



CONFERENZA STAMPA



25 NOVEMBRE 2008

SALA D
ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONE
EMILIA ROMAGNA
BOLOGNA - ORE 12:00

ATTI CONFERENZA STAMPA
MALATTIE REUMATICHE SISTEMICHE:
STATO DELL'ARTE E CRITICITÀ
IN EMILIA ROMAGNA



AMRER Onlus
Via San Carlo, 44/2 - Bologna
Tel/Fax: 051 24.90.45 - Cell.: 335 622.38.95
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it
C.F. 80095010379
Orari di Apertura: Lunedì 14.30 - 17.00 /
Giovedì 9.00 - 12.00

CON IL PATROCINIO E CONTRIBUTO ONEROSO:





Ufficio Stampa VMB Comunicazione
Maria Vascon - tel. 3475976356



Realizzazione Grafica Ricreativi srl
www.ricreativi.it



INTERVENTI

		PAG
LE MALATTIE REUMATICHE SISTEMICHE E LA LORO INCIDENZA SULLA POPOLAZIONE REGIONALE.	PROF. FRANCESCO TROTTA <i>Direttore Cattedra e Unità Operativa Complessa di Reumatologia Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara</i>	04
L'ASSISTENZA REUMATOLOGICA SUL TERRITORIO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA	DOTT.SSA CLAUDIA CONCESI <i>Responsabile Servizio di Reumatologia Med. ERI Azienda USL Guglielmo da Saliceto - Piacenza</i>	07
L'IMPORTANZA ED UTILITÀ DI UNA DIAGNOSI PRECOCE: QUALI CRITICITÀ E QUALI OPPORTUNITÀ	DOTT. CARLO SALVARANI <i>Direttore Unità Operativa Complessa di Reumatologia Azienda Ospedaliero Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia</i>	10
TERAPIE TRADIZIONALI E TERAPIE BIOTECNOLOGICHE. COSTI ED OPPORTUNITÀ	PROF. CLODOVEO FERRI <i>Direttore Cattedra e Unità Operativa Complessa di Reumatologia Policlinico di Modena</i>	13
UNA RETE DEI SERVIZI INTEGRATI SUL TERRITORIO - OPPORTUNITÀ DI UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	DOTT. DANIELE CONTI <i>Consigliere AMRER Onlus</i>	15
NUOVO APPROCCIO E MODERNO CONCETTO DI SANITÀ NEL PIANO SOCIALE E SANITARIO E.R.	AVV. TIZIANO TAGLIANI <i>Presidente IV Commissione Sanità Assemblea Legislativa Regione Emilia Romagna</i>	17
LE RACCOMANDAZIONI PROPOSTE DALL'ASSOCIAZIONE AMRER ONLUS	SIG.RA GUERRINA FILIPPI <i>Presidente AMRER Onlus</i>	18
DOCUMENTAZIONE PROPEDEUTICA ALL'AVVIO DI UN TAVOLO DI LAVORO REGIONALE - MALATTIE REUMATICHE		19

LE MALATTIE REUMATICHE SISTEMICHE E LA LORO INCIDENZA SULLA POPOLAZIONE REGIONALE

intervento a cura del

PROF. FRANCESCO TROTTA

Direttore Cattedra e

Unità Operativa Complessa di Reumatologia

Azienda Ospedaliero-Universitaria

S. Anna di Ferrara



Artrite Reumatoide



Artrite Reumatoide



LES

LE MALATTIE REUMATICHE. QUALI SONO?

La reumatologia è quel settore della medicina che si occupa delle malattie che si esprimono con segni e sintomi a carico dell'apparato muscolo-scheletrico. Ricadono in questa definizione molte forme morbose, alcune localizzate a definiti distretti articolari e in genere facilmente risolvibili (reumatismi extra-articolari), altre caratterizzate da un importante coinvolgimento sistemico che può riguardare molti organi ed apparati (polmone, cervello, rene, ecc.), potenzialmente gravemente invalidanti e, in alcuni casi, comportanti una precoce mortalità. Il reumatologo cura numerose malattie (le malattie reumatiche sono oltre 150) sia a carattere degenerativo (artrosi, osteoporosi) che infiammatorio (artrite reumatoide, spondiloartriti, artrite psoriasica, connettiviti, gotta e altre artropatie microcristalline, artriti infettive, ecc.), accomunate tutte da un andamento cronico ma differenziate dalla diversa aggressività e rapidità di evoluzione.

Le cause della gran parte di queste malattie sono a tutt'oggi non del tutto conosciute. Nelle malattie sistemiche è certamente in giuoco una predisposizione genetica del sistema immunitario che, se stimolato da fattori ambientali esogeni (ad es. microrganismi, fumo, ecc) innesca una reazione infiammatoria anomala che si traduce in un danno dell'organismo (autoimmunità).

CHI COLPISCONO?

Sotto il profilo epidemiologico le malattie reumatiche rappresentano una delle patologie in assoluto più diffuse (circa il 10% della popolazione ne soffre), rappresentando la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di invalidità permanente. Alcune di queste malattie hanno un forte impatto invalidante su individui in piena età lavorativa: il 20% dei pazienti ha un'età compresa tra i 20 e i 35 anni. E' da sottolineare il fatto che, per alcune di queste malattie come per esempio l'artrite reumatoide, recenti dati (ACR 2008) indicano un trend in aumento con una incidenza oggi valutabile nei paesi industrializzati intorno allo 0.95% della popolazione di sesso femminile. In termini economici e in riferimento al peggioramento della qualità di vita, i costi diretti (farmaci, presa in carico) e indiretti (perdita della capacità lavorativa, costi sociali) di cui è gravata tale patologia sono molto elevati.



COME SI MANIFESTANO?

Tutte le malattie reumatiche si caratterizzano per due sintomi fondamentali: il dolore e l'incapacità funzionale. Purtroppo i sintomi clinici iniziali delle malattie più temibili sono spesso poco significativi e rendono la diagnosi precoce piuttosto difficile. Per aiutare il Medico di Medicina Generale nel difficile compito di individuare i pazienti a rischio, sono state proposte da parte delle società scientifiche delle cosiddette 'red flags', ('bandiere rosse') cioè quell'insieme di sintomi che deve mettere in allarme il medico di base, ed indurlo a indirizzare i pazienti verso un centro specializzato. Negli ambulatori dedicati alle artriti precoci (cosiddette 'early arthritis clinics') competenze qualificate provvederanno poi ad approfondire il percorso diagnostico attraverso strumenti appropriati (ecografia articolare, capillaroscopia, esame del liquido sinoviale, risonanza magnetica, esami di laboratorio, test genetici, ecc), individuando, attraverso una analisi dei fattori di rischio, le strategie terapeutiche più utili a minimizzare il danno.

QUALI STRATEGIE TERAPEUTICHE?

Un approccio terapeutico il più precoce possibile è essenziale per ridurre i danni delle malattie sistemiche più temibili. La rapidità con cui viene instaurata una terapia corretta è la chiave del successo: la fase iniziale presenta

infatti una finestra di opportunità nell'ambito della quale è possibile intervenire efficacemente sull'evoluzione della malattia tanto da rendere possibile una regressione della stessa o, in un prossimo futuro, persino la sua scomparsa. Negli anni più recenti, l'introduzione precoce di farmaci capaci di modificare il decorso della malattia, unitamente ai più moderni farmaci biotecnologici (cosiddetti "farmaci biologici"), hanno contribuito a modificare positivamente il destino di questi pazienti.

LA SITUAZIONE IN EMILIA-ROMAGNA

In riferimento alla nostra regione, dati indiretti relativi alla prevalenza di queste così impegnative patologie si ricavano dal numero di esenzioni rilasciate dalle varie Aziende USL. Sommando le diverse patologie, si giunge alla considerevole cifra di oltre 20.000 pazienti ufficialmente riconosciuti, un dato presumibilmente in difetto se si considerano le notevoli discrepanze registrabili tra le varie province, in gran parte condizionato dalla non omogenea distribuzione di centri reumatologici sul territorio.

E' pertanto ampiamente auspicabile che si avvii finalmente un percorso virtuoso che, con il coinvolgimento di tutti gli interessati (malati, associazioni, reumatologi, stakeholders, ecc) porti ad una organizzazione sanitaria che sia in grado di soddisfare le aspettative e le giuste esigenze dei pazienti.



Segni di amputazioni



Artriti Reumatoidi Giovanili

INDICE DI PREVALENZA SULLA POPOLAZIONE ATTRAVERSO I CODICI DI ESENZIONE PER PATOLOGIE REUMATICHE - REGIONE E.R ANNO 2007

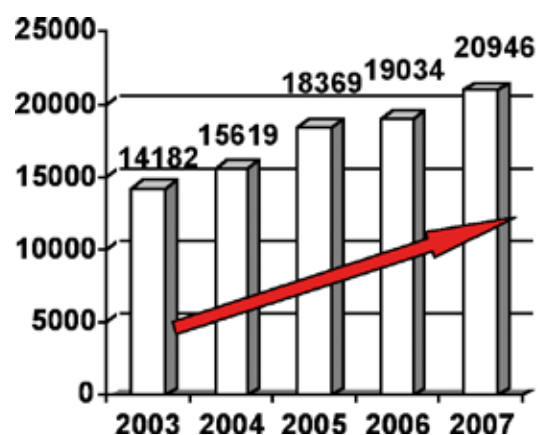
Patologia / Az. USL	Artrite Reumatoide Cod 006	Malattia di Sjogren Cod 030	Lupus eritematoso sistemico Cod 028	Sclerosi sistemica (progressiva) Cod 047	Psoriasi artropatica [...] Cod 045	Spondilite anchilosante Cod 054	Morbo di Paget Cod 037	Totale / Territorio
PC	680	63	113	49	260	25	65	1255
PR	1.115	167	165	48	1.025	68	38	2626
RE	1.265	258	167	96	528	115	68	2497
MO	993	423	324	227	535	110	124	2736
BO	1.476 [*]	272	335	219	997	209	136	3644
IMOLA	213	56	55	35	121	26	21	527
FE	963	543	74 [**]	192	516	75	58	2421
RA	669	256	239	114	245	91	75	1689
FO	382	193	108	62	306	50	33	1134
CESENA	344	93	124	56	127	46	15	805
RN	574	98	153	43	577	46	21	1512
TOTALE	8.674	2.422	1.857	1.141	5.237	861	654	20.946

[*] Errore nel calcolo dei dati per la Provincia di Bologna cod. 006 di circa 1.000 unità dovuto a codici di esenzione emessi a scadenza
[**] Errore nel calcolo dei dati per la Provincia di Ferrara cod. 028 di circa 300 unità – origine da identificare

DATI SCORPORATI IN BASE ALL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE FASCE ETÀ LAVORATIVA - NON LAVORATIVA

Anno 2007	< 65 anni		≥ 65 anni	
	Esistenze	%	Esistenze	%
Artrite Reumatoide cod. 006	4.584	52,8 %	4.090	47,2 %
Malattia di SJOGREN cod. 030	1.447	59,7 %	975	40,3 %
Lupus Eritematoso Sistemico cod. 028	1.525	82,1 %	332	17,9 %
Sclerosi sistemica progressiva cod. 047	703	61,6 %	438	38,4 %
Art. Psoriasica cod. 045	4.087	78,0 %	1.150	22,0 %
Spondilite anchilosante cod. 054	783	90,9 %	78	9,1 %
Morbo di Paget cod. 037	238	36,4 %	416	63,6 %

DATI IN PROSPETTIVA NEL MEDIO PERIODO ANNI 2003-2007 TENDENZA IN COSTANTE AUMENTO



Fonte dei dati:
Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari - Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia Romagna - Rielaborazione a cura di AMRER Onlus

L'ASSISTENZA REUMATOLOGICA SUL TERRITORIO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA



intervento a cura della
DOTT.SSA CLAUDIA CONCESI
Responsabile Servizio di Reumatologia
Med. ERI
Azienda USL Guglielmo da Saliceto
Piacenza

“Assistenza sanitaria / Assistenza Reumatologica”:

Garantire il Diritto alla Salute dei cittadini attraverso “Azioni di coordinamento e garanzia del Diritto alla Salute sancito dalla Costituzione all’art. 32”

Salute = Welfare State ==> Risposta ad un Bisogno di Benessere Sociale

L’importanza e l’interessamento al “fenomeno” malattie osteoarticolari a livello sovranazionale è testimoniato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità che ha indicato negli anni 2000-2010 una decade determinante nello studio e nella ricerca sulle malattie osteo-articolari (Bone and Joint Decade). L’OMS così afferma: “Il principale ostacolo nella lotta contro le Malattie Reumatiche è rappresentato dalla DISINFORMAZIONE” [Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease: Report of a WHO Expert Consultation.

Il Parlamento Europeo il 30 gennaio 2008 con una dichiarazione sottoscritta, recepita dal Senato Italiano con Documento XII n. 97, invita Commissione e Consiglio Europeo a:

- *attribuire **maggior rilievo alle malattie reumatiche nella nuova strategia comunitaria** in materia di salute, considerati i notevoli costi socioeconomici che esse comportano;*
- *incoraggiare gli Stati membri a istituire e promuovere **l’attuazione di piani nazionali per lottare contro le malattie reumatiche;***
- *sviluppare una strategia comunitaria per le malattie reumatiche ed elaborare **una raccomandazione del Consiglio sulla diagnosi precoce e il trattamento di tali patologie;***
- *sviluppare una strategia intesa a migliorare l’accesso alle informazioni e alle cure mediche;*

***Il Piano Sanitario Nazionale Italiano** nella fotografia del quadro epidemiologico delle patologie croniche colloca le malattie osteoarticolari a livello di importanza assieme a “diabete, malattie cardiovascolari, depressione, malattia di Alzheimer, demenze, morbo di Parkinson, tumori (seno, cervice uterina, colon-retto), BPCO, disabilità fisica, psichica e mentale”. Rif. pg.13 / 39*

Nell’ottica della materia Sanitaria ripartita a competenza regionale osserviamo:

NEL QUADRO SOCIO ASSISTENZIALE (PIANI SANITARI REGIONALI) LA REUMATOLOGIA IN ITALIA:



- *Malattia Gravemente Invalidante (Regione Piemonte)*
- *Patologia a particolare rilevanza sociale tale da giustificare l'attivazione di progetti specifici di intervento (Regione Calabria)*
- *In riferimento alle patologie reumatiche e all'incidenza sulla popolazione si dovranno attivare iniziative utili a promuovere una diagnostica e un trattamento precoce di queste affezioni [...] elaborando un progetto di rete integrata (Regione Lombardia)*
- *In ambito reumatologico obiettivi da raggiungere: linee guida condivise; adozione di protocolli comuni di screening; definizione dei percorsi clinici, concordati fra i vari punti d'erogazione nei quali si sviluppa il percorso assistenziale (Regione Liguria – Friuli Venezia Giulia – Sardegna - Lombardia -Toscana)*
- *Le malattie reumatiche costituiscono la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di invalidità permanente, rappresentano la più frequente causa di assenza dal lavoro e sono responsabili del 27 % circa delle pensioni di invalidità sul territorio nazionale (Regione Liguria)*

IN EMILIA ROMAGNA AD OGGI MANCA UN'ATTENZIONE SPECIFICA AL FENOMENO "MALATTIE OSTEOARTICOLARI" PER IL QUALE DATI L'IMPATTO E I COSTI SAREBBE OPPORTUNO PRESTARE:

Particolare attenzione ad un ATTO DI INDIRIZZO

LE CUI FASI DEL PROCESSO SIANO:

- *Identificazione dei bisogni di valutazione*
- *Raccolta e interpretazione delle documentazioni pertinenti*
- *Esame dei risultati finalizzato all'assunzione di decisioni allocative ed applicative*

I MAGGIORI PROBLEMI DEL REUMATOLOGO:

1. *Giustificare i costi delle terapie (farmaci biologici) per patologie di cui non viene percepita né la numerosità, né la gravità, né il vantaggio in termini di prevenzione di future disabilità.*
2. *Ottenere personale infermieristico "dedicato" perché non è percepita la complessità delle procedure delle terapie infusive (D-H), né lo sforzo organizzativo richiesto dalla diagnosi e dal follow-up delle malattie autoimmuni (D-S).*
3. *Poter dedicare parte dell'attività ambulatoriale alla diagnosi precoce delle artriti.*
4. *Ottenere in tempi ragionevoli accesso alle terapie "off-label", di uso ormai corrente in ambito reumatologico.*
5. *Accedere a figure professionali quali FKT, Assistente sociale, e Psicologo, che vengono di preferenza indirizzate su altre tipologie di pazienti giudicate più bisognose (neurologici, oncologici, dializzati...).*



IN EMILIA ROMAGNA:

	Popolazione	> 65 anni % pop	Strutturazione Servizio Reumatologico	N. Reumatologi	% Servizio dedicato ¹	% Serv. Reuma. ÷ popolazione	Ambulatori sul territorio
Piacenza	281.613	68.412 / 24 %	Medicina ERI	3	1,75	1 : 160.921	0
Parma	425.690	98.012 / 23%	Medicina	9	5,5	1 : 77.398	0
Reggio Emilia	510.148	101.796 / 19,9 %	U.O.C. Reumatologia	11	11	1 : 46.377	5
Modena	677.672	141.551 / 20,8 %	U.O.C. Reumatologia	10 + 1 dott. Ric.	10	1 : 67.767	3
Bologna	836.511 + 127.554 = 964.065 n	229.833 / 23,8 %	Medicina	10	3,5 Sant'Orsola 1,75 Rizzoli 1,75 Ausl	1 : 137.723	*
Imola			Medicina	0			0
Ferrara	355.809	90.835 / 25,5 %	U.O.C. Reumatologia	13	13	1 : 27.369	10
Ravenna	379.467	91.362 / 24 %	Medicina	2	1	1 : 379.467 §	2
Forlì	182.682	85.457 / 22,3 %	Medicina	2	1,75	1 : 91.341	0
Cesena	200.364		Medicina	3 **	1,75 **	1 : 114.493	0
Rimini	298.333	60.950 / 20,4 %	Medicina	8	5	1 : 59.666	3

Unità Operative Complesse di Reumatologia ■ Situazioni di maggiore criticità ■

1 – Percentuale di Servizio dedicato all'attività di Reumatologia in proporzione al N. dei medici con specialità in Reumatologia

* Sul territorio di Bologna sono presenti 4 ambulatori convenzionati col SSN (Castiglione dei Pepoli – Vergato – Crevalcuore – Porretta Terme) ma non interagiscono con le strutture di riferimento.

** E' in fase di assegnazione un reumatologo contrattista a 10 h settimanali.

§ Da maggio 2008 manca il Responsabile presso la Struttura S.M. Croci - Ausl di Ravenna – La Direzione Sanitaria non ha comunicato eventuali sostituzioni a copertura del Servizio.

SITUAZIONE IN SINTESI:

- La specialità è presente in ogni provincia
- In ogni centro è garantita l'erogazione di farmaci bio-tecnologici
- In quasi tutti i centri si effettua attività diagnostica dedicata (ecografia, capillaroscopia, densitometria, analisi liquido sinoviale) gestita autonomamente
- Nelle province di RE, MO, RA, RN, FE è presente attività specialistica sul territorio (manca a BO, PR, PC, FC)
- Gli specialisti reumatologi (SSN) che esercitano in regione sono 71
- Di questi 1/3 sono "precari" (e/o co-finanziati)
- Universitari = 15 (2 ordinari, 3 associati, 3 ricercatori, 5 assegnisti, 1 dottorando di ricerca, 1 borsista)
- Il rapporto medio "Reumatologi" / abitanti = 1 : 60.223
- Ravenna è la situazione attualmente in maggiore sofferenza – seguita da Bologna
- Ogni centro garantisce la possibilità di ricovero in DH e degenza (c/o reparti specialistici reumatologici o su letti dedicati in ambito internistico) [eccetto Ist. Rizzoli].

IMPORTANZA E UTILITÀ DELLA DIAGNOSI PRECOCE IN REUMATOLOGIA

intervento a cura del
DOTT. CARLO SALVARANI
Direttore Unità Operativa
Complessa di Reumatologia
Azienda Ospedaliero Arcispedale
Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

Il paziente reumatologico è un paziente affetto da patologie croniche la cui particolare complessità diagnostica e terapeutica necessita di un percorso di “follow-up” ampio.

La Artrite Reumatoide (AR) è una malattia altamente invalidante che colpisce lo 0.5-1% della popolazione e che portava oltre il 50% dei pazienti ad una perdita della loro capacità lavorativa entro 10 anni dall'esordio dei primi sintomi. Ancora oggi molti pazienti durante le fasi acute della malattia sono altamente disabilitati. Per controllare adeguatamente il processo flogistico, il danno strutturale ed il decorso della malattia sono stati individuati alcuni fattori cruciali rappresentati dalla diagnosi precoce, dalla precoce diagnosi di aggressività della malattia e dall'instaurazione di una terapia corretta altrettanto precoce.

**E' POSSIBILE IMPOSTARE E CONSOLIDARE
PERCORSI PER UNA RILEVAZIONE DIA-
GNOSTICA PRECOCE NELL'AMBITO DI:**

ARTRITE REUMATOIDE
cod. esenzione 006

ARTRITE PSORIASICA
cod. esenzione 045

SPONDILOARTRITI
cod. esenzione 054

OPPORTUNITÀ:

- A growing body of evidence has emphasized the consistent clinical and radiographic benefits of early aggressive treatment of RA*
- These studies confirm that all therapies (monotherapy, combination DMARDs, biologic) work better in early disease than in long-established RA*
- The recent TNF inhibitor trials have consistently shown that early aggressive use of TNF inhibitors led to outcomes that were superior to those observed in patients with established disease*

“Cush JJ, J Rheumatol 2007”



In particolare per l'Artrite Reumatoide, la c.d. “**Finestra di Opportunità**”, di intervento terapeutico per evitare **irreversibili danni alla persona** è di **90-120 gg.** [come da indicazioni SIR – Eular – **Cush JJ, J Rheumatol 2007**]. Tale l'opportunità di intervento è però auspicabile per tutti e tre i gruppi di patologie, altamente invalidanti, su esposti.

CREAZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI IN LOCO CON I SEGUENTI OBIETTIVI:

- *provvedere ad un accesso facile e rapido ai pazienti per un consulto qualificato*
- *stabilire una diagnosi precoce ed accurata*
- *iniziare il trattamento più appropriato in pazienti con sintomi da meno di 3 mesi di durata*
- *identificare pazienti con AR precoce per valutazioni di immunogenetica e di partecipazione a trial clinici*

AREE / AZIONI COINVOLTE:

- *Corsi di formazione ai medici di medicina generale con illustrata anche dell'organizzazione dei servizi*
- *Accessi all'ambulatorio reumatologico “preorganizzato” senza prenotazione CUP*
- *Tutti i pazienti che accedono all'ambulatorio vengono valutati da un reumatologo*
- *Organizzare azioni per ogni paziente (per AR: raccolta dati anamnestici, valutazione dello stato di salute (SF-36) e dello stato funzionale (HAQ), conta articolazioni dolenti/tumefatte, tests di laboratorio (VES, PCR, RA test, Ab anti-CCP) e valutazione articolare ecografica.*
- *Possibilità di associare figure multidisciplinari quali valutazione fisiatrica - assistente sociale*
- *Predisposizione di materiali stampati che descrivano la malattia e la terapia*
- *Il paziente viene valutato periodicamente (per AR ad es.: ogni 4-6 settimane sino ad una stabilizzazione della malattia e quindi a cadenza trimestrale)*
- *Aggiornamento / valutazione / confronto con MMG*

TAVOLE DI APPROFONDIMENTO

ARTRITE REUMATOIDE

La artrite reumatoide è una condizione comune che interessa circa l'1% della popolazione. La artrite reumatoide una volta iniziata determina una progressiva distruzione articolare con deformità e deterioramento della qualità della vita del paziente e alti costi per la società. I costi (diretti e indiretti) dell'artrite reumatoide aumentano significativamente con la durata della malattia e il peggioramento dello stato funzionale (costi diretti e indiretti per paziente: classe funzionale I rispettivamente Euro 1643 e Euro 2705, classe funzionale IV rispettivamente Euro 5697 e Euro 17249) (Leardini G, et al. A multicenter cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. Clin Exp Rheumatol 2002; 20:505-15). Gli studi radiologici hanno dimostrato che il danno articolare compare molto precocemente nella artrite reumatoide e che il 90% dei pazienti mostra danno radiologico già dopo 2 anni di malattia. Gli studi hanno dimostrato che tutte le terapie (farmaci di fondo tradizionali in monoterapia o in terapia di combinazione e agenti biologici) sono più efficaci nella malattia in fase precoce rispetto alla malattia di lungo-termine (Cush JJ. Early rheumatoid arthritis -- is there a window of opportunity? J Rheumatol Suppl. 2007; 80:1-7). Una diagnosi precoce e una terapia precoce e aggressiva sono in grado di arrestare il danno articolare, modificando quindi la storia naturale erosiva e distruttiva della artrite reumatoide. Esiste quindi “una finestra di opportunità” che permette di prevenire la deformazione articolare causata dalla malattia trattando il paziente al tempo giusto con la corretta terapia. Per la diagnosi e il trattamento ottimale dei pazienti con artrite in fase precoce è più che mai necessaria la collaborazione tra il Reumatologo e il Medico di Medicina Generale. Dà questa collaborazione e dalla comune conoscenza (aspetto educativo) dell'efficacia

di una diagnosi e di un trattamento precoce dovrà nascere l'organizzazione di un ambulatorio per l'artrite "precoce". In tale ambulatorio il Medico di Medicina Generale avrà un accesso facilitato e rapido (entro 7 giorni) alla consulenza reumatologica per i pazienti con artrite precoce (con tumefazioni articolari dolenti).

La organizzazione di tale ambulatorio permetterà di stabilire una diagnosi e un trattamento di fondo idoneo precoce modificando la storia naturale distruttiva della artrite reumatoide.

SPONDILITE ANCHILOSANTE

Nella spondilite anchilosante la maggior parte della progressione della malattia (perdita funzione e danno articolare con sviluppo di colonna a canna di bambù e deformazione/distruzione dell'articolazione coxo-femorale) avviene nei primi 10 anni di malattia. Il ritardo medio diagnostico di tale malattia è di 7,4 - 9,5 anni (dati del periodo 1970-1980).

I costi totali annuali per paziente nella spondilite anchilosante sono simili a quelli nella artrite reumatoide (Euro 13.513 verso Euro 15.673) e incrementano con la durata della malattia e il livello di disabilità (Huscher D, et al. German Collaborative Arthritis Centres. Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:1175-83).

In questi ultimi anni abbiamo la possibilità di fare una diagnosi precoce di spondilite anchilosante con l'evidenza di edema osseo a livello delle articolazioni sacro-iliache e/o della colonna vertebrale alle immagini di risonanza magnetica eseguite con metodica di soppressione del grasso.

Una diagnosi precoce di spondilite anchilosante è resa necessaria dal fatto che abbiamo a disposizione per la prima volta dei farmaci come gli agenti biologici bloccanti il TNF che sono efficaci sui sintomi (dolore e rigidità), sulla qualità della vita e che probabilmente sono anche in grado di rallentare il danno articolare nei

pazienti con malattia in fase precoce.

Il 50% dei pazienti con spondilite anchilosante refrattaria alla terapia con anti-infiammatori non steroidei ha un miglioramento del 50% con gli agenti TNF-bloccanti, tali agenti sono in grado di sopprimere l'edema osseo osservato alla risonanza magnetica (e quindi probabilmente di prevenire lo sviluppo di anchilosi ossea della colonna vertebrale e/o delle articolazioni sacro-iliache), inoltre i pazienti con malattia di breve durata e in buono stato funzionale rispondono meglio alla terapia con tali agenti.

ARTROPATIA PSORIASICA

Tale artropatia colpisce il 36% dei pazienti Italiani con psoriasi cutanea che interessa il 2% della popolazione (Salvarani C, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in Italian psoriatic patients. *J Rheumatol* 1995; 22:1499-503).

La artropatia psoriasica non è una malattia più lieve della artrite reumatoide: il 40% dei pazienti ha una malattia erosiva e deformante con una severità radiologica simile a quella della artrite reumatoide. Il 47% dei pazienti con artropatia psoriasica precoce (malattia della durata < 2 anni) ha evidenza di danno radiologico a 2 anni nonostante il miglioramento clinico determinato dall'utilizzo delle terapie di fondo tradizionali (metotressato, sulfasalazina, ciclosporina). Le terapie di fondo tradizionali controllano i sintomi, ma non sono in grado di bloccare il danno articolare.

Gli agenti bloccanti il TNF riducono i segni/sintomi, migliorano lo stato funzionale e la qualità della vita e inibiscono la progressione del danno articolare. Abbiamo a disposizione per la prima volta dei criteri per la diagnosi di artropatia psoriasica (criteri CASPAR del 2006) che sono altamente sensibili (99% di sensibilità) anche per la diagnosi precoce.

Pertanto come nella artrite reumatoide abbiamo per la prima volta a disposizione "una finestra di opportunità" che ci permette di bloccare l'evolutivezza della artrite trattando il paziente in modo precoce e aggressivo.

TERAPIE TRADIZIONALI E TERAPIE BIOTECNOLOGICHE. COSTI ED OPPORTUNITÀ.



intervento a cura della

PROF. CLODOVEO FERRI

Direttore Cattedra e Unità Operativa

Complessa di Reumatologia

Policlinico di Modena

Gli obiettivi della terapia farmacologia nelle malattie reumatiche sono raggruppabili in quattro punti chiave:

- *alleviare il dolore,*
- *ridurre l'infiammazione,*
- *conservare la mobilità delle articolazioni,*
- *prevenire le deformità.*

La risposta del paziente alle cure è tuttavia molto variabile. Il trattamento delle malattie reumatiche di tipo infiammatorio, soprattutto le artriti croniche (artrite reumatoide, artropatia psoriasica e spondiloartriti) e le connettiviti/vasculiti sistemiche, ha conosciuto negli ultimi anni una rivoluzione in seguito alla scoperta ed applicazione di farmaci di nuova generazione, i cosiddetti *biologici* che, in aggiunta ai farmaci tradizionali (antinfiammatori steroidei e non, DMARDs o 'farmaci di fondo', ad azione immunosoppressiva), hanno notevolmente migliorato le possibilità terapeutiche. Gli antinfiammatori ed i 'farmaci di fondo' producono spesso un beneficio non solo sintomatico e temporaneo, ma riducono il processo patogenetico responsabile dell'infiammazione cronica fino anche alla remissione completa dei sintomi in una buona percentuale di pazienti. Purtroppo, ***in oltre un terzo dei casi non sono sufficienti a contrastare in modo efficace l'attività di malattia e ad evitare i danni articolari permanenti e la disabilità.*** Quest'ultima è anche conseguenza di un ritardo nella diagnosi e nell'impostazione di un'adeguata terapia.

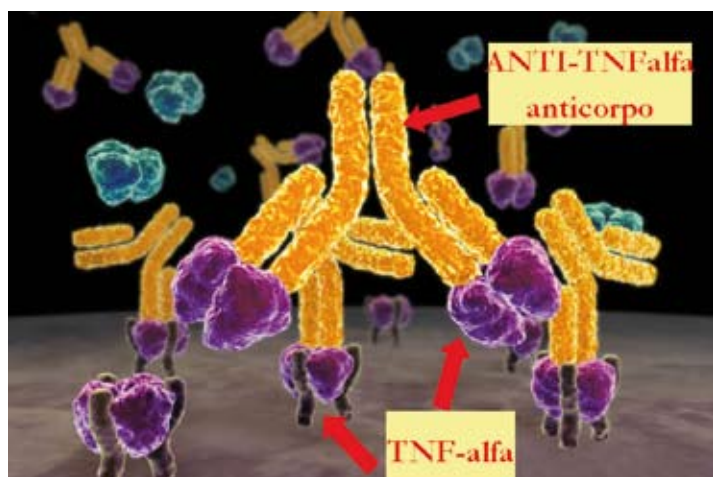
I FARMACI BIOLOGICI

*I farmaci biologici, che agiscono molto selettivamente su specifiche molecole pro-infiammatorie o cellule del sistema immunitario responsabili del processo infiammatorio, producono un effetto sintomatico più marcato ed in molti casi ***possono prevenire/bloccare la progressione del danno articolare.*** Questi risultati sono particolarmente utili nei ***pazienti 'non-responder' o con malattia particolarmente aggressiva,*** dopo una attenta valutazione del singolo individuo nei primi mesi di trattamento con farmaci tradizionali somministrati con modalità (dosi, durata e combinazioni) ormai ben codificate. I costi delle terapie biotecnologiche sono mediamente molto più elevati*

*rispetto alle terapie tradizionali. Tuttavia una valutazione accurata e complessiva della problematica, comprendente la qualità di vita e la prognosi del paziente reumatico cronico, i danni sociali ed costi -diretti ed indiretti- conseguenti, evidenzia quanto un intervento appropriato e tempestivo sia in definitiva vantaggioso per il sistema sanitario, soprattutto in un programma di lungo periodo e con lo scopo prioritario di prevenire la disabilità. Determinanti restano **la tempestività e l'accuratezza della diagnosi, che si ottengono aumentando i canali di informazione e potenziando i centri reumatologici di riferimento.***

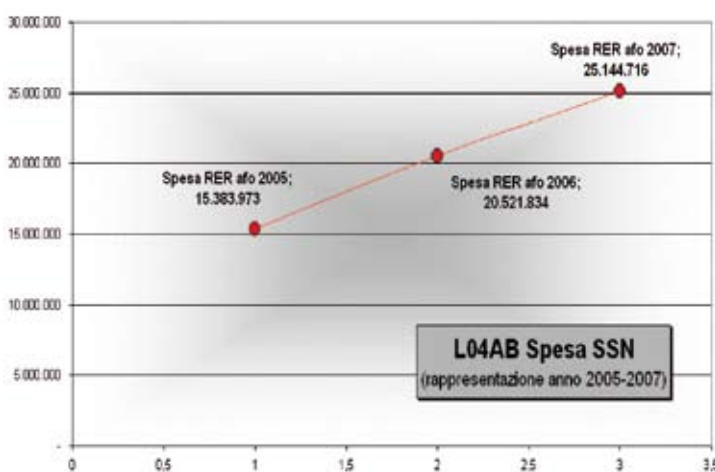
Tali farmaci sono prodotti attraverso tecniche di bio-ingegneria molecolare, ed è questo a renderli particolarmente costosi.

Vengono utilizzati in più settori/reparti della medicina, tra cui tre settori che hanno dei border sia di pazienti che di localizzazione di budget sono la dermatologia, la medicina generale e la reumatologia (che abbiamo evidenziato essere spesso associata alla medicina stessa) rendendo così particolarmente complicato suddividere i costi per singoli settori.



Tuttavia è possibile riportare alcune stime relative all'anno 2006 per i costi dei soli farmaci biologici in Emilia Romagna ripartiti nei 3 principali settori di utilizzo:

cod_dis	RER
026 - MEDICINA	3.638.662
052 - DERMATOLOGIA	2.914.782
071 - REUMATOLOGIA	9.455.792
Altre discipline	4.061.500
Totale complessivo	20.070.735



Dati AFO:
 Diagramma rappresentante i costi in Euro dei farmaci biologici per gli anni 2005-2007 in Regione Emilia Romagna

Si registra la **MANCANZA** di LINEE GUIDA UNIFORMI approvate dalla Regione Emilia Romagna per la presa in carico del PAZIENTE REUMATOLOGICO e conseguentemente dei trattamenti farmacologici ad esso applicati.

Esistono tuttavia a livello scientifico sia raccomandazioni che linee guida seguite in modo autonomo e per propria intraprendenza dalle singole realtà territoriali.

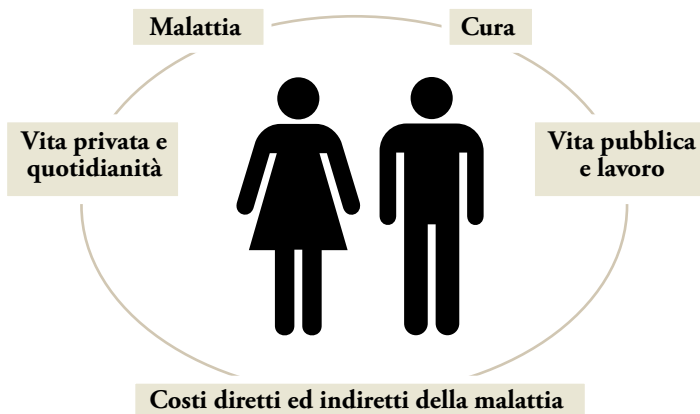
Particolarmente opportuno sarebbe la predisposizione di Items comuni di rilevamento dati se non in specifico un **REGISTRO DEI FARMACI BIOLOGICI**.

UNA RETE DEI SERVIZI INTEGRATI SUL TERRITORIO: OPPORTUNITÀ DI UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE.



intervento a cura della
DOTT. DANIELE CONTI
Consigliere AMRER Onlus

Il malato reumatico rappresenta un Universo con intrinseca complessità nel mondo Salute. Una sua corretta presa in carico richiede un approccio che valuti una molteplicità di aspetti che vedono coinvolgere la persona:



La rete dei Servizi necessari all'ottimale percorso per la presa in carico considerando gli aspetti summenzionati si sviluppa attraverso i seguenti step:

STEP I

*corretto ed appropriato accesso
all'erogazione dei Servizi Sanitari*

STEP II

*corretta valutazione diagnostica della malattia assieme
alla prescrizione della "cura" più appropriata*

STEP III

*corretta gestione sul lungo periodo della patologia
con particolare attenzione all'aspetto cronicità*

I STEP:

L'impegno e l'attenzione nella gestione delle malattie reumatiche ha il suo avvio dal primo anello di contatto tra paziente e struttura sanitaria, rappresentato dalla figura del MMG (Medico di Medicina Generale). Recenti osservazioni (SIR 2008 – Venezia – Caporali) hanno dimostrato che la difficoltà / ostacolo maggiore per una corretta diagnosi e attribuzione terapeutica del paziente è rappresentato dal TEMPO che trascorre prima che la persona arrivi allo specialista reumatologo – aspetto tempo è necessario per evitare danni strutturali irreversibili alla persona.

II STEP:

Una corretta valutazione diagnostica con conseguente prescrizione di un appropriato piano terapeutico è direttamente proporzionale alla quantità, distribuzione e organizzazione dei Servizi Strutturali offerti dalle Aziende del SSN.

Nella Regione Emilia Romagna esistono 12 Centri che erogano prestazioni reumatologiche, ripartiti a livello provinciale, di cui 4 (Ferrara – Reggio Emilia – Modena – Rimini) con una erogazione del Servizio distribuita sul territorio.

Il Servizio come punto di riferimento Centrale è presente in ogni provincia della Regione.

III STEP:

Il "paziente reumatologico" deve necessariamente essere valutato nell'ottica della CRONICITA' della sua patologia e quindi è necessaria una prospettiva sul lungo periodo, successiva alla presa in carico diagnostica e terapeutica.

Le figure coinvolte in questa fase variano in base alla peculiarità e ai bisogni legati a ciascun caso ma è importante valutare il paziente in un'ottica globale attraverso l'integrazione dei vari specialisti di settore e la circolarità delle comunicazioni e delle informazioni.

PARIMENTI IMPORTANTI NELLA FASE DI REINTEGRAZIONE POST TERAPEUTICA:

- terapisti della riabilitazione;
- operatori del sociale - patronati (le patologie reumatiche rappresentano il 27 % delle pensioni di invalidità)
- operatori per il sostegno psicologico

LE CRITICITÀ SI MOSTRANO SU TRE LIVELLI:

QUANTITÀ DEL SERVIZIO SERVIZIO

REUMAT./POPOLAZIONE

Situazione peggiore:

AUSL di Ravenna

1 / 379.467 persone

Situazione con alta criticità:

AUSL di Bologna + AUSL Imola

1 / 137.723 persone

Ripartito in 3 Unità solo
Centrali organizzate in modo
separato

DISTRIBUZIONE DEL SERVIZIO

3 U.O.C. di reumatologia

1 U.O.C. di medicina e reumatologia

8 Servizi integrati nella Med. Interna

solo 4 centri su 12 erogano un
Servizio distribuito sul territorio

Distribuzione a macchia di leopardo

Situazione con alta criticità:

AUSL di Bologna + AUSL Imola

ORGANIZZAZIONE

In quanto malattie sistemiche le
patologie reumatiche **RICHIEDONO**
lo Specialista Reumatologo che eserciti
un ruolo di “regia dei casi complessi”
con consulenze e supporti specialistici
multidisciplinari. I modelli riscontrati
sul territorio presentano organizzazioni
assai differenti l’una dall’altra.

Alla luce di una **MANCANZA**
di **LINEE GUIDA UNIFORMI**
approvate dalla Regione Emilia
Romagna per la presa in carico del
PAZIENTE REUMATOLOGICO

I pazienti reumatologici più complessi richiedono l’apporto di un’equipe multidisciplinare, in cui lo Specialista Reumatologo esercita un ruolo rilevante di “regia dei casi complessi”. Una rappresentazione schematica, anche se non definitivamente esaustiva, delle possibili relazioni professionali necessarie nel complesso processo di produzione è rappresentato nella figura seguente).

In una strategia di sviluppo e ottimizzazione si sottolinea l’importanza della formazione e dell’allargamento delle competenze infermieristiche soprattutto in considerazione della creazione di modelli organizzativi per la presa in carico del paziente e del miglioramento della qualità dell’assistenza reumatologica.

LA “RETE” REUMATOLOGICA COMPLESSITA' DEL SISTEMA PRODUTTIVO CONSULENZE E SUPPORTI SPECIALISTICI MULTIDISCIPLINARI NECESSARI PER LA GESTIONE DEI CASI PIU' COMPLESSI

- **Radiologo, Medico nucleare, Ecografista**
 - Imaging
- **Ortopedico**
 - Algie vertebrali croniche, spondilodisciti, protesizzazione, artroscopia, traumatologia
- **Fisiatra e fisioterapista**
 - patologia posturale, degenerativa e post-traumatica, neurogena, back pain, reumatismi extra-articolari, etc
- **Nefrologo**
 - LES, crisi sclerodermica, vasculiti, crioglobulinemia, Wegener, etc
- **Gastroenterologo**
 - artrite reattiva, IBD
- **Dermatologo**
 - PA, LES, vasculiti, etc.
- **Oculista**
 - RA, spondiliti, polimialgia- cloroquina, Behcet
- **Neurochirurgo**
 - S. del tunnel carpale
- **Odontoiatra**
 - Sjögren, RA
- **ORL**
 - artrite reattiva, RA
- **Pneumologo-tisiatra**
 - RA, Caplan, interstiziopatie, ADR, etc
- **Neurologo**
 - RA, artropatie neurogene, neuropatie, mielopatia cervicale reumatoide, vasculiti del SNC, Behcet, EMG, ADR
- **Psichiatra e psicologo**
 - somatizzazione, dolore cronico, depressione, fibromialgia, LES
- **Ambulatorio del dolore**
 - dolore cronico -nocicettivo, neuropatico, viscerale, funzionale
- **Urologo**
 - artrite reattiva, Reiter, malattie a trasmissione sessuale
- **Ginecologo, ostetrico**
 - osteoporosi, dolore pelvico, artrite reattiva, malattie a trasmissione sessuale, PID, m. reumatiche in gravidanza. S da anticorpi antifosfolipidi
- **Immunopatologo, medico di laboratorio, anatomo-parologo**
 - laboratorio, liquido sinoviale, genetica, ricerca (RA, LES, spondiloartropatie, miopatie infiammatorie, slerosi sistemica, osteoartrite, vasculiti)
- **Farmacista ospedaliero**
 - appropriatezza prescrittiva, off label

CONCLUSIONI:

E’ quindi opportuno favorire lo sviluppo di una rete dei servizi integrati sul territorio, sia nel mondo sanitario che sociale per un nuovo tipo di assistenza basata su un approccio multidisciplinare volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni.

NUOVO APPROCCIO E MODERNO CONCETTO DI SANITÀ SUL PIANO SOCIO-SANITARIO



intervento a cura del
AVV. TIZIANO TAGLIANI
Presidente IV Commissione Sanità
Assemblea Legislativa
Regione Emilia Romagna

I SOGGETTI E GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE

1. REGIONE

- Piano sociale e sanitario 2008/2010

2. CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

- Atto d'indirizzo e coordinamento territoriale

3. COMITATO DI DISTRETTO

(o Comune singolo, o Unione dei Comuni se coincidente con ambito territoriale del Distretto)

- Piano di Zona Distrettuale per la salute e il benessere sociale
(triennale)

- Piano attuativo annuale

Il servizio sanitario nazionale (legge n.833/1978) confermato sui principi di universalità rappresenta una delle più grandi conquiste e uno dei fattori fondamentali della coesione sociale del Paese (legislazione nazionale e regionale).

La politica sanitaria della Regione, sviluppata dal 3° Piano sanitario e organizzata con la legge del 29 del 2004, ha avuto l'obiettivo di realizzare un sistema che sapesse essere universale nelle garanzie e capacità di soddisfare le aspettative dei singoli e delle comunità.

Con il nuovo concetto di **“governance”** territoriale si è sviluppata un'integrazione della programmazione regionale e delle Aziende sanitarie con le funzioni di governo degli Enti locali riguardo ai servizi sanitari e socio-sanitari (Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Comitato di Distretto), la maggiore partecipazione degli operatori alle strategie aziendali e alla organizzazione dei servizi (Collegio di direzione), la responsabilizzazione degli operatori attraverso l'adozione di modalità di lavoro finalizzate al miglioramento della pratica professionale ed al corretto uso delle risorse a disposizione della diagnosi e delle terapie, la progressiva integrazione delle innovazioni tecnologiche (programma Regione-Università, PRI-ER), la formazione dei professionisti (Educazione continua in medicina), la partecipazione dei cittadini e delle loro forme organizzate (Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale).

Tutto in nome della **partecipazione**: per orientare i cittadini all'accesso dei servizi del nuovo welfare e per rendere effettiva la loro possibilità di determinare in modo attivo i percorsi di sostegno che li riguardano il Piano prevede l'integrazione, a livello locale, tra i punti informativi e di accesso ai servizi, con particolare attenzione alle fasce più deboli (anziani, immigrati, persone con disagio economico e sociale); gli Sportelli sociali, gli Sportelli unici distrettuali, gli Uffici relazioni con il pubblico devono essere tra loro comunicanti.

LE RACCOMANDAZIONI PROPOSTE DALL'ASSOCIAZIONE AMRER ONLUS



intervento a cura del
SIG.RA GUERRINA FILIPPI
Presidente AMRER Onlus

Considerando che l'ambito di intervento su cui si intende agire ed operare vede coinvolgere aspetti di:

POLITICA SANITARIA

MODELLI DIAGNOSTICI

RETE INTEGRATA DI FUNZIONI ASSISTENZIALI



FARMACOLOGIA
E FARMACOECONOMIA

PERCORSI SANITARI E
SOCIOSANITARI DI REINTEGRAZIONE

IL BISOGNO
ESPRESSO DAL PAZIENTE

Sul presupposto che "Il Malato Reumatico rappresenta un Universo con intrinseca complessità nel mondo SALUTE" l'Associazione AMRER Onlus suggerisce come opportuna azione in risposta alle criticità emerse la seguente azione:

**CREAZIONE DI UN TAVOLO
REGIONALE DI CONFRONTO E
LAVORO AL FINE DI REALIZZARE:**



**LINEE GUIDA CONDIVISE ED
OMOGENEE PER LA PRESA IN CARICO
DEL PAZIENTE REUMATICO**

**+
MODELLI E PERCORSI DIAGNOSTICO
TERAPEUTICI APPROPRIATI E
CONDIVISI**

La creazione di un tavolo di confronto e lavoro sugli obiettivi e priorità emerse durante l'attività posta in essere con il Progetto Athena rappresenta una risposta con caratteri di innovatività rispetto al tema e contesto territoriale in cui si agisce.

Le azioni sensibili da porre in essere saranno da valutate alla luce di fattori organizzativi quali:

- **Identificazione dei metodi di valutazione**
- **Raccolta e interpretazione delle documentazioni pertinenti**
- **Esame dei risultati finalizzato all'assunzione di decisioni allocative ed applicative**

L'obiettivo che AMRER Onlus vuole perseguire con questa raccomandazione rappresenta una "proposta" col fine di migliorare l'assetto organizzativo attuale attraverso un'ottimizzazione gestionale delle risorse disponibili con riferimento al contesto territoriale, alla tipologia di intervento e alla realizzazione di attività caratterizzate da spiccata valenza gestionale pienamente in linea con quanto prevedono le normative in ambito di "Ammodernamento del Sistema Sanitario Nazionale" (Atto Senato n. 1920/2008) collegato alla Legge Finanziaria 2008, che all'art. 17 prevede: "[...] definizione di linee guida e di percorsi diagnostico terapeutici, prioritariamente riferiti alle aree tematiche collegate ... ai tempi di attesa, ... alle patologie ad elevata complessità ed elevata incidenza, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi ... alle valutazioni di impatto sanitario ed economico e di analisi dei rapporti costo-beneficio e rischio-beneficio riguardo ai nuovi dispositivi medici ed alle tecnologie sanitarie innovative, secondo l'approccio dello health technology assessment."



DOCUMENTAZIONE

DOCUMENTAZIONE PROPEDEUTICA ALL'AVVIO DI UN TAVOLO DI LAVORO REGIONALE - MALATTIE REUMATICHE

Raccomandazioni dell'American College of Rheumatology 2008 - 15 giugno 2008

Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis.

Documentazione scientifica autorevole – riconosciuta a livello mondiale – documento sulle linee guida per l'Artrite Reumatoide

Regione Piemonte

Linee Guida per l'uso dei farmaci biologici in Reumatologia.

Documento utile alla creazione di un documento propedeutico alla presa in carico del paziente reumatologico

Regione Lombardia: Delibera G.R. 30 luglio 2008 - n. 8/7856

Determinazione in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei farmaci, dispositivi biomedicali e tecnologie diagnostico-terapeutiche al fine del loro impiego nell'ambito del Servizio Sanitario regionale secondo gli indirizzi del PSSR e determinazioni conseguenti.

Documento utile alla definizione di linee guida e di percorsi diagnostico terapeutici, prioritariamente riferiti alle aree tematiche collegate ... ai tempi di attesa, ... alle patologie ad elevata complessità ed elevata incidenza, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi ... alle valutazioni di impatto sanitario ed economico e di analisi dei rapporti costo-beneficio e rischio-beneficio riguardo ai nuovi dispositivi medici ed alle tecnologie sanitarie innovative, secondo l'approccio dello health technology assessment

Regione Campania: Delibera G. R. 27 giugno 2008 - n. 1091-20

Percorso diagnostico Terapeutico per la presa in carico di farmaci per il trattamento dell'Artrite Reumatoide.

Documento utile per la metodologia di definizione di un percorso diagnostico – terapeutico per la prescrizione dei farmaci per il trattamento dell'Artrite Reumatoide. – Presentazione di un Algoritmo terapeutico per l'A.R.

Regione Toscana: Delibera G. R. 20 ottobre 2008 – n.836

Direttive alle Aziende Sanitarie Toscane sull'impiego in reumatologia dei farmaci fuori dalle indicazioni di registrazione, ai sensi dell'art 1, comma 796, lettera Z della legge 296/2006.

Considerata la “necessità di disporre di una lista di medicinali utilizzati nel trattamento di malattie reumatologiche per indicazioni diverse da quelle previste dal provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio e non comprese nell'elenco allegato alla legge 648/96 che sia conforme alle più avanzate evidenze scientifiche disponibili nella letteratura medica internazionale; Ritenuto opportuno formulare la lista di medicinali, di cui al punto precedente, utilizzabili al di fuori delle indicazioni registrate, per il trattamento di malattie di interesse reumatologico, come riportato nell'Allegato A.”



A.M.R.E.R. ONLUS

AMRER nasce nel 1979 e con il riconoscimento regionale DPGR n. 570 del 17/07/95 è ONLUS di diritto.

AMRER è impegnata nella tutela dei diritti sociosanitari della persona affetta da malattie reumatiche e nella divulgazione dell'informazione al paziente e alla cittadinanza circa gli effetti di queste patologie.

Chi opera in sede, sul territorio regionale e nazionale sono tutti volontari e per la maggior parte malati reumatici, i quali, vivendo nelle condizioni indotte dalla malattia, ben conoscono i problemi che vengono loro esposti.

L'Associazione svolge la sua attività in stretta collaborazione con i Reumatologi della Regione, gli esperti in campo sociale, e in piena sintonia con gli operatori del volontariato sul territorio.

Con Deliberazione n. 12 del 15/01/2007 la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto AMRER come Organizzazione a Rilevanza Regionale.

Se vuoi avere informazioni contattaci!

A.M.R.E.R. Onlus

Via San Carlo, 44/2 - Bologna

Tel./Fax: 051 24.90.45 - Cell.: 335 622.38.95

ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

C.F. 80095010379

Orari di Apertura: Lunedì 14.30 - 17.00 / Giovedì 9.00 - 12.00



SI RINGRAZIANO:

PROF. ANGELO CORVETTA

*Direttore Servizio di Reumatologia Azienda
USL di Rimini Ospedale Infermi*

DOCT. CARLO SALVARANI

*Direttore Servizio di Reumatologia Azienda
Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale S. Maria Nuova*

DOCT.SSA CLAUDIA CONCESI

*Resp. Servizio di Reumatologia Med. ERI Azienda USL di
Piacenza Ospedale Guglielmo da Saliceto*

PROF. CLODOVEO FERRI

*Direttore Servizio di Reumatologia
Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena
Università di Modena e Reggio Emilia*

DOCT. FRANCESCO GIRELLI

*Responsabile Servizio di Reumatologia Azienda
USL di Forlì Ospedale Morgagni Pierantoni*

PROF. FRANCESCO TROTTA

*Direttore Servizio di Reumatologia
Azienda Ospedaliera Arcispedale Sant'Anna Università di
Ferrara*

DOCT. GIOVANNI DELSANTE

*Responsabile Servizio di Reumatologia Azienda Ospedaliera
di Parma Ospedale Maggiore*

DOCT. LUCA MONTAGUTI

*Responsabile Servizio di Reumatologia
Azienda USL di Cesena Ospedale Bufalini*

PROF. MARCELLO GOVONI

*Servizio di Reumatologia Azienda Ospedaliera
Arcispedale Sant'Anna Università di Ferrara*

PROF.SSA MARIA TERESA MASCIA

*Servizio di Reumatologia
Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena
Università di Modena e Reggio Emilia*

DOCT. MASSIMO RETA

*Responsabile Servizio di Reumatologia
Azienda USL di Bologna Ospedale Maggiore*

DOCT.SSA NAZZARENA MALAVOLTA

*Responsabile Servizio di Reumatologia
Azienda Ospedaliera di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi*

PROF. RICCARDO MELICONI

*Responsabile Servizio di Reumatologia
Istituto Ortopedico Rizzoli Università di Bologna*

DOCT. ROBERTO GRILLI

Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

AVV. TIZIANO TAGLIANI

*Presidente Commissione
Politiche per la Salute e Politiche Sociali
Assemblea Legislativa -
Regione Emilia Romagna*

DOCT. DANIELE CONTI

Responsabile promozione e Sviluppo AMRER Onlus

“ *La paura nasce dalla disinformazione
sulla malattia, sulla sua evoluzione,
dalla scarsa conoscenza delle nuove
possibilità terapeutiche e dall'incertezza del domani
derivante dallo stato di malato* ”

“ *Un malato informato
è in grado di gestire al meglio
la propria condizione
e far rispettare i propri diritti* ”



A.M.R.E.R. Onlus

Via San Carlo, 44/2 - Bologna - Tel./Fax: 051 24.90.45 - Cell.: 335 622.38.95

ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

C.F. 80095010379

Orari di Apertura: Lunedì 14.30 - 17.00 / Giovedì 9.00 - 12.00