistenziali Complessi) che permetteranno ai pazienti di poter usufruire del pagamento di un ticket unico per diverse prestazioni

**Lo specialista reumatologo ambulatoriale nel PTA può:**

- collaborare con gli altri specialisti presenti
- utilizzare attrezzatura per artrocentesi e terapia intrarticolare e intralesionale con o senza ecoguida
- avere disponibilità o facile accessibilità ad attrezzatura per l'analisi del liquido sinoviale
- avere disponibilità o facile accessibilità ad attrezzatura per capillaroscopia
- avere disponibilità o facile accessibilità ad attrezzatura per ecografia articolare e muscolotendinea avere disponibilità o facile accessibilità ad attrezzature per radiologia, RMN, TAC, DEXA, ultrasonometria)
- avere disponibilità o facile accessibilità ad attrezzature per esami di laboratorio di 2° livello Percorso assistenziale.

**Percorso assistenziale:**

- La Medicina Generale, presente su tutto il territorio, quale linea guida per il percorso assistenziale dei propri pazienti, utilizzerà i Red Flags previsti per le varie patologie reumatiche

**Il Medico di Medicina Generale può:**

- visitare il paziente porre diagnosi, prescrivere la terapia e chiudere il caso
- inviare il paziente allo specialista territoriale con richiesta contrassegnata dalla priorità (U, B, D, P)

**Lo specialista Ambulatoriale può:**

- visitare il paziente, porre diagnosi, prescrivere la terapia, eseguire trattamenti infiltrativi e, infine, re - inviare il paziente al MMG
- inviare/seguire il paziente nel PTA per, eventualmente, aprire un PAC
- inviare/seguire il paziente in Ospedale per far prescrivere e/o somministrare la terapia infusioneale
- inviare il paziente al punto HUB regionale

## **Lo specialista ospedaliero può:**

- ricoverare il paziente
- prescrivere, ove permesso e previsto, i farmaci biologici ed eseguire le terapie infusionali
- collaborare con lo specialista ambulatoriale per eventuali trattamenti invasivi
- inviare il paziente, se il caso è chiuso, al MMG
- inviare il paziente, se necessario, al punto HUB delle rete regionale

## **Il Coordinatore della Rete: compiti e funzioni**

- coordinare i vari livelli della rete provinciale, creare delle sinergie organizzative multidisciplinari, omogeneizzare la comunicazione con la Medicina Generale
- monitorare l'andamento della rete
- raccordarsi con le Reti Provinciali delle altre ASP Regionali e con i livelli Superiori della Rete Regionale (Spoke e Hub)
- informazione e formazione degli operatori sanitari e parasanitari
- monitorare l'informatizzazione dei dati clinici in sintonia con quanto previsto dal decreto regionale per la cartella clinica utilizzata in tutta la rete regionale
- creare un collegamento continuo con le associazioni dei malati
- individuare, nella multidisciplinarietà, percorsi per modelli di eccellenza nelle patologie reumatologiche da realizzare in sede provinciale (ad esempio «la mano reumatoide», oggetto di collaborazione fra reumatologo, ortopedico della mano, fisiatra e fisioterapista)

## ***Obbligo di segnalazione del codice noseologico nei certificati di malattia***

Le analisi condotte dal tavolo economico di Fit for Work Italia, con la preziosa collaborazione dell'INPS, hanno permesso di effettuare una prima stima dell'impatto economico delle malattie reumatiche croniche, anche solo sulla base degli assegni di invalidità erogati e della relativa valorizzazione, che rientrano nel settore previdenziale dell'Istituto.

Da un lato, ai fini di una definizione il più possibile completa dei costi indiretti, andrebbero tenuti in conto i costi di competenza INAIL nonché, nella prospettiva delle imprese, i costi a loro carico relativi alle assenze per malattia ma anche e soprattutto alle perdite di produttività riconducibili al fenomeno del presenteismo. Dall'altro lato, non bisogna dimenticare che l'analisi in prima istanza non ha riguardato altre spese sostenute dall'INPS: quelle afferenti al settore assistenziale (es. pensioni e indennità riferibili all'invalidità civile) e quelle temporanee (trattamenti di malattia).

Se è vero che, relativamente all'invalidità civile, trattasi di una telematizzazione recente e progressiva in corso di superamento, lo stesso non può dirsi in relazione ai trattamenti di malattia. Per questi ultimi, infatti, la pur recente telematizzazione è pressoché completa. Decine di milioni di certificati di malattia vengono trasmessi all'Istituto per via telematica, privi tuttavia nella quasi totalità dei casi dell'apposizione del codice noseologico.

**L'introduzione dell'obbligo di segnalazione del codice noseologico nei certificati di malattia, ad oggi una mera facoltà, offrirebbe a decisori ed esperti un patrimonio di dati di inestimabile valore per:**

- **il corretto inquadramento dell'impatto sulla capacità lavorativa di singole patologie;**
- **l'individuazione delle priorità e la definizione della programmazione sanitaria;**
- **l'implementazione – e la misurazione dei risultati – di specifiche politiche di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.**



## ***Piano Sanitario per le Malattie Reumatiche e Semestre italiano di Presidenza dell'Unione europea***

Alla luce delle evidenze del tavolo clinico e del tavolo economico di Fit for Work Italia, che hanno evidenziato in un caso la quotidianità di un paziente-lavoratore tra diagnosi tardiva e accesso difficile alle cure e nell'altro caso l'impatto economico e sociale delle malattie reumatiche croniche, risulta necessario porre al decisore l'istanza relativa alla definizione di un **Piano Sanitario per le Malattie Reumatiche** anche attraverso la costituzione di un apposito **Tavolo presso il Ministero della Salute**.

Trattandosi di un ambito caratterizzato da un ampio numero di patologie, nello spirito della presente iniziativa incentrata sulle dinamiche tra salute e lavoro, il focus di un tale Piano – e Tavolo – potrebbe vertere sul più ristretto ambito delle malattie reumatiche ad andamento invalidante in grado di colpire popolazione in età lavorativa.

**L'Italia è un Paese perfetto per l'implementazione di una strategia Fit For Work che superi i limiti di un approccio alle politiche – e ai budget – per compartimenti stagni. Nel nostro Paese, infatti, spesa sanitaria e spesa sociale sono essenzialmente pubbliche e vi è, d'altra parte, un bisogno, universalmente riconosciuto, di rilanciare l'economia e l'occupazione. Fit for Work Italia propone quindi che l'Italia si faccia promotrice in sede europea di tale strategia in occasione del Semestre italiano di Presidenza dell'Unione europea (luglio-dicembre 2014).**

**Le istanze precedentemente illustrate, relative all'implementazione di reti reumatologiche e all'organizzazione di servizi per il recupero della workability nonché all'obbligo di apposizione del codice nosologico nei certificati di malattia, troverebbero infatti una cornice integrata nella definizione di un Piano Sanitario per le Malattie Reumatiche e nella promozione di un tale approccio di early prevention anche in sede europea.**

Nel perseguire tale scopo vale senz'altro la pena fare tesoro di quanto già enucleato negli anni recenti, in sede parlamentare, attraverso la **“Indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore della mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV”** (Allegato 1) e il **Disegno di legge recante disposizioni per assicurare un'adeguata assistenza sanitaria ai malati di Malattie Reumatiche Infiammatorie Croniche e Autoimmuni e dalle sindromi fibromialgiche”** (Allegato 2). Né sono da dimenticare i primi segnali di attenzione in sede di programmazione e prevenzione sanitaria, con il **Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012** (Allegato 3) e la **Bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013** (Allegato 4).

**Oltre a sollevare l'opportunità di un Piano Sanitario ad hoc che possa affrontare in maggiore dettaglio il tema della workability dei pazienti affetti da malattie reumatiche, Fit for Work Italia auspica ovviamente la piena e definitiva conferma di tali segnali di attenzione, indispensabili per assicurare altrettanta attenzione nei Piani Sanitari Regionali e nei Piani Regionali di Prevenzione e per accedere alle relative risorse vincolate.**

## Conclusione

**Questo documento intende sensibilizzare i decisori rispetto all'importanza della realizzazione tempestiva della rete assistenziale reumatologica quale mezzo per incidere positivamente sulle prestazioni lavorative, sul mercato del lavoro e sulla produttività, al fine di minimizzare l'impatto socioeconomico dell'invalidità reumatica. Vuole essere altresì una guida per l'elaborazione e la realizzazione di politiche sanitarie e di percorsi che siano di aiuto concreto per gli aventi diritto alla tutela della salute e alla permanenza attiva nell'abituale contesto lavorativo.**

### **Migliorare la salute e il benessere dei lavoratori significa:**

- ridurre la spesa sanitaria senza compromettere il diritto all'assistenza
- ridurre la spesa sociale per compensare le malattie professionali
- aumentare la produttività del lavoratore
- incrementare la competitività delle aziende pubbliche e private
- beneficiare dell'esperienza accumulata dal lavoratore
- ridurre i costi legati all'assunzione e alla formazione di nuovi lavoratori

**Se l'Italia vuole uscire dalla crisi economica che la affligge e rafforzare la propria economia per risultare competitiva in un sistema sempre più globalizzato e basato sul know-how, è estremamente importante farsi trovare pronti al momento della ripresa, investendo risorse adeguate in salute e benessere della forza lavoro. L'auspicio è che vengano adottate a livello centrale e regionale misure urgenti di carattere economico-finanziario e normativo-assistenziale affinché la pronta realizzazione di reti reumatologiche faccia parte di linee progettuali caratterizzate da urgenza realizzativa e che per la loro realizzazione vengano stanziati subito risorse specifiche e vincolate.**

I Politici, le Istituzioni, le Amministrazioni, gli Enti decisori devono comprendere che i costi legati alla tutela della salute e della produttività del lavoratore rappresentano un investimento e non una mera passività, poiché producono non solo salute per i pazienti, ma anche benefici economici e sociali per la collettività. Le esperienze condotte in altri Paesi europei hanno chiaramente dimostrato il valore della rete assistenziale per prevenire l'invalidità, per mantenere la capacità lavorativa e per generare risparmio.

I promotori italiani del progetto Fit for Work vogliono richiamare l'attenzione dei decisori sui favorevoli effetti che la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo e appropriato delle malattie reumatiche invalidanti hanno sulle prestazioni lavorative, sul mercato del lavoro, sulla produttività e sulle finanze nazionali. Vogliono altresì sollecitare i soggetti responsabili a conferire alla realizzazione della rete assistenziale reumatologica carattere di priorità nei processi programmatici e decisionali di politica sanitaria.

## ALLEGATI

### **Allegato 1 – Raccomandazioni della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato nell'Indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore della mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV** (documento approvato nella seduta dell'8 marzo 2011)

Alla luce di quanto emerso nel corso delle audizioni, la Commissione ha concordato sui seguenti punti:

– la Commissione, nell'ambito della discussione in corso sul Piano sanitario nazionale 2011-2013, si impegna ad inserire le malattie reumatiche nel Piano sanitario e tra le priorità della salute pubblica. Nell'attuale Piano sanitario infatti le malattie reumatiche non sono comprese, a differenza del Piano nazionale di prevenzione vigente, dove sono inserite le malattie osteoarticolari in generale.

– Alla luce del Piano sanitario nazionale 2011-2013, saranno le regioni, sempre nell'ambito della programmazione socio-sanitaria, a provvedere all'inclusione delle patologie reumatiche all'interno dei Piani sanitari regionali.

– Il Ministero della salute è invitato a mettere in atto ogni iniziativa utile per una migliore conoscenza del problema rappresentato dalle patologie reumatiche, attraverso campagne informative ed educative sulla popolazione e sul personale sanitario. A tale riguardo un capitolo ad hoc nella prossima relazione sullo stato di salute della popolazione italiana potrebbe meglio diffondere le conoscenze tra le diverse professionalità coinvolte ed in particolare tra i medici di medicina generale.

– Per una migliore ed approfondita conoscenza delle dimensioni del problema delle malattie reumatiche in Italia, la Commissione auspica la messa in atto di analisi epidemiologiche, colmando una evidente lacuna legata alla scarsa visibilità del problema in passato ed alla evoluzione della situazione nell'ultimo decennio. In particolare si suggerisce che le associazioni dei pazienti, quelle scientifiche ed istituzionali concorrano a inquadrare il fenomeno nei suoi nuovi aspetti: a) frequenza delle malattie reumatiche conseguente all'emergenza delle nuove forme, b) impatto sul sistema socio-sanitario in relazione alle nuove comorbidity ed alla disponibilità di nuovi mezzi terapeutici.

– Considerando che le malattie reumatiche colpiscono prevalentemente le donne in età fertile, il Ministero della salute e le regioni sono invitati ad adottare le più opportune iniziative di informazione ed organizzazione sanitaria al fine di integrare le competenze di ostetricia e reumatologia per una presa in carico precoce della donna in gravidanza affetta da patologie reumatiche.

– È emerso che la maggior parte dei pazienti arriva al reumatologo solo dopo un lungo e articolato percorso costituito dal medico di medicina generale, pronto soccorso, specialisti ortopedici e fisioterapisti con lunghe liste d'attesa. La diagnosi ad esempio di AR viene posta con ritardo e non viene impostata un'adeguata terapia con conseguenze sulla probabilità di bloccare in tempi brevi la progressione.

Il ritardo è determinato da numerosi fattori: sintomi ignorati o sottovalutati (ad esempio erroneamente interpretati come conseguenti a forme degenerative – artrosi – e non infiammatorie), inutili passaggi tra specialisti diversi. Alla luce di tali considerazioni le regioni sono invitate a incentivare l'adozione di percorsi diagnosticoterapeutici che consentano: l'identificazione precoce delle malattie reumatiche anche grazie all'utilizzo di sistemi diagnostici sensibili alla progressione del danno anatomico; l'accesso tempestivo alle cure più appropriate e innovative in grado di ridurre il danno strutturale, causa di disabilità; la valutazione dei costi diretti ed indiretti; il network tra centri specialistici e cure primarie per la migliore gestione del paziente; campagne di informazione sul territorio insieme alle associazioni dei pazienti.

– Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e con la Conferenza Stato-Regioni, dovrebbe valutare il ripristino di posti aggiuntivi nelle scuole di specializzazione in reumatologia al fine di potenziare il numero degli specialisti sul territorio.

– Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e l'INPS sono invitati a valutare iniziative idonee volte alla semplificazione del processo di riconoscimento dell'assistenza previdenziale e sociale ai malati reumatici affetti da disabilità.

– Alla luce delle considerazioni emerse sugli elevati costi sociali associati alle malattie reumatiche, al fatto che tali patologie rappresentano la principale causa di invalidità e pensionamento anticipato dei lavoratori

(come affermato nella dichiarazione del Parlamento europeo 0008/2008 del maggio 2008) si invitano gli organismi coinvolti nella gestione del paziente (regioni, AIFA, Ministero della salute, INPS) ad una coordinata collaborazione e scambio di informazioni, con una visione più ampia del concetto «burden of illness», al fine di sviluppare una consapevolezza integrata dei costi e delle necessità del paziente. Il Ministero della salute, l'AIFA e le regioni sono invitati a monitorare l'uniformità di accesso alle cure nel trattamento delle patologie reumatiche su tutto il territorio nazionale, attraverso un continuo confronto con le società scientifiche e le associazioni di pazienti.



**Allegato 2 - Disegno di legge recante disposizioni per assicurare un'adeguata assistenza sanitaria ai malati di Malattie Reumatiche Infiammatorie Croniche e Autoimmuni e dalle sindromi fibromialgiche** (AS 1701, XVI legislatura)

**DISEGNO DI LEGGE**

**Art. 1.**

**(Oggetto)**

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, progetti obiettivi, azioni programmate ed altre iniziative dirette a fronteggiare le Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo, da considerarsi malattie ad alto rischio sociale.

**Art. 2.**

*(Prevenzione e cura delle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo)*

1. Ai fini della presente legge sono comprese fra le Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo:

- a) le artriti croniche dell'adulto e del bambino;
- b) le connettiviti e vasculiti autoimmuni sistemiche dell'adulto e del bambino;
- c) le malattie degenerative della cartilagine e dell'osso dell'adulto e del bambino;
- d) le sindromi fibromialgiche dell'adulto e del bambino.

2. La diagnosi e la certificazione delle malattie di cui al comma 1 sono affidate alle Strutture di Riferimento Regionali, agli specialisti ambulatoriali territoriali e alle Sezioni di cui agli articoli seguenti.

3. Gli interventi regionali di cui al comma 1 sono rivolti:

- a) alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce delle anzidette Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo;
- b) alla cura ed alla riabilitazione dei malati affetti dalle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo;
- c) ad agevolare l'inserimento scolastico, sociale, lavorativo dei malati affetti dalle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo;
- d) a favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del malato, dei familiari, e della popolazione sulle problematiche cliniche e sociali delle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo;
- e) a provvedere alla formazione ed all'aggiornamento professionale del personale socio-sanitario addetto alla prevenzione, diagnosi e cura di tali patologie;
- f) a promuovere programmi di ricerca atti a migliorare le conoscenze sugli aspetti epidemiologici, sulla prevenzione, sulla diagnosi, sulla cura e sulla riabilitazione delle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo.

**Art. 3.**

*(Interventi preventivi)*

1. Ai fini della prevenzione delle malattie in oggetto e delle loro complicanze, della diagnosi precoce e della cura delle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo e delle loro complicanze le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano indicano alle Aziende Sanitarie gli interventi operativi più idonei per:

- e) Individuare le fasce di popolazione a rischio;
- f) adottare strategie di diagnosi precoce;
- g) programmare gli interventi sanitari conseguenti alle attività di cui alle lettere a) e b). Le indicazioni regionali riguardanti i suddetti interventi operativi, tengono conto dei criteri e metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e del parere dell'Istituto Superiore di Sanità.



2. Il Ministero della Salute, sentito l'Istituto Superiore di Sanità, presenta annualmente al Parlamento una relazione di aggiornamento sullo stato delle conoscenze relative alle nuove acquisizioni scientifiche sulle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo.

#### **Art. 4.**

*(Obblighi delle Regioni)*

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano predispongono soluzioni organizzative atte a fornire al malato una maggiore omogeneità qualitativa e quantitativa degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione su tutto il territorio. In tal senso le Regioni, con riferimento agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, provvedono all'istituzione di presidi reumatologici di diverso livello operativo che si identificano in:

**a) Strutture di reumatologia e immunologia cliniche di Riferimento Regionale di Alta Specializzazione. Tali Strutture sono da collocarsi preferibilmente nelle Aziende Ospedaliere o Universitarie e prevedono la possibilità di ricovero sia ordinario che in regime di day hospital. La Struttura di Riferimento fornisce anche prestazioni di tipo ambulatoriale;**

**b) Sezioni di Reumatologia o Immunologia, da istituirsi in tutte le Aziende Sanitarie Locali. Le Sezioni in cui è prevista lo stesso tipo di prestazione presente nelle Strutture di Riferimento -- Dayhospital, diagnostico e di riferimento -- sono deputate a svolgere una funzione di raccordo e filtro tra queste ultime ed il territorio;**

**c) ambulatori di reumatologia da istituirsi preferibilmente nei Distretti.**

2. Nell'ambito di ogni Struttura di Riferimento Regionale, per garantire la continuità assistenziale nelle varie fasce di età, opera una Sezione di Reumatologia Pediatrica la cui direzione viene affidata a pediatri che abbiano conseguito il titolo di specialista con un curriculum che includa l'indirizzo di Reumatologia pediatrica ai sensi del decreto ministeriale dell'11 maggio 1995, Gazzetta Ufficiale n. 167 del 19 luglio 1995 serie generale. In fase di prima applicazione della presente legge, viene valutato il curriculum formativo con specifica esperienza in problematiche reumatologiche, ai fini dell'attribuzione di responsabilità assistenziali.

3. Il collegamento tra la Sezione e la Struttura di Riferimento Regionale si attua attraverso lo strumento della concertazione finalizzato al raggiungimento degli obiettivi della qualità, della continuità delle cure e dell'ottimizzazione dei servizi erogati. Al fine del raggiungimento degli obiettivi e per la razionalizzazione degli accessi ai servizi, è centrale ed obbligato il rapporto della Struttura di Riferimento Regionale, della Sezione e dello specialista reumatologo ambulatoriale con il Medico di Medicina Generale.

Per assicurare inoltre ai malati la massima omogeneità delle prestazioni e del percorso assistenziale, la Regione provvede, con la consulenza delle Società Scientifiche regionali e nazionali e delle Associazioni dei malati, a individuare linee guida diagnostiche e terapeutiche condivise dagli operatori sanitari di tutti i livelli assistenziali sopra descritti. Compete alla Sezione l'educazione sanitaria degli operatori e dei cittadini con lo scopo di diffondere una cultura della salute che tenga conto dei comportamenti e degli stili di vita. L'attività educativa può essere promossa anche con iniziative integrate a livello interaziendale. La Sezione, inoltre, per la sua collocazione bidirezionale verso la Struttura di Riferimento Regionale e verso il territorio, svolge una funzione di raccordo e di coordinamento per il rilevamento dei dati epidemiologici (registri e banche dati) e per lo sviluppo dei modelli assistenziali più adeguati alle esigenze dei malati. L'individuazione di un codice univoco identificativo della visita specialistica (reumatologica, immunologica, etc.) può contribuire a meglio identificare il fabbisogno assistenziale sul territorio. In questo ambito è indispensabile un rapporto costante e fattivo con le Associazioni dei malati che operano nelle realtà locali.

4. La Struttura di Riferimento Regionale di cui al Punto a) comma 1 si avvale del supporto assistenziale dei servizi ospedalieri o territoriali da essa individuati nell'ambito della Regione o delle Regioni consorziate. Essa coordina le funzioni e le attività di servizi di supporto inerenti l'assistenza ai malati affetti da malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo sulla base di piani e protocolli unitari.

5. Le Regioni assicurano alla Struttura di Riferimento, alle Sezioni e agli ambulatori periferici di cui al comma 1 strutture, personale e attrezzature adeguate alla consistenza numerica dei pazienti assistiti, sia adulti che in età pediatrica, e della popolazione residente, sulla base di valutazioni epidemiologiche o delle funzioni svolte dai vari presidi di cui al medesimo comma 1.

#### **Art. 4.**

*(Tessera personale)*

1. Al cittadino affetto dalle Malattie osteoarticolari croniche e autoimmuni del connettivo è rilasciata dalla Struttura di Riferimento e dalle Sezioni una tessera personale che attesta l'esistenza della malattia.
2. Con apposito decreto del Ministro della Salute, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono indicati i criteri relativi al modello di tessera di cui al comma 1.
3. La tessera di cui al comma 1 riporta, nella forma più adeguata per la lettura automatizzata, le patologie, terapie in atto e le complicanze relative alla malattia di base.
4. In via transitoria, fino al rilascio della tessera personale di cui al comma 1, la tessera è sostituita da certificazione rilasciata da una Struttura di Riferimento o da una Sezione di cui al comma 1 dell'articolo 3.

#### **Art. 5.**

*(Copertura finanziaria)*

1. L'onere derivante dall'attuazione della presente legge è a carico dello stanziamento di bilancio relativo al Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, iscritto nel capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero dell'Economia e delle Finanze e corrispondenti capitoli per gli anni successivi.
2. Il ministro dell'Economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
3. I finanziamenti sono ripartiti in base alla consistenza numerica dei pazienti assistiti nelle singole Regioni, alla consistenza numerica dei pazienti in età pediatrica, alla popolazione residente, nonché alle documentate funzioni delle strutture ivi istituite, tenuto conto delle attività specifiche di prevenzione e, dove attuata e attuabile, di ricerca.

### **Allegato 3 – Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012**

(paragrafo relativo alle malattie osteo-articolari all'interno del capitolo sulla prevenzione nella popolazione a rischio)

Nel novero delle malattie osteo – articolari, l'artrite reumatoide si configura come una poliartrite infiammatoria cronica e progressiva a carico delle articolazioni sinoviali e patogenesi autoimmunitaria che colpisce di più le donne di più le donne rispetto agli uomini (rapporto 3:1). Colpisce ogni età evolutiva, ma il picco di incidenza massimo è tra 35 e 50 anni (80% dei pazienti). Interessa l'1-2% della popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione ultrasessantacinquenne. In particolare, la qualità della vita delle persone affette da artrite reumatoide risulta generalmente bassa con valori di utilità intorno allo 0,5-0,6. Nei confronti di tale malattia diventano importanti le attività di prevenzione secondaria e cioè di diagnosi precoce perché proprio nei primi mesi della malattia si osserva l'insorgenza di danni sostanziali ed irreversibili. Inoltre, nei primi due anni di malattia successivi alla diagnosi, i danni risultano particolarmente severi. La compromissione delle articolazioni comporta una limitazione della mobilità che può sfociare in invalidità. La diagnosi precoce inoltre permette un efficace e precoce trattamento farmacologico.

L'osteoporosi è un'altra patologia di forte impatto sociale, in quanto può portare alla non autosufficienza e non addirittura essere causa di mortalità. Essa colpisce un terzo delle donne tra i 60 ed i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni. Si stima che il rischio di avere una frattura da osteoporosi sia nella vita della donna del 40% contro un 15% dell'uomo. Particolarmente temibile è la frattura femorale per l'elevata mortalità (dal 15% al 30%) e per le invalidanti complicanze croniche ad essa associate.

L'Italia è la nazione europea con la massima percentuale di ultrasessantacinquenni; dati e stime europee mostrano che il numero di fratture del femore previste è in costante aumento e si calcola che nelle donne si passerà dalle oltre 300.000 fratture nel 2000 a quasi a 800.000 nel 2050. Per questo le raccomandazioni dell'Unione Europea del 1998 già sottolineavano che la lotta all'osteoporosi debba essere considerata come uno dei maggiori obiettivi per la salute.

Per tentare di ridurre l'impatto sanitario e sociale di una patologia per lo più asintomatica, progressiva e potenzialmente invalidante, quale è l'osteoporosi, appare prioritario per seguire un approccio di promozione della salute e di sensibilizzazione della popolazione sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani in una visione che abbracci l'intero corso della vita. La prevenzione deve cominciare in età precoce e comunque quanto più precocemente possibile, soprattutto nell'adolescenza quando, ad esempio, l'apporto di calcio attraverso gli alimenti viene assorbito efficacemente dall'organismo e contribuisce attivamente al consolidarsi della massa ossea.

Ciò è, in particolare, necessario per le donne che presentano il maggior rischio e la maggiore probabilità dello sviluppo di osteoporosi. L'evidenza scientifica sottolinea che bambini e giovani possono avvantaggiarsi di una migliore performance della struttura ossea vertebrale e femorale attraverso la partecipazione alle attività. Relativamente alle raccomandazioni nutrizionali, emerge evidente dalla letteratura scientifica che le adolescenti, in particolare, e più in generale le donne specialmente nel periodo critico menopausale, dovrebbero assicurarsi un apporto costante e regolare degli alimenti ricchi di calcio e di vitamina D (in caso contrario supplementare secondo le indicazioni mediche) e praticare regolarmente un'attività fisica per le articolazioni portanti, al fine di consolidare la struttura ossea in età giovanile (la compattezza dell'osso si raggiunge in età giovanile grazie all'apporto di calcio) e di rallentare, di bloccare e auspicabilmente invertire la perdita di massa ossea che inevitabilmente si accompagna all'invecchiamento.

Le cure per l'osteoporosi sono lunghe e non conducono alla guarigione, ma servono solo al contenimento della malattia ed alla riduzione di fratture. La prevenzione è quindi di fondamentale importanza e consiste in primo luogo nel cercare di raggiungere una massa ossea adeguata quando si è giovani.

Alcune (limitate) attività di prevenzione sono ancora possibili nell'età adulta, ma a prezzo di un impegno e di una determinazione notevoli. Senza l'intervento di farmaci, un soggetto adulto può sperare solo di ridurre l'entità della perdita della massa ossea raggiunta in precedenza, ma non di mantenerla o di guadagnarne se ne in precedenza ridotta.

I provvedimenti non farmacologici (adeguato apporto di calcio e vitamina D, attività fisica) o la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, rischi ambientali di cadute) non hanno controindicazioni e vanno raccomandati come prima scelta e rappresentano un momento fondamentale nella prevenzione della malattia. Ma l'artrite reumatoide e l'osteoporosi costituiscono una sola delle patologie osteoarticolari di rilievo quali-quantitativo: si pensi ad altri quadri degenerativi come l'artrosi, o ai quadri traumatici, che interessano anche la popolazione giovanile, e che vedono un sempre maggior ruolo delle terapie chirurgiche. In tale settori il contributo che può derivare dalla prevenzione è ancora una volta quello di natura metodologica:

- individuare la diffusione di tali patologie tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci antinfiammatori);
- predisporre percorsi diagnostici, anche per le forme algiche acute, improntate all'evidenza di efficacia e all'analisi costi-benefici;
- potenziare la diffusione di programmi di supporto inerenti l'attività motoria che assume un ruolo fondamentale in integrazione con i trattamenti farmacologici.

**Allegato 4 – Bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 come da Intesa Stato-Regioni del 22 settembre 2011** (paragrafo relativo alle malattie reumatiche croniche del capitolo sulle patologie rilevanti)

Le malattie reumatiche croniche sono caratterizzate da una progressiva compromissione della qualità della vita delle persone affette per la perdita di autonomia, soprattutto nelle forme gravi che colpiscono l'età giovanile e adulta. Se non curate in maniera ottimale, possono condurre a gravi deformità articolari e conseguente disabilità. Negli ultimi anni sono state affinate terapie farmacologiche molto efficaci, derivate dalla moderna biotecnologia, in grado di controllare l'evoluzione di tali patologie e prevenire quindi le complicanze correlate. L'obiettivo della programmazione è quello di sviluppare sul territorio una rete assistenziale capillare che, attraverso l'integrazione dei percorsi e delle competenze assistenziali, garantisca una diagnosi tempestiva e consenta di avviare gli interventi terapeutici appropriati nella fase iniziale della malattia, così da prevenire il danno articolare o extra-articolare, secondo le raccomandazioni contenute nelle linee guida condivise.

con il patrocinio di



**ANMAR**  
Associazione Nazionale  
Malati Reumatici  
ONLUS

**CEIS**  
Centre for  
Economic and  
International  
Studies  
FOR VERGATA

Economic Evaluation and HTA (EEHTA)



Collegio Reumatologi  
Ospedalieri Italiani  
**CROI**

