

miglioramento della qualità di vita, possibilità di ridurre l'occupazione di posti letto in reparti di rianimazione e riduzione dei costi di gestione del paziente con insufficienza respiratoria.

### Bibliografia essenziale

- Ellwood P, Asher MI, Beasley R, et al. The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): phase three rationale and methods. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:10-6.
- Faustini A, Marino C, D'Ovidio M, Perucci CA. The concurrent COPD mortality doubles the mortality estimate from COPD as underlying cause in Lazio, Italy. *Respir Med* 2007;101:1988-93.
- Janson C, Anto J, Burney P, et al. The European Community Respiratory Health Survey: what are the main results so far? European Community Respiratory Health Survey II. *Eur Respir J* 2001;18:598-611.
- Koleva D, Motterlini N, Banfi P, et al. Healthcare costs of COPD in Italian referral centres: a prospective study. *Respir Med* 2007;101:2312-20.
- Maio S, Baldacci S, Carrozzi L, et al. Urban residence is associated with bronchial hyperresponsiveness in Italian general population samples. *Chest* 2009;135:434-41.
- Sestini P, De Sario M, Bugiani M, et al. Frequency of asthma and allergies in Italian children and adolescents: results from SIDRIA-2. *Epidemiol Prev* 2005; 29(2 Suppl):24-31.
- Simoni M, Baldacci S, Puntoni R, et al. Respiratory symptoms/diseases and environmental tobacco smoke (ETS) in never smoker Italian women. *Respir Med* 2007;101:531-8.
- Viegi G, Mattelli G, Angino A, et al. The proportional Venn diagram of obstructive lung disease in the Italian general population. *Chest* 2004;126:1093-101.
- Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL, et al. Definition, epidemiology and natural history of COPD. *Eur Respir J* 2007;30:993-1013.

## 2.5 Malattie reumatiche ed osteoarticolari

### 2.5.1 Introduzione

Le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico sono la causa più nota e più comune di malattie croniche ad alto potenziale di disabilità ed handicap e nel mondo sono centinaia di milioni le persone che ne soffrono. Questo è quanto dichiarato dalla Bone and Joint Decade (BJD), un'iniziativa mondiale avviata nel 2000 con il patrocinio dell'OMS, dell'ONU, della Banca Mondiale e del Vaticano, cui hanno aderito 63 governi nel mondo, di cui 26 europei, compresa l'Italia, e numerose società scientifiche e istituzioni operanti nel settore delle patologie muscolo-scheletriche. L'OMS, in particolare, ha definito le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa, sottolineando come queste, da sole, rappresentino la metà delle patologie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra dei

65 anni. Similmente, negli USA, le malattie reumatiche sono più frequentemente causa di disabilità rispetto sia alle patologie cardiovascolari sia ai tumori, coinvolgendo circa 46,5 milioni di persone.

Le malattie reumatiche o reumatiche sono condizioni morbose che determinano disturbi e/o danni a carico dell'apparato locomotore e dei tessuti connettivi di tutto l'organismo. Sotto questa definizione rientrano artriti, artrosi, osteoporosi, lombalgia e numerose altre forme, molte delle quali annoverate singolarmente tra le "malattie rare", ma che nell'insieme comportano una prevalenza molto rilevante. Sebbene i processi patologici alla base di queste malattie siano molto vari (degenerativi, infiammatori, dismetabolici, ecc.) e il progredire delle conoscenze di base abbia contribuito a chiarire diversi aspetti della loro patogenesi, l'eziologia di molte è

in larga parte sconosciuta. Chi è affetto da queste patologie, nella maggior parte dei casi, diventa un malato cronico che soffre di una progressiva compromissione della qualità della vita per la perdita di autonomia e, soprattutto, per la mancanza di significative aspettative di miglioramento o guarigione.

La caratteristica cronicità, la scarsità di terapie che portino a favorevoli o definitive risoluzioni dei quadri clinici per alcune forme gravi, la conseguente disabilità, con progressiva diminuzione della funzionalità, specie a carico dell'apparato locomotore e la diminuzione della capacità lavorativa e del grado di autonomia delle persone affette, nonché l'elevato numero degli individui colpiti, rappresentano ancora oggi i maggiori punti di criticità. Inoltre, queste affezioni compaiono frequentemente proprio durante l'età lavorativa, e ciò comporta notevoli ripercussioni in termini di costi sanitari e sociali.

Al riguardo, l'Osservatorio Sanità e Salute, sulla base dei dati forniti da Istat, Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, AIFA e INPS, ha rilevato che in Italia 734.000 persone sono colpite dalle forme croniche di artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante e che la spesa per queste malattie supera i 4 miliardi di Euro l'anno. Quasi la metà dei costi è rappresentata dalla perdita di produttività per circa 287 mila lavoratori.

Le persone affette da malattie reumatiche, oltre ad essere spesso costrette ad abbandonare il lavoro, si trovano a dover affrontare disagi nella vita di relazione, con una sensibile riduzione della qualità della vita. Inoltre, più aumenta il grado di severità della malattia, maggiori sono i costi per la collettività. Secondo lo studio dell'Osservatorio Sanità e Salute, i costi dell'artrite reumatoide per persona variano sensibilmente in rapporto alla progressione della malattia. La somma dei costi (diretti e indiretti) va da un minimo di 2.840€/anno per la malat-

tia nel suo stadio più iniziale fino a 15.120€/anno per la fase più avanzata. La ricerca conclude che le artriti croniche rappresentano una delle principali cause di invalidità e di perdita di capacità lavorativa. Ad esempio, nel 10% dei pazienti che soffre di artrite reumatoide, uno stato di invalidità permanente compare dopo due anni di malattia e tale prevalenza raggiunge il 50% dopo 10 anni.

L'artrosi interessa soggetti mediamente più anziani, tuttavia è la malattia reumatica più frequente in Italia, in quanto coinvolge almeno quattro milioni di persone, quasi uno su due tra i settantenni, e implica disabilità lavorativa nel 30% dei soggetti con meno di 65 anni.

Notevoli sono le implicazioni sul versante della sostenibilità. Secondo la Società Italiana di Reumatologia, per l'artrosi del ginocchio, la spesa annua per paziente è pari a 3.570 euro, 1.070 per costi diretti (terapia, ospedalizzazione, diagnostica), 2.500 per costi indiretti per lo più determinati dalla perdita di produttività lavorativa.

Nel loro complesso, le malattie reumatiche rappresentano la più frequente causa di assenze lavorative e la causa del 27% circa delle pensioni di invalidità attualmente erogate in Italia.

### 2.5.2 Presentazione dei dati: incidenza, prevalenza

Fonti: Istat, Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), studio MAP-PING.

L'Indagine Multiscopo dell'Istat conferma che le malattie reumatiche rappresentano la condizione cronica più diffusa nella popolazione italiana. Le ultime rilevazioni, riportate dall'Annuario Statistico Italiano 2008, mostrano che "artrite/artrosi" colpiscono il 17,9% della popolazione, precedendo l'ipertensione arteriosa (15,8%) e malattie allergiche (10,6%). A ciò va

aggiunta la prevalenza dell'osteoporosi (7,3%), malattia da comprendere a tutti gli effetti tra le malattie dell'apparato locomotore.

L'analisi per genere mostra che la prevalenza di questi disturbi è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (22,7% di artrite/artrosi vs 13,0%). Tale differenza è ancora più marcata se si considera l'osteoporosi (12,5% vs 1,8%). Inoltre, l'andamento della prevalenza in rapporto all'età è decisamente a svantaggio delle persone più anziane: il 55% delle donne ed il 35,9% degli uomini oltre i 65 anni lamentano "artrite/artrosi". Nella stessa fascia di età dichiarano di soffrire di osteoporosi il 34,3% delle donne ed il 5,5% degli uomini. Il numero degli italiani affetti da queste patologie è peraltro destinato ad aumentare in un prossimo futuro, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione (le previsioni Istat mostrano un aumento della percentuale di ultrasessantacinquenni dal 19,5% del 2005 al 33,6% del 2050).

Sebbene i malati reumatici vengano prevalentemente assistiti in regime ambulatoriale, non è comunque trascurabile il carico ospedaliero dovuto alle malattie osteoarticolari. Dai dati SDO relativi all'anno 2005, si rileva che su un totale di 8.200.636 di dimissioni da ricoveri per acuti in regime ordinario, il 3,5% presenta diagnosi principale di malattia reumatica (106.436 con diagnosi principale di osteoartrosi, 97.376 con diagnosi principale di disturbi del dorso e 83.858 con diagnosi principale di malattie del tessuto connettivo). Va sottolineato che queste cifre presentano comunque una stima in difetto, in quanto l'analisi prende in considerazione le malattie reumatiche solo quando rappresentano la diagnosi principale e non quando si associano come comorbidità ad altre patologie. Pertanto il carico reale per le strutture ospedaliere è da ritenersi certamente maggiore.

Gli studi epidemiologici sistematici riguardanti le malattie reumatiche in Italia non sono molto diffusi. La reumatologia comprende un gran numero di malattie, per di più assai polimorfe e non sempre tra loro facilmente differenziabili, inoltre moltissimi pazienti non sempre necessitano di ricovero. Vi sono pertanto difficoltà oggettive nella raccolta sistematica dei dati, cui consegue la necessità di estrapolarli da studi campionari. Lo studio più ampio è stato condotto nelle Marche nel 2004 (Studio MAPPING), su un campione di 4000 soggetti di età  $\geq 18$  anni. La prevalenza delle malattie muscoloscheletriche nella popolazione adulta è risultata del 26,7%, con rapporto maschi:femmine di 1:1,6 e significativamente più elevata tra le persone più anziane. La forma morbosa più comune era rappresentata dall'artrosi periferica (prevalenza 8,95%), seguita dai disordini dei tessuti molli (8,81%), lombalgia (5,91%) e malattie reumatiche infiammatorie (3,06%).

Riguardo all'incidenza, uno studio condotto nel 2006 ha valutato i nuovi casi di artrite reumatoide su un campione di 32.521 adulti residenti nella provincia di Firenze. Il tasso di incidenza con i rispettivi intervalli di confidenza del 95% è risultato pari a 0,98‰ (0,64-1,32‰). In particolare 1,42‰ (0,85-1,99‰) per le donne e 0,51‰ (0,16-0,87‰) per gli uomini. L'età media era di  $47,7 \pm 10,5$  anni per le donne e di  $54,9 \pm 10,3$  anni per gli uomini.

I dati nazionali Istat relativi al 2008 confermano l'aumento di prevalenza delle principali malattie reumatiche (artrite/artrosi, osteoporosi) in rapporto all'età, indipendentemente dal sesso (Tabella 1). La distribuzione regionale evidenzia una prevalenza più elevata in Liguria, presumibilmente da correlare all'età più avanzata della popolazione ligure. Frequenze rilevanti si registrano comunque anche in Regioni con struttura per età più giovane (es. Basilicata, Puglia, Sardegna, Calabria)

**Tabella 1** – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata, classe di età, sesso (per 100 persone della stessa classe di età e sesso) – Anno 2008

	Artrosi, artrite			Osteoporosi		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-14	0,2	0,1	0,2	-	-	-
15-17	0,4	-	0,2	-	-	-
18-19	0,8	0,4	0,6	0,6	-	0,3
20-24	0,5	0,7	0,6	-	-	-
25-34	1,3	2,3	1,8	0,1	0,4	0,3
35-44	4,9	8,3	6,6	0,1	1,0	0,6
45-54	11,9	21,3	16,8	0,7	5,8	3,3
55-59	21,5	33,7	27,7	1,4	16,5	9,1
60-64	25,7	40,5	33,1	3,4	26,6	15,0
65-74	35,9	55,0	46,2	5,5	34,3	21,1
75 e oltre	51,5	67,6	61,5	11,4	45,9	32,8
<b>Totale</b>	<b>13,0</b>	<b>22,7</b>	<b>17,9</b>	<b>1,8</b>	<b>12,5</b>	<b>7,3</b>

Fonte: Istat.

**Tabella 2** – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata e Regione (per 100 persone della stessa zona) – Anno 2008

	Artrosi, artrite	Osteoporosi
Piemonte	17,7	5,7
Valle d'Aosta	18,3	6,2
Lombardia	14,6	6,6
Trentino Alto Adige	12,1	3,8
Veneto	15,9	5,6
Friuli Venezia Giulia	18,8	6,1
Liguria	21,8	9,2
Emilia Romagna	19,9	6,2
Toscana	18,0	7,7
Umbria	21,2	8,1
Marche	21,8	7,9
Lazio	17,5	8,3
Abruzzo	20,1	8,1
Molise	20,1	6,3
Campania	17,8	7,9
Puglia	1,09	8,7
Basilicata	24,7	10,2
Calabria	21,1	7,4
Sicilia	19,2	8,4
Sardegna	20,5	8,6
<b>ITALIA</b>	<b>17,9</b>	<b>7,3</b>
<b>Nord</b>	<b>16,7</b>	<b>6,2</b>
<b>Centro</b>	<b>18,5</b>	<b>8,0</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>19,3</b>	<b>8,2</b>

Fonte: Istat.

(Tabella 2). Le differenze geografiche riscontrate suggeriscono che alcune aree del Paese necessitano di interventi rivolti a semplici correzioni degli stili di vita nelle diverse età, anche in quelle avanzate. L'adozione di idonee stra-

**Tabella 3** – Interventi di sostituzione protesica per regione di appartenenza dell'ospedale e per tipo di intervento (Anno 2005) e incremento medio annuo (2001-2005)

Regione di appartenenza dell'ospedale		Anca				Ginocchio		
		ICD9-CM				ICD9-CM		
		81.51	81.52	81.53	Totale	81.54	81.55	Totale
010	Piemonte	5.414	2.119	490	8.023	3.634	135	3.769
020	Valle d'Aosta	75	52	9	136	22	3	25
030	Lombardia	11.292	4.459	1.533	17.284	8.540	636	9.176
041	P.A. Bolzano	725	201	105	1.031	426	16	442
042	P.A. Trento	396	204	26	626	200	2	202
050	Veneto	6.479	1.745	757	8.981	4.467	202	4.669
060	Friuli Venezia Giulia	1.560	809	179	2.548	1.233	60	1.293
070	Liguria	2.142	776	201	3.119	1.216	89	1.305
080	Emilia Romagna	6.028	2.393	889	9.310	4.592	347	4.939
090	Toscana	4.595	1.600	668	6.863	3.996	267	4.263
100	Umbria	1.015	386	101	1.502	1.140	49	1.189
110	Marche	1.352	658	153	2.163	1.338	59	1.397
120	Lazio	4.803	1.733	610	7.146	3.327	186	3.513
130	Abruzzo	1.466	514	138	2.118	1.427	42	1.469
140	Molise	212	206	27	445	131	3	134
150	Campania	3.117	1.296	367	4.780	2.509	104	2.613
160	Puglia	2.368	1.426	377	4.171	2.248	92	2.340
170	Basilicata	296	129	32	457	136	9	145
180	Calabria	763	439	81	1.283	798	46	844
190	Sicilia	2.255	1.675	278	4.208	2.946	143	3.089
200	Sardegna	702	423	104	1.229	723	35	758
	<b>TOTALE</b>	<b>57.055</b>	<b>23.243</b>	<b>7.125</b>	<b>87.423</b>	<b>45.049</b>	<b>2.525</b>	<b>47.574</b>

FONTE DATI: Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Database SDO - Elaborazione Istituto Superiore di Sanità.

ategie di prevenzione potrebbe contribuire a ridurre sia i tassi di ospedalizzazione sia i costi per la cura e la riabilitazione. In mancanza di una adeguata prevenzione, la prevalenza di queste patologie è destinata ad aumentare, dato il progressivo invecchiamento della popolazione italiana. Inoltre, occorre investire sulla riduzione delle disparità territoriali nell'accesso a percorsi diagnostici e terapeutici appropriati.

#### *Chirurgia protesica*

Un argomento su cui approfondire l'analisi, nell'ambito delle malattie osteoarticolari, è quello della chirurgia protesica. Infatti, attualmente, l'intervento di sostituzione protesica artico-

lare costituisce una soluzione sempre più diffusa nel caso di patologie invalidanti quali, per esempio, l'artrosi e l'artrite reumatoide, e nel trattamento delle fratture del collo del femore. I pazienti che si sottopongono a questo tipo di intervento traggono generalmente benefici, in quanto risolvono la sintomatologia dolorosa, migliorano la qualità della vita e recuperano l'autonomia di movimento.

Nel 2005 sono stati eseguiti poco meno di 140.000 interventi di sostituzione protesica: circa il 63% sono sostituzioni protesiche dell'anca, il 34% del ginocchio, il 2% della spalla e il restante 1% riguarda le articolazioni minori. Nel corso del quinquennio esaminato, si è notato un incremento nel

Spalla			Altre articolazioni							Totale
ICD9-CM			ICD9-CM							
81.80	81.81	Totale	81.56	81.57	81.59	81.73	81.84	81.97	Totale	
156	69	225	28	22	16	1	7	2	76	12.093
6	1	7	-	-	-	-	3	1	4	172
303	285	588	31	82	53	27	34	29	256	27.304
10	6	16	3	2	3	-	1	-	9	1.498
3	5	8	-	13	-	-	-	-	13	849
171	115	286	21	82	20	14	31	10	178	14.114
38	40	78	1	13	1	1	14	3	33	3.952
31	12	43	11	13	9	9	9	1	52	4.519
162	135	297	22	248	19	1	60	15	365	14.911
195	95	290	10	22	20	2	23	7	84	11.500
16	5	21	7	1	1	-	1	1	11	2.723
46	22	68	8	3	5	-	2	3	21	3.649
128	85	213	20	60	465	5	31	9	590	11.462
17	7	24	3	6	54	1	-	-	64	3.675
5	2	7	-	-	-	-	-	-	-	586
66	24	90	5	22	19	-	13	6	65	7.548
31	62	93	6	19	5	1	12	2	45	6.649
13	1	14	-	-	-	-	-	-	-	616
6	13	19	-	6	3	-	2	4	15	2.161
48	61	109	2	16	6	1	11	1	37	7.443
13	13	26	-	-	1	-	-	-	1	2.014
1.464	1.058	2.522	178	630	700	63	254	94	1.919	139.438

numero degli interventi dovuto, da una parte, all'aumento dell'aspettativa di vita e alla stretta correlazione che esiste tra l'insorgenza delle patologie articolari e l'avanzare dell'età, dall'altra, ai continui miglioramenti della tecnica chirurgica e delle caratteristiche dei dispositivi impiantati, che permettono di effettuare interventi su pazienti sempre più giovani. Tale tendenza è particolarmente rilevante per gli interventi sul ginocchio, che, durante i cinque anni presi in esame, sono quasi raddoppiati con un incremento medio annuo pari a circa il 13%, a fronte del 4% registrato per gli interventi sull'anca.

In generale, si osserva che sono le strutture del Nord Italia ad effettuare

la maggior parte degli interventi (57%), seguite da quelle del Centro (21%) e da quelle del Sud e Isole (22%). In particolare, circa il 20% di tutti gli interventi di sostituzione protesica sono effettuati in strutture della Lombardia, seguiti dall'Emilia-Romagna (11%) e dal Veneto con circa il 10% (Tabella 3).

Osservando i dati relativi al 2005, si nota che le donne che si sottopongono ad un intervento di sostituzione protesica sono in numero nettamente maggiore degli uomini (70%). Anche l'età delle donne è sempre superiore a quella degli uomini (circa 70 anni per le donne e 65 per gli uomini, per gli interventi primari e di revisione; 82 e 80 anni, per gli interventi di sostituzione parziale di anca che

**Tabella 4** – Interventi di sostituzione protesica: distribuzione percentuale di genere ed età media per genere e per tipo di intervento – Anno 2005

ICD9-CM	Denominazione	Uomini		Donne	
		%		Età media	
<b>Anca</b>					
81.51	Sostituzione totale dell'anca	38	62	66	70
81.52	Sostituzione parziale dell'anca	23	77	80	82
81.53	Revisione di sostituzione dell'anca	34	66	69	72
<b>Ginocchio</b>					
81.54	Sostituzione totale del ginocchio	27	73	69	71
81.55	Revisione di sostituzione del ginocchio	25	75	67	71
<b>Spalla</b>					
81.80	Sostituzione totale della spalla	24	76	65	72
81.81	Sostituzione parziale della spalla	24	76	63	71
<b>Altre articolazioni</b>	Tibiotarsica, piede e alluce, polso, gomito	33	67	41	55

Fonte dati: Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Database SDO - Elaborazione Istituto Superiore di Sanità.

vengono effettuati, nella maggior parte dei casi, su persone anziane che hanno subito la frattura del collo del femore) (Tabella 4). Il numero elevato e la forte tendenza all'aumento di interventi di artroplastica registrata negli ultimi anni in molti Paesi, nonché il notevole impatto che questa procedura esercita sulla spesa sanitaria (stimabile in Italia in circa 1,2% del FSN), hanno fatto emergere l'esigenza di disporre di strumenti, quali i registri, per monitorare l'utilizzo dei dispositivi protesici. Per tale motivo, dal 2006, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali (Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici) ha finanziato una serie di studi, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, mirati alla progettazione del Registro Nazionale degli interventi di Protesi d'Anca. È stata definita la modalità di raccolta dati, basata sull'utilizzo dei flussi informativi correnti (SDO), integrati da un set di variabili aggiuntive

riguardanti intervento, dispositivo e caratteristiche del paziente. Al momento tre Regioni hanno già istituito un registro regionale (Lombardia, Emilia Romagna, Puglia) e si stanno arruolando altre sei regioni (Piemonte, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Toscana, Marche e Basilicata) che nel corso del 2009 avvieranno la sperimentazione.

Da un'analisi della mobilità interregionale per la chirurgia protesica dell'anca di primo impianto, emerge che, sebbene le strutture in grado di erogare prestazioni con un buon livello di qualità siano ben distribuite sul territorio, il fenomeno della mobilità interregionale è consistente e presenta un gradiente Sud-Nord. Si tratta presumibilmente di mobilità in parte evitabile attraverso politiche volte all'ottimizzazione delle risorse ed al potenziamento delle strutture centro-meridionali, nonché promuovendo una corretta informazione ai cittadini sulla presenza, sul proprio ter-

ritorio, di strutture sanitarie in grado di offrire elevati standard qualitativi.

### 2.5.3 Valutazione critica

Le malattie reumatiche ed osteoarticolari rappresentano una delle più frequenti patologie causa di disabilità e con notevole impatto sugli individui, le loro famiglie e sul sistema sociosanitario. La loro frequenza è destinata a crescere nei prossimi decenni, in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione.

Sebbene non sia nota l'esatta patogenesi per la maggior parte delle malattie reumatiche, vi è evidenza che la prevenzione esercitata sui principali determinanti di salute (obesità, inattività fisica, fumo, eccesso di alcol e traumi) possa evitare l'insorgenza o ritardare la progressione di diverse patologie reumatiche, prima fra tutte l'artrosi. Ad esempio, uno studio epidemiologico sulla popolazione ha dimostrato che agendo sul fattore di rischio obesità, si riduce la probabilità di essere colpiti dall'artrosi del ginocchio e, conseguentemente, si riducono sia la velocità di progressione della malattia che i dolori articolari, e migliora la capacità funzionale dell'articolazione nei pazienti affetti da artrosi degli arti inferiori.

È noto che queste patologie sono gravate dal pregiudizio di essere considerate come inevitabili conseguenze dell'età o incurabili, pertanto appare opportuno potenziare l'informazione sanitaria alla popolazione, con interventi finalizzati a diffondere la conoscenza dei sintomi e dei segni della malattia, nonché ad indirizzare i pazienti verso la figura professionale competente a porre la diagnosi e ad instaurare precocemente la terapia idonea. Una ricerca effettuata nel 2008 da CSD (CegeDim Strategic Data), per conto della Società Italiana di Reumatologia (SIR) e dell'Associazione Nazionale Malati Reumatici, sul grado di conoscenza degli italiani in

tema di malattie reumatiche, ha evidenziato una mancanza di informazione sulle caratteristiche e sulle cause di queste patologie, sul professionista sanitario d'elezione cui i pazienti dovrebbero fare riferimento per la diagnosi e la cura, ed anche sul termine stesso di "malattie reumatiche".

È opportuno altresì programmare corsi di aggiornamento specifici, rivolti, in particolare, ai medici di medicina generale. L'obiettivo di una diagnosi sempre più tempestiva deve infatti essere attivamente perseguito attraverso una più estesa informazione rivolta sia ai pazienti che ai medici di medicina generale, con il sostegno da parte delle ASL di ambulatori per le "early arthritis". La diagnosi tempestiva, unitamente ad una appropriata scelta terapeutica e ad una rigorosa valutazione della risposta alle terapie, sono di primaria importanza nel ritardare notevolmente il decorso della patologia e contribuiscono a migliorare sensibilmente la qualità della vita dei pazienti, spesso invece compromessi da una diagnosi tardiva della malattia. Ciò è particolarmente vero per le artropatie infiammatorie in cui il danno strutturale (erosione dell'osso), si verifica già a partire dal primo anno di malattia. A questo proposito, il Rapporto sociale sull'Artrite Reumatoide realizzato dal Censis nel 2008, insieme alla Società Italiana di Reumatologia e all'Associazione Nazionale Malati Reumatici, ha evidenziato che il percorso che i malati debbono affrontare per ottenere una diagnosi certa di artrite si rivela spesso lungo e tortuoso. In base al rapporto, per avere una diagnosi di artrite reumatoide sono necessari una media di 11,7 mesi; fino a 18,1 mesi se la prima diagnosi è effettuata da uno specialista non reumatologo; 2 anni e oltre (24,2 mesi) per avere una conferma di diagnosi da un reumatologo dopo aver consultato un altro specialista.

Per quanto attiene alla terapia delle malattie reumatiche ed osteoarticolari,

questa è principalmente basata sui farmaci. Le acquisizioni sui meccanismi fisiopatologici delle artropatie infiammatorie croniche (artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondilite anchilosante ed artriti "enteropatiche"), hanno permesso di mettere a punto farmaci, cosiddetti biologici, in quanto ottenuti mediante processi biotecnologici, selettivamente mirati ai meccanismi patogenetici, che hanno manifestato una rapida e marcata efficacia nel ridurre l'attività di malattia, specie se somministrati in associazione al methotrexate. Queste nuove terapie, inoltre, sono efficaci non solo nel migliorare i sintomi ed i segni di malattia, ma soprattutto nel rallentare o arrestare la progressione del danno strutturale, preservando la capacità funzionale e migliorando la qualità della vita. Tuttavia, il rapporto Censis 2008 ha mostrato che solo il 7,4% dei pazienti affetti da queste patologie è in trattamento con farmaci biologici. Nondimeno, gli agenti biologici non sono privi di tossicità. In particolare, vi sono evidenze di un aumento di incidenza delle infezioni e di un possibile aumento di rischio di neoplasie. L'aumentato utilizzo di questi farmaci ha, peraltro, comportato la segnalazione di un ampio spettro di eventi avversi (es.: vasculiti, malattie demielinizzanti, anemia aplastica, ecc.) per monitorare i quali il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza - e la Società Italiana di Reumatologia in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, hanno avviato nel maggio 2001 uno studio osservazionale, denominato ANTARES (Anti TNFalfa nell'Artrite Reumatoide Severa). Questo studio ha permesso di definire le linee guida per l'accesso al trattamento con farmaci biologici e per il follow-up. L'analisi dei 3.902 casi raccolti nell'arco dei 3 anni di svolgimento del progetto ha confermato l'efficacia degli anti-TNF oggetto di studio (eta-

nercept ed infliximab) nella reale pratica clinica, con un profilo di sicurezza sovrapponibile a quanto emerso dalle sperimentazioni cliniche controllate. Sulla base dei risultati dello studio ANTARES, la Società Italiana di Reumatologia, finanziata dall'AIFA nell'ambito della ricerca indipendente sui farmaci, ha realizzato nel corso del 2007 un network informatizzato (MonitorNet), unendo in rete tutti i centri di reumatologia disponibili (finora 43), al fine di realizzare una collaborazione permanente tra le strutture reumatologiche italiane. La collaborazione è finalizzata al monitoraggio del profilo rischio/beneficio dei farmaci biologici attraverso la condivisione a distanza dei dati epidemiologici e clinici. A fine 2008, i casi inseriti nel database superavano i 3.000. Nessun elemento di allarme è finora emerso dall'analisi dei dati, mentre si conferma in generale l'elevata efficacia clinica. È tuttavia evidente che sia l'attività di farmacovigilanza sia la valutazione dell'efficacia devono proseguire per monitorare il profilo rischio/beneficio nel lungo termine, rispondendo all'esigenza di costituire duraturi sistemi di sorveglianza.

Nuove possibilità terapeutiche potranno essere offerte in futuro dalla farmaco-genomica, cioè lo studio dei geni che regolano, per ciascun individuo, la risposta a un determinato farmaco e la comparsa di effetti collaterali. Ciò dovrebbe consentire, nel prossimo futuro, di confezionare una terapia su misura, scegliendo le cure più efficaci e meno tossiche per ciascun paziente sulla base delle proprie caratteristiche genetiche. In un arco di tempo più lungo, la prospettiva è quella di applicare in campo reumatologico tecnologie complesse come la terapia genica, o di sfruttare in modo innovativo le proprietà terapeutiche delle cellule staminali. Va tuttavia ribadito che già oggi, nella stragrande maggioranza dei casi, grazie a un corretto impiego delle terapie disponibili, è possibile non avere

dolore, svolgere una normale attività e mantenere una più che accettabile qualità di vita.

#### 2.5.4 Indicazioni per la programmazione

I dati sopra illustrati evidenziano che queste patologie, a tutt'oggi, non ricevono una adeguata attenzione né sul piano sociale, né su quello dell'offerta dei servizi assistenziali, ed inoltre necessitano di strategie capaci di prevenire l'insorgenza e la progressione delle malattie osteo-articolari, le disabilità, le sofferenze, attraverso programmi di formazione e pianificazione dei percorsi assistenziali.

Per combattere efficacemente sia la frequenza delle malattie reumatiche che i costi ad esse correlati, appare prioritario mettere in atto strategie di intervento a diversi livelli, quali: aumentare l'informazione alla popolazione ed ai medici; investire nella prevenzione primaria, mediante la diffusione di interventi di contrasto alla sedentarietà e di promozione di stili di vita attivi; favorire la diagnosi precoce; garantire l'accesso alle cure; mantenere costante la sorveglianza.

Per una migliore gestione della malattia e un rapido accesso alle tera-

pie efficaci, sarebbe inoltre necessario programmare una più numerosa presenza di ambulatori di reumatologia sul territorio, in grado di garantire una diagnosi realmente precoce (entro 3-6 mesi dall'esordio dei sintomi). Ciò può migliorare significativamente la prognosi, evitando ritardi nella diagnosi che comportano danni funzionali irreparabili, e favorire l'accesso a terapie più efficaci (es. farmaci biologici) per un numero più ampio di pazienti.

#### Bibliografia essenziale

- Baglio G, Sera F, Cardo S, et al. The validity of hospital administrative data for outcome measurement after hip replacement. *Italian Journal of Public Health* 2009;6(2):114-27.
- Benucci M, Cammelli E, Manfredi M, et al. Associazione Medici-Scandicci. Early rheumatoid arthritis in Italy: study of incidence based on a two-level strategy in a sub-area of Florence (Scandicci-Le Signe). *Rheumatol Int.* 2008;28:777-81.
- Romanini E, Torre M, Manno V et al. Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale. *G.I.O.T.* 2008; 34:129-134.
- Sfriso P, Salaffi F, Bombardieri S, et al. Profilo rischio-beneficio dei farmaci biologici nella pratica reumatologica. Da ANTARES a MonitorNet. *Reumatismo.* 2008;60(2):77-84.
- Torre M. Progetto per l'istituzione di un registro nazionale degli interventi di protesi di anca. Roma, ISS, 2005 (Rapporti ISTISAN 05/18).

## 2.6 Malattie del sistema nervoso

### 2.6.1 Introduzione

I dati OMS indicano che circa il 50% della disabilità mondiale è dovuta a malattie del Sistema Nervoso. In Europa il peso delle malattie del Sistema Nervoso appare pari al 35%, con un costo per anno di 386 bilioni di Euro.

L'incidenza e la prevalenza delle malattie del sistema nervoso che richiedono l'intervento dello specialista

neurologo, nell'ambito generale di tutte le malattie, sono rispettivamente del 2,5% all'anno e del 10%. A questi numeri vanno aggiunte quelle situazioni di malattia del sistema nervoso che non arrivano – per qualsiasi ragione – allo specialista neurologo, come ad es. le cefalee (solamente il 20% delle emicranie ed il 10% delle cefalee tensive raggiungono lo specialista neurologo), le demenze (trattate dallo specialista psichiatra o dal geriatra), il low-back-