



Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo
Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017
Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 266 del 25 MAR. 2019

DIRETTORE SANITARIO

Oggetto: Definizione della Rete Reumatologica Aziendale.

L'estensore Dr.ssa Chiara Borgato

Il Direttore Sanitario sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il Direttore Sanitario attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii..

Data 25.03.2019

Firma [Firma]
Il Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Rea

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data _____ Dott.ssa Barbara Proietti Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 25.03.2019

Firma [Firma]

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Vincenzo Rea

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 25.03.2019

Firma [Firma]

IL DIRETTORE SANITARIO

PREMESSO che le malattie reumatiche costituiscono la seconda causa più frequente di disabilità dopo le malattie cardiovascolari. Comprendono sia condizioni molto frequenti alcune delle quali genericamente definite degenerative sia condizioni meno frequenti che nel loro complesso colpiscono il 3% della popolazione e che sono sostenute da processi infiammatori ad andamento cronico evolutivo a genesi infettiva (malattia reumatica, artriti reattive) o immunoflogistica (spondiloartriti, artrite psoriasica, artriti enteropatiche) o più propriamente autoimmune a prevalente espressione articolare (artrite reumatoide, artriti giovanili idiopatiche) o sistemica (Malattie autoimmuni sistemiche altrimenti note come connettiviti o vasculiti);

VISTO l'Accordo Stato-Regioni concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016", Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014 che prevede, al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, la predisposizione, da parte del Ministero della Salute del "Piano Nazionale della Cronicità";

CONSIDERATO che coerentemente con quanto previsto nel "Patto per la Salute 2014-2016" le proposte di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni si inseriscono all'interno del processo di deospedalizzazione e territorializzazione delle cure;

VISTO il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016, il cui fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

VISTO l'Accordo Stato-Regioni sul documento relativo alla promozione di "Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni", Rep. n. 172/CSR del 20 ottobre 2015;

VISTO il DCA n. U0073 del 23.11.2009 concernente la Razionalizzazione dell'uso dei farmaci biologici in Artrite Reumatoide, Psoriasi, Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), integrato e modificato con determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Risorse Farmaceutiche n. G08814 del 12.7.2018;

RILEVATO CHE nell'ambito del Piano Aziendale Cronicità 2018-2020, adottato con deliberazione n.54 del 25.01.2019 il PDTA viene considerato quale strumento di governance multidisciplinare e multi-professionale costruito attraverso l'interrelazione di tutti componenti delle filiere assistenziali esaltando il carattere multisetting ed il valore del contributo di ognuno nella chiarezza dei ruoli e delle responsabilità, ovvero è la modalità clinico-organizzativa che garantisce all'utente la necessaria continuità assistenziale fra i vari livelli d'intensità di cura in una logica di "Rete";

TENUTO CONTO che:

- la Rete è un modello organizzativo a garanzia della "Presenza in carico" del paziente cronico. Il progetto di formalizzare la Rete Reumatologica della ASL Rieti nasce dalla consapevolezza e dall'esigenza di apportare un miglioramento organizzativo dei servizi che verranno erogati nella specialità reumatologica (Integrazione Ospedale Territorio), unitamente ad un ampliamento delle attività correlate (diagnostica strumentale, terapie farmacologiche, formazione del medico di medicina generale nella gestione delle patologie reumatologiche);

- lo scopo principale della Rete Reumatologica è quello di avviare un programma di cura in cui il paziente possa trovare risposte a tutte le sue esigenze diagnostico-terapeutiche e riabilitative attraverso un'integrazione operativa tra Medico di Medicina Generale (MMG) e specialisti reumatologi in un contesto di livelli crescenti di assistenza (I°-II°-III° Livello);

PRESO ATTO che con il nuovo Atto Aziendale della ASL Rieti, approvato con DCA 15 gennaio 2019, n. U00004, pubblicato sul BUR Lazio n. 9 del 29.1.19, nell'ambito del Dipartimento di Medicina viene istituita la UOSD Reumatologia;

TENUTO CONTO CHE al fine di realizzare la presa in carico dei pazienti cronici la ASL di Rieti, attraverso il coinvolgimento degli stakeholders, dei Medici di Medicina Generale, dell'Associazione Laziale Malati Reumatici, ecc., ha predisposto il PDTA per pazienti affetti da Artrite Reumatoide;

ATTESTANDONE la legittimità ed utilità per il servizio pubblico;

VISTO il D.Lgs 502/92 e s.m.i.;

DATO atto che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

PROPONE

per le motivazioni espresse in premessa di

1. DI DEFINIRE la Rete Reumatologica Aziendale, così come da documento che all.n.1 al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale, in uno con il PDTA Artrite Reumatoide, all.n.2, già recepito con deliberazione n.265 del 22.3.2019;
2. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

IL DIRETTORE GENERALE

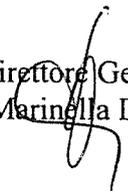
Preso atto che:

- il Direttore Sanitario sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il Direttore Sanitario attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 26 MAR. 2019

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 26 MAR. 2019

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale
ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

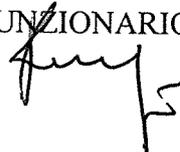
in oggetto

per esteso

in data 26 MAR. 2019

Rieti li 26 MAR. 2019

IL FUNZIONARIO





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RIETI



REGIONE
LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

RETE REUMATOLOGICA ASL RIETI

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Accordo Stato-Regioni concernente il “Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”, Rep, n. 82/CSR del 10 luglio 2014”;
- Piano Nazionale della Cronicità (PNC) Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016;
- Accordo Stato-Regioni sul documento relativo alla promozione di “Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni”, Rep, n. 172/CSR del 20 ottobre 2015;
- DCA n. U0073 del 23.11.2009 “Razionalizzazione dell’uso dei farmaci biologici in Artrite Reumatoide, Psoriasi, Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)”, integrato e modificato con determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Risorse Farmaceutiche n. G08814 del 12.7.2018;

RETE REUMATOLOGICA AZIENDALE

Epidemiologia e offerta assistenziale

La provincia di Rieti si estende per una superficie di 2.749 Km², è costituita da 73 comuni ed ha una popolazione residente, di 157.420 abitanti.

Il territorio della provincia di Rieti, coincide con quello di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale Rieti. L'Asl Rieti, tenuto conto delle linee guida di cui al decreto del commissario ad acta del 6/08/2014 n. 259, individua l'articolazione territoriale in due Distretti:

- il Distretto n°1 : Rieti-Antrodoco-Sant'Elpidio;
- il Distretto n° 2 : Salario-Mirtense

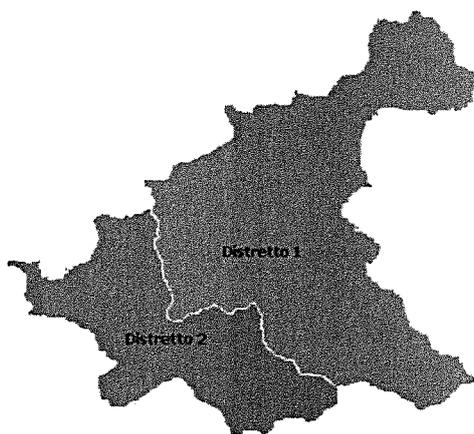


Fig.1

La popolazione residente risulta distribuita nell'ambito dei due Distretti Sanitari come da tabella che segue.

AMBITO TERRITORIALE	Maschi	Femmine	Totale
Distretto 1	46.850	48.565	95.415
Distretto 2	30.790	31.215	62.005
TOT. ASL RIETI	77.640	79.780	157.420

Nell'ambito della ASL Rieti sono attivi, ad oggi, i seguenti centri erogatori di attività reumatologica:

- P.O. Unificato Rieti-Amatrice,
- n. 4 Poliambulatori:
 - Distretto 1: Rieti, Amatrice;
 - Distretto 2 : Poggio Mirteto, Osteria Nuova;

Le malattie reumatiche e osteoarticolari rappresentano ancora la condizione cronica più diffusa nella popolazione italiana; secondo quanto emerge dall'Indagine Multiscopo Istat 2010 artrite/artrosi colpiscono il 17,3% della popolazione e l'osteoporosi il 7,3%. I dati Istat confermano l'aumento di prevalenza delle principali malattie reumatiche (artrite/artrosi, osteoporosi) in rapporto all'età, indipendentemente dal sesso, mentre l'analisi per genere evidenzia che la prevalenza di questi disturbi è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (22,1% di artrite/artrosi nelle donne vs 12,1% negli uomini). Tale differenza è ancora più marcata se si considera l'osteoporosi (12,0% vs 1,7%).

Considerando che la prevalenza delle malattie reumatiche e osteoarticolari a livello nazionale, i dati relativi alla ASL di Rieti sono stimabili come segue:

AMBITO TERRITORIALE	Popolazione Residente	Stima di persone con malattie reumatiche e osteoarticolari (12,5%)
Distretto 1	95.415	11.926
Distretto 2	62.005	7.750
TOT. ASL RIETI	157.420	19.676

LINEE DI INDIRIZZO

La rete assistenziale reumatologica si compone di tre livelli assistenziali. Il primo livello di assistenza è assicurato dai MMG e dagli ambulatori reumatologici territoriali aziendali, il secondo livello dalla UOSD Reumatologia. Il terzo livello è identificato nell'ambito del Policlinico Umberto I di Roma (cattedra di Reumatologia).

Il *primo livello*, ha i seguenti obiettivi specifici:

- individuare i soggetti da sottoporre a screening;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva diagnostico-terapeutica;
- omogenizzare la presa in carico condivisa;
- condividere strategie informative e comunicative rivolte ai pazienti;
- aggiornare gli stakeholders su strumenti diagnostici/terapeutici e linee guida innovative;
- condividere e standardizzare i protocolli diagnostici-terapeutici;
- confrontarsi sulle criticità.

E' definita qui "buona pratica" che l'invio allo Specialista del paziente da parte del MMG sia corredato sempre da sospetto diagnostico, breve relazione clinica ed accertamenti di primo livello dove possibile.

La struttura di *secondo livello* deve assicurare:

- l'inquadramento diagnostico e terapeutico al primo invio;
- la presa in carico dei pazienti che necessitano di terapie con farmaci biotecnologici e successivo follow-up con cadenza trimestrale condiviso con il MMG, assicurando, nei casi di particolare complessità, la continuità clinico-assistenziale tramite la struttura di III° Livello identificata nell'ambito del Policlinico Umberto I di Roma;
- la sorveglianza e il monitoraggio delle complicanze croniche;
- il rilascio del certificato di patologia per esenzione ticket;

- la prima prescrizione dei piani terapeutici per i presidi e l'eventuale modifica in caso di variazione della terapia;
- la funzione epidemiologica (raccolta ed elaborazione dati clinici);
- la formazione degli operatori sanitari coinvolti.

Lo Specialista prescriverà analisi ed accertamenti strumentali e contestualmente condividerà le informazioni con il Curante, evidenziando i punti su cui si basa l'eventuale conferma diagnostica e, se presenti, evidenziando elementi prognostici sfavorevoli per patologia aggressiva e di rapida evoluzione.

Una volta definita la patologia, lo Specialista invierà al Curante il timing dei controlli di laboratorio/strumentali e la modalità con cui debbano essere eseguiti, specificherà il timing dei controlli clinici lasciando al Curante la gestione del follow up di laboratorio (se nella norma) e la tolleranza alla terapia, con rivalutazione anticipata in caso di anomalie di laboratorio o intolleranze che necessitino di rivalutazione della terapia indicata.

La condivisione e la standardizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici garantiscono la possibilità di diagnosi e cura ottimali nelle strutture più vicine al paziente.

L'obiettivo è quindi quello di una deospedalizzazione, con conseguente territorializzazione delle cure.

La Rete Reumatologica viene altresì implementata dall'attivazione di un Ambulatorio dedicato "IBD-GastroReuma", quale servizio multidisciplinare nella diagnosi precoce delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI), cui si accede con impegnativa e prenotazione diretta.

L'Ambulatorio vede la collaborazione ed integrazione clinica tra:

- la Gastroenterologia all'interno dell'Ambulatorio "IBD-GastroReuma";
- la Reumatologia, per la gestione delle complicanze extra-intestinali di competenza reumatologica;
- la Radiodiagnostica, ai fini di un più facile accesso ad indagini radiologiche indispensabili per lo studio della patologia;
- il servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica per la valutazione nutrizionale dei pazienti, nonché il necessario coinvolgimento di un supporto psicologico dedicato.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

**Percorsi clinico-assistenziali di cura della
persona affetta da malattia cronica.**

ARTRITE REUMATOIDE

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

PREMESSA

Il paziente reumatologico è un paziente affetto da patologia cronica che, per la particolare complessità diagnostica e terapeutica, necessita di un percorso di presa in carico che eviti la frammentarietà delle prestazioni clinico-assistenziali e garantisca la continuità della cura.

In particolare, in alcune patologie reumatiche ad andamento prognostico più severo (es. artrite reumatoide) la diagnosi e la terapia devono essere effettuate il più precocemente possibile in quanto un trattamento precoce ed adeguato consente i migliori risultati e condiziona fortemente l'evoluzione della malattia. La scelta di strutturare dei percorsi clinico organizzativi per artrite reumatoide è motivata da presupposti clinici ed operativi nell'ottica di favorire l'accesso e migliorare la presa in carico di una patologia con maggiore incidenza nella popolazione più giovane, ad andamento prognostico più severo ed a rischio di ritardo diagnostico con tutte le conseguenze che ciò comporterebbe.

La stretta collaborazione fra medici ospedalieri, specialisti territoriali e MMG risulta fondamentale per il buon funzionamento del percorso. Il MMG è il primo riferimento per il paziente con sospetta artrite reumatoide e svolge un importante ruolo "sentinella" e di raccordo con i centri; sul ruolo "filtro" effettuato dal MMG si creano le condizioni per l'invio tempestivo allo specialista reumatologo.

Inoltre, il MMG, dopo la fase diagnostico-terapeutica, segue i pazienti in collegamento con gli specialisti per quanto attiene alla sorveglianza della sintomatologia ed alla gestione della eventuale insorgenza degli effetti collaterali dei farmaci.

Tre sono gli strumenti indispensabili affinché questa gestione raggiunga il suo scopo (controllo evoluzione della malattia, prevenzione delle complicanze, miglioramento della qualità di vita):

1. Un Percorso Clinico-Assistenziale che definisca ruolo e compiti dei vari attori.
2. Una comunicazione efficace tra MMG e specialista.
3. Un paziente motivato, informato, educato e formato nella gestione della sua malattia.

Scopo

Il mondo delle patologie croniche è una realtà in progressiva crescita in considerazione dell'età della popolazione e delle opportunità di cure oggi possibili, che hanno alzato l'asticella dell'anzianità a 85 anni. Questo comporta un notevole impegno di risorse ed una forte integrazione dei servizi sanitari con il terzo settore comunemente detto sociale, per servizi residenziali e sulle reti territoriali.

Per tali motivazioni, nel 2016, il Ministero della Salute ha emanato il Piano Nazionale delle Cronicità.

Uno degli obiettivi del Piano Nazionale è quello di fornire una guida unitaria per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione di Percorsi Clinico-Assistenziali.

La proposta di un percorso clinico predefinito per Artrite Reumatoide contenuto nel presente documento si inserisce all'interno del processo di deospedalizzazione e territorializzazione delle cure.



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITÀ ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Obiettivi generali

- Attivare una rete territoriale - ambulatoriale in adozione al percorso clinico.
- Implementare nuovi servizi ambulatoriali riqualificando il presidio PAS di Amatrice, la casa della salute di Magliano Sabino, i distretti di Poggio Mirteto, di Passo Corese, di Sant'Elpidio, di Antrodoco con l'intento di istituire ambulatori reumatologici su tutto il territorio reatino.
- Realizzare una "Casa della Cronicità" nel territorio reatino per l'accompagnamento in *follow up* dei pazienti cronici reumatici dando la possibilità di accesso diretto con una programmazione di presa in carico multidisciplinare.

Obiettivi specifici

Sono obiettivi specifici della procedura:

- Il miglioramento della qualità di vita e la riduzione degli oneri della malattia agli individui e alle famiglie mediante la creazione di un percorso agevolato.
- La presa in carico tempestiva dei pazienti con artrite reumatoide (AR) fin dalle prime fasi della malattia riducendo i tempi di attesa delle prime visite.
- L'integrazione del percorso definito nell'assistenza specialistica e territoriale a garanzia della continuità assistenziale.
- L'omogeneità della presa in carico/gestione del paziente con AR fra i vari centri reumatologici dislocati sul territorio reatino.
- Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostico-terapeutica e la standardizzazione del follow-up.
- L'educazione all'aderenza terapeutica e la programmazione del *follow up*, per ridurre liste di attesa e i costi legati alle riacutizzazioni.
- La condivisione delle strategie informative e comunicative rivolte ai pazienti attraverso l'associazione laziale dei malati reumatici (A.L.M.A.R.).

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE
Acronimi

ACA	Alto Carico Assistenziale
ALMAR	Associazione Laziale Malati Reumatici
AO	Azienda Ospedaliera
ASL	Azienda Sanitaria Locale
BCA	Basso Carico Assistenziale
DA	Direzione Amministrativa
DAS 28	Numero di articolazioni dolenti e tumefatte su 28
DH	Day Hospital
DG	Direzione Generale
DMARDs	Disease Modifying Antirheumatic Drugs: Farmaci antireumatici sintetici che modificano l'andamento della malattia
DMARDts	Farmaci antireumatici sintetici a target (vedi JAK inibitori)
DS	Direzione Sanitaria
EBM	Evidence Best Medicine
EBP	Evidence Best Practice
EULAR	European League Against Rheumatism: E' l'organizzazione che riunisce tutte le società europee di reumatologia
HAQ	E' un questionario, compilato dal paziente, attraverso il quale è possibile effettuare una misurazione della capacità funzionale
LG	Linee Guida
MCA	Medio Carico Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
MOC	Mineralometria ossea computerizzata
MTX	Metotrexato
PCA	Percorso Clinico Assistenziale
PT	Piano Terapeutico
PZ	Paziente
RED FLAGS	Criteri clinici di riconoscimento precoce dell'artrite reumatoide
SIR	Società Italiana di Reumatologia
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UC	Ultrasonografia Calcagno
UO	Unità Operativa
UOS	Unità Operativa Semplice
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

Procedure aziendali

<i>Procedure aziendali</i>
Controllo farmaci/ Procedure infermieristiche
Erogazione JAK inibitori attraverso farmacia territoriale
Erogazione farmaci biologici e biosimilari attraverso farmacia ospedaliera e territoriale

ICD 9 CM Diagnosi

("International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

714.0	Artrite Reumatoide
006.714.0	Artrite Reumatoide

¹Per una codifica più dettagliata delle diagnosi è necessario utilizzare i codici a cinque cifre.

ICD 9 CM Procedure

("International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

<i>Codice¹ ICD9 CM</i>	<i>Procedure</i>
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi
90.04.5	GPT
90.09.2	GOT
90.16.4	Creatina clearance
90.22.3	Ferritina
90.22.5	Ferro
90.42.5	Transferrina

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

<i>Codice² ICD9 CM</i>	<i>Procedure</i>
90.44.2	Urine conta di Addis
90.44.3	Urine esame chimico fisica e microsc.
90.60.2	Complemento: C1Q, C3, C3Aatt, C4 (ciascu.)
90.62.2	Emocromo
90.64.2	Fattore reumatoide
90.72.3	Proteina C reattiva (quantitativa)
91.49.2	Prelievo di sangue venoso

<i>Codice³ ICD9 CM</i>	<i>Procedure</i>
91.49.2	Rx convenzionale segmentaria del/i distretto/i interessato/i
92.14.1	Scintigrafia ossea o articolare segmentaria
81.91	Artrocentesi
93.03	Valutazione protesica
93.11.2	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave semplice
93.11.4	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice
93.22	Training deambulatori e del passo
93.31.2	Esercizio assistito in acqua
93.39.1	Massoterapia distrettuale-riflessogena
93.39.5	Elettroterapia antalgica
93.83	Terapia occupazionale

²Per una codifica più dettagliata delle procedure è necessario utilizzare i codici a quattro cifre.



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Inquadramento patologia

Definizioni e terminologia

L'Artrite Reumatoide (AR), che in Italia interessa circa 400.000 persone prevalentemente di sesso femminile, è una malattia infiammatoria cronica che colpisce la membrana sinoviale caratterizzata da infiammazione e distruzione delle articolazioni e delle ossa adiacenti.

Nella sua forma più tipica è associata ad evidenza sierologica di flogosi e di autoimmunità.

L'Artrite Reumatoide ha una prevalenza compresa tra lo 0,3 e l'1% della popolazione ed è causa di morbilità e mortalità, riducendo drasticamente l'aspettativa di vita.

Nel "Primo rapporto sociale sull'Artrite Reumatoide" sono emersi in modo chiaro due punti:

- 1) l'attività di malattia ha un impatto decisivo sulla qualità della vita quotidiana;
- 2) la durata della malattia determina una progressiva modificazione o addirittura la totale perdita della capacità lavorativa nel 17,9% dei casi entro i primi due anni di malattia, condizione che sale ad un drammatico 30,1% dopo dieci anni.

Si determina frequentemente un progressivo isolamento del paziente con grave perdita del suo apporto sociale.

Definizione.

L'Artrite Reumatoide (AR), che in Italia interessa circa 400.000 persone (prevalentemente di sesso femminile), è l'artrite di più frequente riscontro. Si tratta di una malattia infiammatoria cronica che colpisce la membrana sinoviale, caratterizzata da infiammazione e distruzione delle articolazioni e delle ossa adiacenti; nella sua forma più tipica è associata ad evidenza sierologica di flogosi e di autoimmunità.

Prevalenza

L'Artrite Reumatoide ha una prevalenza compresa tra lo 0,3 e l'1% della popolazione ed è causa di morbilità e mortalità, riducendo drasticamente l'aspettativa di vita.

Dimensione socio-economica

L'Artrite Reumatoide colpisce in prevalenza le persone con età compresa tra 30 e 50 anni e soprattutto le donne, che rappresentano circa il 75% del totale dei malati. Ogni anno questa malattia è responsabile di oltre 13 milioni di giornate di assenza dal lavoro. I costi diretti per l'artrite reumatoide ammontano a circa 1 miliardo 400 milioni l'anno mentre i costi indiretti riconducibili alla perdita di produttività sono pari a 981 milioni di euro.

I casi di artrite reumatoide nella provincia di Rieti risultano essere 550 circa in trattamento farmacologico secondo la seguente formulazione:

- 410 in trattamento con DMARDs;
- 140 in trattamento con Biologici.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Epidemiologia

Dati epidemiologici e di attività

L'artrite reumatoide è la forma più comune di artrite infiammatoria e costituisce il 6% delle malattie reumatiche in Italia. La prevalenza della malattia oscilla tra 0.5 e 2% nei soggetti oltre i 15 anni nella popolazione caucasica. L'esordio si colloca tra la seconda e quinta decade di vita, tuttavia l'incidenza nella donna tra i 60 e 64 anni è sei volte maggiore rispetto a quella dai 18 ai 29 anni. Esiste anche una forma giovanile della malattia che può colpire i bambini e ragazzi di età inferiore ai 16 anni. Le donne sono maggiormente colpite degli uomini con un rapporto di 3 a 1. La prevalenza della malattia aumenta con l'età e le differenze tra i 2 sessi diminuiscono nella popolazione più anziana. Recenti studi indicano un futuro declino nella incidenza di questa malattia in particolare tra le donne, d'altra parte ci si può aspettare globalmente un incremento in considerazione della maggior crescita della popolazione anziana e quindi il risultato finale non è ancora del tutto prevedibile.

In Italia i malati di artrite reumatoide sono circa 400.000 di cui 5000 in forma grave. La prevalenza è stata valutata tra lo 0.3-0.6% (3). La malattia ha una espressione clinica variabile e molto spesso ha un significativo impatto sulla vita dei malati che ne sono colpiti: circa il 90% dei soggetti ha qualche grado di disabilità entro i 20 anni dall'esordio. Nel 22% dei casi il malato è costretto ad abbandonare ogni tipo di lavoro ed il 10% necessita di assistenza continuativa. Circa il 20% dei soggetti colpiti, secondo un recente studio italiano), manifestano una forma cosiddetta aggressiva con alto rischio di rapido declino funzionale e ridotta aspettativa di vita.

Mortalità

Le donne con artrite reumatoide presentano un rischio di morte per tutte le cause più alto rispetto alla popolazione priva della malattia ma, secondo un'analisi dei dati su larga scala dello studio Nurses'Health, tra le cause più probabili di morte ci sono le malattie cardiovascolari e respiratorie.

Dai dati di questo studio emerge che il rischio di mortalità per malattie respiratorie è 2,06 volte maggiore nelle donne affette da artrite reumatoide rispetto a quelle senza la malattia e quasi tre volte più elevato nelle donne sieropositive al fattore reumatoide.

Il rischio di mortalità per malattie cardiovascolari è più alto del 45% nelle donne con artrite reumatoide rispetto alle donne non affette dall'artrite reumatoide.

L'eccesso di mortalità legato all'artrite reumatoide si manifesta già dopo 10 anni dall'esordio della malattia.

Comorbilità

I pazienti con artrite reumatoide (AR) presentano una prevalenza più elevata di co-morbilità rispetto alla popolazione generale e alcuni fattori, quali l'età, la durata e l'attività di malattia, possono influenzare il numero.

Tra le comorbilità primeggiano in ordine decrescente le malattie cardiovascolari, le neoplasie, le infezioni severe, il diabete mellito e la depressione.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Linee Guida e Letteratura Scientifica di riferimento

Per lo sviluppo del presente Percorso Clinico Assistenziale (PCA) sono state utilizzate le seguenti linee guida:

- Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2010 Jun;69(6):964--75.
- Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010 Apr;69(4):631--7.
- Singh JA, Furst DE, Bharat A, Curtis JR, Kavanaugh AF, Kremer JM et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012 May;64(5): 625--39.
- Smolen J, et al 2 " EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update " *Ann Rheum Dis* 2017; doi: 10.1136/annrheumdis-2016-201715.

Bibliografia

- Gruppo multidisciplinare sui farmaci biologici in reumatologia Regione Emilia-Romagna. Trattamento sistemico dell'Artrite Reumatoide nell'adulto, con particolare riferimento ai farmaci biologici. Linee guida terapeutiche n.2 Aggiornamento *Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna, gennaio 2014;*
- Combe B, Landewe R, Lukas C et al., EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT), *Ann Rheum Dis* 2007;66; 34-45;
- Rheumatoid arthritis: the management of RA in adults. NICE, 2009 Feb. (NICE clinical guideline n. 79);
- DAHL MJAAVATTEN M. et al., Pattern of joint involvement and other disease characteristics in 634 patients with arthritis of less than 16 weeks' duration. *J Rheumatol.* 2009;36:1401-6. Epub 2009 Jun 1;
- Zirkzee et al. Sick leave and work disability in patients with early arthritis. *Clin Rheumatol.* 2008;27:11-9. Epub 2007 May 10;
- Lindegaard H M, Early referral and treatment of patients with acute arthritis. Experiences from two early arthritis clinics. *Ugeskr Laeger.* 2005;167:4458-61;
- Woolf AD et al. Healthcare services for those with musculoskeletal conditions: a rheumatology service. Recommendations of the European Union of Medical Specialists Section of Rheumatology/European Board of Rheumatology 2006. *Ann Rheum Dis,* 2007; 66: 293-301;
- Walsh DA et al. Provisional guidelines for applying the Department of Health (England) 18-week-patient pathway to specialist rheumatology care. *Rheumatology.* 2007; 46:1200-6;
- Kapetanovic MC et al. *Scand J Rheumatol* 2010;
- Van Tuyll LHO et. al. *Ann Rheum Dis* 2009

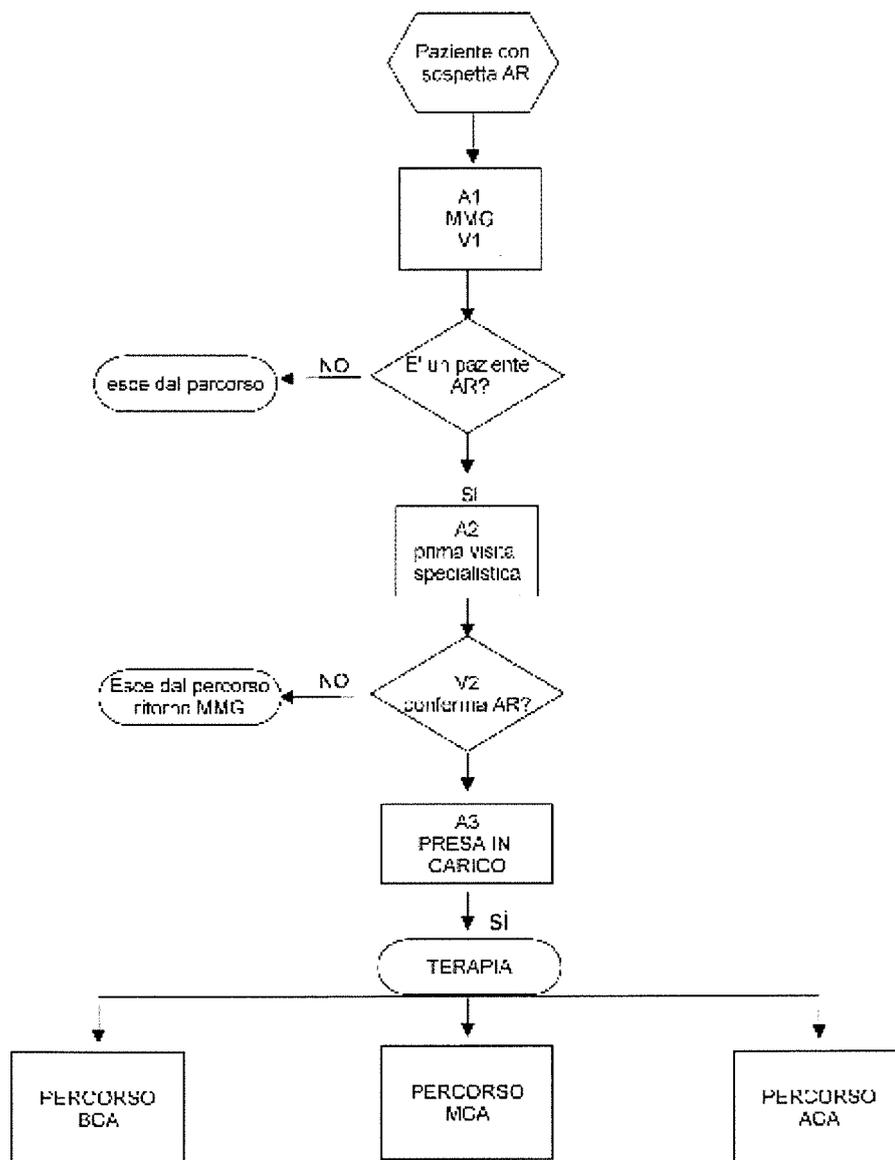


PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart A: Ragionamento Clinico e definizione del carico assistenziale



VALUTAZIONI CLINICO-ANAMNESTICHE



ATTIVITA SPECIALISTICHE



ACCESSO DEL PAZIENTE



CONFERMA DIAGNOSI

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Legenda Flow – Chart A: Ragionamento clinico

A1. MMG- Valutazione clinico-anamnestica

▪ **Presenza di contatto col MMG:**

- Compilazione di una scheda da parte del MMG sulle quale raccogliere le informazioni anamnestiche del paziente.
- Compilazione RED FLAGS in AR (vedi criteri di Emery Tab. 1) e richiesta (da parte di MMG) degli esami di laboratorio di 1° livello (vedi Tab. 3).

Criteri di Triage dei pazienti in base alle schede compilate da MMG:

Cause di inclusione: **RED FLAGS SOSPETTA**

Cause di esclusione: **RED FLAGS NON RISPONDENTE**

A2. Prime Visite

▪ **Prima visita reumatologica**

I pazienti vengono inviati al CUP per una prima visita reumatologica da effettuare entro 15 giorni.

Durante la visita saranno anche valutati i referti di analisi diagnostiche recenti eventualmente in possesso dei pazienti; in caso di assenza di esami verranno prescritti esami di laboratorio e strumentali (vedi tab. 3).

Il paziente verrà invitato a ripresentarsi ad una 2° visita reumatologica, prenotata su agenda interna, da effettuarsi entro 30 giorni dalla precedente per conferma diagnostica.

A3: Definizione del percorso e presa in carico del paziente

A conclusione delle visite il paziente, una volta confermata la diagnosi di AR, viene preso in carico ed inserito nel percorso clinico-terapeutico. Si redige, quindi, una lettera di esito della valutazione (diagnosi e proposta terapeutica) destinata al medico curante (MMG).

Secondo le indicazioni delle Linee Guida nazionali e Regionali il percorso per il trattamento dell'AR comprende una articolazione ai vari livelli di intensità assistenziale, che garantiscano una continuità assistenziale completa:

- Trattamento I LIVELLO Ambulatoriale a Basso Carico Assistenziale (BCA);
- Trattamento II LIVELLO (OSPEDALIERO) a Medio Carico Assistenziale (MCA);
- Trattamento III LIVELLO (Centro HUB), ad Alto Carico Assistenziale (ACA).

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.****ARTRITE REUMATOIDE**

La complessità dell'intervento, nei suoi vari livelli di assistenza, prevede una attenta selezione dell'utenza e una stretta correlazione tra le varie fasi del trattamento all'interno del circuito, onde poter mantenere una coerenza del sistema delle cure.

Il trattamento Ospedaliero, inserito nel percorso clinico-assistenziale di cura della persona affetta da malattia cronica, è gestito dal DH/Servizio di Reumatologia ospedaliero di riferimento.

Criteri di invio MMG-Reumatologo per sospetta artrite reumatoide (Tab 1)

Criteri di Emery di invio al reumatologo nel sospetto di artrite reumatoide:

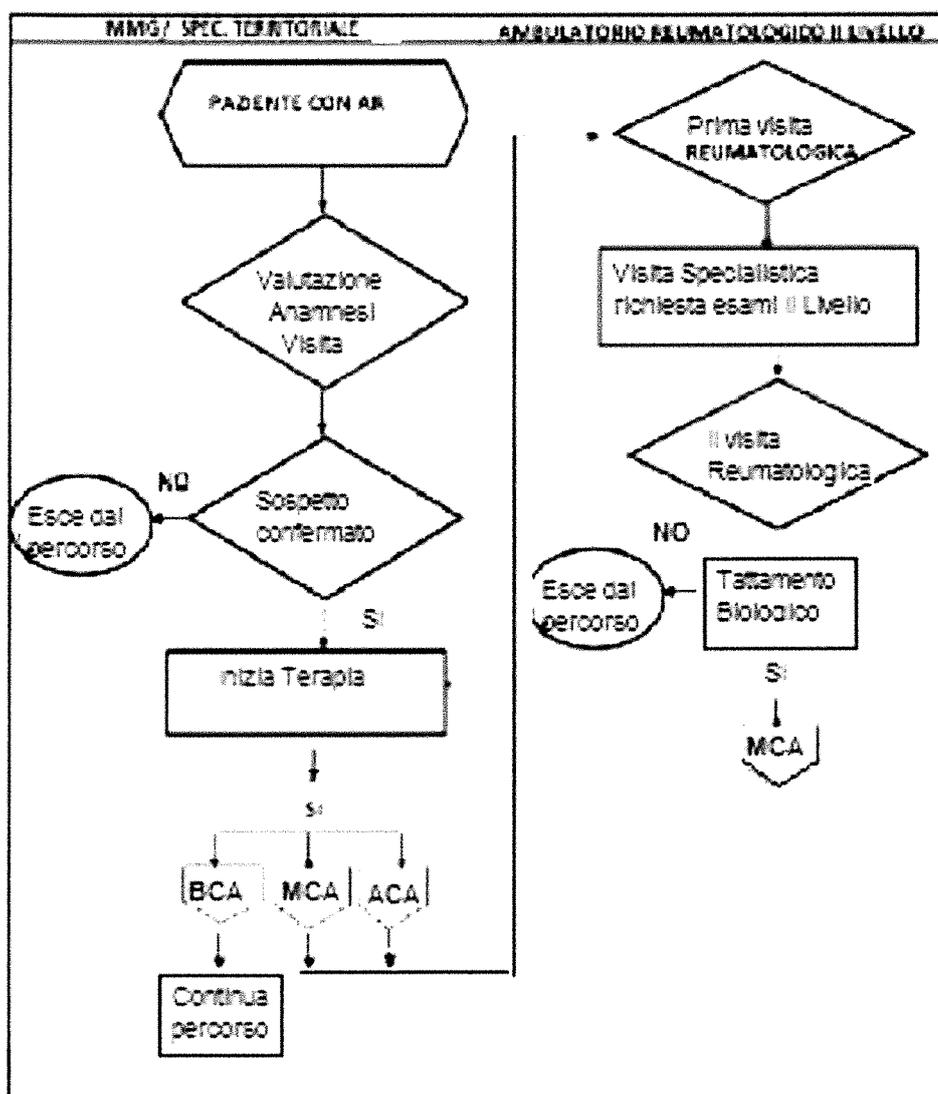
- 1) Tumefazione di 3 o più articolazioni;
- 2) Dolorabilità delle articolazioni metacarpo-falangee/metatarso-falangee alla pressione latero-laterale complessiva « squeeze test » ;
- 3) Rigidità mattutina > 30 minuti.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart Organizzativa
Percorso Organizzativo Artrite Reumatoide



Handwritten signature

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE
**NOTE FLOW-CHART ORGANIZZATIVA. PERCORSO ARTRITE REUMATOIDE
RECLUTAMENTO PAZIENTI**
V0 Procedura di reclutamento del paziente

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Medico di medicina generale	Invia il paziente con la sua ipotesi di diagnosi
<i>Documentazione prodotta</i>	Impegnativa
<i>Obiettivi</i>	Affidamento del paziente allo specialista
<i>Rischi correlati</i>	Nessuno
<i>Tempi</i>	Primo contatto con il paziente sul territorio

V1 Prima visita specialistica

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo Territoriale/Ospedaliero	Visita reumatologica + Richiesta indagini diagnostiche
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto-impegnativa
<i>Obiettivi</i>	Diagnosi precoce di artrite reumatoide
<i>Rischi correlati</i>	Nessuno
<i>Tempi</i>	Durata: 30 minuti

V2 Seconda visita specialistica

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo	Visita di controllo
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Conferma sospetto artrite reumatoide
<i>Rischi correlati</i>	Nessuno
<i>Tempi</i>	Durata: 15 minuti

V3 Rivalutazione specialistica

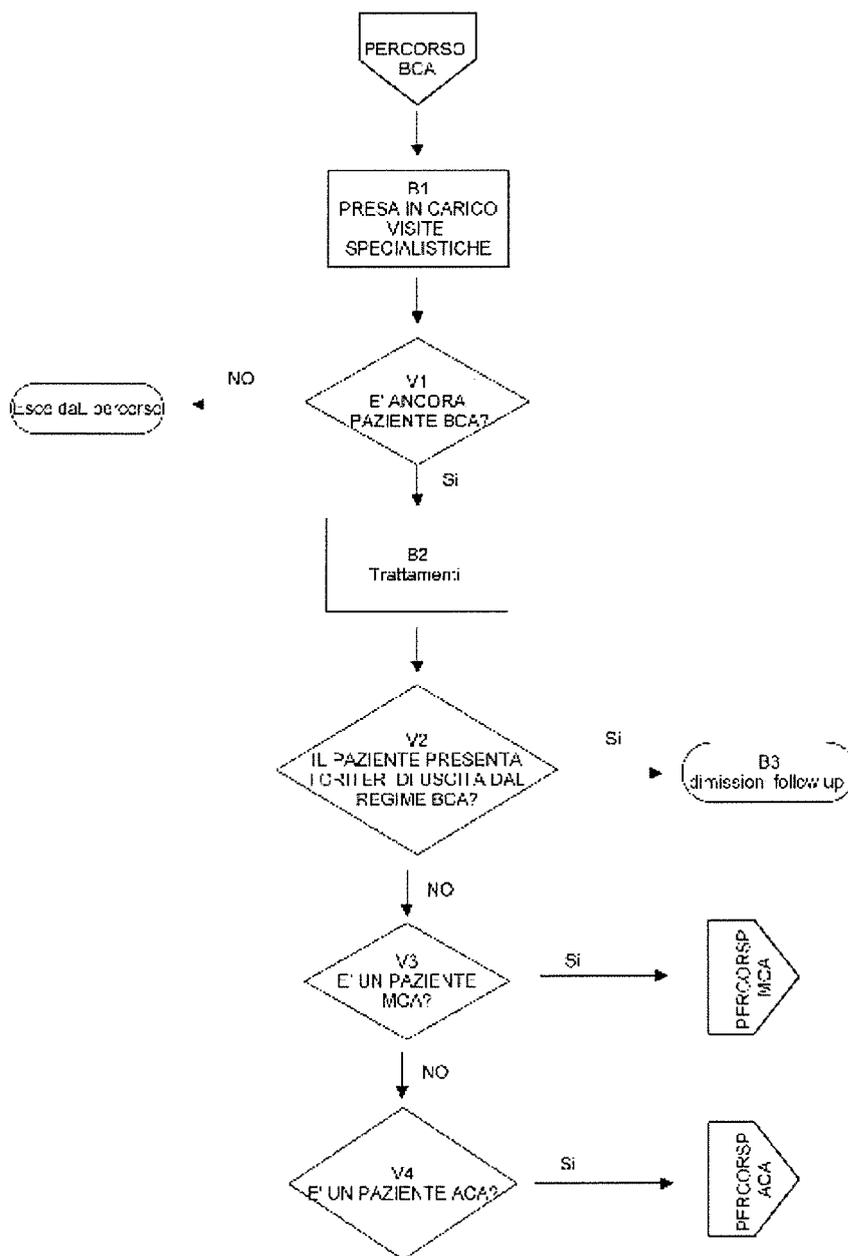
OPERATORE SANITARIO	PROCEDURA\EVENTO(COSA FA IL PROFESSIONISTA)
Reumatologo	Visita specialistica di rivalutazione
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Prescrizione terapia farmacologica specifica
<i>Rischi correlati</i>	Nessuno
<i>Tempi</i>	Durata: 15 minuti

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow chart B: Percorso a Basso Carico Assistenziale



(BCA)

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Legenda Flow Chart B: Ragionamento Clinico Percorso a Basso Carico Assistenziale (BCA)

Gli obiettivi del trattamento ambulatoriale riguardano la riduzione o la risoluzione dell'attività di malattia. Il percorso ambulatoriale permette al paziente di accedere alle cure senza separarsi dal proprio ambiente familiare e riduce il rischio che egli debba ricorrere al ricovero ospedaliero; permette inoltre di offrirgli uno spazio motivazionale in cui possa sviluppare una alleanza terapeutica solida e una maggiore compliance al trattamento, anche in vista dell'inserimento in percorsi a più alta complessità assistenziale.

Gli obiettivi da raggiungere sono pertanto:

- Stabilizzazione delle manifestazioni cliniche e di laboratorio con riduzione del rischio di accesso in P.S. o ricovero ospedaliero.
- Riduzione delle riacutizzazioni.

B1. Presa in carico e visite specialistiche BCA

▪ **Presa in carico**

Il reumatologo operativo nell'ambulatorio dedicato a BCA (distretto-zona) valuta il caso e formula la proposta di un percorso terapeutico più idoneo per il paziente.

B2. Trattamento e rivalutazione del paziente BCA

▪ **Trattamento**

Lo specialista del distretto spiega le finalità e gli obiettivi della terapia, convocando il paziente per la data d'inizio del percorso. Inoltre prende contatti con il MMG del paziente in carico per definire insieme le azioni terapeutiche da mettere in campo.

▪ **Rivalutazione del paziente BCA ogni tre mesi**

Lo specialista valuta in merito all'andamento del percorso terapeutico del paziente e alla compliance al trattamento.

Sul piano clinico vengono valutate la frequenza e la modalità di eventuali riacutizzazioni.

In caso di nessun miglioramento ottenuto dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento (con calcolo del DAS 28) e ricadute frequenti si prende in considerazione l'inserimento del paziente in un percorso a più alta intensità assistenziale (regime MCA o ACA).

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

Per contro il raggiungimento di un DAS 28 tra 2.6 e 3.2, ossia minima attività di malattia, indirizzerà verso la dimissione.

B3. Dimissione – Follow up in regime BCA.

 ▪ **Dimissione: criteri di uscita dal regime a BCA.**

Le dimissioni definitive dalla rete BCA sono effettuate nel caso in cui si osservi:

- DAS 28 tra 2.6 e 3.2 equivalente a minima attività di malattia (**Tab.2**) ;
- miglioramento delle relazioni familiari e sociali;
- recupero delle capacità lavorative .

Se necessario il paziente è rinvio al MMG per il monitoraggio della terapia farmacologica.

Nel caso in cui si osservi un aggravamento delle condizioni di salute del paziente e della sintomatologia espressa si potrà effettuare:

- dimissione con passaggio a regime a Medio o Alto Carico Assistenziale;
- dimissione e successiva ospedalizzazione.

Può anche accadere che il paziente sia dimesso dopo avere abbandonato spontaneamente il percorso (Drop out).

 ▪ **Follow Up nel regime BCA**

In questo regime assistenziale il **Follow -Up** è previsto ogni **tre mesi**.

Principali indici compositi e relativi cut--off di remissione e bassa attività di malattia (TAB. 2)

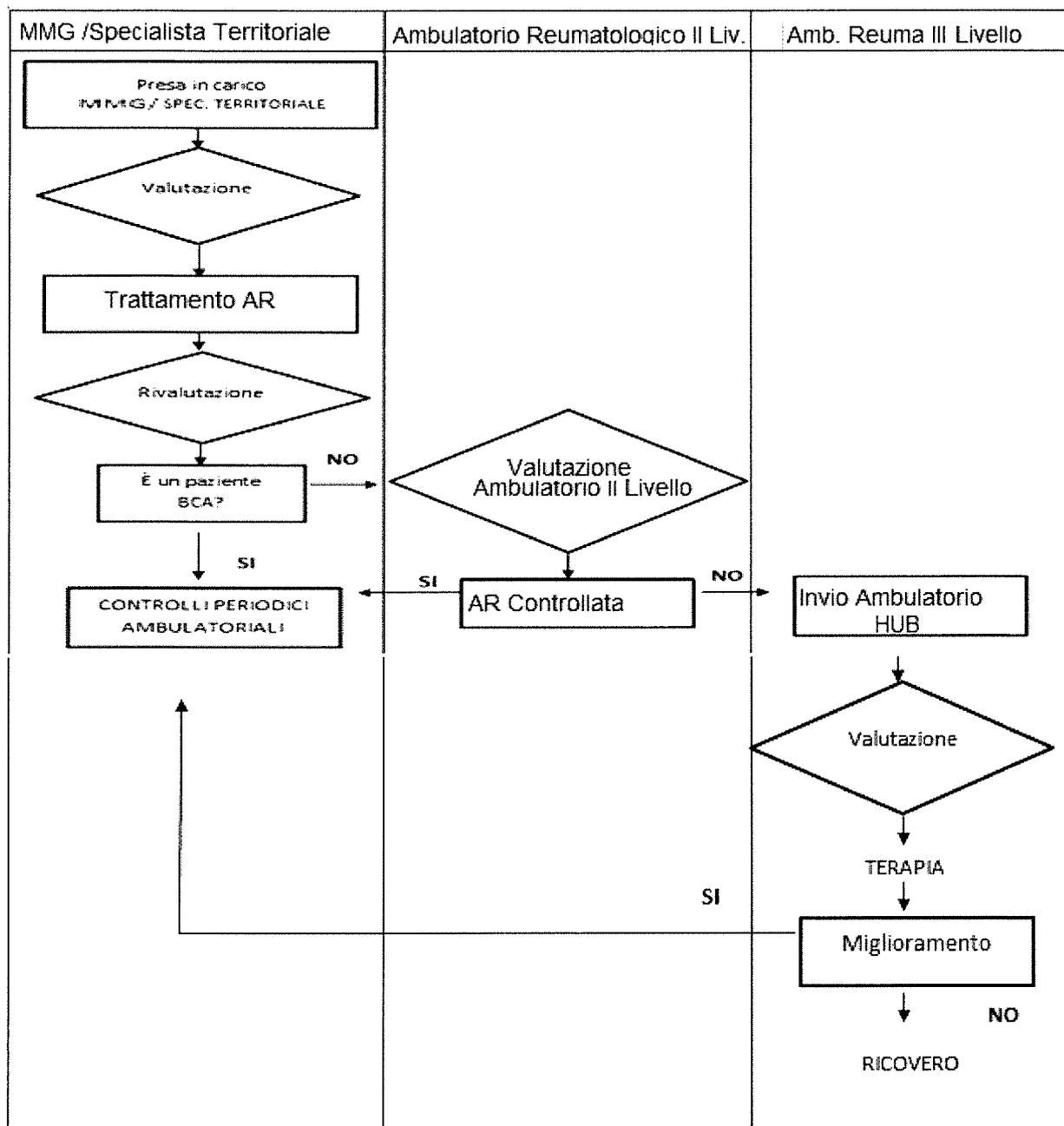
<i>Indice composito</i>	<i>Remissione</i>	<i>Bassa attività</i>
<i>DAS</i>	<1.6	<2.4
<i>DAS28</i>	<2.6	<3.2
<i>SDAI</i>	≤3.3	≤11
<i>CDAI</i>	≤2.8	≤10

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart Organizzativa. Percorso Artrite Reumatoide
Percorso a Basso Carico Assistenziale (BCA)



Handwritten signature

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE
NOTE FLOW CHART B: PERCORSO ARTRITE REUMATOIDE
RAGIONAMENTO ORGANIZZATIVO
PERCORSO A BASSO CARICO ASSISTENZIALE (BCA)
B1 Presa in carico

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Medico di medicina generale Specialista territoriale	Anamnesi – Compilazione schede Red Flags Visita specialistica + prescrizione esami di I livello
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Identificazione paziente BCA
<i>Rischi correlati</i>	Nessuno
<i>Tempi</i>	20 minuti

B2 Trattamento

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Medico di medicina generale Specialista territoriale	Monitoraggio effetti collaterali della terapia prescritta Prescrizione terapia
<i>Documentazione prodotta</i>	Prescrizione terapia (ricetta)
<i>Obiettivi</i>	Terapia come da linea guida
<i>Rischi correlati</i>	Non risposta alla terapia
<i>Tempi</i>	10 minuti

B3 Controlli periodici ambulatoriali

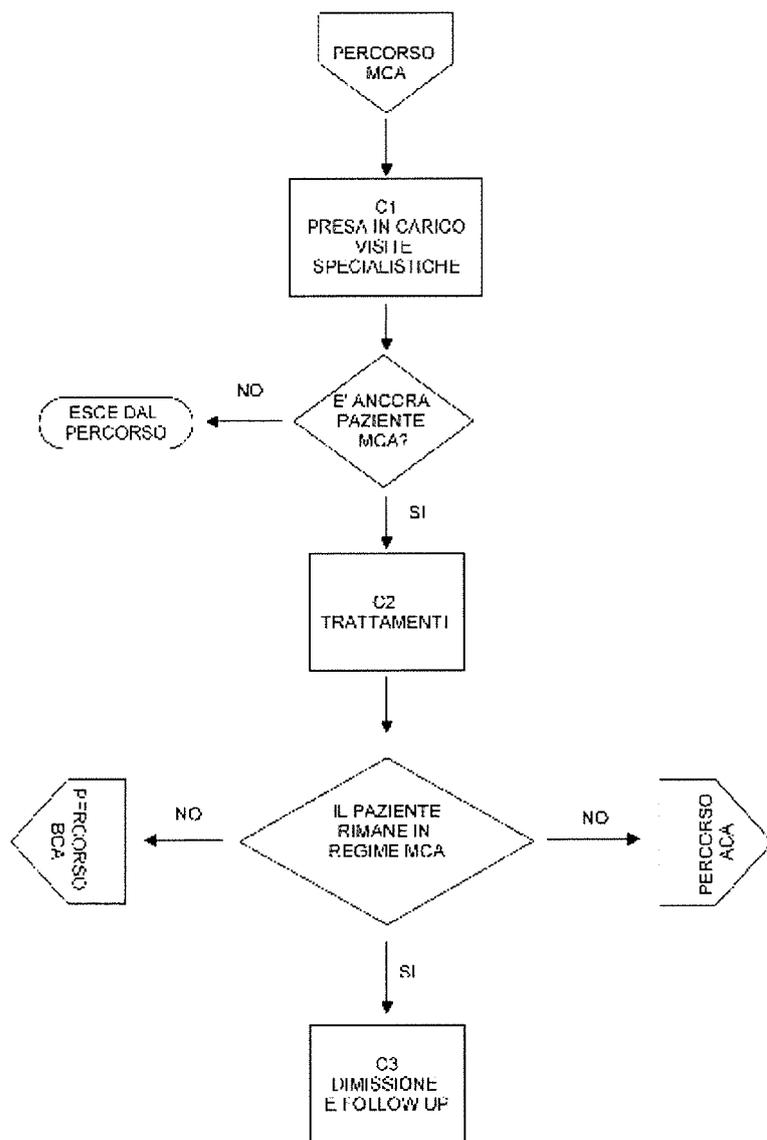
<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Medico di medicina generale Specialista territoriale	Controllo stato della malattia Monitoraggio effetti collaterali terapia
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Controllo della malattia
<i>Rischi correlati</i>	Perdita del paziente
<i>Tempi</i>	20 minuti

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart C: Ragionamento Clinico Percorso a Medio Carico Assistenziale (MCA)



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE
Legenda Flow Chart C: Ragionamento Clinico Percorso a Medio Carico Assistenziale (MCA)

La media intensità di cure si indentifica nelle cure ospedaliere.

Il trattamento ospedaliero prevede tre livelli di trattamento (Ospedaliero in acuzie, Ambulatoriale, Day-Hospital).

Una caratteristica importante di questo approccio è l'alta strutturazione del trattamento che permette una corretta valutazione degli esiti e la possibilità di orientare l'intervento terapeutico sui bisogni specifici del paziente.

C1. Presa in carico, visita specialistica reumatologica e D.H.
▪ Presa in carico

Il Responsabile del Servizio di Reumatologia in regime a MCA valuta i casi in entrata e propone la presa in carico del paziente.

• Visita specialistica reumatologica

Visita svolta dal reumatologo del servizio di Reumatologia che valuterà i criteri di attribuzione al percorso di Medio Carico Assistenziale.

Criteri per l'attribuzione a MCA:

- Valutazione di presenza di comorbidità.
- Valutazione terapia farmacologica in atto o nuovo programma terapeutico.
- Prescrizione analisi cliniche di screening per attivazione Piano Terapeutico per i farmaci JAK inibitori o Biotecnologici.

Il medico referente del Servizio di Reumatologia effettua una prima valutazione delle condizioni cliniche del paziente con raccolta dell'anamnesi, esame obiettivo al fine di identificare gli accertamenti di secondo livello (vedi **TAB. 3**) per inquadrare al meglio le condizioni cliniche del paziente e per evidenziare eventuali complicanze legate alla malattia.

Si condividono con il **MMG** del paziente le indagini diagnostiche richieste al fine di un lavoro di assistenza in rete.

TAB. 3

ESAMI DI PRIMO LIVELLO (elettivamente a cura del MMG)	ESAMI DI SECONDO LIVELLO (elettivamente a cura del REUMATOLOGO)
<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo con formula e piastrine • Esame urine • Elettroforesi proteine siero • VES, PCR • Transaminasi, γGT, ALP • Creatininemia • Glicemia • Acido urico • Fattore Reumatoide 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti Peptidi Ciclici Citrullinati • ANA, ENA, Crioglobuline • C3, C4, ANCA • Anti-DNA, anti-Cardiolipina • Markers HBV, HCV Ab • RX distretti articolari colpiti • Ecografia Articolare • Esame del liquido sinoviale



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Day Hospital (presso U.O.C. Medicina Interna 2)

Il servizio di Day Hospital è un servizio di check up integrato per pazienti con MCA e viene attivato qualora si ritenga necessario un approfondimento clinico legato alle comorbidità e/o complicanze organiche associate.

Il Servizio di Reumatologia si pone come referente e tramite tra le strutture della rete e le altre attività del Dipartimento di Medicina.

L'infermiere dedicato al Servizio di Reumatologia (in regime di D.H. presso U.O.C. di Medicina Interna 2) prende in carico il paziente effettuando tutti gli esami (tramite PAC) prescritti dallo specialista della struttura di riferimento, compila la scheda anagrafica (scheda infermieristica), e fa firmare il consenso informato in relazione all'eventuale trattamento con farmaci JAK inibitori, Biotecnologici e Biosimilari.

Al completamento degli esami e alla luce dei risultati emersi, il responsabile del regime MCA condivide con il paziente il percorso terapeutico più idoneo.

C2. Trattamenti, rivalutazione del paziente MCA

▪ **Trattamenti nel paziente MCA**

Le nuove Linee Guida (LG) EULAR sostengono che il trattamento dell'AR deve essere il frutto di un processo decisionale condiviso tra il paziente e il reumatologo.

Obiettivo del trattamento farmacologico è la remissione clinica e funzionale o almeno il raggiungimento di uno stato di ridotta attività di malattia (*Minimal Disease Activity* - MDA) e la mancata progressione radiologica della malattia.

Con rare eccezioni tutti i pazienti con AR sono candidati alla terapia con DMARDs che va proseguita a lungo, allo scopo di mantenere sotto controllo l'attività di malattia.

Il *Methotrexate* (MTX) è considerato il farmaco ancora per la terapia dell'AR, da solo o in associazione con altri DMARDs. In alternativa possono essere impiegati Leflunomide, Sulfasalazina, Ciclosporina ed Antimalarici.

In caso di inefficacia e/o intolleranza ai DMARDs l'armamentario terapeutico dispone di nuovi farmaci denominati JAK-inibitori, farmaci biotecnologici e biosimilari (vedi percorso organizzativo).

Quest'ultime categorie di farmaci sono prescrivibili in regime ospedaliero tramite Piano Regionale e sottoposti ad iniziale screening prescrittivo e monitoraggio trimestrale.

▪ **Rivalutazione del paziente MCA**

Una persistente attività di malattia dopo 3-6 mesi dall'inizio del trattamento e riacutizzazioni frequenti conducono ad ipotizzare il passaggio a nuovi farmaci (switch terapeutico).

In caso di persistente attività di malattia (6-12 mesi dallo switch terapeutico) e dinanzi alla presenza di casi complessi si valuterà l'inserimento del paziente in un percorso a più alta intensità assistenziale (regime ACA).

Per contro il raggiungimento di un DAS 28 tra 2.6 e 3.2 e il miglioramento nella capacità funzionale permettono di far propendere verso la dimissione.



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.****ARTRITE REUMATOIDE****C3. Dimissione – Follow up in regime MCA****▪ Dimissione del paziente**

Criteri di uscita dal regime a MCA, Medio Carico Assistenziale.

Nel caso in cui si osservi un aggravamento delle condizioni di salute del paziente e della sintomatologia espressa si potrà effettuare:

- Dimissione con passaggio a regime ad Alto Carico Assistenziale
- Dimissione e successiva ospedalizzazione.

Nel caso in cui si osservi un miglioramento delle condizioni di salute del paziente e della sintomatologia espressa, in assenza di una completa remissione si potrà effettuare:

- Dimissione con passaggio a regime a Basso Carico Assistenziale (DAS 28 < 3.2).

Può anche accadere che il paziente sia dimesso dopo avere abbandonato spontaneamente il percorso (Drop out).

▪ Follow Up

Follow up a 1, 3 e 6 mesi. Si effettuano visite reumatologiche di controllo, vengono prescritti esami di follow-up come da protocollo e vengono effettuati i test clinimetrici (HAQ, scheda VAS del dolore, calcolo del DAS 28).

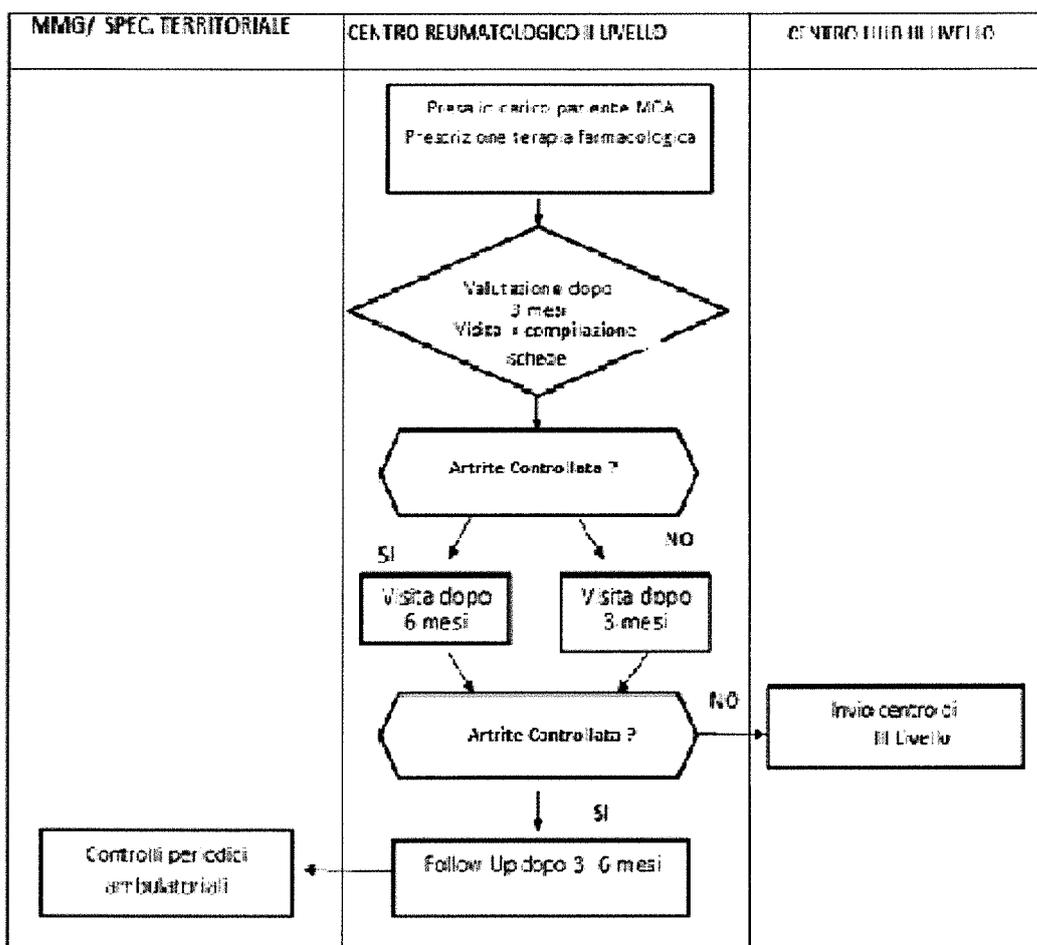
PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart Organizzativa. Percorso del paziente con Artrite Reumatoide.

Percorso Organizzativo a Medio Carico Assistenziale (MCA)



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.****ARTRITE REUMATOIDE****NOTE FLOW CHART C: PERCORSO DEL PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE
RAGIONAMENTO ORGANIZZATIVO. PERCORSO A MEDIO CARICO ASSISTENZIALE (MCA)****C1 Presa in carico**

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo di II livello	Visita + Terapia
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Gestione secondo linee guida (artrite persistente)
<i>Rischi correlati</i>	Non risposta alla terapia
<i>Tempi</i>	20 minuti

C2 Rivalutazione

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo di II livello	Visita di rivalutazione + monitoraggio effetti collaterali terapia
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Valutare efficacia e sicurezza della terapia
<i>Rischi correlati</i>	Eventi avversi
<i>Tempi</i>	20 minuti

C3 Follow Up

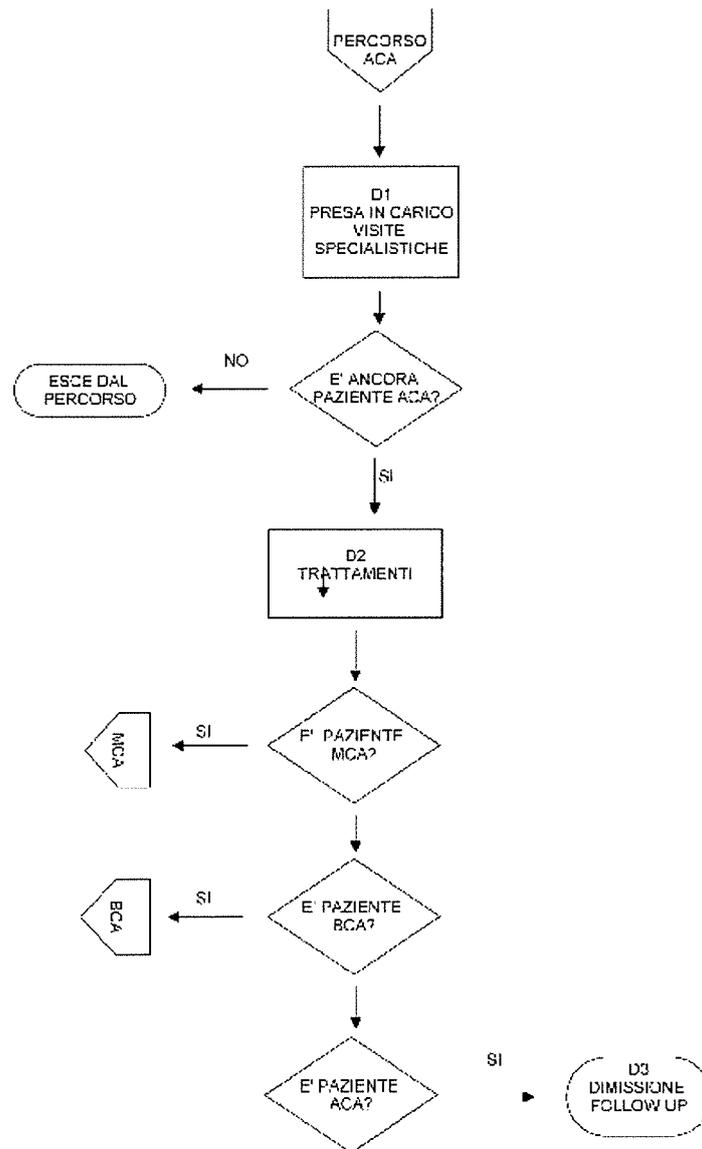
<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo di II livello	Follow-up
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Controllo della malattia
<i>Rischi correlati</i>	Eventi avversi
<i>Tempi</i>	20 minuti

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart D: Ragionamento Clinico Percorso ad Alto Carico Assistenziale (ACA)



[Handwritten signatures]

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

Legenda Flow Chart D: Ragionamento Clinico Percorso ad Alto Carico Assistenziale (ACA)

D1. Presa in carico e visite specialistiche in regime ACA (Centro HUB di riferimento)

▪ **Presa in carico**

Il Responsabile del Centro HUB ACA valuta i casi in entrata e propone l'attribuzione di visite specialistiche per il paziente.

▪ **Visite Specialistiche**

Su richiesta del centro HUB, in relazione alla complessità dei casi giunti all'osservazione.

D2. Trattamenti e rivalutazione del paziente ACA

▪ **Trattamenti Specialistici: secondo protocollo del Centro HUB**

Tale trattamento è chiamato anche "*presidio salvavita*" e deve essere utilizzato quando ci sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente.

L'unità di ricovero universitario di tipo medico deve avere caratteristiche di alta specializzazione e deve essere abilitata al trattamento acuto dei pazienti ACA.

I criteri di accesso generali sono rappresentati da:

- Dati di laboratorio indicanti una situazione ad alto rischio *quoad vitam*;
- Presenza di gravi complicazioni mediche, come compromissioni epatiche, renali, cardiovascolari che richiedono un trattamento in acuto.

Il ricovero deve protrarsi esclusivamente per il tempo necessario a gestire il superamento della fase acuta ed il ripristino delle condizioni cliniche tali da consentire l'inizio o la ripresa del trattamento in un diverso livello di assistenza (BCA, MCA o ACA).

D3. Dimissione, *Follow up* in regime ACA

▪ **Dimissione dei pazienti dal centro a regime ACA**

Nel caso in cui si osservi un miglioramento delle condizioni di salute del paziente e della sintomatologia espressa, in assenza di una completa remissione si potrà effettuare:

- Dimissione con passaggio a regime a Medio o Basso Carico Assistenziale.
- Se necessario il paziente è rinvio ai Servizi Territoriali di competenza per continuare il trattamento consigliato e per il monitoraggio della terapia farmacologica.

Può anche accadere che il paziente sia dimesso dopo avere abbandonato spontaneamente il percorso (Drop out).

▪ ***Follow Up***

Follow up a 1, 3, 6, 12 mesi (visita reumatologica con verifica DAS 28)

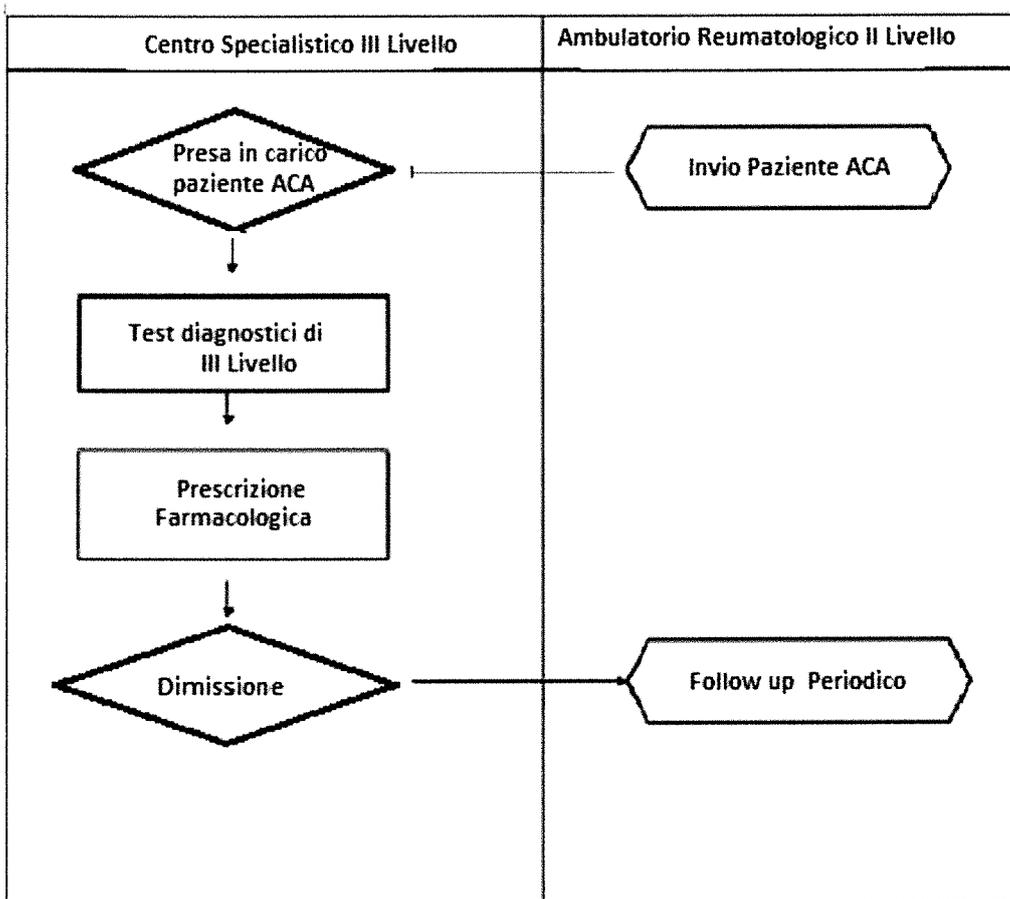
PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Flow Chart Organizzativa. Percorso del paziente con Artrite Reumatoide.

Percorso ad Alto Carico Assistenziale (ACA)



Handwritten signature

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

NOTE FLOW CHART D: Percorso del paziente con ARTRITE REUMATOIDE
RAGIONAMENTO ORGANIZZATIVO. PERCORSO AD ALTO CARICO ASSISTENZIALE (ACA)

D1 Invio centro 3°livello

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo centro di 2° livello	Invio centro di 3°livello
<i>Documentazione prodotta</i>	Impegnativa
<i>Obiettivi</i>	Trattamento artrite reumatoide con comorbilità e resistente a terapia
<i>Rischi correlati</i>	Perdita del paziente
<i>Tempi</i>	15 minuti

D2 Trattamento

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo 3° livello	Visita + Terapia
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Terapia 3° livello
<i>Rischi correlati</i>	Mancata risposta alla terapia
<i>Tempi</i>	30 minuti

D3 Follow Up

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura\evento(cosa fa il professionista)</i>
Reumatologo 3° livello	Controlli periodici
<i>Documentazione prodotta</i>	Referto
<i>Obiettivi</i>	Controllo della malattia ed eventuale invio al centro di 2° livello
<i>Rischi correlati</i>	Perdita del paziente
<i>Tempi</i>	15 minuti



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

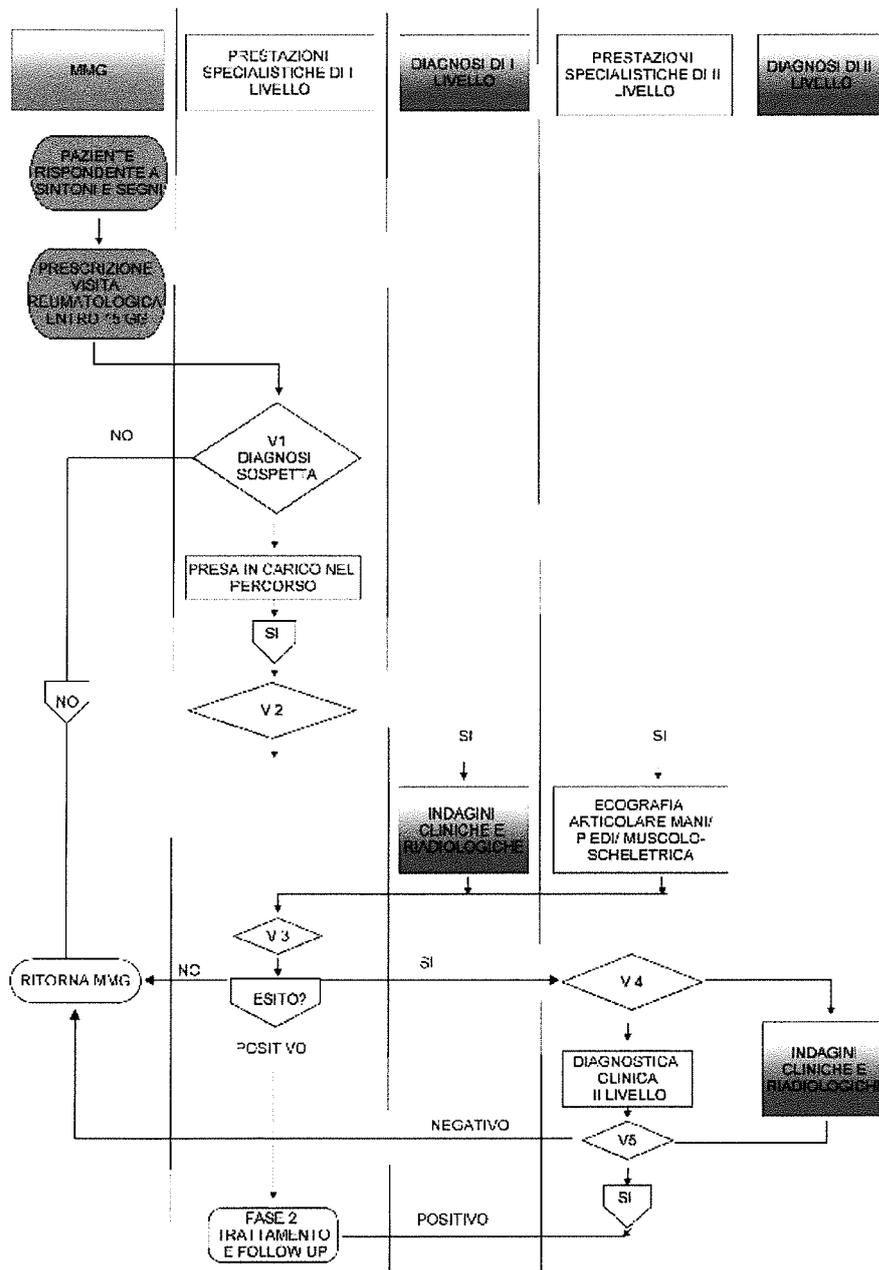
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Percorso organizzativo

Flow chart 1 e matrice percorso

Percorso del paziente con_AR FASE 1 DIAGNOSTICA



Handwritten signature

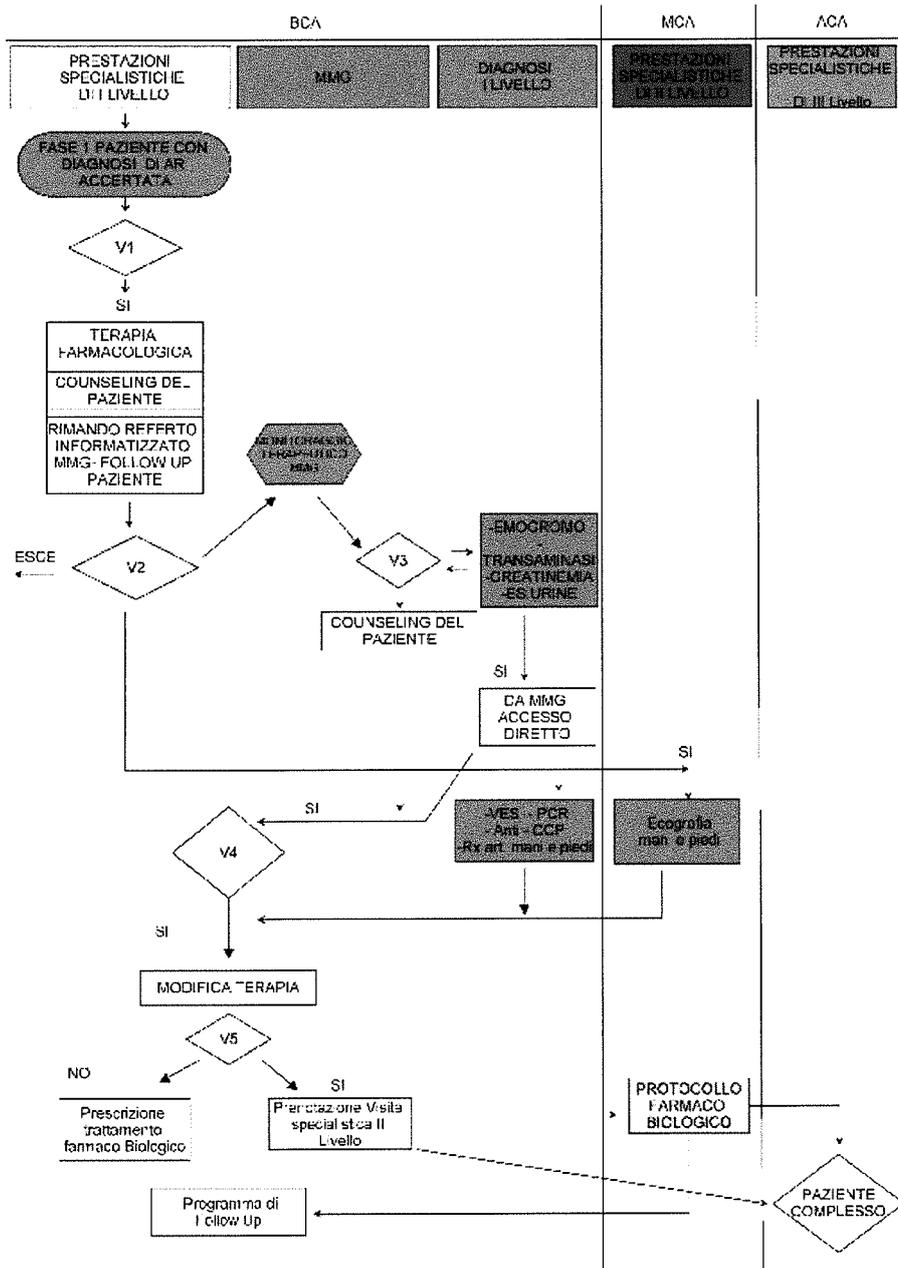
PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Percorso organizzativo Flow chart 2 e matrice percorso

Percorso del paziente con_AR FASE 2 TERAPEUTICA



Handwritten signature

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

Processo

Il percorso per la gestione del paziente con AR si articola per *Percorso Organizzativo*.

Il percorso per la gestione del paziente con AR si articola in tre fasi:

- FASE 1 - Invio del paziente, da parte del MMG, allo specialista su sospetto clinico di artrite reumatoide.
- FASE 2 - Presa in carico specialistica per inquadramento diagnostico e terapeutico;
- FASE 3 - *Follow-up* (controlli).

FASE 1 – Sospetto di AR - Invio allo specialista

Il criterio per l'invio del paziente allo specialista tramite percorso rapido è costituito dalla presenza dei seguenti segni e sintomi di allerta (Red Flags vedi Tab 1):

- Dolore e/o tumefazione di 3 o più articolazioni di mani e piedi o di 1 grossa articolazione (es. Ginocchio) da almeno 3/6 settimane = sospetto di artrite reumatoide)

Modalità di accesso al percorso rapido

Il MMG che individua i sintomi di allerta per il sospetto di artrite reumatoide prescrive esami di I livello (vedi Tab. 3) e su ricetta rossa SSN effettua la richiesta di prima visita reumatologica, completata da quesito diagnostico, di urgenza differibile (da effettuare entro 15 giorni) barrando la lettera B nella ricetta rossa ed inviando il paziente al CUP per la prenotazione su agenda di prima visita reumatologica. Da non inviare attraverso percorso "accesso rapido" pazienti con documentazione radiologica di artrosi e pazienti con fibromialgia nota o sospetta. La categoria visite urgenti entro 24 ore non si applica in reumatologia.

FASE 2 – Presa in carico specialistica

Se il reumatologo conferma il sospetto clinico, completato l'inquadramento diagnostico e sulla base dei risultati avvia, quando necessario, il percorso clinico. Ogni ambulatorio specialistico o centro reumatologico, dislocati sul territorio Reatino, prende in carico il paziente coerentemente con le indicazioni formulate dal gruppo di lavoro nell'ottica dell'appropriatezza clinica, prescrittiva e organizzativa.

Per l'inquadramento diagnostico lo specialista prescrive gli accertamenti laboratoristici e strumentali (vedi Tabella 3) compresa la successiva visita di controllo.

Sospetta artrite reumatoide

In caso di sospetto di AR vengono richiesti, dalla figura specialistica, gli accertamenti diagnostici di 2° livello che vengono effettuati presso i centri di riferimento e i presidi ospedalieri. I casi di maggiore complessità diagnostica (es. vasculiti associate) o di gestione terapeutica integrata (es. AR con comorbidità) sono presi in carico dai centri di riferimento (Centri Hub).

Al termine dell'inquadramento diagnostico, da completare entro 60 giorni dalla 1° visita, lo specialista che ha in carico il paziente effettua la sintesi diagnostica e definisce la terapia; il paziente, correttamente informato,

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

riceve una relazione per il MMG con le indicazioni relative alla diagnosi, alla terapia e al programma di follow-up.

Tra la documentazione prodotta dallo specialista deve essere prevista anche la modulistica per l'*esenzione ticket* e quella per l'elaborazione dell'eventuale *Piano Terapeutico*.

Nota bene: durante tutti gli accessi il paziente deve essere correttamente informato circa il suo quadro clinico e le tappe previste dal suo percorso clinico – assistenziale. Deve essere inoltre consegnato al paziente il materiale informativo disponibile predisposto in collaborazione con *Associazione Laziale Malati Reumatici (A.L.M.A.R.)*

Trattamento Farmacologico

▪ Artrite Reumatoide (AR)

Le nuove **Linee Guida (LG) EULAR** sostengono che il trattamento dell'AR deve essere il frutto di un processo decisionale condiviso tra il paziente e il reumatologo.

Obiettivo del trattamento farmacologico è la remissione clinica e funzionale o almeno il raggiungimento di uno stato di ridotta attività di malattia (**Minimal Disease Activity - MDA**) e la mancata progressione radiologica della malattia. In particolare col trattamento ci si propone:

- 1) Un miglioramento clinico e funzionale e cioè:
 - Il controllo dei sintomi (dolore, astenia, rigidità articolare ecc.)
 - La riduzione dell'attività di malattia (controllo degli indici di flogosi)
 - Il miglioramento della funzione motoria
- 2) Un rallentamento o arresto del danno osteo-articolare e la prevenzione della disabilità.

Farmaci utilizzati:

- Farmaci Sintomatici (Fans – Paracetamolo);
- Corticosteroidi (in monoterapia o in associazione con DMARDs);
- DMARDs (disease modifyng anti-rheumatic drugs);
- DMARDs sintetici a target (inibitori di Jak chinasi);
- Farmaci Biologici e Biosimilari

DMARDs.

Il trattamento con DMARDs dovrebbe essere istituito il più precocemente possibile.

Il ritardo dell'inizio del trattamento con DMARDs può comportare effetti negativi sul decorso a medio e lungo termine della malattia; i pazienti con malattia in fase precoce rispondono meglio al trattamento.

Con rare eccezioni tutti i pazienti con AR sono candidati alla terapia con DMARDs che va proseguita a lungo, allo scopo di mantenere sotto controllo l'attività di malattia.

Il Methotrexate (MTX) è considerato il farmaco ancora per la terapia dell'AR e può essere utilizzato da solo o in associazione con altri DMARDs. In alternativa possono essere impiegati Leflunomide, Sulfasalazina, Ciclosporina, Antimalarici.



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

DMARDts - JAK Inibitori

Per la cura dell'artrite reumatoide l'armamentario terapeutico si è arricchito di una nuova generazione di farmaci, i cosiddetti anti-JAK. Le JAK sono enzimi intracellulari che aiutano a trasdurre (modulare) i segnali da un gran numero di citochine (mediatori della flogosi), coinvolte nello sviluppo e nella progressione della malattia. Questi prodotti appartengono alla categoria delle cosiddette "piccole molecole". Vengono somministrati per via orale e dunque molto più comodi da assumere rispetto ai farmaci biologici. I prodotti al momento disponibili sono il Baricitinib e il Tofacitinib.

Farmaci Biologici

I farmaci biologici sono farmaci in grado di interferire con le citochine, cioè con alcune sostanze prodotte dal sistema immunitario responsabili della flogosi. Nell'artrite reumatoide, così come in altre patologie infiammatorie croniche (artrite psoriasica, spondilite anchilosante, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa) esiste uno squilibrio tra le citochine ad attività anti-infiammatoria e quelle ad azione infiammatoria, a favore di queste ultime. I farmaci biologici agiscono bloccando l'attività delle citochine ad azione infiammatoria. Questi farmaci sono prodotti con tecniche di ingegneria genetica: i geni umani, responsabili della produzione di queste proteine, vengono inseriti in colture cellulari non umane per produrre grosse quantità di questi farmaci. La terapia con DMARDts e Farmaci Biologici viene effettuata presso i centri di riferimento individuati per il trattamento della patologia: Ospedale San Camillo de Lellis di Rieti, ove è centralizzata la gestione delle terapie con Jak inibitori, farmaci Biotecnologici e Biosimilari.

L'appropriato impiego dei suddetti farmaci nel trattamento dell'AR in aderenza alle linee guida terapeutiche nazionali è oggetto di monitoraggio (registro).

Le raccomandazioni regionali prevedono l'impiego dei farmaci biologici in entrambe le seguenti condizioni:

1. Fallimento di almeno un trattamento (assunto per almeno 3-6 mesi) con un DMARDs di I° scelta (MTX, Leflunomide) somministrato da solo o in associazione, alle dosi terapeutiche massime tollerate.
 - In caso di fallimento di un 1° trattamento con altro DMARDs (Sulfasalazina, Ciclosporina) e di DMARDts (JAK inibitori) l'utilizzo di un anti-TNF (farmaco biologico) è giustificato.
2. AR in fase attiva o con danno strutturale progressivo definita come:
 - AR in fase attiva: [DAS28 >5,1 o DAS28 >3,2 + dipendenza dai corticosteroidi] + evidenza clinica (tumefazione dolente) o strumentale (ecografia) o biologica (VES, PCR) di infiammazione.
 - Danno strutturale progressivo: la comparsa e/o il peggioramento di lesioni osteo-articolari fra una valutazione e la successiva.

In casi altamente selezionati (*Early Rheumatoid Arthritis* con DAS > 5,1 e presenza di fattori prognostici negativi) il trattamento con anti TNF alfa può essere prescritto quale prima scelta.

I *Farmaci Biologici* attualmente disponibili in Italia per il trattamento dell'AR sono: adalimumab, etanercept, infliximab, certolizumab, golimumab, rituximab, abatacept, anakinra e tocilizumab, ec..

L'efficacia degli anti TNF (su sintomi, limitazioni funzionali e progressione radiologica) è maggiore se associati al MTX senza un rilevante aumento degli eventi avversi; l'associazione con MTX sembra inoltre ridurre l'incidenza dei casi di sospensione del trattamento (studi osservazionali).

I biologici di 2° LINEA (es. rituximab, anakinra, *tocilizumab*) possono essere considerati solo dopo fallimento o intolleranza ad almeno un anti TNF alfa.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

Possono essere trattati con farmaci biologici i pazienti che presentano un'attività di malattia persistentemente elevata. La valutazione dell'attività di malattia viene fatta attraverso una serie di parametri con esame clinico ed obiettivo della funzionalità articolare (DAS 28 vedi Tab 2).

La terapia con farmaci biologici va monitorata regolarmente, inoltre va valutata la sua efficacia (entro 12 settimane) e la persistenza dell'efficacia attraverso valutazione clinico-strumentale (Radiologia + Ecografia), comprendente anche il DAS 28.

L'armamentario terapeutico si è arricchito, negli ultimi anni, dei farmaci biosimilari.

Il farmaco biosimilare è un farmaco biologico sviluppato per essere comparabile a un farmaco biologico esistente (il "farmaco di riferimento"). Il principio attivo di un biosimilare e del suo farmaco di riferimento sono essenzialmente la stessa sostanza biologica. Un biosimilare e il suo prodotto di riferimento, essendo ottenuti mediante processi produttivi differenti, non sono identici, ma essenzialmente simili in termini di qualità, sicurezza ed efficacia.

Da sottolineare la necessità di una *gestione pluridisciplinare* (cardiologo, pneumologo, nefrologo, oculista e psicologo) e della strutturazione di *percorsi consenziali privilegiati* dato il carattere sistemico della malattia.

Fra i trattamenti non farmacologici sono raccomandati la terapia occupazionale e la fisioterapia.

FASE 3 - *Follow-Up* Ambulatoriale (Controlli)

Le prestazioni di FU per la valutazione periodica del paziente vengono gestite dai reumatologi dei vari ambulatori dislocati su tutto il territorio reatino sulla base di protocolli applicativi predefiniti e attraverso agende interne. Sono inoltre previsti contatti o accessi diretti ai centri di riferimento e ai reumatologi territoriali in caso di riacutizzazione della patologia o di problematiche insorte nel corso del trattamento.

Le prestazioni di follow-up clinico correlato alla terapia saranno esplicitate, in collaborazione con il MMG, all'interno del percorso "dedicato" con prescrizione tramite ricetta rossa delle prestazioni.

Al MMG è garantito il ritorno informativo dei controlli clinici unitamente ad una sintesi degli esami effettuati e dei risultati.

Attività di *Follow-up*

Controlli clinici e di laboratorio (VES e PCR) trimestrali per valutare la progressione della malattia e la risposta al trattamento.

In particolare:

- Controlli mensili (primi 3 mesi e fino a stabilizzazione) per valutare la comparsa di eventuali reazioni avverse o effetti collaterali alla terapia con MTX (emocromo, transaminasi, creatininemia, esame urine).
- Controlli trimestrali (e poi semestrali alla stabilizzazione) clinici (DAS 28) e laboratoristici (VES, PCR, emocromo, transaminasi, creatininemia, esame urine e anti-CCP) per valutare l'efficacia del trattamento o la comparsa di effetti collaterali durante l'assunzione di farmaci immunosoppressori.
- Ecografia articolare e radiologia convenzionale ogni 12-24 mesi (indagini richieste dal reumatologo).

Bisogna incentivare la diagnosi di Artrite Reumatoide in fase iniziale (early arthritis) fornendo uno strumento semplice al Medico di Medicina Generale (MMG).

Emery e coll. (Ann Rheum Dis 61,290-7.2002) hanno validato un indice per l'invio al reumatologo in tre punti:

- Tumefazione di 3 o più articolazioni;

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

- Dolorabilità delle articolazioni metacarpo-falangee/metatarso-falange e alla pressione latero-laterale complessiva "squeeze test";
- Rigidità mattutina > 30 minuti.

Potrebbe, in tal caso, essere fornita una scheda ai medici di medicina generale per richiamare attraverso una compilazione guidata, i punti chiave (da segnare con una crocetta) che possono caratterizzare il sospetto diagnostico.

Questa scheda potrebbe diventare il corredo di una richiesta per un percorso snello e facilitato alla visita reumatologica.

La organizzazione del percorso assistenziale del malato con artrite reumatoide prevede tre possibili livelli di intervento reumatologico:

- Assistenza Specialistica di 1° livello (Zona-Distretto).
- Assistenza Specialistica Ospedaliera di 2° livello.
- Assistenza Specialistica Universitaria di 3° livello.

Nel percorso di assistenza diagnostico-terapeutica il reumatologo compare ad ogni livello.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

PCA AR – Indicatori di Struttura, Processo ed Esito

<i>Numero</i>	<i>Indicatori di struttura</i>	<i>Fonte (Si intende la Fonte dati)</i>	<i>Standard Riferimento (storico)</i>
1	Numero dei casi inviati dai MMG per il sospetto di AR	Scheda Prima Visita	
2	Esistenza di criteri adeguati di invio da parte del MMG	Scheda Prima Visita	
3	Pazienti attualmente presi in carico	Cartella Clinica	

<i>Numero</i>	<i>Indicatori clinici (di processo)</i>	<i>Fonte (Si intende la Fonte dati)</i>	<i>Standard Riferimento (storico)</i>
4	Giorni trascorsi tra la data di richiesta di visita specialistica da parte del MMG e la data di visita reumatologica	Cartella Clinica	
5	Numero di soggetti che effettuano visita di controllo nei 3 mesi successivi alla data della diagnosi di AR	Cartella Clinica	
6	Inizio trattamento entro 6 mesi dall'esordio della malattia del paziente	Cartella Clinica	

<i>Numero</i>	<i>Indicatori di esito</i>	<i>Fonte (Si intende la Fonte dati)</i>	<i>Standard Riferimento (storico)</i>
7	Riduzione del dolore	Scheda VAS	
8	Miglioramento della qualità della vita dall'ingresso in trattamento	HAQ/Cartella Clinica	
9	Miglioramento delle capacità funzionali dall'ingresso in trattamento	Test HAQ/Cartella Clinica	
10	Miglioramento del DAS 28	Cartella clinica	

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da
malattia cronica.**

ARTRITE REUMATOIDE

Allegati

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.****ARTRITE REUMATOIDE****TAB. 1****Principi alla base delle nuove LG EULAR sull'artrite reumatoide**

- 1) Il trattamento dell'AR deve essere il frutto di un processo decisionale condiviso tra il paziente e il reumatologo
- 2) Le decisioni di trattamento devono basarsi sull'attività di malattia e altri fattori legati al paziente, quali la progressione del danno strutturale, la presenza di comorbidità e le problematiche di safety
- 3) Il reumatologo dovrebbe essere il primo professionista sanitario a prendersi cura del paziente con AR
- 4) L'AR comporta elevati costi individuali, medici e sociali, che dovrebbero essere presi in considerazione in toto nella gestione della malattia da parte del reumatologo

Elenco delle raccomandazioni per le gestione dell'artrite reumatoide

- 1) La terapia con DMARDs deve essere tempestivamente iniziata, una volta posta la diagnosi di malattia (Livello di evidenza: 1a; Forza della raccomandazione: A)
- 2) Obiettivo del trattamento dovrebbe essere quello di raggiungere il target della remissione sostenuta o della ridotta attività di malattia (Livello di evidenza: 1a; Forza della raccomandazione: A)
- 3) Si raccomanda il monitoraggio frequente in presenza di malattia attiva (ogni 1-3 mesi); in assenza di miglioramenti a distanza di 3 mesi dall'inizio del trattamento o nel caso di mancato raggiungimento del target a 6 mesi, è necessario procedere ad una modifica della terapia (Livello di evidenza: 2b; Forza della raccomandazione: A)
- 4) Il metotressato dovrebbe essere parte della prima strategia di trattamento (Livello di evidenza: 1a; Forza della raccomandazione: A)
- 5) In pazienti con controindicazioni al MTX (o intolleranza precoce), si raccomanda di considerare leflunomide o sulfasalazina come parte della prima strategia di trattamento (Livello di evidenza: 1a; Forza della raccomandazione: A)
- 6) Si raccomanda il trattamento a breve termine con glucorticoidi quando si inizia o si sostituisce un DMARDcs, utilizzati con regimi posologici e vie di somministrazione differenti, fermo restando la necessità di ridurre i dosaggi, in modo rapida e clinicamente fattibile (Livello di evidenza: 1a; Forza della raccomandazione: A)
- 7) In caso di mancato raggiungimento del target con una strategia terapeutica iniziale a base di un DMARDcs, dovrebbe essere presa in considerazione la somministrazione di un altro DMARDcs (Livello di evidenza: 5; Forza della raccomandazione: D)
- 8) Se non si raggiunge il target di trattamento con una strategia terapeutica iniziale a base di un

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.****ARTRITE REUMATOIDE**

DMARDcs, in presenza di scarsi fattori prognostici, dovrebbe essere considerata l'aggiunta di un DMARDb o di un DMARDts; la pratica clinica dovrebbe essere quella di iniziare con un DMARDb (Livello di evidenza: 1b; Forza della raccomandazione: A per DMARDb; Livello di evidenza: 5; Forza della raccomandazione: D per DMARDts)

9) I DMARDb e i DMARDts dovrebbero essere combinati con un DMARDcs; nei pazienti che non possono utilizzare DMARDcs in concomitanza, l'impiego di inibitori di IL-6 e di DMARDts potrebbe essere di qualche beneficio rispetto ad un altro DMARDb (Livello di evidenza: 1A; Forza della raccomandazione: A per DMARDb; Livello di evidenza: 1B; Forza della raccomandazione: A per DMARDts)

10) In caso di insuccesso terapeutico con un DMARDb o un DMARDts, dovrebbe essere preso in considerazione il trattamento con un altro DMARDb; in caso di insuccesso terapeutico con un farmaco anti-TNF, i pazienti potrebbero essere trattati con un altro farmaco anti-TNF o con un DMARDb a differente meccanismo d'azione (Livello di evidenza: 1A; Forza della raccomandazione: A per DMARDb; Livello di evidenza: 5; Forza della raccomandazione: D per DMARDts)

11) Se un paziente è in remissione persistente dopo avere ridotto la posologia di GC, è possibile prendere in considerazione la riduzione della posologia di DMARDb, soprattutto se questo trattamento è combinato con un DMARDcs (Livello di evidenza: 2b; Forza della raccomandazione: B)

12) Se un paziente è in remissione persistente, può essere presa in considerazione la riduzione posologica di DMARDcs (Livello di evidenza: 4; Forza della raccomandazione: C)

Bibliografia

Smolen J, et al "EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update" Ann Rheum Dis 2017; doi:10.1136/annrheumdis-2016-210715.



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI**Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.****ARTRITE REUMATOIDE****TAB 2****Calcolo del Disease Activity Score (DAS) per la valutazione dell'attività di malattia**

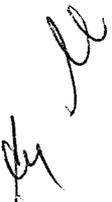
DAS (Disease Activity Score) (0-10) è calcolabile utilizzando le seguenti variabili:

1. *Indice di Ritchie (RAI) (0-78)*
2. *Numero di articolazioni tumefatte (SW44) (0-44)*
3. *VES alla 1° ora (0-100)*
4. *Stato globale di salute (GH) (0-100)*

Il DAS è indispensabile per stabilire il grado di attività della malattia. Esso viene calcolato automaticamente inserendo nel sito della Società Italiana di Reumatologia (www.reumatologia.it) le quattro variabili numeriche che lo compongono.

La formula per il calcolo del DAS, eseguito automaticamente nel sito SIR, è la seguente:

$$DAS = 0.53938 \times \sqrt{(RAI)} + 0.06465 \times SW44 + 0.330 \times \ln VES + 0.00722 \times GH$$



PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

TAB.3

VALUTAZIONE ARTICOLARE

N° articolazioni dolenti			N° articolazioni tumefatte	
dx	sin		dx	sin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	temporomandibolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	colonna cervicale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	scapolo-omeroale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sterno-claveare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		metacarpo-falangee		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		interfalangee prossimali		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anca		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ginocchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		fibio-tarsica		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	talo-calcaneale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		mediotarsica		
		metatarsio-falangee		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

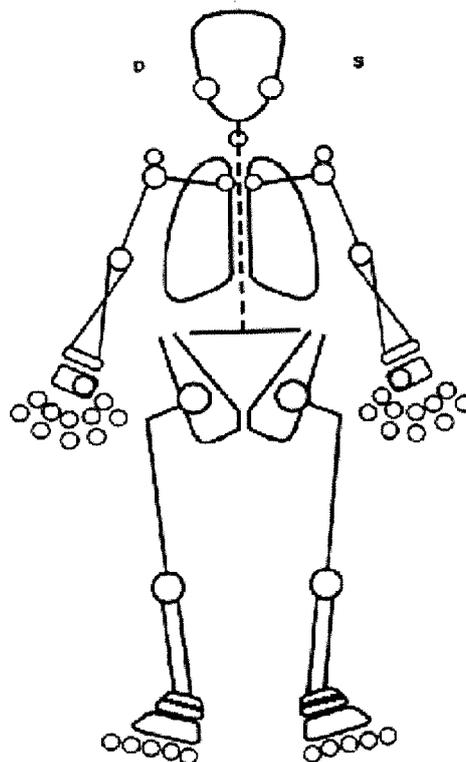
ARTRITE REUMATOIDE

TAB. 4

ESAME OBIETTIVO APPARATO LOCOMOTORE

INDICE ARTICOLARE DI RITCHIE*

Temporomandibolari	<input type="checkbox"/>	
Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	
Spalla	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Sternoclaveare	<input type="checkbox"/>	
Acromioclaveare	<input type="checkbox"/>	
Gomito	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Polso	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Metacarpofalangee	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Interfalangee prossimali	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Anca	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Ginocchio	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Tibiotarica	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Talocalcaneale	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Mediotarica	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx
Metatarsofalangee	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Sx



Totale

--	--

(*) INDICE DI RITCHIE (0-78)

0= non dolente

1= dolente

2= dolente e reattivo alla palpazione

3= dolente, reattivo e rizzato alla palpazione

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

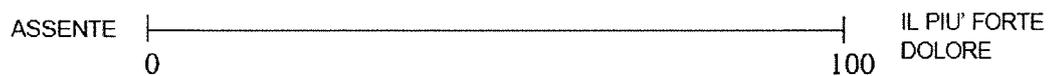
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

TAB. 5

SCALA ANALOGICA VISIVA DEL DOLORE (VAS-DOLORE)

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore



Handwritten signature

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

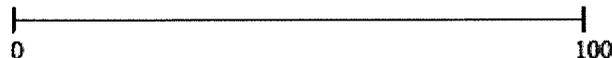
TAB. 6-7

Valutazione globale dell'attività di malattia (paziente)
(Patient Global Assessment of Disease Activity)

Questo test serve per sapere quanto Lei ritiene sia attiva la Sua malattia.

Indichi con una crocetta sulla scala sottostante il livello di attività della malattia nell'ultima settimana.

La riga orizzontale corrisponde ad una scala dove all'estremità sinistra si trova la completa assenza di attività di malattia e all'estremità destra la più forte attività possibile.



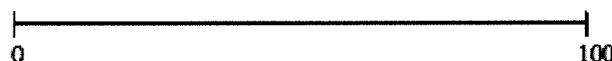
ATTIVITA'
ASSENTE

LA PIU' FORTE
ATTIVITA'

Valutazione globale dell'attività di malattia (medico)
(Physician Global Assessment of Disease Activity)

Indicare con una crocetta sulla scala sottostante il livello di attività della malattia nell'ultima settimana.

La riga orizzontale corrisponde ad una scala dove all'estremità sinistra si trova la completa assenza di attività di malattia e all'estremità destra la più forte attività possibile.



ATTIVITA'
ASSENTE

LA PIU' FORTE
ATTIVITA'

A handwritten signature or set of initials in the bottom right corner of the page.

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

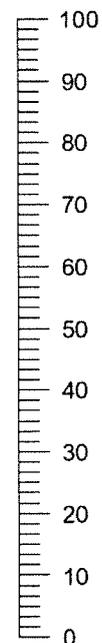
STATO GLOBALE DI SALUTE (Global Health Status-GH)

Per aiutarLa ad esprimere il Suo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) sulla quale il migliore stato di salute immaginabile è contrassegnato dal numero 100 ed il peggiore dallo 0.

Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta su questa scala quale è il livello del Suo stato di salute oggi.

Il Suo stato di salute oggi

Migliore stato di salute
immaginabile



Peggior stato di salute
immaginabile

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI

Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.

ARTRITE REUMATOIDE

TAB.2

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

 Vorremmo che Lei indicasse con una crocetta **SEMPLI** sul quadrato corrispondente alla risposta che meglio descrive la Sua reale condizione RIFERITA ALL'ULTIMA SETTIMANA.

Punteggio	E' in grado di:	Senza difficoltà (0 pt)	Con qualche difficoltà 1 (pt)	Con molta difficoltà 2 (pt)	No 3 (pt)
Tot ____	Vestirsi da solo, allacciarsi le scarpe e sbottonarsi gli abiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Levare i capelli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Alzarsi da una sedia senza braccioli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salire e scendere dal letto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Tagliare la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Portare alla bocca un bicchiere o una tazza piena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprire una confezione di latte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Passaggiare su un terreno in piano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salire cinque gradini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Lavare ed asciugare tutto il corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Farsi un bagno nella vasca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utilizzare i servizi igienici da solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Raggiungere e prendere un oggetto del peso di circa due chili (per esempio un pacchetto di zucchero posto sopra la Sua testa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chinarsi per raccogliere un indumento caduto a terra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Aprire la portiera della macchina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprire un barattolo già aperto in precedenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aprire e chiudere un rubinetto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tot ____	Fare delle commissioni e fare spese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Salire e scendere dalla macchina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Svolgere lavori quali passare l'aspirapolvere o pulire un cortile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totale					

PIANO AZIENDALE DELLE CRONICITA' ASL RIETI
Percorsi clinico-assistenziali di cura della persona affetta da malattia cronica.
ARTRITE REUMATOIDE

TAB.18

Criteri di risposta clinica dell'American College of Rheumatology per l'Artrite Reumatoide

ACR 20% (Felson et al. 1995)

Una risposta ACR 20 viene raggiunta se un paziente riporta

- un miglioramento del 20% della conta delle articolazioni tumefatte e dolenti
- un miglioramento del 20% di almeno tre dei seguenti 5 parametri
 1. valutazione del dolore da parte del paziente (VAS)
 2. valutazione dell'attività generale di malattia da parte del paziente (VAS)
 3. valutazione dell'attività generale di malattia da parte del medico (VAS)
 4. valutazione dello stato funzionale da parte del paziente (HAQ)
 5. PCR (proteina C reattiva)

ACR 50% e 70%

Le risposte ACR 50 e 70 vengono definite utilizzando gli stessi criteri con un miglioramento del 50% o del 70% rispettivamente.

I criteri di risposta ACR consentono di stabilire il grado di miglioramento della malattia. Essendo concordemente ritenuto che il valore minimo di efficacia di un trattamento deve essere $\geq 20\%$, se questo non viene raggiunto, dopo 14 settimane, il trattamento va sospeso per inefficacia.