



Documento di indirizzo regionale - Veneto

Tavolo Regionale Veneto 15/10/2024, Padova

PARTECIPANTI

ADAMI SILVIA - Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici, Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto

BONIN MAURO - Direzione Programmazione e controllo SSR, Regione del Veneto

CORTESI PAOLO - Università Statale Bicocca, Milano

DORIA ANDREA - Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Dipartimento di Medicina - DIMED, Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

GISONDI PAOLO - Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia, Università degli Studi di Verona

RAMONDA ROBERTA - Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Dipartimento di Medicina - DIMED, Azienda Ospedaliera Università di Padova

ROSSINI MAURIZIO - "Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona"

SPINI ANDREA - Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

TONOLO SILVIA - ANMAR ODV Associazione Nazionale Malati Reumatici e A.Ma.R.V. ODV Associazione Malati Reumatici del Veneto

VIANELLO STEFANO - Servizi Socio Sanitari Ulss 6 Euganea, Regione del Veneto

ZARDO SUSANNA - Unità Operativa Complessa Assistenza Farmaceutica Territoriale - ULSS3 Serenissima, Regione del Veneto

PREMESSE

I seguenti punti sono emersi come premesse all'identificazione di proposte per affrontare il tema del percorso di presa in carico e cura dei pazienti:

- Sebbene ad oggi non si riscontri una problematica di sotto-trattamento in questa area terapeutica nella Regione Veneto, si stima che nei prossimi 10 anni il servizio sanitario regionale manterrà un equilibrio di gestione e un bilancio “sano” ma, per effetto del definanziamento del fondo sanitario, con il rischio di un disequilibrio generale che finirà per impattare sulla presa in carico e sulla capacità di gestire la domanda di salute. Tale disequilibrio di sistema porta allo sviluppo di tre fenomeni quali l'aumento della *spesa Out of pocket* dei pazienti, un incremento delle liste di attesa, la rinuncia alle cure con possibili conseguenze di spese sanitarie catastrofali
- A differenza di altre Regioni, il Veneto si presenta come una Regione già molto strutturata anche nell'area reumatologica (Rete, Tavoli multistakeholder, Registro farmaci biologici ...) e con un virtuoso approccio alla Sanità «HTA like».
- In particolare, con Decreto del Direttore della Direzione Farmaceutico, Protesica, Dispositivi medici n. 4 del 22 febbraio 2024 sono stati ricostituiti i Gruppi di lavoro per la valutazione e il monitoraggio dei farmaci biologici per l'area reumatologica, l'area dermatologica e l'area gastroenterologica, a supporto alla Commissione Tecnica Regionale Farmaci. Si tratta di gruppi di lavoro composti da clinici specialisti, farmacisti ospedalieri e territoriali ed altri esperti, individuati in base ad adeguata professionalità ed esperienza nelle materie oggetto di valutazione, che avranno, tra gli altri il compito di aggiornare le linee di indirizzo già esistenti. Nella Regione del Veneto è inoltre in uso da diversi anni la Piattaforma Servizi per la Farmaceutica – PSF, che consente di gestire informaticamente la selezione dei pazienti eleggibili al trattamento con farmaci biologici in determinate aree terapeutiche con emissione di Piano Terapeutico/Richiesta obbligatori per la dispensazione diretta da parte delle strutture sanitarie pubbliche del farmaco. Infine, la Regione sta lavorando per la predisposizione di una reportistica attraverso cui monitorare l'utilizzo ed il consumo dei farmaci approvati in area reumatologica, dermatologica e gastroenterologica.
- Anche la Regione Veneto non ha però investito a sufficienza nello studio e nella ricerca sui costi della sanità attraverso una rete di virtuosa collaborazione tra Regione, Università, Aziende... . È un punto ancora critico per l'evoluzione della capacità di gestione della sanità regionale così come la necessità di assicurare la tracciatura completa dei bisogni. In assenza di dati, i bisogni non vengono intercettati dal sistema e quindi non vengono gestiti. È in corso una fortissima spinta alla digitalizzazione della Sanità grazie al PNRR che porterà nei prossimi anni a cambiamenti epocali e alla disponibilità di dati ad oggi difficilmente immaginabili
- Un importante progetto in ambito di ricerca sulle terapie farmacologiche è rappresentato dal Progetto Vulcano, sviluppato dal Professor Trifirò ed il suo Team. Questo progetto, a copertura nazionale, ha l'obiettivo di fornire evidenze di sicurezza ed efficacia per i farmaci immunosoppressori (biologici e non biologici) integrando le evidenze provenienti da diverse fonti di dati (dati amministrativi e dati provenienti dai registri). L'integrazione dei dati amministrativi con quelli dei registri che forniscono dati di outcome di efficacia potranno così fornire informazioni relativamente ad alcuni degli unmet need come:

- la personalizzazione delle cure – anche in categorie di pazienti spesso escluse dai clinical trial (esempio i pazienti ultra-anziani o con multi-comorbidità).
 - la gestione degli insuccessi terapeutici – farmaci per la terza linea e linee successive e terapie migliori per il singolo paziente
- La Regione Veneto condivide con le altre Regioni un problema legato al numero di Reumatologi, in particolare di quelli negli ambulatori sul territorio, insufficiente a gestire la domanda. Lo stesso si dica per i MMG. La Medicina Generale come la conosciamo oggi non può rappresentare la risposta ai bisogni emergenti della popolazione e andrà profondamente ristrutturata attraverso l'applicazione di un nuovo modello organizzativo.

UNMET NEED PRIORITARI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

DIAGNOSI

Gli unmet need prioritari per la Regione Veneto identificati dal Tavolo in questa area sono:

- Anticipare le diagnosi, in particolare per la spondiloartrite assiale, per permettere un precoce trattamento con cure farmacologiche e ridurre o minimizzare il danno muscolo scheletrico.
- Incrementare l'appropriatezza diagnostica e ridurre la difficoltà di diagnosi con sottodiagnosi e sovradiagnosi, in particolare nella spondiloartrite assiale data l'assenza di indici bioumorali diagnostici (presenti in alte malattie reumatologiche) e/o per la difficoltà di interpretazione del riscontro di aspetti di imaging
- Implementare e coinvolgere in questo processo il ruolo fondamentale del MMG considerando che le competenze in ambito reumatologico sono di non semplice inquadramento. Si riconosce peraltro che i MMG hanno un carico di lavoro elevato che rende difficile coprire le esigenze della popolazione, considerato anche che le loro priorità rimangono le patologie più impattanti dal punto di vista epidemiologico (cardiovascolare, diabete, ...).

A fronte degli unmet need prioritari selezionati, il Tavolo ha identificato le seguenti possibili azioni:

- Formare il MMG per migliorare l'appropriatezza del *referral* al reumatologo (più spesso i pazienti vengono erroneamente inviati all'ortopedico, fisiatra... o riferiti al reumatologo per sospetta patologia non appropriata con un conseguente carico ambulatoriale eccessivo) e, quindi, stabilire una collaborazione tra MMG e Specialista reumatologo attraverso:
 - Formazione dei MMG in ambito reumatologico durante il percorso di Laurea o Specializzazione, in particolare ad opera di Specialisti e non di MMG come può avvenire ora. Un esempio virtuoso riportato dal Tavolo è la recente introduzione di un modulo seminariale sul tema Osteoporosi condiviso tra MMG e Specialisti nell'ambito della Scuola Regionale di Formazione Specifica in Medicina. Si suggerisce anche un approccio pragmatico alla formazione anche attraverso la proposta di strumenti pratici e mirati al ruolo del MMG (e.g. flowchart schematiche) che lo supportino nel processo di *case finding* e di gestione del follow-up del paziente
 - aggiornamento periodico della formazione del MMG attraverso iniziative organizzate dalle ULSS. Si identifica nella lombalgia un tema che ha la potenzialità di essere di interesse maggiore per i MMG e che contemporaneamente permette di parlare di malattie reumatiche. Considerare la motivazione del medico risulta chiave per la riuscita delle attività formative
 - collaborazione con gli Specialisti attraverso il teleconsulto su casi dubbi identificati dai MMG. Un esempio virtuoso di dialogo tra MMG e specialista è quello di Verona che ha adottato la formula del teleconsulto tra lo specialista e gruppi di MMG. Un referente MMG e uno specialista si riuniscono da tre anni una volta a settimana per discutere casi di interesse. Il teleconsulto ha due obiettivi: i) afferenza più appropriata del paziente alle visite specialistiche e ii) gestione degli effetti collaterali che creano ulteriore motivo di sovraccarico presso i centri. Un ostacolo allo sviluppo di questa pratica è rappresentato dal fatto che il tempo dedicato a questo tipo di attività non

viene riconosciuto dagli enti. Inoltre, l'organizzazione dei MMG in aggregazioni favorisce questo tipo di attività e dovrebbe essere rafforzata nella regione Veneto

- attivare un processo virtuoso di feedback dallo Specialista al MMG per quanto riguarda l'appropriatezza dei *referral* effettuati dal medico generalista: l'appropriatezza attuale risulta bassa con conseguente dispendio di risorse e perdita di focalizzazione sui casi prioritari.

ACCESSO ALLE CURE

Gli unmet need prioritari per la Regione Veneto identificati dal Tavolo in questa area sono:

- massimizzare la capacità di personalizzare la cura e ottimizzare gli esiti anche attraverso la disponibilità di dati dalla pratica clinica sugli outcome di efficacia e sicurezza
- aumentare la prossimità delle cure al paziente
- insufficiente attenzione ai costi indiretti e alla necessità di ridurli anche attraverso l'ottimizzazione delle terapie e della presa in carico

A fronte degli unmet need prioritari selezionati, il Tavolo ha identificato le seguenti possibili azioni:

- La capacità di personalizzare la cura e ottimizzare gli esiti dipende anche dalla disponibilità di evidenze che permettano di orientare le scelte terapeutiche nei singoli pazienti. Come dettagliato nelle premesse, la Regione sta già lavorando alla creazione di un sistema di reportistica dei dati relativi alle prescrizioni dei farmaci biologici. Questa opportunità risulta particolarmente utile all'attività clinica, come riportato dagli Specialisti, in particolare per l'obiettivo di miglioramento continuo delle scelte terapeutiche. Per esempio, attraverso la possibilità di monitorare quanti pazienti siano in remissione o in bassa attività di malattia. L'ulteriore richiesta dei clinici prescrittori è quella di avere la possibilità di interrogare in tempo reale il database per rispondere a specifici quesiti di loro interesse.

L'analisi dei dati disponibili relativi a caratteristiche dei pazienti, prescrizioni ed outcome dovrebbe permettere una profilazione dei pazienti al fine di effettuare la scelta ottimale in termini di terapia sin dalla prima linea, come dettagliato nelle premesse (v. progetto Vulcano). Questo approccio permetterebbe di aumentare l'appropriatezza e ottimizzare l'impiego delle risorse.

In base alle più recenti evidenze, i farmaci biologici risultano peraltro differenziati sotto il profilo farmaco-economico: alcune terapie risultano dominanti rispetto alle altre principalmente per una maggiore efficacia (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39182010/>) così come per la capacità o meno di agire su più domini della malattia (l'uso di *endpoint* multidominio è preferibile in quanto più predittivo degli *outcome* a lungo termine che rappresentano una fonte principale di costi).

- Riconoscere il ruolo sempre più centrale dei costi indiretti nella valutazione delle politiche sanitarie. E' necessario comprendere come il PNRR stia richiedendo una modifica del sistema di valutazione delle politiche sanitarie. Il 63% dei fondi PNRR vanno restituiti e le risorse necessarie non verranno da azioni di razionamento o efficientamento del sistema. Le risorse dovranno derivare dalle esternalità generate sugli utenti del SSN attraverso un allungamento della vita utile dei pazienti, ritardando il momento dell'insorgenza della disabilità, sollevando i caregiver (soprattutto le donne) dalle attività di accudimento, riducendo i tempi di spostamento e di attesa per le visite e gli esami, etc. Questa attenzione alle componenti indirette è un elemento completamente nuovo introdotto dal PNRR (tra due anni il PIL della Regione Veneto, per effetto della Missione Salute del PNRR, dovrà essere incrementato di 480 milioni) .

La Regione Veneto effettua una programmazione sanitaria ma un aspetto mancante in questo processo è l'attenzione alla parte sociale di queste patologie, ai temi di perdita di produttività e in alcuni casi di perdita del lavoro, soprattutto legati al problema del dolore (considerato anche che si stimano circa 24 milioni di giornate lavorative perse a livello nazionale). Manca però un sistema dati che permetta di monitorare i costi indiretti, anche se alcuni dati esistono e le singole ULSS avrebbe la titolarità per accedervi (ad esempio la distanza tra la residenza del paziente e il centro di cura che risulta impattare sull'outcome clinico). Fino al 2020 esisteva in Regione Veneto un sistema che permetteva di valutare i costi associati alla gestione dei pazienti. Per i costi indiretti si potrebbero realizzare studi dedicati. Ad esempio, a Mestre è stata fatta una valutazione dell'impatto sui costi indiretti generato dallo spostamento ai MMG della gestione del follow-up nel tumore della mammella dopo 5 anni dall'intervento: la riduzione di giornate dedicate dal caregiver è risultata estremamente significativa insieme alla riduzione delle emissioni di CO₂ per gli spostamenti più limitati dei pazienti. A questo proposito viene sottolineato come sia imprescindibile in un sistema virtuoso di pianificazione e controllo, considerare anche il potenziale impatto negativo nel medio-lungo termine delle attività e dei servizi che non vengono erogati dalla Regione.

- Nella Regione Veneto allo stato attuale non vengono segnalati dei disagi per quanto riguarda l'erogazione dei medicinali biologici. Il Decreto del Direttore Generale dell' Area Sanita' e Sociale n. 17 del 27 febbraio 2023 prevede che “in caso di terapia consolidata, su specifica richiesta del paziente per oggettive rilevanti problematiche di natura logistica, e qualora non possano essere attivati progetti di Home delivery dall'Azienda sanitaria che ha generato la prescrizione, la dispensazione dei suddetti farmaci viene effettuata dall'azienda ULSS di residenza del paziente” e questo per venire incontro alle esigenze dei pazienti, non obbligati a recarsi presso la struttura del centro prescrittore solo per il ritiro del medicinale. L'Associazione Pazienti segnala l'importanza di dare al paziente la possibilità di avere nel farmacista delle Farmacie aperte al Pubblico un ulteriore riferimento a completamento dell'erogazione della cura (consigli, suggerimenti, ...) nella prossimità e auspica un collegamento tra il Farmacista dei Servizi e il Farmacista Ospedaliero per creare continuità nelle cure.

Il GdL propone una riflessione sulla possibilità di rivalutare il sistema di classificazione dei farmaci e relativi meccanismi di distribuzione a livello nazionale per migliorarne la capillarità limitando contemporaneamente l'impatto economico sul sistema.

Ma in particolare per la Regione Veneto esiste già una mozione regionale che è stata votata all'unanimità. Si tratta di creare un accordo con i farmacisti di comunità che aumenti la prossimità al paziente e che sia vantaggiosa per le parti coinvolte senza gravare sul sistema.

Un'alternativa potrebbe essere anche l'Home Delivery, servizio già utilizzato in altre aree terapeutiche (e.g. diabete). Nonostante possa essere una soluzione adatta ad alcune realtà, secondo l'Associazione Pazienti, non rappresenta una soluzione universale in quanto, per esempio, richiede che il paziente sia presso il domicilio nel momento della consegna e quindi non risulta adatto nei casi dei pazienti impegnati fuori casa durante la giornata.

Il coinvolgimento di piattaforme di logistica già altamente sviluppate nel nostro Paese potrebbe rappresentare un'altra via da percorrere.

PRESA IN CARICO

Gli unmet need prioritari per la Regione Veneto identificati dal Tavolo in questa area sono:

- Il processo di digitalizzazione della sanità è ancora arretrato e inadeguato a supportare il processo di presa in carico dei pazienti nell'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili (professionisti, consumi...). Esiste un problema di frammentazione del processo dovuta primariamente al fatto che i diversi database gestionali non dialogano tra di loro, sono gestiti in modo isolato dalle singole Aziende e non sono in rete nelle Aziende stesse o con le ASL territoriali. Nonostante in Veneto il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) sia funzionante e più avanzato che in altre Regioni, i dati in esso contenuti sono parziali
- In assenza di un riferimento competente sul territorio, nel percorso di presa in carico i pazienti tendono a trasformare il centro di cura in un sostituto del MMG caricando i centri di lavoro che non competerebbe loro e creando inefficienze nel sistema
- Vengono inoltre segnalati altri bisogni tra cui:
 - la mancata attenzione al tema «prevenzione» (interruzione dell'abitudine al fumo, attività fisica, ...), tema molto importante anche in questa area che non viene scarsamente trattato con i pazienti
 - la definizione inadeguata dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per la Reumatologia, elaborata senza che gli specialisti fossero interpellati
 - l'assenza, o presenza molto limitata, di infermieri specializzati a supporto dell'attività clinica presso i centri di reumatologia.

A fronte degli unmet need selezionati, il Tavolo ha identificato le seguenti possibili azioni principali:

- Prioritaria sarebbe l'attivazione di una modalità di condivisione di dati con il MMG che detiene il 70% dei dati del paziente affinché sia il MMG che lo Specialista possano avere una visione più completa del profilo del paziente. Il "Patient Summary" sarebbe un «contenitore» molto appropriato a questo scopo anche se tutta la parte di visite private non verrebbe tracciata (il rapporto tra prescritto ed erogato da parte del sistema pubblico veneto è pari solo al 60-65% per cui si stima che un 35-40% finisca nel canale privato). Per questa area terapeutica in particolare, va segnalato che oltre ai dati anamnestici e di terapia, sarebbe sempre più utile poter anche condividere in rete le immagini diagnostiche dei pazienti per ridurre gli spostamenti e per aumentare la condivisione della gestione dei casi e del know-how tra operatori sanitari.
Più in generale si segnala la necessità di assicurare un dialogo tra i gestionali usati a livello di ospedale, ULSS, Regione. Anche la piattaforma sviluppata specificatamente per le patologie reumatologiche denominata "iAR Plus", pur avendo un potenziale per diventare una risorsa a livello nazionale non viene utilizzata in quanto non dialoga con gli altri sistemi di raccolta dati
- Come già indicato nel capitolo relativo alla Diagnosi, anche per la presa in carico adeguata del paziente risulta centrale un investimento sulla formazione del MMG e l'organizzazione della collaborazione con gli specialisti, aspetti già trattati nel capitolo "Diagnosi"
- Aumentare la prossimità al paziente anche se questa, in tutte le sue declinazioni, rappresenta un costo per il sistema. In ottica di bilancio, l'efficientamento porterebbe infatti a lavorare sullo sviluppo di ospedali hub in un concetto di centralizzazione. Ma il PNRR, al contrario,

punta in direzione della territorialità e per assicurarla orienta fortemente il sistema verso un cambio nel paradigma di gestione e cioè verso la digitalizzazione spinta e la prossimità realizzata mediante la telemedicina. La regione dovrebbe quindi spingere sull'utilizzo delle televiste e dei teleconsulti. A questo proposito viene segnalato che tutte le ULSS hanno messo a disposizione spazi dedicati ma nel 2023 sono state effettuate solo 46 teleconsulenze. Si propone quindi di lavorare ad un cambio culturale e organizzativo *in primis* assicurando il riconoscimento del tempo dedicato a queste attività da parte degli operatori

- Sviluppare la Rete delle malattie Reumatologiche perché possa diventare un riferimento a tutto tondo per i pazienti e per gli operatori sanitari che collaborano alla gestione del paziente, come avviene per la Rete Oncologica (i.e. non solo consulto ma attività di indirizzo, definizione di obiettivi, monitoraggio, orientamento della scelta di tecnologie ed infine anche potenzialmente gestione centralizzata del personale ...). Questo obiettivo richiede però investimenti adeguati al fine di poter attivare tutte le necessarie funzioni.
Un' ulteriore opzione a cui pensare a livello di Regione sarebbe, come avvenuto per le Malattie Rare, una modifica nelle modalità di attribuzione del budget che potrebbe essere indirizzato sulla Rete invece che sulle singole aziende per evitare il disallineamento tra chi prende le decisioni sui trattamenti da effettuare e chi ne sopporta i costi.

CONCLUSIONI

A differenza di altre Regioni, il Veneto si presenta come una Regione già molto strutturata anche nell'area reumatologica grazie alla presenza di una Rete reumatologica, di Tavoli multistakeholder di discussione e impostazione condivisa di attività e metodi, di un sistema di Monitoraggio dei farmaci biologici e ad un approccio avanzato alla Sanità «HTA like».

Nonostante queste caratteristiche virtuose, permangono degli aspetti da migliorare, anche legati all'evoluzione necessaria del sistema sanità a livello nazionale, così come delle opportunità da cogliere.

Il Veneto condivide, peraltro, con altre Regioni i problemi strutturali quali il numero limitato di MMG e di reumatologi, soprattutto territoriali, che impattano la presa in carico e cura dei pazienti. Tali problemi non sono stati oggetto di discussione in questo Tavolo di lavoro in quanto considerati strutturali di livello più nazionale che regionale.

Gli unmet medical need prioritari identificati dal Tavolo includono il problema della diagnosi (anticipare, migliorare domanda e appropriatezza), il ruolo del MMG nel percorso del paziente (limitato e non adeguato), l'ottimizzazione della personalizzazione delle cure (analisi dei dati disponibili), l'opportunità di rafforzare la prossimità al paziente in modo sostenibile, la mancanza di un'infrastruttura digitale integrata (frammentazione nella presa in carico del paziente) e il rafforzamento delle attività di analisi dei dati e di ricerca, con focus anche sui costi indiretti.

Il GdL concorda sulla necessità che la Regione e l'Università proseguano con le attività di analisi dei dati, molto apprezzate dagli esperti ed in particolare dagli Specialisti e supporta l'idea della creazione di una rete tra regione, università, ULSS... per sviluppare ulteriori attività di ricerca sulla sanità regionale e sui costi sanitari sfruttando la disponibilità nella Regione di competenze e di dati di qualità.

Una particolare attenzione viene proposta dal GdL allo sviluppo di evidenze continue a supporto di appropriatezza e ottimizzazione della personalizzazione delle cure al fine di creare il massimo valore possibile dai trattamenti offerti ai pazienti, perseguendo anche la sostenibilità ma evitando limitazioni prescrittive utilizzate in altre regioni. Coerentemente, emerge un necessario cambio di paradigma, spinto fortemente dal PNRR, nella valutazione delle Politiche Sanitarie che sempre più deve considerare la componente indiretta dei costi in ambito sociosanitario. Il sistema non ripagherà gli investimenti legati al PNRR con attività di razionamento o efficientamento ma attraverso le esternalità generate sugli utenti del SSN (ritardo nell'insorgenza della disabilità, riduzione delle attività di caregiving ...). L'ottimizzazione delle cure rientra quindi perfettamente in questo nuovo orientamento.

L'integrazione del ruolo del MMG nel percorso di presa in carico e cura del paziente viene giudicato come imprescindibile dal Tavolo regionale. L'integrazione deve essere rafforzata attraverso attività di formazione dei MMG organizzate necessariamente con il coinvolgimento di docenti specialisti. Il GdL propone che gli esempi di attività di formazione sul territorio si allarghino a tutte le ULSS attraverso un lavoro su temi di interesse per i MMG per assicurarne partecipazione e motivazione: viene identificato il tema del dolore lombare come un ottimo "candidato" per queste attività formative. Un'altra forma di training molto valorizzata, di cui il Tavolo propone lo sviluppo ampliando esempi virtuosi già presenti in Regione, è il teleconsulto che ha l'obiettivo di confronto continuo, e quindi formazione pratica, su casi e temi di interesse dei MMG. L'organizzazione dei MMG in gruppi rappresenterebbe un elemento di svolta in questo percorso di integrazione su cui il Tavolo invita la Regione a lavorare, insieme allo sviluppo di strumenti di condivisione dati tra specialisti e MMG, elemento imprescindibile per non frammentare la presa in carico del paziente e migliorarne l'appropriatezza.

Il Tavolo propone inoltre di continuare il percorso di sviluppo della prossimità al paziente anche attraverso il maggiore coinvolgimento del Farmacista dei Servizi e pratiche di distribuzione dei farmaci più adatte alle realtà locali.

Anche la Rete reumatologica viene considerata un'opportunità da cogliere per migliorare la presa in carico dei pazienti, ma sarebbe necessario investire per svilupparne la capacità di orientamento dei centri afferenti e monitoraggio delle attività, sulla stregua di quanto avviene in ambito oncologico. Si rende quindi necessaria una valutazione di costo-opportunità ad opera della Regione.

Infine, come attività che rappresenta un elemento di coordinamento delle iniziative in ambito reumatologico assicurando focus, sinergie e coerenza di azione, l'Associazione dei Pazienti propone la creazione di un Tavolo Unico Regionale che coinvolga tutti gli stakeholder attivi nel percorso di presa in carico e cura dei pazienti con malattia reumatica, per valutare le priorità di intervento sul sistema e identificare soluzioni condivise dando continuità ad una attività iniziata con questo Tavolo di lavoro regionale.

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

Cosetta Bianchi e Maria Cristina Carena – Dephaforum Srl

Il progetto RheumAware – Tavolo Regionale Veneto è stato:

ideato e organizzato da  **Dephaforum**

realizzato con il contributo non condizionante di UCB

