

**3 SETTEMBRE 2020**

**FOCUS VENETO**

# **ARTRITE REUMATOIDE IN EPOCA POST COVID-19**

**DOCUMENTO DI SINTESI**



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)  
[www.mondosanita.it](http://www.mondosanita.it)



## PARTE ISTITUZIONALE

La parte Istituzionale ha posto particolare attenzione a questa area con le oltre 100 patologie correlate che hanno forte bisogno di una organizzazione socio-assistenziale ben roduta. La tradizione della rete di questa Regione è punto di riferimento nel panorama Nazionale.

In particolare, relativamente all'Artrite Reumatoide, il sistema sanitario è sollecitato in maniera importante anche dal punto di vista sociale l'organizzazione della Rete ha fornito risposte molto efficienti, ma occorre sottolineare nuove criticità emerse con Covid-19, in particolare quella di una presa in carico territoriale efficiente e capillare. Sappiamo che la politica sulla assunzione di nuovo personale specializzato è sotto i riflettori per tutte le realtà regionali. Il Veneto si pone sicuramente in una posizione di vantaggio per la sua capacità programmatrice, spesso anticipatoria di eventuali criticità legate all'epidemiologia. La rete Reumatologica con i suoi 43 ambulatori specialistici ne è la dimostrazione.

Nonostante questo sarà necessario un confronto continuo con le Università per rivedere la programmazione specialistica, implementando l'organizzazione per una risposta assistenziale ancora più efficiente e che tenga conto delle esigenze di questi malati e delle nuove possibilità di cura alle quali dare accesso omogeneo e rapido.

## PARTE CLINICA

**Fondamentali per ridurre i costi socio-assistenziali che pesano su società e famiglie si delineano le seguenti linee di azione:**

### A. ORGANIZZAZIONE

- ✓ **La diagnosi precoce** che è la cura più importante ed il ritardo diagnostico è la prima causa di complicanze e disabilità;
- ✓ **La facilità di accesso** in tutto il territorio con oltre 43 ambulatori dedicati nel Veneto è stata garantita, ma occorre rivedere il modello in ottica post-Covid;
- ✓ **Le visite in telemedicina** sono una opportunità ma non potranno sostituire le visite ambulatoriali se non per alcune attività (esperienza di Verona sul follow-up delle pazienti);
- ✓ Il lavoro della rete reumatologica operativa è eccellente ma si dovrà lavorare ad

un PDTA dedicato per l'AR (Verona ha già prodotto un PDTA provinciale) per consentire anche la creazione di corsie preferenziali per i pazienti urgenti;

- ✓ Evitare carenze di organico future, infatti l'età media degli specialisti in forze alla Regione Veneto è di 52 anni, con un terzo dei reumatologi che ne ha più di 60. Questa necessità futura di medici prevede un fabbisogno annuo di **cinque nuovi specialisti**. Un corretto numero di specialisti tra Ospedale e Territorio è fondamentale;
- ✓ La rete di specialisti dovrà operare in connessione con la medicina territoriale;
- ✓ Posti letto dedicati per pazienti con patologie reumatologiche complesse dovrebbero essere protetti (cosa purtroppo non accaduta con la recente pandemia);
- ✓ Riconoscimento dei centri Hub regionali con deliberazione ad hoc;
- ✓ Una più semplice interazione fra centri Hub e/o Spoke e gli specialisti periferici;
- ✓ Importante ridurre le liste d'attesa per evitare la non presa in carico rapida e il drop out della rete;
- ✓ Necessità di condividere maggiormente i dati sia ad uso clinico che per fine di ricerca attraverso la creazione di un Database Regionale e necessità di ridefinire degli standard univoci per le analisi di laboratorio in modo da poter confrontare i risultati.

## **B. INNOVAZIONE DELLE CURE**

- ✓ Una più equa e rapida accessibilità sul territorio ai farmaci innovativi, evitando così lo spostamento dei pazienti fra diversi centri;
- ✓ Le nuove terapie orali su alcune tipologie di pazienti devono essere utilizzate e sono molto importanti per l'aderenza;
- ✓ Bene il risparmio attraverso le terapie Biosimilari (2° posto per utilizzo in Italia), ma attenzione alla possibilità di poter offrire le migliori cure, anche innovative;
- ✓ L'utilizzo delle terapie in maniera personalizzata sui pazienti è fondamentale e non deve avere limitazioni;
- ✓ Vista disponibilità di farmaci innovativi, fra cui le terapie orali di facile gestione, deve essere garantito l'accesso a queste cure;
- ✓ I Piani terapeutici rappresentano un inutile aggravio burocratico.

## PARTE PAZIENTI

- ✓ **Diagnosi precoce fondamentale per cui attenzione alle liste d'attesa** (rischio lentezza per ritardo diagnostico) seppur la situazione Veneta sia davvero un riferimento positivo a livello Nazionale;
- ✓ Necessario deliberare ed istituzionalizzare nuovi PDTA rendendoli subito operativi con adeguate informazioni per i pazienti;
- ✓ Indagini diagnostiche spesso non convenzionate (tempi di attesa);
- ✓ È necessario **tornare a sedersi al tavolo** per rivedere il sistema socio assistenziale peraltro già efficiente;
- ✓ Il ruolo del MMG deve essere meno marginale nel PDTA;
- ✓ Più tempo da dedicare alla visita e meno alla burocrazia;
- ✓ Integrazione e multidisciplinarietà necessaria per seguire il paziente AR (complessità gestionale delle comorbidità comuni);
- ✓ Miglior terapia possibile e non valutazione solo di costo del farmaco, poiché spesso la miglior terapia porta a grandi risparmi nell'intero percorso di cura;
- ✓ Tutto ciò che facilita aderenza e semplicità di cura deve essere correttamente valorizzato.

## MEDICINA GENERALISTA

- ✓ Necessità di formazione sui farmaci utilizzati sui suoi pazienti, ma non si deve pensare che nuove terapie solo perché semplificate debbano essere date completamente in carico ai MMG;
- ✓ La gestione di queste terapie (in molti casi straordinariamente efficaci) **in collaborazione con lo specialista**, è fattore chiave di successo, in quanto il paziente con Artrite è un paziente ad alta complessità di gestione per le comorbidità;
- ✓ La medicina generalista attraverso le forme aggregative ha sicuramente migliori armi gestionali;
- ✓ Risolvere il problema con il trasferimento dei **piani terapeutici al MMG** sarebbe inutile e sbagliato. Serve invece meno burocrazia, più tempo per il paziente con

necessità di condividere maggiormente i dati con approccio multidisciplinare di presa in carico;

- ✓ Necessità di utilizzare dei PDTA condivisi per ridurre le liste d'attesa e creare corsie preferenziali per i pazienti urgenti;
- ✓ La telemedicina è uno strumento interessante su cui collaborare, ma occorre sostenere le tecnologie per attuare in maniera adeguata queste nuove forme assistenziali.

## CONCLUSIONI

La Rete Reumatologica Veneta è pronta ma resta in attesa di un atto deliberativo regionale formale che riconosca ruoli e organizzazione descritta nella precedente DGR. Infatti gli attori del sistema hanno compiuto i passi necessari per l'innesto della Rete sia nel territorio che negli ospedali, creando già una collaborazione molto proficua. Ma ora c'è bisogno di PDTA regionale che tenga conto dell'innovazione facilitante le cure introdotta in questi ultimi anni e del cambio di scenario imposto dalla recente pandemia. Dal canto loro i decisori politici dovranno a breve ufficializzare tutto il lavoro svolto in questi quattro anni riaprendo il dialogo con gli interlocutori di sistema (prime fra tutte le Associazioni di malati reumatici) perché la realizzazione di una Rete efficiente possa migliorare l'offerta sanitaria e l'appropriatezza di servizi offerti dal SSR.

## **SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL' EVENTO:**

(i nomi sono posti in ordine Alfabetico)

**Daniela Boresi**, Giornalista

**Maurizio Cancian**, Presidente SIMG Veneto

**Andrea Doria**, Professore Ordinario Reumatologia Responsabile Scuola di Specializzazione di Reumatologia, Università di Padova

**Giulia Gioda**, Presidente Motore Sanità

**Paolo Guzzonato**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Manuela Lanzarin**, Assessore alla Sanità e al Sociale Regione del Veneto

**Giovanni Pavesi**, Direttore Generale ULSS 8 Berica

**Leonardo Punzi**, Referente Rete Reumatologica Regione del Veneto e Coordinatore Area Reumatologica Veneziana ULSS 3 Serenissima

**Maurizio Rossini**, Professore Ordinario di Reumatologia e Direttore della Scuola di Specializzazione di Reumatologia, Università di Verona

**Michele Tessarin**, Direttore Sanitario ULSS 3 Serenissima

**Silvia Tonolo**, Presidente ANMAR Veneto

**Giuseppe Turchetti**, Professore di Economia e Gestione delle Imprese, Scuola Superiore Sant'Anna

**Susanna Zardo**, Farmacista ULSS 3 Serenissima Servizio Farmaceutica Territoriale, Mestre

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato realizzato da **Motore Sanità** e si è svolto con il patrocinio di **Azienda Ospedaliera Università di Padova, Regione del Veneto ULSS3 Serenissima, Regione del Veneto ULSS6 Euganea, Regione del Veneto ULSS8 Berica e ANMAR - Associazione Nazionale Malati Reumatici**. Il webinar è stato inoltre realizzato con il contributo incondizionato di **Lilly**.*

Con il contributo incondizionato di:

*Lilly*

