



ALLEGATO A



**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
(PDTA) NELLE MALATTIE
REUMATICHE INFIAMMATORIE ED
AUTOIMMUNI
REGIONE ABRUZZO**



Gruppo Regionale

Prof. Roberto Giacomelli

Prof. Francesco Cipollone

Dott.ssa Luciana Breda

Dott. Marco Gabini

Dott. Domenico Parisi

Dott. Francesco Delle Monache

Dott. Alberto Costantini

Dott. Giuseppe Santalucia

Dott. Angelo Cacchio

Dott. Carlo Antonio D'Aurizio

Dott. Giuliano Salvio

Dott. Walter Palumbo

Dott. Massimo Calisi

Dott. Raffaele Zicoella

Dott. Piero Di Saverio

Dott.ssa Fiorella Padovani

Sig.ra Anna Maria Mattioli

ASR Abruzzo

Dott.ssa Tiziana Di Corcia

Dott. Giorgio Salvatore

Dott.ssa Sara Fimiani

Dott. Vito Di Candia

Dott.ssa Ludovica Mascaro

Dott.ssa Anna Maria Donia

Dipartimento per la Salute e il Welfare

Dott. Germano De Sanctis

Direttore ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli





SOMMARIO

Introduzione e Quadro Normativo	3
Definizione e Obiettivi Generali	4
Epidemiologia	7
Valutazione dell'impatto sociale ed economico	12
La Rete Reumatologica della Regione Abruzzo	14
La Rete territoriale di Reumatologia	16
Ambulatori Reumatologici di I e II livello	16
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)	18
Pacchetto Ambulatoriale Complesso Diagnostico	23
PAC delle Vasculiti	26
PAC delle Connettiviti	30
PAC delle Artriti Infiammatorie	32
Terapia	41
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in Reumatologia Pediatrica (PDTA)	49
La transizione	62
La formazione degli operatori sulle Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni	65
Indicatori	66
Allegato 1: Classi di priorità Prima visita Reumatologica	67
Allegato 2: Scheda PAC-Vasculiti	68
Allegato 3: Scheda PAC-Connettiviti	72
Allegato 4: Scheda PAC-Artriti Infiammatorie	75
Flowchart del percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle malattie reumatiche infiammatorie	77



Introduzione e Quadro Normativo

In conformità con il D.C.A n. 110/2015 del 23 Novembre 2015 della Regione Abruzzo, che recepisce l'Accordo concluso tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento relativo alla promozione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle Malattie Reumatiche ed Auto-immuni - rep. Atti n.172/CSR del 20 Ottobre 2015, il documento tecnico del PDTA nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni si inserisce all'interno del processo di deospedalizzazione e territorializzazione delle cure, coerentemente con quanto previsto in proposito nel *Patto per la Salute 2014-2016*. L'applicazione, a livello regionale, del suddetto PDTA ha lo scopo di migliorare la qualità della vita e dell'assistenza resa ai cittadini, grazie all'introduzione di strumenti di diagnosi precoce e di equità di accesso alle prestazioni, favorendo inoltre un utilizzo ottimale delle risorse economiche.

Sull'esempio di altre Regioni, l'assistenza al paziente reumatico dovrebbe essere attuata attraverso una **rete** assistenziale che assicuri interventi di prevenzione e di riabilitazione, oltre che di supporto a pazienti e familiari; rete basata sulla collaborazione tra Medici di Medicina Generale (MMG)/ Pediatri di Libera Scelta (PLS), ambulatori specialistici e servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare.

Il Piano Nazionale della Cronicità approvato con l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, individua tra l'elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatici specifici a livello nazionale e individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, le malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva.

Il Piano, recepito con DGR n. 421 del 18 Giugno 2018, nell'evidenziare una disomogeneità dell'assistenza reumatologica sul territorio nazionale, pone tra le linee di intervento l'applicazione di PDTA per favorire la standardizzazione dell'offerta di salute, ridurre le differenze territoriali e consentire la diagnosi entro sei mesi dalla comparsa dei primi sintomi.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) nelle Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto-Immuni ha dunque la finalità di migliorare le condizioni di salute e la qualità di vita dei pazienti con sospetto e/o diagnosi di malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni, attraverso un percorso unitario di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, mediante la cooperazione tra Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta e specialisti Reumatologi/Internisti/Pediatri Reumatologi ed un'adeguata assistenza farmacologica.





Il PDTA è quindi uno strumento organizzativo, clinico ed assistenziale condiviso ed aggiornato nel rispetto delle evidenze scientifiche, finalizzato ad assicurare la massima appropriatezza degli interventi e delle prestazioni, minimizzando la soggettività delle decisioni cliniche e delle strategie assistenziali.

Definizione e Obiettivi Generali

Le **“Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni”** comprendono un gruppo di malattie croniche, gravi e invalidanti: le **Artriti** (tra cui Artrite Reumatoide, Spondiloartriti, Artrite Psoriasica, Artriti Enteropatiche) e le **Connettiviti** (tra cui Sclerosi Sistemica, Lupus Eritematoso sistemico, Sindrome di Sjogren, Dermatomiolite, Polimiosite) e le Vasculiti.

Le **Artriti** sono caratterizzate da una progressiva alterazione distruttiva della struttura anatomica articolare che induce, nel corso degli anni, la perdita della normale capacità di movimento. Alla invalidità si giunge, in una elevata percentuale di casi, dopo lunghi periodi di dolore persistente e tumefazione di molte articolazioni. La cronica persistenza del processo infiammatorio evolve verso la distruzione articolare compromettendo qualità e durata di vita dei soggetti colpiti.

Tra le Artriti più frequenti: l'Artrite Reumatoide, le Spondiloartriti, l'Artrite Psoriasica e l'Artrite Enteropatica. Trattasi di patologie che solitamente interessano le articolazioni periferiche ma possono coinvolgere anche lo scheletro assiale.

- L'**Artrite Reumatoide (AR)** è l'artrite più frequente. 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.
- Le **Spondiloartriti** comprendono un insieme di malattie infiammatorie articolari accomunate da alcune caratteristiche cliniche e genetiche, la cui sintomatologia principale è spesso un'infiammazione dello scheletro assiale (colonna vertebrale ed articolazioni sacroiliache). L'infiammazione si realizza a livello delle entèsi (le sedi di inserzione di tendini, legamenti e capsule articolari) delle articolazioni sacroiliache, dello scheletro assiale e delle articolazioni degli arti inferiori. All'interessamento delle entèsi in molti casi si aggiunge l'interessamento della membrana sinoviale, con ulteriore aggravamento del quadro clinico. Le Spondiloartriti sono patologie di difficile inquadramento e gravate da un ritardo diagnostico che spesso si protrae per molti anni: per tali motivi, a fronte di semplificare al massimo i criteri diagnostici, l'ASAS (*Assessments in Spondyloarthritis International Society*) ha recentemente messo a punto una nuova classificazione in due principali categorie:
 - Spondiloartriti ad interessamento prevalentemente assiale (a carico della colonna vertebrale e/o delle articolazioni sacroiliache; ad es. la Spondilite Anchilosante),



- Spondiloartriti ad interessamento prevalentemente periferico (a carico delle articolazioni periferiche, ad es. l'Artrite Psoriasica).

- L'**Artrite Psoriasica** è un'artropatia cronica infiammatoria associata a psoriasi cutanea e/o ungueale, caratterizzata da una prevalente compromissione dello scheletro assiale o delle articolazioni periferiche (piccole articolazioni di mani e piedi).
- L'**Artrite Enteropatica** è un'artropatia cronica infiammatoria associata alle malattie infiammatorie croniche dell'intestino.

Le **Connettiviti** sono un gruppo di malattie reumatiche auto-immuni caratterizzate dall'infiammazione cronica del tessuto connettivo, ossia di quel complesso tessuto con funzione di riempimento, sostegno e nutrizione per i componenti tipici (cellule) dei vari organi e apparati; considerata la diffusione del tessuto connettivo tali malattie sono definite "sistemiche". L'origine del processo infiammatorio è di tipo auto-immune, ossia dovuto all'aggressione del sistema immunitario contro l'organismo stesso. Tra le più frequenti:

- La **Sclerosi Sistemica** è una malattia cronica ed evolutiva a patogenesi auto-immune, che si caratterizza per la progressiva fibrosi della cute. L'aggressione auto-immunitaria avviene a livello delle cellule endoteliali, che formano il rivestimento interno dei vasi sanguigni, con conseguente alterazione della microcircolazione e quindi dell'irrorazione sanguigna di cute ed altri organi, con successiva stimolazione della produzione di collagene e conseguente fibrosi degli organi colpiti (polmone, sistema gastrointestinale, cuore e rene).
- Il **Lupus Eritematoso Sistemico (LES)** è una malattia cronica di natura auto-immune che può colpire la cute, il rene, il sistema nervoso centrale, ma anche il cuore ed il polmone. Particolarmente caratteristiche della malattia sono le manifestazioni cutanee, le sierositi (pleurite e pericardite), le alterazioni renali, le alterazioni ematologiche e l'artrite. Questa è la manifestazione più frequente; possono essere colpite tutte le articolazioni, ma in particolare le piccole articolazioni delle mani, i polsi, le ginocchia, le caviglie ed i piedi.
- La **Sindrome di Sjogren** è una malattia infiammatoria cronica di natura auto-immune caratterizzata da una progressiva fibrosi delle ghiandole esocrine (salivari, lacrimali), che vengono distrutte, creando notevoli disturbi di bocca secca (xerostomia) ed occhio secco (cheratoconjuntivite secca).
- La **Dermatomiosite** e la **Polimiosite** colpiscono la cute e la compagine muscolare, provocando una progressiva perdita di forza muscolare; possono anche interessare organi interni come il polmone, con significativa riduzione della qualità di vita.

Le **Vasculiti Sistemiche**, sono un gruppo di patologie molto aggressive, caratterizzate da infiammazione e necrosi della parete di arterie e vene di vario calibro con restringimento del lume e conseguente ischemia dei tessuti irrorati.

I vasi coinvolti possono essere di diverso tipo con conseguenze su uno o più organi o apparati. Le





possiamo classificare a seconda del calibro dei vasi colpiti in:

- vasculite dei grandi vasi (l'arterite a cellule giganti e l'arterite di Takayasu),
- dei vasi medi (come la poliarterite nodosa e la malattia di Kawasaki),
- dei piccoli vasi (suddividibili ulteriormente in ANCA associate, da immunocomplessi e l'angioite leucocitoclastica cutanea).

Possiamo riconoscere inoltre vasculiti con interessamento di un singolo organo o associate a malattie sistemiche.

La vasculite esordisce a tutte le età, può essere acuta o cronica, e si manifesta con sintomi generici come la febbre, la perdita di peso e l'affaticamento, ma anche con segni clinici specifici che dipendono dal tipo dei vasi e degli organi interessati. La gravità è variabile da una malattia potenzialmente letale o pericolosa per la vista ad una malattia cutanea relativamente lieve.

La realizzazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per le malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, terapia ed assistenza dei pazienti affetti da tali malattie. Il PDTA rappresenta uno strumento fondamentale che, attraverso la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare, consente di:

- identificare gli attori responsabili ed i rispettivi ruoli all'interno del percorso di cura;
- uniformare il più possibile le modalità e l'efficacia delle cure prestate ai malati reumatici sull'intero territorio nazionale;
- dare ai pazienti una opportunità di cura sempre nelle fasi precoci delle malattie reumatiche;
- ridurre i tempi di attivazione delle procedure ed abbattere le liste di attesa;
- definire le attività da svolgere e gli indicatori di monitoraggio;
- scambiare informazioni;
- ridurre i costi impressionanti che gravano sul Sistema Sanitario Nazionale dovuti alla diagnosi tardiva delle malattie reumatiche.

La realizzazione di un PDTA permetterà quindi di definire in modo chiaro e condiviso un percorso di cura in grado di:

- garantire una diagnosi precoce;
- effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno di salute;
- integrare la pluralità degli interventi;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- garantire la presa in carico del paziente senza frammentazione del percorso;
- gestire correttamente la patologia riducendo le complicanze;



- garantire equità di accesso ai trattamenti sul territorio nazionale;
- garantire una maggiore sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale

Il presente documento tecnico specifica le linee programmatiche di un percorso di cura che risulti chiaro, condiviso, centrato sui bisogni dei pazienti affetti da Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni, con l'obiettivo di prevenire o ridurre le complicanze, salvaguardare la qualità della vita dei pazienti, valorizzare tutti i professionisti coinvolti e razionalizzare la spesa sanitaria.

Pertanto, vengono date indicazioni sul PDTA relativo alla persona con **Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni**, secondo quanto stabilito nell'Accordo n.172/CSR del 20 Ottobre 2015 (DCA n.110 del 23 Novembre 2015).

Epidemiologia

Le malattie reumatiche colpiscono in media il 12% della popolazione mondiale e secondo l'OMS costituiscono la prima causa di dolore e disabilità in Europa. Le malattie reumatiche da sole rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra dei 65 anni. Nel nostro Paese l'incidenza delle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni è valutata in circa il 3,5% della popolazione, con predilezione per le donne in misura oltre tre volte superiore rispetto al sesso maschile.

L'*Artrite Reumatoide* è la forma di artrite più frequente in Italia: interessa circa 400.000 persone, prevalentemente di sesso femminile. Essa ha una prevalenza compresa tra lo 0,3 e l'1% della popolazione; tale valore aumenta con l'età raggiungendo il 5% delle donne di età superiore a 55 anni. Anche se la patologia può manifestarsi a qualsiasi età, la maggiore incidenza si osserva tra la terza e sesta decade di vita. 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 arriva ad un drammatico 30,1 % dopo dieci anni. La malattia è associata ad una qualità di vita molto bassa e ad una drastica riduzione dell'aspettativa di vita.

Le malattie del gruppo delle *Spondiloartriti* interessano in Italia circa 600.000 persone, di cui 150.000 lavoratori, secondo i dati dell'Osservatorio di Sanità e Salute del 2008; colpiscono soprattutto nella seconda decade di età, con predilezione per il sesso maschile, anche se possono manifestarsi in età pediatrica o avanzata. L'evoluzione delle Spondiloartriti può assumere una forma molto invalidante. Le *Comettiviti* interessano circa 40.000 individui in Italia.

Per quanto riguarda l'Abruzzo, i dati relativi ai ricoveri estrapolati dalle SDO (esclusa la mobilità passiva) del 2016, riportati nella tabella 1, evidenziano un tasso di ospedalizzazione delle malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni nella nostra Regione di 0,525/1000 abitanti. La maggiore percentuale dei ricoveri per malattie Reumatiche è rappresentata dalla Sclerosi Sistemica (41%) seguita dall'Artrite Reumatoide (19%).





Tabella 1: SDO residenti in Abruzzo 2016

CODICE ICD 9	Descrizione	ORDINARI	DAY	TOTALE	%
7101	SCLEIROSI SISTEMICA	15	272	287	41,24
7140	ARTRITE REUMATOIDE	75	59	134	19,25
7102	MALATTIA DI SICKEN	42	42	84	12,07
7203	SACROILIITE NON CLASSIFICATA ALTROVE	17	45	62	8,91
7100	LUPUS ERMEMATOSO SISTEMICO	14	16	30	4,31
7200	SPONDILITE ANCHILOSANTE	7	22	29	4,17
7209	SPONDILOPATIA INFIAMMATOIA NON SPECIFICATA	15	5	20	2,87
7149	POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE NON SPECIFICATE	12	1	13	1,87
7104	POLIMIOSITE	5	3	8	1,15
71432	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE POLIARTICOLARE	5		6	0,86
71488	ALTRE POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE SPECIFICATE	2	4	6	0,86
72089	ALTRE SPONDILOPATIE INFIAMMATORIE	1	4	5	0,72
71430	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	2	1	3	0,43
7103	DERMATOMIOSITE		2	2	0,29
7142	ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO	1	1	2	0,29
72081	SPONDILOPATIE INFIAMMATORIE IN MALATTIE CLASSIFICATE ALTROVE	1	1	2	0,29
7141	SINDROME DI FELTY	1		1	0,14
71431	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE ACUTA POLIARTICOLARE		1	1	0,14
7201	ENTESOPATIA SPINALE	1		1	0,14
Totale		217	479	696	100%

Le successive tabelle 2a, 2b e 2c analizzano la mobilità passiva relativa al 2016 rispettivamente per regime di ricovero: ordinario e Day Hospital, per ASL di residenza e per Regione. Nella tabella 2c viene indicata anche la relativa valorizzazione economica pari a circa 586.000 euro.



Tabella 2a: Dati SDO - Mobilità passiva 2016 suddivisa per Regime di Ricovero

CODICE ICD 9	Descrizione	ORDINARI	DAY	TOTALE
7100	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	25	11	36
7101	SCLEROSI SISTEMICA	43	11	54
7102	MALATTIA DI SIOGREN	10	4	14
7103	DERMATOMIOSITE	7	1	8
7105	POLIMIOSITE	1		1
7140	ARTRITE REUMATOIDE	49	19	68
7142	ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO	2		2
71430	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	6	4	10
71431	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE ACUTA POLIARTICOLARE	2		2
71432	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE		13	13
71489	ALTRE POLIARTROPATHIE INFIAMMATORIE SPECIFICATE	1		1
7149	POLIARTROPATHIE INFIAMMATORIE NON SPECIFICATE	1	5	7
7201	SPONDIILITE ANCHILOSANTE	7	2	9
7201	ENTESOPATIA SPINALE	7		7
7202	SACROILIITE NON CLASSIFICATA ALTROVE	2	3	5
72089	ALTRE SPONDILOPATHIE INFIAMMATORIE	3		3
7209	SPONDILOPATIA INFIAMMATORIA NON SPECIFICATA	3	11	14
Totale		169	85	254

Tabella 2b: Dati SDO - Mobilità passiva 2016 suddivisa per ASL di residenza

CODICE ICD 9	Descrizione	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	TOTALE
7100	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	6	8	4	18	36
7101	SCLEROSI SISTEMICA	9	11	19	15	54
7102	MALATTIA DI SIOGREN	6	5	1	2	14
7103	DERMATOMIOSITE		5	1	2	8
7105	POLIMIOSITE		1			1
7140	ARTRITE REUMATOIDE	12	29	10	17	68
7142	ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO			2		2
71430	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	3	3	1	3	10
71431	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE ACUTA POLIARTICOLARE		1	1		2
71432	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE	7	5	1		13
71489	ALTRE POLIARTROPATHIE INFIAMMATORIE SPECIFICATE				1	1
7149	POLIARTROPATHIE INFIAMMATORIE NON SPECIFICATE	2	4		1	7
7201	SPONDIILITE ANCHILOSANTE	1	5	3	1	9
7201	ENTESOPATIA SPINALE			7	5	7
7202	SACROILIITE NON CLASSIFICATA ALTROVE	2		1	2	5
72089	ALTRE SPONDILOPATHIE INFIAMMATORIE			3		3
7209	SPONDILOPATIA INFIAMMATORIA NON SPECIFICATA	3	8	3		14
Totale complessivo		51	85	51	67	254



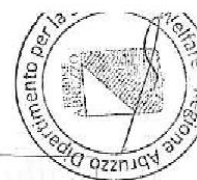


Tabella 2c: Dati SDO - Mobilità passiva 2016 valorizzazione ricoveri

REGIONE EROGATRICE	ORDINARI		DAY		TOTALE	
	RICOVERI	IMPORTO	RICOVERI	IMPORTO	RICOVERI	IMPORTO
MARCHE	112	€ 324.889,26	1	€ 307,10	113	€ 325.196,36
MOLISE			43	€ 17.805,00	43	€ 17.805,00
LAZIO	21	€ 73.316,14	29	€ 21.044,94	50	€ 94.091,08
TOSCANA	13	€ 49.073,60	2	€ 3.460,38	15	€ 52.533,98
LIGURIA	9	€ 39.935,70	4	€ 1.812,62	13	€ 41.748,32
EMILIA ROMAGNA	6	€ 29.876,88	4	€ 5.473,06	10	€ 35.349,94
LOMBARDIA	2	€ 2.994,00	1	€ 3.297,74	3	€ 6.291,74
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	€ 4.809,68			3	€ 4.809,68
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO			1	€ 1.435,00	1	€ 1.435,00
VENETO	1	€ 1.601,80			1	€ 1.601,80
CAMPANIA	1	€ 1.497,00			1	€ 1.497,00
PUGLIA	1	€ 4.147,00			1	€ 4.147,00
Totale	169	€ 532.141,06	85	€ 54.635,84	254	€ 586.776,90

In considerazione del fatto che il DRG 241 "Malattie del tessuto connettivo senza CC" rappresenta uno dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza così come stabilito dal patto per la salute 2010 - 2012 e che la Regione Abruzzo con il DCA 50/2011 ha stabilito la soglia di ammissibilità per i ricoveri Ordinari rispetto ai suddetti DRG, si è proceduto all'analisi dei dati ASDO e SDAC dell'anno 2016 per valutare l'aderenza delle strutture di ricovero Regionale alle soglie stabilite dal suddetto DCA. Dai dati analizzati emerge che circa la metà dei ricoveri risulta essere potenzialmente inappropriati così come si evince dalla tabella 2d.

Tabella 2d: Malattie Reumatiche in diagnosi Principale con DRG 240-241 - Residenti e mobilità Attiva - 2016

DRG	DESCRIZIONE	Ordinari	day	SDAC	Totale
240	Malattie del tessuto connettivo con CC	100	253		353
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	101	207	24	332
Totale		201	460	24	685

La tabella 3 riporta il numero complessivo dei pazienti titolari di codici di esenzione delle principali Malattie Reumatiche, che risultano 7.361 al 31 dicembre 2015, pari a 5,4 pazienti per 1.000 abitanti. Il maggior numero di esenti è rappresentato dai pazienti con Artrite Reumatoide (36,2%) e con Psoriasi (36,1%).



Tabella 3: Codici di esenzione Malattie Reumatiche al 31 Dic. 2015

Codice di Esenzione	Patologia	Numero di Pazienti	% Pz. Codice	Pz. x 1.000 abitanti
006	ARTRITE REUMATOIDE	2669	36,2	2,0
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	428	5,8	0,3
030	MALATTIA DI SJOGREN	730	9,9	0,5
045	PSORIASI (ARTROPATICA - PUSTOLOSA - ERFITRODERMICA)	2661	36,1	2,0
047	SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)	320	4,3	0,2
054	SPONDILITE ANCHILOSANTE	553	7,5	0,4
Numero totale		7361	99,8	5,4

Questo dato (7361 pazienti) è sottostimato in quanto non tiene conto di quei pazienti affetti da Malattie Reumatiche che usufruiscono di altri codici di esenzioni, ad esempio E01.

La serie delle tabelle successive (3a, 3b), distingue i dati dei codici di esenzione in base al sesso e all'età media dei pazienti, per ciascuna delle quattro ASL della Regione.

Tabella 3a: Codici di esenzione Malattie Reumatiche al 31 Dic. 2015 suddivisi per ASL.

ASL	Femmine	Maschi	Totali
Avezzano- Sulmona- L'Aquila	1216	472	1688
Lanciano- Vasto- Chieti	1568	650	2218
Pescara	1231	449	1680
Teramo	1225	550	1775
TOTALE	5240	2121	7361

Dall'analisi condotta dall'ASR Abruzzo si evince che il numero delle donne affette dalle principali Malattie Reumatiche risulta nettamente maggiore degli uomini, con un rapporto di 2,47.





Tabella 3b: Codici di esenzione Malattie Reumatiche al 31 Dic. 2015

ASL	Età media Femmine	Età media Maschi
Avezzano- Sulmona- L'Aquila	58	56
Lanciano- Vasto- Chieti	59	58
Pescara	60	58
Teramo	59	58
TOTALE	59	57,5

Quest'ultima serie di tabelle evidenzia che l'età media è pressoché la stessa tra i due sessi: 59 anni per le donne e 58 anni per gli uomini.

Valutazione dell'impatto sociale ed economico

Le malattie reumatiche croniche rappresentano una delle principali cause di invalidità e di perdita di capacità lavorativa. Più aumenta la gravità della malattia, maggiori sono i costi per la collettività. La progressione della malattia, infatti, se non opportunamente controllata, incide fortemente e in maniera progressiva sulla domanda sanitaria e sulla produttività, oltre che sulla qualità della vita.

Il costo sociale complessivo è costituito da costi diretti e costi indiretti.

I *costi diretti* comprendono le spese direttamente monetizzabili sostenute dal paziente e dalla collettività per l'acquisto di beni e di servizi (farmaci, ausili e dispositivi medici, ricoveri, visite, esami di laboratorio e strumentali, spese ticket, trattamenti riabilitativi, spese di trasporto, ecc.) e per l'assistenza a pagamento di cui il paziente ha beneficiato.

In tale ottica i costi diretti si distinguono in sanitari e non sanitari. I costi diretti sanitari sono quelli comprensivi di ospedalizzazione, farmaci tradizionali e biologici, visite, esami diagnostici e terapia riabilitativa. I costi diretti non sanitari riguardano i costi di trasporto, l'assistenza domestica a pagamento, l'assistenza informale gratuita prestata dai caregiver ed i dispositivi ausiliari domestici.

I *costi indiretti* sono relativi al tempo sottratto ad un'attività lavorativa sia per coloro che sono affetti dalla malattia che per i familiari/volontari che li assistono ed intesi come perdita di risorse per la collettività.

I costi indiretti aumentano in misura esponenziale con l'aggravarsi della malattia, rispetto ai costi diretti, con un evidente e crescente impatto sull'economia nazionale.



Proprio a riguardo di una maggiore efficacia sulla riduzione dei costi indiretti derivanti dall'impatto negativo di queste patologie sull'attività lavorativa sarebbe opportuno lavorare sulla costituzione di una rete assistenziale reumatologica per la tutela dei cittadini lavoratori affetti da malattie reumatiche invalidanti e realizzare all'interno della rete reumatologica regionale un percorso privilegiato per i lavoratori affetti da malattie reumatiche. Le malattie reumatiche croniche e invalidanti rappresentano una delle principali cause di invalidità e di perdita di capacità lavorativa. L'invalidità e la perdita di capacità lavorativa hanno inevitabilmente un significativo impatto negativo sulla qualità di vita e sullo stato finanziario del lavoratore, con ricadute sfavorevoli sulla società. L'organizzazione, la riorganizzazione, l'integrazione dei servizi reumatologici e il loro inserimento in una rete assistenziale specialistica uniformemente distribuita sul territorio regionale e nazionale sono indispensabili per formulare una diagnosi precoce e precisa e per attuare trattamenti appropriati e tempestivi che evitino la compromissione delle capacità lavorative e che favoriscano il pronto recupero all'attività produttiva dei lavoratori malati.

Molti dei pazienti interessati da malattie reumatiche che intaccano la funzione articolare perdono la loro capacità produttiva ed è rilevante il numero di coloro che abbandonano prematuramente la loro vita lavorativa a causa del proprio stato di salute. Questa situazione può essere evitata attraverso processi di diagnosi precoce e trattamento adeguato attuabili solo in presenza di una rete in cui ci sia la partecipazione e la collaborazione dei clinici, dei decisori e dei datori di lavoro.

Intervenire tempestivamente e opportunamente è di particolare interesse socio-economico se si considera che le malattie reumatiche più invalidanti colpiscono solitamente una popolazione giovane e in età lavorativa. Realizzare una rete assistenziale reumatologica significa ottimizzare le risorse e apportare un contributo positivo alle dinamiche del lavoro, evitando la contrazione del reddito capitaro, la povertà, l'esclusione sociale, l'isolamento dei pazienti tutelando la loro capacità lavorativa e produttiva.

In un momento come quello attuale in cui la necessità di crescita impone di realizzare alti livelli di occupazione, di produttività e di coesione sociale, una gestione inadeguata o insufficiente dell'invalidità reumatica di un paziente in età lavorativa pregiudica la ripresa economica.

Sulla scorta delle esperienze di altri Paesi e dei positivi risultati ottenuti, è evidente che è assolutamente indispensabile razionalizzare il sistema assistenziale reumatologico realizzando al più presto una rete territoriale efficiente, omogeneamente distribuita e che consenta la pronta presa in carico dei lavoratori malati, garantendo loro servizi integrati in grado di assicurare prontamente appropriatezza diagnostica e terapeutica. Il lavoratore con una patologia reumatica invalidante è una persona che, per la particolare complessità diagnostica e terapeutica, necessita di un percorso di presa in carico che eviti la frammentazione delle prestazioni e assicuri la continuità della cura, specie quando coesistono altre patologie.





Altro obiettivo strategico della rete è quello di realizzare un approccio integrato sanitario-socio-politico al problema economico posto da alcune importanti malattie reumatiche che colpiscono soggetti lavoratori, con specifico riferimento ai costi connessi al numero di giorni di lavoro persi per malattia e alla conseguente mancanza di produttività. Fare in modo che le persone affette da patologie reumatiche continuino a lavorare contribuisce a ridurre la spesa sociale collegata alle indennità, a mantenere l'efficienza lavorativa e ad accorciare i tempi necessari per la ripresa della piena attività. Sono inoltre da considerare i *costi intangibili*, ossia quei costi che si esprimono in termini di sofferenza fisica e psicologica del paziente e del caregiver; per quanto difficilmente monetizzabili, sono di grande rilevanza sociale ed umana.

La Rete Reumatologica della Regione Abruzzo

Il percorso di definizione dettagliata degli assetti per singolo presidio, con la specifica dotazione dei posti letto distinti per singolo livello organizzativo, e l'individuazione dei servizi ha rappresentato il risultato di un lavoro di confronto e condivisione con le Direzioni Aziendali, fermo restando l'obbligatorietà degli standard indicati dal Regolamento di cui al Decreto Ministeriale n. 70/2015 recepito con il DCA n. 79 del 21 Luglio 2016, secondo la classificazione dei Presidi. Nella tabella 4 viene indicato il Fabbisogno di Unità Operative Complesse in base ai Bacini di Utenza.

Tabella 4: Fabbisogno di Unità Operative Complesse in base ai Bacini di Utenza.

Disciplina o specialità clinica (DM 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HPS 12 e 13 – DM 5 Dicembre 2006)	Bacino Massimo	Bacino Minimo	N° strutture minimo	Numero strutture massimo	N° UOC Pubblici secondo programmazione regionale
Reumatologia	71	1,2	0,6	1	2	2

Lo scopo della costituzione di una rete reumatologica regionale è di definire in modo chiaro e condiviso un percorso di cura in grado di:

- garantire una diagnosi precoce;
- effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno di salute;
- integrare gli interventi;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- garantire la presa in carico del paziente senza frammentazione del percorso;



- gestire correttamente la patologia riducendo le complicanze;
- garantire equità di accesso ai trattamenti sul territorio nazionale;
- garantire una maggiore sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

La dotazione di posti letto di Reumatologia nella Regione Abruzzo al 1° gennaio 2016 risultava di 15 posti letto con un indice di 1,12 PL per 100.000 persone.

Nella Tabella 5 sono rappresentati le Unità Operative e i Servizi di Reumatologia della Regione Abruzzo in attuazione degli standard del regolamento ospedaliero del D.M. 70/15, recepito con DCA 79/16.

Tabella 5: Nuova rete ospedaliera - DCA 79/16

Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.C.A. n. 79/2016)	Cod. Disciplina (Modelli HSP 12 e 13-D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	Servizi	Posti letto Ordinari	Posti letto D.H.
Ospedale San Salvatore - L'Aquila	Reumatologia	71	1				4	2
P.O. Spirito Santo - Pescara	Reumatologia	71	1				8	1
Ospedale Mazzini - Teramo	Reumatologia	71				1		
Ospedale Maria SS. dello Splendore - Giulianova	Medicina Generale	26			1			
P.O. SS. Annunziata Chieti	Medicina Generale	26				1		5
P.O. SS. Annunziata Chieti	Pediatria*	39		1				2
PO Dell'Annunziata Sulmona	Medicina Generale	26				1		

*Pediatria ad indirizzo reumatologico

L'Assistenza ospedaliera è demandata ai nodi della Rete presenti negli ospedali con i seguenti requisiti minimi:

HUB:

- Presenza di reparti di Reumatologia c/o Pediatria con posti letto da utilizzare per il trattamento di pazienti con Malattie Reumatiche;
- Presenza di posti letto In Day Hospital da impiegare sistematicamente nel contesto di reparti di area medica.

SPOKE:

- Presenza di Servizi o Unità Operative senza posti letto funzionali, ma in grado di somministrare terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto, anche per livelli complessi di patologie.



Figura 1 - Rappresentazione geografica della nuova Rete ospedaliera Reumatologica



La Rete territoriale di Reumatologia

Nella tabella di seguito riportata sono rappresentati i servizi di Reumatologia distrettuali.

Tabella 6:

ASL	SEDE
ASL Avezzano Sulmona L'Aquila	PTA Tagliacozzo
ASL Lanciano Vasto Chieti	PTA Casoli
	PO di Atesa
	DSB Francavilla al Mare
ASL Pescara	DSB di Pescara
ASL Teramo	DSB Teramo
	DSB Nerco
	DSB Montorio

Ambulatori Reumatologici di I e II livello

L'Attività ambulatoriale viene distinta in ambulatori di primo livello presso le sedi distrettuali e ambulatori di secondo livello presso i presidi della Rete Ospedaliera.

La complessità e la variabilità delle manifestazioni cliniche delle Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto-Immuni e le caratteristiche dei pazienti necessitano di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, che richiede, sotto il profilo clinico assistenziale, un modello organizzativo adeguato. La tipologia di assistenza, necessaria ad una adeguata presa in carico dei pazienti affetti da Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto-Immuni, trova pertanto una naturale collocazione in strutture ambulatoriali a vocazione specialistica e ad alta complessità.



Nella programmazione regionale, per l'attuazione del PDTA, elemento cardine della presa in carico del paziente è l'attivazione a livello aziendale dell'Ambulatorio Reumatologico di II livello dedicato alle Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto-Immuni.

L'ambulatorio Reumatologico di II livello rappresenta una struttura di coordinamento che opera con il coinvolgimento di un gruppo di professionisti costituito da professionalità per singole discipline specialistiche coinvolte e infermieri con specifica formazione.

L'attivazione dell'Ambulatorio Reumatologico di II livello, in numero di almeno uno per ogni ASL, costituisce un modello organizzativo che, ottimizzando la tempistica delle prestazioni e l'impegno del personale, migliora la qualità dell'assistenza e riduce le complicanze, con evidente riduzione a medio termine dei costi dell'assistenza sanitaria.

I professionisti coinvolti nel fornire assistenza ai pazienti affetti da Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto-Immuni devono avere una specifica formazione ed esperienza su tali patologie e delle loro ricadute sui pazienti e le loro famiglie in ambito psicologico e sociale.

L'Ambulatorio di Reumatologia di II livello si colloca preferibilmente in ospedali DEA di primo livello, dotati di locali idonei e di CUP di secondo livello, con standard quali-quantitativi in grado di seguire almeno 200 pazienti, che siano provvisti di locali idonei con personale dedicato alla terapia infusione con farmaci biologici. Nell'ambito dell'organizzazione a rete viene assicurata l'integrazione con le altre strutture ospedaliere e territoriali.

Il Reumatologo/Reumatologo Pediatra o l'Internista con formazione specifica ed esperienza assume la responsabilità di coordinamento. Le figure professionali coinvolte nell'attività dell'ambulatorio sono

- Dermatologo;
- Gastroenterologo o l'Internista con formazione specifica ed esperienza;
- Dietista /Nutrizionista;
- Anatomo Patologo;
- Infermiere dedicato e specificatamente formato sulle Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto -Immuni e sulle terapie infusionali;
- Cardiologo;
- Angiologo/Chirurgo Vascolare.

Inoltre possono essere consultati:

- Oculista;
- Psicologo;
- Farmacista;
- Radiologo.

L'ambulatorio Reumatologico di II livello deve mantenere uno stretto contatto anche con le altre figure coinvolte nel trattamento dei pazienti: Medici di Medicina Generale, Team per le Cure Domiciliari e





per la terapia nutrizionale parenterale ed enterale. L'ambulatorio delle Malattie Reumatiche Infiammatorie ed Auto - Immuni deve avere la figura del Case-Manager che è un infermiere che accompagna il percorso individuale di cura della persona malata, divenendo riferimento e facilitatore dell'effettiva continuità del percorso stesso.

Terminata la fase diagnostico-terapeutica, alla dimissione deve essere fornita un'adeguata documentazione al paziente, al MMG/PLS e agli eventuali servizi di supporto dell'area territoriale, nonché lo schema di follow up.

Ogni Azienda Sanitaria, con atto aziendale entro 60 giorni dal recepimento del PDTA regionale, deve individuare l'istituzione, la collocazione e la composizione dell'Ambulatorio Reumatologico di II livello, in possesso degli standard richiesti.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Fasi del PDTA

Il Percorso del paziente con malattie reumatologiche infiammatorie croniche ed auto-immuni consta delle seguenti fasi:

- A. Diagnosi (MMG/PLS, DEA, altro specialista);
- B. Invio alla struttura Specialistica di riferimento;
- C. Inquadramento Clinico;
- D. Follow up.

In tutte le fasi del percorso è necessaria comunque una stretta interazione tra il Reumatologo/Pediatra Reumatologo/Internista, il MMG/PLS e gli altri specialisti, possibilmente da realizzarsi attraverso l'uso di supporti informatici.

A. Diagnosi (MMG/PLS, DEA, altro specialista)

Elemento comune a tutte le malattie infiammatorie croniche ed auto-immuni è la **diagnosi precoce**, che permette di ottenere un controllo attivo sulla malattia tramite una terapia adeguata. La strutturazione del PDTA può offrire un valido contributo per l'identificazione precoce della malattia e dei suoi effetti sulla qualità di vita del paziente.

La diagnosi delle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni è fondamentalmente una diagnosi clinica.

Gli attori principali in questa fase sono rappresentati dal Medico di Medicina Generale/ Pediatra di



Libera Scelta e dallo specialista Reumatologo/Pediatra Reumatologo/Internista. Dalla loro capacità di collaborare e di comunicare dipende la gestione della malattia e l'efficacia delle terapie effettuate, allo scopo di prevenire tutte le complicanze, in una continua ricerca ed analisi dei bisogni, calibrando le cure e gestendo i rischi, per evitare che la malattia degeneri nel danno articolare e procuri sofferenza, invalidità e costi sociali.

E' ampiamente dimostrato che diagnosi e terapia precoce delle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni riducono la progressione del danno e la disabilità, minimizzando il peggioramento della qualità di vita. La diagnosi precoce, inoltre, limita significativamente i costi di gestione del paziente: sanitari, sociali e la perdita di capacità lavorativa.

La diagnosi precoce è premessa fondamentale per una terapia precoce ed è quindi necessario che il paziente giunga al Reumatologo all'esordio della malattia o comunque il prima possibile.

Purtroppo spesso si verifica un ritardo diagnostico, che nella maggior parte dei casi può essere anche di anni, comportando non soltanto la persistenza di disturbi invalidanti, ma anche la progressione della malattia con danno (viscerale e articolare) più grave ed esteso.

Vista la gravità e gli esiti altamente invalidanti derivanti da una gestione incongrua delle malattie reumatiche, ne consegue la necessità di strutturare percorsi clinico-organizzativi in grado di favorire l'accesso a strutture specialistiche di vario livello in grado di assicurare l'immediata presa in carico del paziente. L'ottimizzazione della rete assistenziale regionale prevede il collegamento e l'integrazione tra i vari operatori e le varie strutture coinvolte nell'assistenza al paziente.

Gli obiettivi fondamentali sono:

- capillarizzare l'assistenza;
- diagnosticare in modo precoce;
- curare in modo appropriato;
- assistere in modo completo tutti i malati reumatologici.

In un PDTA riguardante le malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni, il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta rappresenta il primo livello, per il suo ruolo attivo di sospetto diagnostico sulla base di linee guida e suggerimenti concordati, appropriati alla singola patologia.

Nello specifico il MMG/PLS ha il compito di:

- Osservare i primi segni e sintomi che possono evidenziare il rischio di una malattia reumatica infiammatoria e auto-immune.
- Raccogliere i dati anamnestici per individuare eventuali fattori di rischio che possano richiedere approfondimenti diagnostici.
- Formulare un sospetto di diagnosi precoce, mediante l'uso di appropriati esami di laboratorio (Emocromo completo, VES, PCR, Fattore Reumatoide, Anticorpi anti-CCP, Uricemia, Glicemia, Creatininemia, Transaminasi) e strumentali (le attuali metodiche di *imaging*).





- Prescrivere su ricettario SSR prima visita reumatologica con il quesito/sospetto diagnostico
- Monitorare l'evoluzione clinica e la terapia del paziente in stretta collaborazione con lo specialista, per valutare la tollerabilità della terapia (effetti collaterali), attraverso un calendario di accertamenti periodici e programmati.
- Fornire, in accordo con lo specialista, informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili.
- Pianificare e attivare l'assistenza domiciliare per i pazienti che ne hanno necessità, in collaborazione con le altre figure professionali (Infermiere, Fisioterapista, Assistente sociale, Psicologo ecc).

B. Invio alla struttura Specialistica di riferimento.

La valutazione precoce da parte del Reumatologo consente la diagnosi di malattia reumatica nel 70% dei casi entro due settimane dalla prima visita.

Il compito fondamentale dello specialista è quello di valutare il sospetto diagnostico e di inquadrare la malattia.

Nello specifico il Reumatologo ha il compito di:

- confermare o escludere il sospetto diagnostico;
- eseguire l'ecografia articolare e richiedere eventuali esami complementari;
- prescrivere su ricettario SSR la terapia specifica e verificare la sua efficacia nel tempo;
- decidere e condividere con il paziente la strategia terapeutica definendo il miglior programma terapeutico adatto al singolo caso;
- monitorare eventuali effetti collaterali da farmaci;
- identificare eventuali comorbidità;
- individuare le altre figure specialistiche da coinvolgere nel supporto riabilitativo del paziente;
- monitorare l'evoluzione della malattia;
- confrontare ed aggiornare costantemente la metodica clinica con la letteratura emergente e con partecipazione attiva ad eventi di formazione e ad incontri istituzionali;
- confrontarsi costantemente con le Associazioni di pazienti.

La costante collaborazione e comunicazione che deve intercorrere tra il Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta e lo specialista si realizza concretamente attraverso la redazione (tramite supporti informatici, schede tecniche, etc.) di una sintesi scritta riportante la diagnosi, la terapia prescritta ed il follow-up con esami di controllo e la tempistica dei successivi controlli specialistici.

Nel caso di paziente dimesso o in tutti i casi in cui sia necessaria la prescrizione del medico specialista, quest' ultimo dovrà procedere alla prescrizione diretta sul ricettario del Servizio sanitario nazionale



secondo quanto stabilito dalla normativa vigente.

In caso in cui il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta riscontri in un paziente noto per una patologia cronica reumatologica un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia, potrà prescrivere prima visita reumatologica con adeguata classe di priorità

C. Inquadramento Clinico

La Reumatologia è un ambito complesso, in cui i quadri di presentazione possono essere molteplici all'interno della stessa patologia ed alcuni di essi possono essere comuni a patologie diverse; di conseguenza l'inquadramento nosologico e la diagnosi differenziale sono complessi e richiedono l'utilizzo di esami di laboratorio, il cui risultato deve essere interpretato alla luce del sospetto clinico e del quadro sindromico generale, in modo tale da confermare o escludere una potenziale patologia reumatica ipotizzata durante la visita clinica.

La successiva tabella sinottica ha l'intento di proporre l'utilizzo di alcuni esami di laboratorio utili all'inquadramento diagnostico e al monitoraggio della patologia in esame, tenendo conto della necessità di ottimizzare le risorse in una logica di appropriatezza prescrittiva.

Considerando che il passaggio logico dai sintomi di presentazione all'ipotesi diagnostica si basa sull'anamnesi accurata, sull'esame obiettivo mirato e sull'inquadramento generale del sintomo nel quadro complessivo del paziente, la responsabilità del percorso diagnostico iniziale è chiaramente di competenza del Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta. La conferma è di competenza dello specialista.

Tabella 6: Elegibilità del paziente , inquadramento diagnostico e monitoraggio delle patologie reumatiche

Patologia sospettata	Sintomi	Esami di primo livello necessari per conferma del sospetto diagnostico	secondo livello	Sospetto clinico NON confermato
Artrite Reumatoide	<p>A. artrite persistente a piccole articolazioni > 6 settimane</p> <p>B. almeno 1 piccola articolazione coinvolta</p> <p>C. sintomi costituzionali (astenia, febbre, etc)</p> <p>D. rigidità mattutina superiore a 30 minuti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - Fattore Reumatoide, - Uricemia, - Esame urine - Anticorpi Anti Peptide Ciclico Citrullinato (anti-CCP), - Creatinina, - Transaminasi, 	Prima visita reumatologica	rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi



<p>Spondilo-Artriti</p>	<p>A. età <40 anni B. dolore lombare con caratteristiche infiammatorie per almeno 3 mesi C. esordio insidioso D. rigidità mattutina E. miglioramento con l'esercizio ± IBD (Inflammatory Bowel Disease) o (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) ± Psoriasi/ familiarità per Psoriasi</p>	<p>La sintomatologia descritta nella colonna "Sintomi" è sufficiente per l'invio del paziente a Prima visita reumatologica</p>	<p>Prima visita reumatologica</p>	<p>rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi</p>
<p>Lupus Eritematoso Sistemico</p>	<p>A. ± artriti periferiche B. + eritema del viso C. ± sintomi costituzionali (febbre) (febbriola) D. ± genere femminile E. + porpora cutanea F. ± abortività ripetuta G. ± familiarità trombotica</p>	<p>- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - Creatinina, - Azotemia - Esame urine con sedimento - ANA, - ENA, - Anti-DNA - C3-C4 - Anticorpi anti beta2 GPI - IAC, Anticorpi anticardiolipina</p>	<p>Prima visita reumatologica</p>	<p>rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi</p>
<p>Sindrome di Sjogren</p>	<p>A. Sindrome secca B. + linfadenopatie periferiche C. + sintomi costituzionali (febbriola) D. ± parotidomegalia E. ± autoanticorpi</p>	<p>- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - Fattore Reumatoide, - ANA, - ENA, - C3-C4,</p>	<p>Prima visita reumatologica</p>	<p>rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi</p>
<p>Sclerosi Sistemica</p>	<p>A. Fenomeno di Raynaud B. genere femminile C. "puffy fingers" D. eventuale sclerosi cutanea E. ulcere ischemiche digitali, "pitting scars"</p>	<p>- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - ANA, - ENA, - C3-C4, - Capillaroscopia -Anti-HCV,</p>	<p>Prima visita reumatologica</p>	<p>rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi</p>



Vasculiti piccoli, medi, grossi vasi	<p>A. Sintomi costituzionali</p> <p>B. lesioni cutanee (porpora, ulcere necrotiche)</p> <p>C. artalgie/ artriti</p> <p>D. pregressa infezione da HBV/HCV</p> <p>E. dispnea, asma</p> <p>F. afrosi orale e genitale</p> <p>= rachialgia con caratteristiche infiammatorie</p>	<p>- Emocromo con formula,</p> <p>- VES,</p> <p>- Proteina C Reattiva,</p> <p>- Esame urine con sedimento</p> <p>- ANA,</p> <p>- ENA,</p> <p>- C3-C4,</p> <p>- ANCA</p>	Prima visita reumatologica	rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi
---	--	---	----------------------------	---

Pacchetto Ambulatoriale Complesso Diagnostico

Disciplina di riferimento

La definizione della organizzazione della gestione del PAC deve essere espletata in ottemperanza alle relative disposizioni attuative approvate con **DGR 595 del 7.8.2018**, inerenti l'organizzazione e funzionamento dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi, ex **L.R. n. 20/2006**.

Razionale

Il PAC può rappresentare una modalità organizzativa, che viene selezionata dallo specialista Reumatologo/Pediatra Reumatologo//Internista dell'Ambulatorio Reumatologico di II livello, per effettuare la valutazione diagnostica e la sorveglianza clinica delle Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni in un regime appropriato.

La valutazione del paziente con Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni prevede in primo luogo la diagnosi di natura, sede, estensione ed attività della malattia, nei pazienti con sintomi compatibili. Nei pazienti con diagnosi di Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni già nota, l'obiettivo è rappresentato dalla conferma della diagnosi e/o dalla valutazione dell'attività clinica, biomorale, endoscopica, istologica e/o delle lesioni in risposta alla terapia.

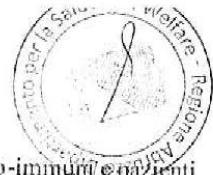
Al fine di permettere la corretta diagnosi delle Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni il gruppo regionale di lavoro ha identificato tre differenti PAC diagnostici:

PAC delle Vasculiti

PAC delle Connettiviti

PAC delle Artriti Infiammatorie





Tipologia di pazienti

Pazienti con forte sospetto diagnostico di Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni e pazienti con diagnosi certa di Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni in sorveglianza clinica che, pertanto, necessitano di ripetuti controlli.

Durata del PAC

Nel rispetto di quanto stabilito dalla L. R. 20/2006, e dalle relative disposizioni attuative, le prestazioni devono essere organizzate, di regola, in un numero di accessi¹ non superiore a tre (escluse la prima visita specialistica e la visita a conclusione del PAC) e la durata dell'iter diagnostico, di norma, non deve superare i 30 giorni.

Procedure Amministrative

Il PAC può essere attivato unicamente dal medico specialista Reumatologo, Internista o Pediatra Reumatologo operante nella struttura sanitaria individuata nell'ambito dello specifico PDTA. Lo specialista assume la responsabilità in merito alla gestione dell'iter diagnostico.

L'accesso alla visita per l'eventuale apertura del PAC avviene a seguito di richiesta su ricettario SSR di prima visita specialistica, prenotata tramite CUP di I livello, applicando le classi di priorità secondo la normativa vigente e in conformità con le indicazioni specifiche contenute nell'**Allegato 1**.

Il medico specialista di riferimento, dopo una valutazione clinica, definisce se rinviare il paziente al MMG, PLS o altro specialista SSN, oppure se attivare il PAC nell'ambito del Day Service, diventando referente del caso. Il paziente deve essere informato preventivamente sulla metodologia di completamento del PAC e sulla modalità di partecipazione alla spesa sanitaria, se dovuta.

Alla prima visita, in caso di attivazione del PAC, il medico specialista:

- a) Apre la Cartella Ambulatoriale;
- b) Individua lo specifico iter diagnostico del paziente nell'ambito delle prestazioni previste da uno dei PAC individuati e le annota specificamente sull'apposita scheda PAC (**Allegati 2,3,4**).
- c) Compila, secondo quanto stabilito dalle disposizioni attuative della L.R.20/2006, approvate con DGR 595 del 7.8.2018, inerenti l'organizzazione e funzionamento dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi, gli specifici moduli di richiesta interna, per eventuali consulenze specialistiche, esami di laboratorio ed esami radiologici.

La *Cartella Ambulatoriale* deve essere redatta per ciascun paziente, sia per motivi clinico-gestionali che medico-legali e deve contenere oltre ai dati anagrafici, anamnestici, all'esame obiettivo e il diario anche:

- le prescrizioni degli esami;
- i referti degli esami;

¹ Per accesso si intende il momento in cui l'utente si reca presso la struttura erogatrice per l'esecuzione degli esami previsti dal medico specialista e riportati nella scheda PAC. All'interno di un unico accesso, pertanto, possono essere effettuate più prestazioni.

- i moduli di consenso informato con la relativa scheda informativa (ove richiesto).

Nell'Ambito degli Ambulatori Reumatologici di II livello, al fine di gestire in modo separato le prestazioni di controllo, si deve programmare in via prioritaria di istituire apposite agende dedicate alle prestazioni di follow up intese come visite/esami successivi al primo accesso e prescritti dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, mediante l'introduzione di CUP di II livello istituiti a norma della DGR 575/2011 e DCA 60/2015.

Relazione al medico curante

Viene inviata al medico curante, per il tramite del paziente, una relazione finale dove verranno riportate le informazioni cliniche, le raccomandazioni e le prescrizioni farmaceutiche o strumentali dello specialista su ricettario SSR.

Organizzazione del lavoro e controllo di qualità

Il lavoro all'interno dell'Ambulatorio reumatologico di II livello deve prevedere riunioni di audit organizzativo promossi dalla Direzione Sanitaria con cadenza annuale anche coincidenti con la discussione del budget, per una verifica della qualità delle prestazioni erogate e per l'apporto di eventuali correttivi. Le "Cartelle Ambulatoriali", devono risultare registrate e archiviate in modo da consentire un periodico controllo della qualità ed efficienza, prevedendo un rapporto annuale a cura del Responsabile del Servizio Qualità Aziendale. Il PAC Diagnostico può comprendere diversi accessi a seconda del Programma Assistenziale individualizzato per il singolo paziente e comunque il numero di accessi non deve essere superiore a tre.

Composizione

Per attivare il PAC diagnostico devono essere erogate almeno 4 prestazioni tra quelle indicate nello specifico pacchetto². Le prestazioni del PAC, tranne quelle afferenti alla branca Laboratorio Analisi, possono essere erogate una sola volta. La prestazione con codice 89.7 del nomenclatore tariffario, che deve essere utilizzata per eventuali consulenze specialistiche, può essere erogata al massimo due volte. La definizione del programma diagnostico viene effettuata dal medico referente sulla base delle necessità cliniche del paziente. Nel PAC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco delle Tabelle n.7, 7 bis e 7 ter. Il percorso relativo viene articolato in modo da concentrare tutte le prestazioni diagnostiche necessarie riducendo al minimo il numero dei contatti. Le procedure da eseguire per l'attivazione del PAC Diagnostico sono le seguenti:

² Le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione;





1. Impegnativa per la prima visita reumatologica e/o l'Ambulatorio Reumatologico di II livello da parte del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta o un altro specialista ospedaliero o dello specialista convenzionato, corredata da esami diagnostici e di laboratorio.
2. Prenotazione presso l'Ambulatorio di Reumatologia di II livello a cura del paziente della prima visita reumatologica attraverso il CUP di I livello;
3. Visita dello specialista Reumatologo per la valutazione/prescrizione su ricettario SSR degli esami clinico-strumentali dai quali lo specialista può:
 - 3.A Proseguire la procedura diagnostica ambulatoriale;
 - 3.B Confermare diagnosi della patologia e presa in carico del paziente nell'ambulatorio reumatologico con successive prenotazioni tramite CUP di II livello.
4. Lo specialista assume la responsabilità in merito alla gestione dell'iter diagnostico e:
 - a) apre la Cartella Ambulatoriale;
 - b) individua lo specifico iter diagnostico del paziente nell'ambito delle prestazioni previste dal PAC e le annota specificamente sull'apposita scheda PAC;
 - c) compila i moduli di richiesta interna, per eventuali consulenze specialistiche, esami di laboratorio ed esami radiologici.

Dopo visita specialistica il responsabile del caso può chiudere la cartella ambulatoriale.

In caso di 3.A il percorso riprende dal punto 4.

In caso di 3.B lo specialista provvede a:

1. Chiudere la cartella ambulatoriale;
2. Espletare gli adempimenti previsti dalla normativa regionale vigente.

Di seguito vengono illustrate le prestazioni che possono essere erogate all'interno del PAC secondo il vigente nomenclatore tariffario regionale:

PAC delle Vasculiti

Nella tabella seguente vengono elencate le prestazioni che possono essere erogate all'interno del PAC per le vasculiti secondo il vigente nomenclatore tariffario regionale:

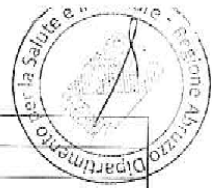
Tabella 7:

CODICE	DESCRIZIONE
38.22	Angioscopia percutanea - capillaroscopia
38.22.1	Capillaroscopia con videoregistrazione
83.21	Biopsia dei tessuti molli
83.21.1	Biopsia eco-guidata dei tessuti molli
86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
87.03.1	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto - tc del cranio [sella turcica, orbite] / tc dell'encefalo
87.03.8	Tomografia computerizzata (tc) del collo, senza e con contrasto [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, laringe, laringe, esofago cervicale]



87.22	Radiografia della colonna cervicale - (2 proiezioni) - esame morfodinamico della colonna cervicale
87.23	Radiografia della colonna toracica (dorsale) - (2 proiezioni)
87.24	Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo (2 proiezioni), esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale
87.29	Radiografia completa della colonna - (2 proiezioni) - radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico
87.41	Tomografia computerizzata (tc) del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.41.1	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [teloradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)
88.21	Radiografia della spalla e dell'arto superiore - radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
88.22	Radiografia del gomito e dell'avambraccio - radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio
88.23	Radiografia del polso e della mano - radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
88.38.4	Tomografia computerizzata (tc) dell'arto superiore, senza e con contrasto [spalla, braccio], [gomito, avambraccio], [polso, mano]
88.38.7	Tomografia computerizzata (tc) dell'arto inferiore, senza e con contrasto [articolazione coxo-femorale, femore], [ginocchio, gamba], [caviglia, piede] -
88.42.1	Aortografia addominale - angiografia digitale dell'aorta addominale
88.42.2	Aortografia addominale - angiografia digitale dell'aorta addominale
88.48	Arteriografia dell'arto inferiore
88.72.1	Ecografia cardiaca - ecocardiografia
88.72.2	Ecodopplergrafia cardiaca
88.72.3	Ecocolor Dopplergrafia cardiaca a riposo o dopo prova farmacologica
88.73.5	Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici
88.74.1	Ecografia dell'addome superiore
88.91.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico
88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto
88.91.5	Angio-rm del distretto vascolare intracranico
88.91.8	Angio-rm dei vasi del collo
88.92.2	Angio-rm del distretto toracico
88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto - cervicale, toracica, lombosacrale
88.94.3	Angio-rm dell'arto superiore o inferiore
88.95.3	Angio rm dell'addome superiore
88.95.6	Angio rm dell'addome inferiore
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo
89.37.2	Spirometria globale
89.38.3	Diffusione alveolo-capillare del co
89.44.2	Test del cammino
89.52	Elettrocardiogrammi
89.65.1	Emogasanalisi arteriosa sistemica - emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita
90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]
90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]
90.10.4	Bilirubina totale
90.10.5	Bilirubina totale e frazionata





90.11.4	Calcio totale [s/u/du]
90.15.4	Creatinichinasi (epk o ck)
90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]
90.16.4	Creatinina clearance
90.18.3	Droghe d'abuso [Amfetamina, Caffèina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina]
90.22.3	Ferritina [p/(sg)er]
90.23.5	Fosfatasi alcalina
90.25.5	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]
90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]
90.28.2	Idrossiprolina [u]
90.28.2.AB	Idrossiprolina [u] - Anticorpi anti citrullina
90.28.2.AE	Idrossiprolina [u] - Citrullina (artrite reumatoide) - ccp
90.29.2	Lattato deidrogenasi (ldh) [s/f]
90.33.4	Microalbuminuria
90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]
90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/la]
90.42.1	Tireotropina (tsh)
90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico
90.46.5	Anticoagulante lupus-like (lac)
90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)
90.47.5	Anticorpi anti cardiolipina (igg, iga, igm)
90.48.2	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (anca)
90.48.3	Anticorpi anti dna nativo
90.49.3	Anticorpi anti eritrociti [test di coombs indiretto]
90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)
90.60.1	Complemento (c1 inibitore)
90.60.2	Complemento: c1q, c3, c3 att., c4 (ciascuno)
90.61.1	Crioglobuline ricerca
90.61.2	Crioglobuline tipizzazione
90.61.4	D-dimero (eia)
90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, het, plt, ind. deriv., f. l.
90.64.2	Fattore reumatoide
90.65.1	Fibrinogeno funzionale
90.68.3	Ige totali
90.68.4	Igg sottoclasse 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
90.69.2	Immunofissazione
90.69.4	Immunoglobuline iga, igg o igm (ciascuna)
90.72.3	Proteina c reattiva (quantitativa)
90.75.4	Tempo di protrombina (pt)
90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)
90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)
90.77.3.AA	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)- Quantiferon TB-
90.77.3.AB	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)- Quantiferon TM
90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (ves)
91.09.4	Toxoplasma anticorpi (e.i.a.)
91.09.5	Toxoplasma anticorpi (titolazione mediante agglutinazione) [test di fulton]
91.10.1	Toxoplasma anticorpi (titolazione mediante i.f.)
91.14.1	Virus citomegalovirus anticorpi (e.i.a.)
91.14.2	Virus citomegalovirus anticorpi (titolazione mediante f.c.)



91.14.3	Virus citomegalovirus anticorpi igm (e.i.a.)
91.14.4	Virus citomegalovirus da coltura identificazione mediante ibridazione
91.14.5	Virus citomegalovirus in materiali biologici diversi ricerca mediante esame colturale (metodo rapido)
91.15.1	Virus citomegalovirus nel latte materno e nel tampone faringeo esame colturale (metodo tradizionale)
91.15.2	Virus citomegalovirus nel sangue acidi nucleici identificazione mediante ibridazione
91.15.3	Virus citomegalovirus nel sangue esame colturale (metodo tradizionale)
91.15.4	Virus citomegalovirus nell'urina esame colturale (metodo tradizionale)
91.15.5	Virus citomegalovirus nell'urina acidi nucleici identificazione mediante ibridazione
91.17.3	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione (previa reazione polimerasica a catena)
91.17.4	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione diretta
91.17.5	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag
91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag igm
91.18.2	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag
91.18.3	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbsag
91.18.5	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag
91.19.1	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag (saggio di conferma)
91.19.2	Virus epatite b [hbv] dna-polimerasi
91.19.4	Virus epatite c [hevc] analisi quantitativa di hevc rna
91.19.5	Virus epatite c [hevc] anticorpi
91.21.1	Virus epstein barr [ebv] anticorpi (ea o ebna o vca) (e.i.a.)
91.22.4	Virus immunodef. acquisita [hiv 1-2] anticorpi
91.42.3	Es. istocitopatologico app. muscolo scheletrico: biopsia incisionale o punch
91.48.5	Prelievo di sangue arterioso
91.49.2	Prelievo di sangue venoso
92.18.6	Tomoscintigrafia globale corporea (PET)
93.08.1	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo



PAC delle Connettiviti



Nella tabella seguente vengono elencate le prestazioni che possono essere erogate all'interno del PAC per le connettiviti secondo il vigente nomenclatore tariffario regionale:

Tabella 7 Bis:

CODICE	DESCRIZIONE
26.11	Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o doto salivare
38.22	Angioscopia percutanea - capillaroscopia
38.22.1	Capillaroscopia con videoregistrazione
45.13	Esofagogastroduodenoscopia [egds] - endoscopia dell' intestino tenue
83.21	Biopsia dei tessuti molli
83.21.1	Biopsia eco-guidata dei tessuti molli
86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
87.41	Tomografia computerizzata (tc) del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.41.1	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [telereadiografia, telecuore]-(2 proiezioni)
88.23	Radiografia del polso e della mano - radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
88.72.3	Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo o dopo prova farmacologica
88.74.1	Ecografia dell' addome superiore
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo
89.13	Visita neurologica
89.26	Visita ginecologica - visita ostetrico-ginecologica/androgica, esame pelvico
89.32	Manometria esofagea
89.37.2	Spirometria globale
89.44.2	Test del cammino
89.52	Elettrocardiogramma
89.65.1	Emogasanalisi arteriosa sistemica - emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita
90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]
90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]
90.10.4	Bilirubina totale
90.15.4	Creatinichinasi (cpk o ck)
90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]
90.16.4	Creatinina clearance
90.23.5	Fosfatasi alcalina
90.25.5	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]
90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]
90.29.2	Lattato deidrogenasi (ldh) [s/f]
90.33.4	Microalbuminuria
90.33.5	Mioglobina [sangue/urine]
90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]
90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/la]
90.44.1	Urea [sangue/urine/p/du]



90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico
90.46.5	Anticoagulante lupus-like (lac)
90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)
90.47.5	Anticorpi anti cardiolipina (igg, iga, igm)
90.48.2	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (anca)
90.48.3	Anticorpi anti dna nativo
90.49.3	Anticorpi anti eritrociti [test di coombs indiretto]
90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)
90.57.5	Antitrombina iii funzionale
90.58.2	Autoanticorpi anti eritrociti [test di coombs diretto]
90.60.2	Complemento: c1q, c3, c3 att., c4 (ciascuno)
90.61.1	Crioglobuline ricerca
90.61.2	Crioglobuline tipizzazione
90.61.4	D-dimero (cia)
90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, het, plt, ind. deriv., f. l.
90.64.2	Fattore reumatoide
90.65.1	Fibrinogeno funzionale
90.70.3	Intradermoreazioni con ppd, candida, streptochinasi e mumps (per test)
90.72.2	Proteina c anticoagulante funzionale [p]
90.72.3	Proteina c reattiva (quantitativa)
90.72.4	Proteina s libera [p]
90.74.2	Reazione di walter rose
90.75.4	Tempo di protrombina (pt)
90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)
90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)
90.77.3.AA	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)- Quantiferon TB-
90.77.3.AB	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)- Quantiferon TM
90.82.5	Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)
91.11.1	Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (flocculazione) [vdrl] [rpr]
91.17.3	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione (previa reazione polimerasica a catena)
91.17.4	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione diretta
91.17.5	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag
91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag igm
91.18.2	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag
91.18.3	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbsag
91.18.5	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag
91.19.1	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag (saggio di conferma)
91.19.2	Virus epatite b [hbv] dna-polimerasi
91.19.4	Virus epatite c [hcv] analisi quantitativa di hev ma
91.19.5	Virus epatite c [hcv] anticorpi
91.40.4	Es. istocitopatologico cute (shave o punch)
91.41.5	Es. istocitopatologico app. digerente: biopsia ghiandola salivare
91.42.3	Es. istocitopatologico app. muscolo scheletrico: biopsia incisionale o punch
91.48.5	Prelievo di sangue arterioso
91.49.2	Prelievo di sangue venoso
93.08.1	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo
95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo



PAC delle Artriti Infiammatorie



Nella tabella seguente vengono elencate le prestazioni che possono essere erogate all'interno del PAC per le artriti infiammatorie secondo il vigente nomenclatore tariffario regionale:

Tabella 7 Ter:

CODICE	DESCRIZIONE
87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [teloradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)
88.23	Radiografia del polso e della mano - radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
88.26	Radiografia di pelvi e anca - radiografia del bacino, radiografia dell' anca
88.28	Radiografia del piede e della caviglia - radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
88.74.1	Ecografia dell' addome superiore
88.79.3	Ecografia muscolotendinea
88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto - cervicale, toracica, lombosacrale
88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica di [spalla, braccio], [gomito, avambraccio], [polso, mano], [bacino], [articolazione coxo-femorale, femore],[ginocchio, gamba], [caviglia, piede]
89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo
89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita
90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]
90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]
90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]
90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]
90.28.2	Idrossiprolina [u]
90.28.2.AB	Idrossiprolina [u]- Anticorpi anti citrullina
90.28.2.AE	Idrossiprolina [u]- Citrullina (artrite reumatoide) - CCP
90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]
90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/la]
90.42.1	Tireotropina (tsh)
90.42.3	Tiroxina libera (ft4)
90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico
90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)
90.49.5	Anticorpi Antigliadina (Ig G - Ig A)
90.49.5AD	Anticorpi Antigliadina (Ig G - Ig A)- anticorpi anti-endomisio (EMA)
90.49.5AM	Anticorpi Antigliadina (Ig G - Ig A) anticorpi Antitransglutaminasi (tGG)
90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)
90.57.3	Antigeni HLA (ciascuno)
90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, het, plt, ind. deriv., f. l.
90.64.2	Fattore reumatoide
90.67.4	Identificazione di specificita' anti hla contro pannello linfocitario - (1 siero/30 soggetti)
90.72.3	Proteina e reattiva (quantitativa)
90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)



90.77.3.AA	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)- Quantiferon TB-
90.77.3.AB	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)- Quantiferon TM
90.78.4	Tipizzazione genomica hla-b
90.79.1	Tipizzazione genomica hla-c
90.81.3	Tipizzazione sierologica hla classe i (fenot. compl. loci a, b, c, o loci a, b)
90.81.4	Tipizzazione sierologica hla classe ii (fenot. compl. loci dr, dq o locus dp)
90.82.5	Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)
91.17.3	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione (previa reazione polimerasica a catena)
91.17.4	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione diretta
91.17.5	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag
91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag igm
91.18.2	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag
91.18.3	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbsag
91.18.5	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag
91.19.1	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag (saggio di conferma)
91.19.2	Virus epatite b [hbv] dna-polimerasi
91.19.4	Virus epatite c [hevc] analisi quantitativa di hev rna
91.19.5	Virus epatite c [hevc] anticorpi
91.22.1	Virus herpes simplex (tipo 1 o 2) anticorpi
91.22.4	Virus immunodef. acquisita [hiv 1-2] anticorpi
91.49.2	Prelievo di sangue venoso

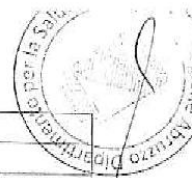
Di seguito si riportano le prestazioni contenute nei PAC elencate nell'allegato 4 contenuto nel DPCM del 12/1/2017 recante i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Tabella 8: Prestazioni contenute nei PAC elencate nell'allegato 4 contenuto nel DPCM del 12/1/2017 recante i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza

CODICE	DESCRIZIONE
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE
38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)
83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]
87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo)
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo)
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico



87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico
87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARA (87.24.7)
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARA. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in L.L della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)
87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARA (87.24.7)
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE 18 Diagnostica per immagini (88.38.5)
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)



88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA Gamba SENZA E CON MDC (88.39.D)
88.39.D	TC DELLA Gamba SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA Gamba SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E Gamba SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA Gamba SENZA E CON MDC (88.39.D)
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.G), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE
88.21.2	RX DELLA SPALLA Diagnostica per immagini
88.21.3	RX DEL BRACCIO Diagnostica per immagini
88.22.1	RX DEL GOMITO Diagnostica per immagini
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO Diagnostica per immagini
88.23.1	RX DEL POLSO Diagnostica per immagini
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
88.26.2	RX DELL'ANCA
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA Diagnostica per immagini
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2
88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell'aorta addominale
88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE
88.48.1	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)
88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. (88.72.6)





88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI carotidi, vertebrali, troneo anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO
88.92.2	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO
88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC
88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)(nota 22)
88.93.3	RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, distretto vascolare
88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE
88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE
88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC
88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE
89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcenzionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA



89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA
89.7B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
89.7B.5	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto
89.7B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione
89.7B.7	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento
89.7B.8	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare
89.7B.9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume
89.7C.1	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa
89.7C.3	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione
89.7C.4	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta
90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5
90.11.4	CALCIO TOTALE
90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4 Laboratorio
90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)
90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9
90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening (90.40.8)
90.22.3	FERRITINA
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)
90.27.1	GLUCOSIO
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)





90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]
90.33.5	MIOGLOBINA
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5
90.38.5	PROTEINE TOTALI
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5 , referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5 , esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off piú restrittivi definiti a livello regionale
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a 90.41.8
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8
90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.46.5	LUPUS ANTICOAGULANTI (LAC)
90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)
90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione
90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)
90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCIARI [Test di Coombs diretto]
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo
90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 NaF, C4, CH50 (Ciascuno)
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)
90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE IIb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS
90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicitá nota)
90.68.3	IgE TOTALI
90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG, IgM, (Ciascuna)
90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.72.4	PROTEINA S LIBERA
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)



90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]
91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPFA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting
91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione
91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)
91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting Laboratorio (Saggio di conferma) NAS
91.16.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo
91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento Laboratorio
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX
91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg IgM se HBsAg e anti HBeAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio
91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG





91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS
91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi
91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione
91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.40.H	ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.41.5	Es. istocitopatologico app. digerente: biopsia ghiandola salivare
91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
92.18.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG
92.18.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una M di i f i sola volta sulla ricetta
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2 Neurologia Medicina fisica e riabilitazione
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Inclusive tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili.
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell'occhio (95.25)
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA

LEGENDA: In verde chiaro sono evidenziate le prestazioni introdotte nel nuovo nomenclatore o che hanno codice differente.



Terapia

La terapia farmacologica

Dopo la diagnosi precoce, l'obiettivo principale del trattamento farmacologico è di indurre il più rapidamente possibile un controllo della malattia, sfruttando la cosiddetta "finestra di opportunità", cioè il periodo di tempo che intercorre tra l'insorgere della sintomatologia e l'inizio del danno articolare e degli organi interni.

Il paziente deve essere appropriatamente informato sull'obiettivo del trattamento e sulla strategia terapeutica pianificata, sotto la supervisione del reumatologo.

Trattamento sintomatico

Il riconoscimento del dolore e l'accesso ad un'adeguata terapia analgica sono diritti fondamentali del paziente e rappresentano una sfida prioritaria nella pratica medica.

Diversi interventi legislativi, in particolare la legge n. 38 del 15 Marzo 2010, hanno introdotto disposizioni atte a promuovere una sempre maggiore qualità diagnostica e terapeutica nella cura del dolore.

Gli analgesici non narcotici, il paracetamolo e i FANS vengono utilizzati come trattamento sintomatico. Tale categoria di farmaci è incapace di arrestare o ridurre l'attività di malattia.

Trattamenti di fondo: i DMARDs tradizionali

Con l'utilizzo precoce di DMARDs in monoterapia, si è assistito ad un netto miglioramento dell'infiammazione, sia articolare che degli organi interni, con riduzione del numero di articolazioni dolenti e/o tumefatte, riduzione della VES, della proteina C reattiva e controllo della flogosi tissutale, anche se alcuni DMARDs raggiungono una piena efficacia terapeutica solo dopo 6-8 settimane.

Se l'obiettivo del trattamento non si ottiene con il primo DMARD, in assenza di fattori prognostici negativi, si deve considerare il passaggio ad un altro DMARD; quando sono presenti fattori prognostici negativi, si deve considerare l'aggiunta o il cambio ad un DMARD biologico.

I più utilizzati tra essi sono il methotrexato, i sali d'oro, gli anti-malarici, la sulfasalazina, la ciclosporina e, più recentemente, la leflunomide, la ciclofosfamide, l'azatioprina ed il micofenolato. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti trattati può avere una lenta progressione delle erosioni con danno articolare irreversibile, documentabile radiologicamente, ed una progressiva riduzione della funzione degli organi vitali.

Per ciò che riguarda la terapia cortisonica, è oggi di uso comune il suo utilizzo quale terapia "ponte" per 6-8 settimane, prima cioè dell'inizio dell'effetto dei farmaci immunosoppressori, somministrati contemporaneamente.

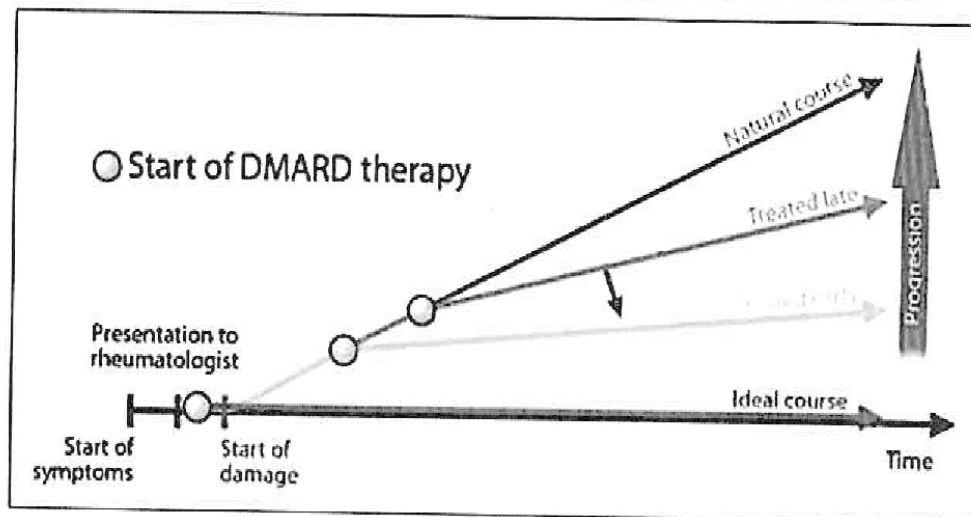


Molti studi dimostrano che tanto più il trattamento è precoce, tanto maggiore è il beneficio. Le linee guida più recenti raccomandano che la terapia con DMARDs inizi entro tre mesi dalla diagnosi ed è dimostrato che un ritardo di oltre dodici settimane tra l'esordio dei sintomi e la prima visita reumatologica comporta una più rapida distruzione articolare e una minore probabilità di ottenere una remissione a lungo termine.

E' opinione oggi unanime che i maggiori benefici si ottengono nei pazienti trattati precocemente piuttosto che nei pazienti che iniziano la terapia in epoca più avanzata del decorso di malattia (figura 2).

Appare quindi fondamentale, dal punto di vista prognostico, l'immediato invio del paziente su cui sospetta un'artrite in fase iniziale, da parte del Medico di Medicina Generale, allo specialista Reumatologo per l'inquadramento diagnostico e l'impostazione terapeutica.

Figura 2 - Inizio di terapia con DMARDs e influenza sul decorso dell'artrite reumatoide



Farmaci biotecnologici

I farmaci biotecnologici (biologici), diretti principalmente contro molecole specifiche della flogosi, devono essere impiegati nel rispetto delle raccomandazioni emanate dalla Società Italiana di Reumatologia, tenendo conto delle eventuali ulteriori evidenze scientifiche disponibili (Linee Guida BULAR 2016). Tali raccomandazioni hanno lo scopo di mettere in condizione il reumatologo di trattare condizioni cliniche coerentemente con le conoscenze disponibili e di ridurre la variabilità dei comportamenti, al fine di assicurare ai pazienti, il migliore intervento terapeutico possibile. Il requisito essenziale per l'utilizzo dei farmaci biologici è l'esattezza della diagnosi che deve essere formulata o convalidata da uno specialista in Reumatologia.

L'impiego dei farmaci biologici deve avvenire nel rispetto delle norme di sicurezza che regolano l'utilizzo di tali agenti. In particolare, prima e durante il trattamento deve essere posta attenzione sul possibile aumento del rischio infettivo collegato all'impiego dei farmaci biologici. Le infezioni più rilevanti sono quella tubercolare, quelle da agenti opportunistici, quelle batteriche in generale e quelle da agenti virali. Tra queste ultime, particolare rilievo hanno le infezioni da HIV, da herpes zoster e da virus dell'epatite B e C.

Allo specialista in reumatologia, adeguatamente formato all'individuazione precoce ed al monitoraggio di eventi avversi che possono occorrere in corso di terapia con farmaci biologici, è richiesto un particolare impegno verso i pazienti in trattamento con farmaci biologici, dal momento che la pianificazione delle attività deve essere elastica per gli "imprevisti" legati soprattutto alla comparsa di effetti indesiderati o di condizioni che possono comportare modifiche della cadenza dei controlli e dello schema di trattamento.

Infine, riprendendo il concetto di rete assistenziale che ha lo scopo di creare un percorso completo per il paziente reumatico, sarebbe utile prevedere il coinvolgimento, oltre al Reumatologo, di altri specialisti interessati alla cura delle numerose e gravi comorbidità connesse con le malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni. Inoltre, parte integrante del percorso dovrebbe essere rappresentata dall'assistenza domiciliare e dai trattamenti non farmacologici, tra cui gli interventi riabilitativi.

Una volta realizzata una rete regionale, occorrerebbe attivare degli organismi destinati a valutare i risultati ottenuti attraverso:

Supporto Psicologico

Al fine di ridurre i costi indiretti e intangibili della gestione dei malati reumatici è di vitale importanza favorire lo sviluppo di una rete assistenziale multispecialistica che si prenda cura del paziente nella sua totalità. Le variabili psicologiche sono di primaria importanza nel vissuto della malattia e si ripercuotono sull'intera esistenza dell'individuo, anche e soprattutto nell'aspetto lavorativo e produttivo. A livello psicologico una diagnosi di patologia reumatica provoca notevoli disagi, causati dalle inevitabili modifiche della propria vita.

Queste ultime riguardano, in primo luogo, la mancanza di sicurezza nel poter gestire adeguatamente il rapporto con tutto ciò che circonda il paziente e il potersi muovere liberamente ed in modo autonomo. Altre modifiche avvengono nel rapporto con gli altri, sia in ambito affettivo, sia in ambito lavorativo.

La prospettiva di una probabile progressiva perdita di autonomia spaventa chi è affetto dalla patologia, poichè subentra una condizione di necessità e subalternità rispetto agli altri, modificando la propria immagine tra il prima e il dopo la diagnosi di malattia. Tutto ciò può causare un isolamento fisico e psicologico. Non di rado, quindi, alla malattia reumatica si associa una vera e propria sindrome "ansioso-depressiva" che peggiora la situazione aumentando anche il costo sociale della collettività.



sia per la maggiore frequenza di assenze lavorative, sia per l'utilizzo di psico-farmaci. La presenza dello Psicologo, all'interno della rete assistenziale, è importante per la gestione di questo tipo di malattia e per attuare, insieme con il paziente, un percorso di accettazione, condizione essenziale per il recupero e per la limitazione anche dei costi sociali.

L'aspetto psicologico riguarda anche l'approccio verso la terapia farmacologica e contribuisce a migliorare la "compliance terapeutica". In questo modo è più facile il recupero della persona, anche dal punto di vista lavorativo, e si riduce l'impatto della disabilità sulla società e sui costi della comunità.

La presa in carico di un paziente risulta efficace attraverso un approccio multifattoriale. Il ruolo dello Psicologo è fondamentale nel supporto durante il percorso di accettazione e responsabilizzazione della cura, favorendo l'estrinsecazione del naturale istinto di conservazione con la conseguente motivazione alla collaborazione, e tirando fuori le sue stesse risorse per ridurre e circoscrivere (se non sconfiggere) la malattia.

In quest'ottica si inseriscono interventi sia individuali che di gruppo come ad esempio un "Consultorio per malati reumatici" in cui i professionisti possono prestare la propria opera in piena sinergia tra loro e con i pazienti

Medicina Fisica e Riabilitativa

Parlare del trattamento riabilitativo in campo reumatologico è piuttosto difficile vista l'eterogeneità delle patologie che include. Si tratta, infatti, di malattie che possono interessare solamente l'apparato locomotore, ovvero ossa, articolazioni, muscoli e il connettivo che li sostiene o, come avviene nella maggior parte dei casi, possono coinvolgere contemporaneamente anche tessuti/apparati diversi quali cuore, rene, polmoni, cute ecc. Sono normalmente patologie con un grosso impatto sulla qualità della vita delle persone colpite, che impongono spesso modifiche dello stile di vita con ripercussioni non solo a livello fisico ma anche psicologico, familiare e sociale. Due sono gli elementi che le accomunano: la cronicità e il dolore.

E proprio la cronicità e il dolore richiedono la necessità di proporre al paziente il più precocemente possibile un programma terapeutico multidisciplinare e interdisciplinare che vede nella riabilitazione uno dei capisaldi della terapia sia nella fase acuta sia in quella cronica della patologia. La riabilitazione è pertanto una "terapia" che, come quella farmacologica, non può e non deve essere esclusa, e va iniziata precocemente, fin dalla formulazione della diagnosi di malattia reumatica, prima che il danno funzionale si instauri, contribuendo così alla riduzione del dolore, prevenzione del decadimento muscolo/scheletrico, recupero/miglioramento di una menomazione e mantenimento di autonomie individuali. Per raggiungere questi obiettivi il trattamento riabilitativo si focalizza non solo sul paziente, ma in caso di necessità, interviene anche nell'ambiente in cui il paziente vive: il domicilio e/o posto di lavoro che possono essere modificati/adattati al fine di rendere il paziente il più autonomo



possibile.

Il programma riabilitativo deve essere specifico, personalizzato e pianificato in conformità a deficit rilevati o potenziali. È fondamentale quindi una conoscenza completa del paziente e delle caratteristiche clinico/biologiche della malattia. Un'accurata anamnesi, l'acquisizione di referti clinici e diagnostici, un esame obiettivo funzionale e posturale globale e segmentario, l'eventuale utilizzo di scale di valutazione validate e questionari di autovalutazione (SF-36, HAQ, BASDAI...), l'analisi dello stile di vita permetteranno di formulare un programma riabilitativo appunto "specifico e personalizzato" definendo le arce e i modi di intervento, gli obiettivi, i tempi, le verifiche e gli operatori coinvolti. È opportuno che tale programma sia concordato con il paziente stesso, al fine di una piena partecipazione e collaborazione, condizione indispensabile per permettergli di proseguire, almeno in certe fasi della malattia, in modo autonomo. Obiettivo primario sarà controllare il dolore (e per questo potranno essere di aiuto anche terapie fisiche), recuperare/migliorare la funzione deficitaria (tramite un'opportuna chinesia passiva, passiva/assistita e/o attiva), mantenere/ripristinare una corretta postura (rieducazione posturale globale), prevenire deformità e danni secondari (economia articolare), concordare un programma di auto-trattamento a domicilio e uno stile di vita compatibile con la patologia recuperando una qualità di vita accettabile.

Nel corso dell'evoluzione della patologia reumatica, sia in fase acuta che cronica, si potrà presentare la necessità di ottimizzare/risparmiare determinati movimenti utilizzando un'Economia Articolare (EA) ossia un insieme di strategie e tecniche finalizzate a minimizzare gli sforzi e l'affaticamento delle articolazioni. L'EA può essere infatti considerata come un insieme di "consigli" che hanno come obiettivo quello di far acquisire una gestualità corretta, adottando ausili e ortesi al fine di prevenire ed evitare lesioni di ordine meccanico alle articolazioni. Si riducono in tal modo gli sforzi e le sollecitazioni sulle articolazioni, sulle strutture muscolo-tendinee e sui legamenti facilitando i movimenti; ne consegue una riduzione del dolore, una prevenzione delle deformità articolari e quindi di disabilità. Un capitolo importante del trattamento riabilitativo è rappresentato dalla Terapia Occupazionale (TO) ossia quella parte della riabilitazione che mira al recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana ossia di quelle funzioni biologiche e psicosociali primarie quali l'autonomia nella cura di sé, nell'abbigliamento, igiene personale, alimentazione, attività domestiche, trasferimenti. Con la TO si pone particolare attenzione al paziente nell'ambiente domestico e, quando necessario, anche in quello lavorativo, ludico ecc. Anche in questi casi saranno di aiuto ausili specifici e/o modifiche ambientali.

In base alla peculiarità di ogni patologia si formuleranno ulteriori obiettivi specifici: ad esempio nella spondilite anchilosante si cercherà di ridurre la rigidità, migliorare la motilità del rachide, destrutturare compensi posturali e correggere atteggiamenti viziosi, migliorare/mantenere una buona meccanica respiratoria. Nell'osteoporosi si cercherà di educare il paziente a corrette norme igieniche di vita, potenziare la muscolatura estensoria del rachide, migliorare l'equilibrio. Nella sclerodermia migliorare





l'elasticità cutanea, mantenere una buona espressività e mimica facciale e un corretto modo di respirare ecc.

Il trattamento riabilitativo precoce della Spondilo-Artrite (SA) sembra migliorare sensibilmente la funzione della colonna vertebrale, delle articolazioni periferiche e dell'apparato respiratorio; sono raccomandati esercizi aerobici, stretching, riabilitazione polmonare, esercizi in gruppo, programmi di esercizi domiciliari, idrochinesiterapia e, ancora più efficaci, si sono mostrati gli esercizi terapeutici eseguiti sotto la supervisione di un fisioterapista.

Per quanto attiene l'Artrite Reumatoide, l'educazione del paziente e gli esercizi costituiscono la pietra miliare del trattamento e hanno dimostrato una forte evidenza di efficacia.

L'esame dello stato di salute del paziente affetto da Artrite Reumatoide (AR) dovrebbe essere globale e indagare sia gli aspetti clinici e biologici, sia quelli psico-sociali, in accordo con l'attuale ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Sono raccomandati esercizi aerobici moderati (60-80% HR), 3 volte la settimana per 30-60 minuti ed esercizi di rinforzo per almeno 2 sedute settimanali; nelle fasi di attività della malattia sono consigliati esercizi a basso impatto con allevio del carico. Programmi di rinforzo della mano, terapia occupazionale (in gruppo), economia articolare ed educazione del paziente hanno una buona evidenza di efficacia.

Il trattamento ortesico (tutori, calzature, ecc), ausili (ad esempio posate modificate), la dieta, il sostegno psicologico (tecniche di coping) devono essere opportunamente integrati nel progetto/programma riabilitativo in base all'evoluzione della malattia.

D. Follow Up

- Nell'ambito del follow up intermedio del paziente la Struttura Specialistica programma i necessari accessi successivi alla Struttura stessa, mediante impegnativa redatta dallo Specialista (visita specialistica di controllo).
- Conclusa la serie di attività erogate dalla Struttura Specialistica, il paziente stabilizzato e inquadrato viene, dalla stessa, indirizzato al MMG/PLS con relazione trasmessa dallo Specialista Reumatologo.
- Il MMG/PLS prende in carico il paziente stabilizzato e ne cura il follow up in condivisione e collaborazione con la Struttura Specialistica fino ad eventuale peggioramento del compenso e/o situazioni intercorrenti che ne rendano utile un nuovo accesso alla Struttura di riferimento con prescrizione di Prima visita reumatologica su ricettario del SSR.

L'obiettivo del **follow-up** del paziente reumatologico è il raggiungimento di una risposta clinica rapida e ottimale.



Follow-up dei pazienti in trattamento con DMARDs

La terapia con DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs - farmaci anti-reumatici modificatori di malattia) deve essere intrapresa non appena è stata fatta la diagnosi di malattia reumatologica con lo scopo di raggiungere in ciascun paziente l'obiettivo della remissione o della bassa attività di malattia.

Al termine del percorso diagnostico, lo specialista che ha effettuato la sintesi diagnostica, definisce la terapia e stabilisce l'opportuno calendario di controlli clinici per ciascun paziente nel rispetto dei principi del "Tight Control" e del "Treat to Target": strategie imprescindibili per un corretto e moderno approccio al malato reumatico.

Ove necessario, il paziente potrà essere inviato al Fisiatra per un adeguato trattamento di FKT da affiancare al trattamento farmacologico.

Per il trattamento farmacologico, lo Specialista prende direttamente in carico l'assistito e, dopo aver avviato la terapia più appropriata (FANS, DMARDs, Corticosteroidi), effettua una relazione al MMG o PLS con le considerazioni diagnostiche, terapeutiche o le indicazioni del follow-up. Tale follow-up viene indicato dallo Specialista del Centro che provvede direttamente alla prenotazione dell'appuntamento successivo (da 1 a 3 mesi). Lo Specialista del Centro prescrive su ricettario del SSN gli esami di laboratorio di controllo (Emocromo, VES, PCR, ALT, AST, creatinina, urine) per il corretto monitoraggio.

Il Centro prescrittore invia al MMG o al PLS i consigli per il monitoraggio della terapia. In presenza di effetti collaterali, reazioni avverse o riacutizzazione della malattia, il MMG/PLS può contattare direttamente lo Specialista in caso di evoluzione imprevista della malattia, prescrivere "prima visita reumatologica" con adeguata priorità.

In caso di risposta clinica adeguata e controlli ematochimici regolari, lo Specialista del Centro rivedrà il paziente nella data di follow-up stabilita per la valutazione dell'efficacia della terapia prescritta e per il monitoraggio (clinico, ematochimico e strumentale) della malattia.

Se nel controllo specialistico di follow-up la risposta al trattamento non risultasse soddisfacente, lo specialista reumatologo valuterà se avviare il 2° trattamento con farmaco di fondo (DMARD) non biologico (in monoterapia o terapia di combinazione) oppure ove necessario, in presenza di fattori prognostici negativi (quali ad esempio Fattore reumatoide o anticorpi anti-CCP positivi specie se ad alto titolo, danno articolare precoce, elevata attività di malattia) di avviare direttamente la terapia con il farmaco bio-tecnologico.

Follow-up dei pazienti con Artrite Infiammatoria in trattamento con farmaci biologici

La gestione dei pazienti in terapia con farmaci biologici è affidata allo specialista reumatologo sia per motivi di ordine amministrativo, sia per motivi clinici (complessità della terapia, valutazione della sua





efficacia, effetti collaterali potenzialmente gravi). I controlli ambulatoriali vengono effettuati ogni 2-3 mesi, conferendo allo specialista il ruolo di riferimento principale per il paziente. In questo contesto il MMG/PLS, acquisite le conoscenze di base riguardo i farmaci biologici ed i loro effetti (complicanze infettive minori, vaccinazioni, interazioni con altre terapie) resta comunque il responsabile della gestione delle comorbidità e collabora nella sorveglianza degli effetti collaterali e nell'educazione del paziente.

In conclusione:

- L'obiettivo primario del trattamento delle malattie reumatiche deve essere il raggiungimento di uno stato di remissione clinica.
- La remissione clinica è definita come l'assenza di segni e sintomi di una significativa attività infiammatoria della malattia.
- Anche se la remissione deve rimanere l'obiettivo principale, le evidenze scientifiche fanno ritenere la bassa attività di malattia un possibile obiettivo alternativo alla remissione, in particolare per pazienti con patologia persistente di lunga durata.
- Finchè l'obiettivo del trattamento non viene raggiunto, la terapia farmacologica deve essere aggiustata come minimo ogni 3 mesi.

Trascorso tale periodo, in caso di remissione non servono modifiche e occorre rivalutare il paziente dopo altri 3 mesi, mentre nell'eventualità di una bassa attività di malattia o se non si riscontrano miglioramenti significativi, il trattamento va aggiustato o modificato e la rivalutazione deve essere svolta dopo 1-3 mesi.

La misurazione dell'attività di malattia deve essere effettuata e documentata regolarmente: a cadenza mensile in pazienti con attività di malattia alta o moderata; ogni 3-6 mesi in pazienti con bassa attività di malattia stabile o in remissione; ogni 6 mesi - 1 anno in pazienti in remissione stabile.

Nella pratica clinica di routine, le decisioni terapeutiche devono avvalersi dell'uso di strumenti compositi di valutazione dell'attività di malattia, validati e che includano una valutazione delle articolazioni.

Oltre alla misurazione dell'attività di malattia, quando si prendono decisioni cliniche vanno considerati anche il danno strutturale e la disabilità funzionale. Per questo anche in caso di bassa attività stabile, se è presente un'evoluzione del danno strutturale, la terapia va modificata. La valutazione del danno, che deve essere come minimo annuale, può avvalersi di Rx, RMN, ecografia, a scelta del clinico.

La scelta dello score composito di valutazione e l'obiettivo che si definisce per un dato paziente devono tener conto della presenza di comorbidità. Altre patologie, infatti, potrebbero falsare la valutazione di attività o ridimensionare gli obiettivi raggiungibili con la terapia.



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in Reumatologia Pediatrica (PDTA)

Introduzione

Il presente percorso assistenziale ha lo scopo di standardizzare l'inquadramento, il trattamento e la gestione del paziente in età pediatrica che accede, con problematiche reumatologiche, negli ambulatori dei pediatri di Libera Scelta o presso i Medici di Assistenza Primaria o in Ospedale, secondo un percorso assistenziale definito (PDTA).

La contestualizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il paziente in età evolutiva necessita di prendere in considerazione alcune caratteristiche peculiari della cronicità pediatrica, come il continuo cambiamento dei bisogni nelle differenti fasi della crescita e la possibilità che malattia/disabilità possa ritardare, talora in modo irreversibile, il normale sviluppo.

Bambini e adolescenti devono essere seguiti in ambiente pediatrico dedicato e specializzato (L.176/91 "Convenzione di New York sui diritti del fanciullo") con interventi strutturati in funzione dei diversi tipi di patologia e fasce di età.

Secondo il **Piano Nazionale delle Cronicità** approvato con l'Intesa Stato Regioni del 15 Settembre 2016, esistono 4 principali macroaree di attività:

1) **La continuità assistenziale del bambino.** Il paziente pediatrico richiede prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, organizzate sulla base di valutazioni multidimensionali. Sono fondamentali: centralità della famiglia, coinvolgimento attivo del paziente ed empowerment di familiari e caregiver, componenti di un unico team clinico assistenziale, orientato a soddisfare le aspettative, le preferenze, i bisogni e i valori dei pazienti. Inoltre, le funzioni specialistiche devono integrarsi nei programmi informativi ed educativi nei contesti di vita (es. scuola, attività sportive).

2) **Il ruolo delle famiglie.** L'adattamento alla malattia è più difficile sia per il bambino che per la sua famiglia. Per la cura delle patologie croniche in età evolutiva il paziente e la famiglia sono i maggiori protagonisti ed i principali responsabili della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze. La presenza in casa di un paziente con patologia cronica incide su tutto il nucleo familiare, che diventa più vulnerabile. E' compito dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali fornire un sostegno alla famiglia, che può essere educativo-relazionale, economico-sociale o di altra natura, per alleggerire le famiglie da carichi assistenziali molto pesanti, dalla continuità dell'impegno e dall'intensità emotiva.

La condizione di cronicità può generare riflessi sull'intero nucleo familiare, per cui le famiglie possono "subire" la cronicità in termini di fragilità emotiva, relazionale e sociale di tutto il nucleo familiare.

3) **Ambiti relazionali specifici per l'età.** Il Programma di governo "Guadagnare salute", approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007, ha la finalità di costruire sinergie tra i servizi sanitari e





i servizi rivolti all'infanzia e promuovere collaborazioni con tutti i soggetti che ruotano attorno al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, tra cui la scuola.

Le difficoltà in ambito scolastico possono determinare sentimenti di diversità e condizioni di esclusione dei bambini con artropatie croniche, una limitazione del benessere psico-fisico e il rischio di sviluppare problemi psicosociali e comportamentali quali difficoltà relazionali, ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare.

4) Il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto.

I teen-ager hanno caratteristiche emozionali molto diverse da quelle dei bambini e degli adulti; in questa fase, l'adolescente deve rispondere a molte richieste interne (costruzione di una propria identità, nuove amicizie e relazioni, la scuola) e diventa per la prima volta interlocutore privilegiato al momento della visita medica (per sua esplicita richiesta o per un "fisiologico" allontanamento dalla famiglia).

In questa fase sono richiesti un lavoro particolare e una formazione di base sulla motivazione alla compliance e alla collaborazione, che tenga conto di una quota di "aggressività" nei confronti dei curanti (come nei confronti di altre figure adulte, in particolare i genitori) e della malattia.

La fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta (che include le variazioni biologiche della pubertà) pone particolari problemi alla persona con cronicità e al team che lo assiste. Alla fine del percorso di maturazione si rende necessario il passaggio di competenze da servizi con particolari competenze auxologiche, nutrizionali, relazionali, a servizi più vicini a problematiche "adulte" quali l'inserimento nel mondo del lavoro, la maternità/paternità, le complicanze tardive. La transizione dei pazienti dall'età pediatrica a quella dell'adulto, dovrebbe riconoscere un graduale passaggio dalla Rete pediatrica a quella della medicina dell'adulto. La struttura specialistica pediatrica e il Pediatra di Libera Scelta dovrebbero quindi integrarsi con le strutture proprie dell'età adulta e facilitare la presa in carico del giovane adulto affetto da patologia reumatica complessa. Alla struttura specialistica e al Pediatra, responsabili del paziente nella fase di transizione è affidato il ruolo di consulenti istituzionali, per garantire una corretta impostazione e prosecuzione dei protocolli di follow-up diagnostico terapeutico in atto.

Obiettivi generali del Piano Nazionale della Cronicità sull' Artrite Reumatoide e artriti croniche in età evolutiva sono:

- Identificare precocemente i soggetti affetti da artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva.
- Migliorare l'aderenza al trattamento (farmacologico e non farmacologico).
- Implementare la gestione integrata fra territorio e ospedale e fra specialisti e MMG e PLS.

Vengono inoltre individuati i seguenti obiettivi specifici:

- Promuovere programmi formativi sui criteri diagnostici per i sanitari delle cure primarie, per favorire la diagnosi precoce;
- Adottare percorsi clinici validati per migliorare il follow up delle persone con artrite



reumatoide e artriti croniche in età evolutiva ;

- Promuovere l'empowerment dei pazienti e dei professionisti per migliorare l'aderenza al trattamento;
- Agevolare l'accesso ai servizi migliorando l'informazione;
- Adottare protocolli per favorire la gestione integrata ;
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato.

Epidemiologia delle malattie reumatiche in età pediatrica

Le malattie reumatologiche in età pediatrica sono un gruppo eterogeneo di patologie, la cui causa è nella maggior parte dei casi ancora oggi poco conosciuta; esse sono caratterizzate da flogosi a carico del tessuto connettivo, con particolare interessamento dell'apparato muscolo-scheletrico e dei vasi. La patogenesi è da ricercare nella presenza di un'alterazione della risposta immunitaria che conduce all'infiammazione degli organi bersaglio. Tali patologie, spesso ad andamento cronico, recidivante, se non diagnosticate precocemente, possono determinare gravi complicanze come importanti limitazioni funzionali a carico delle articolazioni colpite, danni oculari, problemi renali o cardiaci e ritardo di crescita.

I quadri clinici più comuni sono: le artriti (infettive o autoimmuni), le connettiviti (LES, Dermatomiosite, Sclerodermia, vasculiti), le malattie dell'osso e le febbri periodiche.

Artrite idiopatica giovanile

L'artrite idiopatica giovanile è caratterizzata da una flogosi articolare cronica di origine sconosciuta che inizia prima del 16° anno di età. Essa rappresenta la più comune malattia reumatologica cronica dell'età pediatrica. Nelle nazioni sviluppate, questa malattia ha un'incidenza annuale variabile da 2 a 20 casi su 100.000 e una prevalenza variabile da 16 a 150 casi su 100.000.³ In Abruzzo stime recenti hanno evidenziato un'incidenza media di 6,34 per 100.000/anno con una netta prevalenza del sottotipo oligoarticolare (65% dei casi); l'età media di presentazione è di 6,8 +/- 3,7 anni nei maschi e 6,0 +/- 4 anni nel sesso femminile. Questi dati sono comparabili con quelli delle regioni del Sud Europa, dove è stata anche descritta una più elevata incidenza della forma oligoarticolare⁴.

Febbre reumatica (FR)

La malattia reumatica (o febbre reumatica) è una malattia autoimmune, sistemica, conseguente ad una infezione da streptococco beta emolitico di gruppo A (SBEA), solitamente una faringite. La patologia

³ (Lancet. 2007 Mar 3;369(9563):767-78. Juvenile idiopathic arthritis. Ravelli A, Martini A. Lancet. 2007 Mar 3;369(9563):767-78 - Juvenile idiopathic arthritis. Prakken B, Albani S, Martini A. Lancet. 2011 Jun 18;377(9783):2138-49)

⁴ (Clinical characteristics of juvenile idiopathic arthritis in an area of central Italy: a population-based study. Marzetti V, Breda L, Aiulli F, Filippetti F, Mancini C, Chiavelli F, Atobelli E. Ann Ig. 2017 Jul-Aug;29(4):287-292)





è endemica nei paesi in via di sviluppo (fino a 500.000 casi/anno) a causa delle precarie condizioni economiche ed igienico sanitarie, lo scarso accesso alle cure ed anche, in alcune aree, per una maggiore predisposizione genetica. Nella seconda metà del 20° secolo l'incidenza della malattia ha presentato un declino in Europa, nord America e negli altri paesi industrializzati. Questo declino è stato attribuito al miglioramento delle condizioni socio-economiche ed igienico-sanitarie. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un nuovo incremento del tasso di incidenza di tale patologia in queste aree. Stime recenti nella Regione Abruzzo riportano una incidenza annuale della malattia di 4,1 su 100.000 ed una prevalenza al 1° Gennaio 2010 di 41 su 100.000. L'età media di esordio della malattia è di 8,8 +/- 3,4 nei maschi e di 8,5 3,2 nelle femmine. Un danno valvolare residuo cardiaco è stato calcolato nel 44,3% dei pazienti. Questi dati epidemiologici sono sovrapponibili a quelli provenienti da altri paesi industrializzati⁵.

Vasculiti

Le vasculiti sono caratterizzate da una infiammazione dei vasi sanguigni, che coinvolge vene, capillari e arterie e che talora si associa a necrosi fibrinoide con distruzione della parete vasale. Può colpire vasi di piccolo, medio e grosso calibro. Tra le vasculiti dell'età pediatrica le più frequenti sono rispettivamente la porpora di Schoenlein Henoch e la malattia di Kawasaki. La malattia di Kawasaki, in particolare, rappresenta la più comune causa di cardiopatia acquisita dell'età pediatrica, in quanto nel 20-35% dei pazienti non trattati può complicarsi con aneurismi delle arterie coronariche e delle arterie periferiche. L'incidenza in Italia della malattia di Kawasaki è di 5,7 su 100.000 bambini dai 0 ai 14 anni e di 14,7 per 100.000 bambini di età inferiore ai 5 anni nel periodo dal 2008-2013. L'incidenza annuale della porpora di Schoenlein- Henoch in Italia è di 6,1 +/- 1,7 su 100.000⁶.

Febbri periodiche

Un nuovo gruppo di patologie del bambino di interesse reumatologico è rappresentato dalle sindromi auto-infiammatorie, caratterizzate da attacchi di infiammazione apparentemente spontanei. Queste comprendono la Febbre Mediterranea Familiare (FMF), la sindrome da iperIgD (HIDS), la TRAPS, le criopirinopatie (CAPS) e la PFAPA. Quest'ultima è sicuramente la sindrome auto-infiammatoria più frequente con una incidenza annuale di 40 casi/ 100.000⁷. Di queste patologie non si conosce una causa. Per tutte le altre è stata identificata una mutazione genetica responsabile. Tra le forme genetiche in

⁵ (Population-based study of incidence and clinical characteristics of rheumatic fever in Abruzzo, central Italy, 2000-2009. Breda L, Marzetti V, Gaspari S, Del Torto M, Chiarelli F, Altobelli E. *J Pediatr.* 2012 May;160(5):832-6)

⁶ (Epidemiology of Kawasaki disease in Italy: surveillance from national hospitalization records, Cimaz R, Fanti E, Mauro A, Voller F, Rusconi F. *Eur J Pediatr.* 2017 Aug;176(8):1061-1065)

⁷ (Padeh SI, Breznjak S, Zemer D, Pras E, Livneh A, Langevitz P, Migdal A, Pras M, Passwell JH. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenopathy syndrome: clinical characteristics and outcome. *J Pediatr.* 1999 Jul;135(1):98-101)



Italia, la FMF sembra essere più frequente di quanto si sia pensato in passato, soprattutto in alcune Regioni come la Sicilia, la Puglia. Anche in Abruzzo sono stati descritti numerosi casi di FMF⁸.

Diagnosi precoce

L'approccio diagnostico delle patologie reumatologiche infantili può risultare difficile in quanto per tutte queste condizioni non esistono accertamenti di laboratorio e strumentali diagnostici. Numerosi studi hanno dimostrato tuttavia che la diagnosi precoce e l'avvio di una terapia specifica possono migliorare l'outcome.

La diagnosi si basa su criteri clinici e sull'esclusione di condizioni di altra natura. Spesso per formulare la diagnosi è necessaria l'osservazione nel tempo, come ad esempio la persistenza dei sintomi oltre le 6 settimane è un criterio indispensabile per la diagnosi di AIG.

Anche nel Lupus eritematoso sistemico pediatrico, accade spesso che nuovi sintomi compaiono a distanza di tempo, consentendo di confermare la diagnosi.

L'anamnesi e l'esame obiettivo sono ausili diagnostici fondamentali in tutte queste patologie; gli esami di laboratorio sono utili per la conferma diagnostica, in alcuni casi possono essere d'aiuto l'ecografia articolare, la risonanza magnetica ed altri esami strumentali più sofisticati.

Artrite idiopatica giovanile

L'artrite idiopatica giovanile (AIG) è la più frequente malattia reumatologica dell'età pediatrica. Essa è caratterizzata da infiammazione persistente a carico di una o più articolazioni.

La diagnosi è esclusivamente clinica e si basa sulla presenza di un'artrite che:

- insorge prima dei 16 anni di età
- persiste per almeno 6 settimane
- è di origine sconosciuta.

L'ultima classificazione ILAR⁹ individua 7 quadri clinici diversi tra loro (tabella 1) sulla base dell'andamento della malattia nei primi 6 mesi.

Tabella 9: frequenza, età di esordio e distribuzione per sesso dei sottotipi di AIG sec ILAR¹⁰

	Frequenza	Età di esordio	Sesso
Artrite sistemica	4-17%	Tutta l'età pediatrica	F=M

8. *At familial Mediterranean fever is no longer a rare disease in Italy. La Regina M, Nucera G, Diaco M, Procopio A, Gasbarrini G, Notarnicola C, Kone-Paut I, Touitou I, Manna R. Eur J Hum Genet. 2003 Jan;11(1):50-6*

⁹ (Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004; 31: 390-92)

¹⁰ (Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007 Mar 3;369(9563):767-78)





Oligoartrite	27-56%	Prima infanzia: picco tra 2-4 anni	F>>>M
Poliartrite FR positiva	2-7%	Tarda infanzia o adolescenza	F>>M
Poliartrite FR negativa	11-28%	Distribuzione bifasica: 2-4 anni e 6-12 anni	F>>M
Artrite correlata ad artrite	3-11%	Tarda infanzia o adolescenza	M>>F
Artrite psoriasica	2-11%	Distribuzione bifasica: 2-4 anni e 9-11 anni	F>M
Artrite indifferenziata	11-21%		

a. AIG Sistemica (4-17%)

Si tratta di una forma clinica diversa dalle altre, in quanto l'artrite è accompagnata o preceduta da picchi febbrili quotidiani della durata di almeno due settimane più uno dei seguenti:

1. rash eritematoso evanescente non fisso;
2. ingrandimento generalizzato dei linfonodi;
3. epatomegalia, splenomegalia, o entrambi;
4. sierositi.

b. AIG Oligoarticolare (27-56%)

Artrite di ≤ 4 articolazioni durante i primi 6 mesi di malattia. Sono state riconosciute 2 categorie:

1) oligoartrite persistente con interessamento di non più di 4 articolazioni durante tutto il decorso della malattia

2) oligoartrite estesa con interessamento di più di 4 articolazioni dopo i primi 6 mesi di malattia

Il rischio più importante di questa forma è l'interessamento oculare sotto forma di uveite anteriore o di iridociclite. L'uveite è spesso asintomatica e necessita pertanto di screening ripetuti con lampada a fessura per poterla individuare. Questa complicanza colpisce in maggiore misura il sesso femminile; i pazienti con anticorpi antinucleo (ANA) positivi hanno un rischio più elevato.

c. AIG Poliarticolare Fattore Reumatoide negativa (11-28%)

Artrite di 5 o più articolazioni durante i primi 6 mesi di malattia; assenza del fattore reumatoide

d. AIG Poliarticolare Fattore Reumatoide positiva (2-7%)

Artrite di 5 o più articolazioni durante i primi 6 mesi di malattia

Fattore reumatoide positivo in due determinazioni effettuate ad almeno 3 mesi di distanza

e. Artrite correlata ad entesite (3-11%)

Artrite e entesite oppure Artrite o entesite e almeno due dei seguenti:

1. Presenza di una storia o di dolorabilità sacro-iliaca e / o dolore lombosacrale infiammatorio;
2. HLA B27 positivo;



3. Artrite in un maschio di oltre 6 anni di età;
- 4 Uvcite anteriore acuta (sintomatica);
5. Storia di spondilite anchilosante, artrite entesite-correlata, sacroileite con malattia infiammatoria intestinale, artrite reattiva (sindrome di Reiter), o uvcite anteriore acuta in un parente di primo grado.

f. Artrite Psoriasica (2-11%)

Artrite e psoriasi oppure Artrite e almeno due dei seguenti:

1. Dattilite;
2. Nail pitting o onicolisi;
3. Psoriasi in un parente di primo grado.

g. Artrite indifferenziata (11-21%)

Non soddisfa nessuno dei sottotipi di cui sopra oppure soddisfa più di uno dei sottotipi di cui sopra.

Febbre reumatica

La febbre reumatica (FR) è causata da una reazione immunologica all'infezione da SBEA, solitamente una faringite, con risposta infiammatoria acuta generalizzata. L'infezione streptococcica e l'insorgenza delle manifestazioni cliniche della FR sono separate da un periodo di latenza di 2-3 settimane in cui il paziente è asintomatico. Gli organi più comunemente colpiti sono le articolazioni, il cuore, la cute e il sistema nervoso centrale, non sempre tutti insieme e non sempre in maniera simultanea.

Manifestazioni cliniche:

Artrite (60-80%)

L'artrite è caratterizzata da articolazione tumefatta, calda, dolente al movimento. Rappresenta la più comune modalità di presentazione della malattia reumatica. E' solitamente:

- asimmetrica;
- migrante (mentre una inizia ad infiammarsi, un'altra guarisce), ma può essere anche aggiuntiva (più articolazioni si infiammano, senza che nessuna tenda a migliorare);
- in genere sono interessate grosse articolazioni, quali anche e ginocchia;
- estremamente dolente;
- risponde in modo eccellente ai farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) solitamente in 12-24 ore.

Cardite reumatica (30-45%)

La cardite della MR è un'infiammazione di miocardio, endocardio e pericardio, ma le manifestazioni principali sono l'endocardite mitralica, più frequente, oppure aortica. La cardite può essere concomitante alla febbre ed all'artrite o può comparire dopo 2-6 settimane. L'endocardite mitralica conduce, in genere, all'insufficienza valvolare; con prolungate e ricorrenti ricadute può anche dare esito a lesioni stenotiche. L'insufficienza mitralica si presenta come un soffio apicale, un murmure olosistolico. L'endocardite aortica si manifesta con insufficienza aortica, ed è caratterizzata da un





precoce murmure diastolico ascoltato alla base del cuore, accentuato quando il paziente è seduto aver cacciato tutta l'aria e trattenuto il respiro. La pericardite si riscontra nel 5% dei casi di FR.

All'ECG si può evidenziare:

- Allungamento del tratto P-R (vn 0,12-0,20 mm);
- Segni di ipertrofia (complessi QRS ampi);
- Segni di sovraccarico (T striate o invertite);
- Segni di versamento pericardico (T sovraslivate).

La tachicardia sinusale può essere una manifestazione non specifica di FR, soprattutto se compare in paziente a riposo o apiretico.

Corea di Sydenham (10-15%)

La corea di Sydenham consiste in movimenti involontari, afinalistici, aritmici, talora a scatto, specialmente di mani, piedi, lingua e volto mentre il paziente è sveglio. Questi possono interessare anche solo un lato del corpo.

I segni clinici più evidenti includono:

- Il segno del mungitore (ritmica compressione quando il paziente afferra la dita dell'esaminatore);
- Il segno del cucchiaino (l'estensione anteriore delle braccia conduce a una flessione dei polsi ed estensione delle dita);
- il segno del pronatore (l'estensione delle braccia sopra il capo induce una pronazione delle mani);
- inabilità a mantenere la protrusione della lingua.

La corea è la manifestazione della MR più facilmente ricorrente e tende a regredire in un periodo compreso tra alcune settimane e 2-3 mesi. I pazienti con FR possono presentare anche altre manifestazioni neuro-psichiatriche come disturbi dell'attenzione, iperattività, ansia, depressione, disfunzioni cognitive.

Eritema marginato (5%)

L'eritema marginato è anch'esso raro. Anch'esso è altamente specifico di MR. Consiste in macula eritematosa reseoliforme con contorni serpiginosi ed irregolari ma di aspetto circolare. Le lesioni non sono pruriginose, non sono dolenti e si presentano al tronco ed alle estremità prossimali, ma quasi mai sul volto. Il rash non è influenzato dagli antiinfiammatori, e può durare per settimane o mesi, nonostante la risoluzione di altri sintomi di MR.

Noduli sottocutanei (0,7-4,7%)

Sono molto rari, ma altamente specifici. Essi sono di 0.5-2 cm di diametro, rotondi, solidi, mobili e non dolenti; si manifestano in gruppo, a livello di gomiti, ginocchia, caviglie, decorso dei tendini, sulla colonna. Tendono ad apparire 1-2 settimane dopo l'esordio degli altri sintomi, perdurano 1-2 settimane (raramente più di un mese) e sono fortemente associati con la cardite.



Manifestazioni minori

- Artralgia;
- Febbre (TC > 38°C);
- Aumento degli indici infiammatori;
- Prolungamento dell'intervallo P-R ed altre anomalie del ritmo.

La diagnosi di FR è affidata a criteri clinici e laboratoristici che sono stati inizialmente proposti da Thomas Duckett Jones nel 1944, più volte revisionati dalla American Heart Association (AHA). In quest'ultima revisione sono state prese in considerazione alcune importanti modifiche come l'introduzione della cardite subclinica, come criterio maggiore (tabella 10).

Tabella 10: Criteri di JONES revisionati 2015¹¹

A. Per tutti i pazienti con evidenza di pregressa infezione da SBEA	
FR iniziale	2 criteri maggiori oppure 1 criterio maggiore e 2 criteri minori
FR ricorrente	2 criteri maggiori oppure 1 criterio maggiore e 2 criteri minori oppure 3 criteri minori

B. Criteri MAGGIORI	
<i>Popolazioni a basso rischio</i>	<i>Popolazioni a medio e alto rischio</i>
Cardite - Clinica e/o subclinica	Cardite Clinica e/o subclinica
Artrite - Solo poliarticolare	Artrite - Mono o poliarticolare - Poliartralgia
Corea	Corea
Eritema marginato	Eritema marginato
Noduli sottocutanei	Noduli sottocutanei

¹¹ Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, Remenyi B, Taubert KA, Bolger AF, Boerman L, Mayosi BM, Beaton A, Pandian NG, Kaplan EL: American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015 May 19;131(20):1806-18.





C. Criteri MINORI	
Popolazioni a basso rischio	Popolazioni a medio ed alto rischio
Poliartralgia	Monoartralgia
Febbre ($\geq 38.5^{\circ}\text{C}$)	Febbre ($\geq 38.5^{\circ}\text{C}$)
VES ≥ 60 mm nella prima ora e/o PCR ≥ 3 mg/dl	VES ≥ 30 mm nella prima ora e/o PCR ≥ 3 mg/dl
P-R allungato	P-R allungato

Evidenza di infezione da SBEA

Indispensabile per confermare un sospetto diagnostico è la dimostrazione dell'avvenuta infezione streptococcica. A tal fine è necessario dimostrare una positività del tampone faringeo (solo nel 25% dei pazienti in corso di FR) e/o l'aumento del titolo degli anticorpi anti-streptococco (TAS). Il TAS di solito aumenta entro 1-2 settimane e raggiunge un massimo in circa 3-6 settimane dopo l'infezione, inizia ad abbassarsi da 6-8 settimane dopo l'infezione per ritornare ad i livelli pre-infezione in 6-12 mesi. In caso di negatività del TAS è necessario ricorrere alla determinazione degli anticorpi anti-DNasi. Il titolo antiDNasi B può impiegare 6-8 settimane per raggiungere il massimo, dopo 3 mesi inizia ad abbassarsi per rimanere elevato più a lungo rispetto al TAS.

Vasculiti

Malattia di Kawasaki

La malattia di Kawasaki (MK) è una vasculite dei vasi di medio calibro febbrile sistemica, complicata da aneurismi delle coronarie o delle arterie periferiche nel 20-35% dei pazienti non trattati. La diagnosi di MK è clinica si basa sui criteri della AHA rappresentati in Tabella 11:

Tabella 11: MK classica¹²

Febbre	Febbre da almeno 5 giorni, tipicamente con alti picchi ($< 39^{\circ}\text{C}$), remittente, non responsiva a terapia antipiretica e antibiotica, che dura una media di 10 giorni se non trattata
associata a 4 delle seguenti manifestazioni	
Congiuntivite	Congiuntivite bilaterale, tipicamente bulbare, non essudativa
Cambiamenti nelle mucose	Eritema, ecchilite angolare delle labbra "lingua della fragola" Eritema diffuso della mucosa orale
Linfoadenopatia	Linfoadenopatia laterocervicale monolaterale con singolo linfonodo $> 1,5$ cm oppure più linfonodi più piccoli, non mobili, non fluttanti

¹² Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics* 2004; 114:1708-33.



Rash polimorfo	Comunemente maculopapulare, ma può essere eritematoso, orticarioide, o simile a eritema multiforme, può presentare desquamazione precoce nella regione perineale
Alterazioni delle estremità	Eritema ed edema di mani e/o piedi visibili nella fase acuta; nella fase subacuta può verificarsi la desquamazione perunguale

Esistono tuttavia forme di malattia incompleta o atipica:

MK incompleta:

Febbre accompagnata da un numero insufficiente di criteri diagnostici.

Dal momento che i segni tipici non compaiono simultaneamente, ma in successione secondo una sequenza caratteristica, spesso è necessario attendere i primi giorni di febbre per poter definire completa o meno la malattia.

MK atipica:

I segni classici della malattia sono associati-dominati da manifestazioni inusuali come addome acuto, ostruzione delle vie aeree superiori a causa della linfoadenopatia, meningoencefaliti, cecità, sordità transitoria, paralisi del nervo faciale, artrite, idrope della colecisti.

La MK include tre fasi:

1. la **fase acuta**, che si manifesta nelle prime 2 settimane, con febbre e altri sintomi;
2. la **fase subacuta**, dalla 2^a alla 4^a settimana, caratterizzata da un aumento del numero delle piastrine nel sangue e dal rischio di comparsa di aneurismi dei vasi coronarici;
3. la **fase di convalescenza**, fino al terzo mese, ed è caratterizzata dalla normalizzazione degli esami di laboratorio, dalla risoluzione o dalla riduzione delle dimensioni delle anomalie a carico dei vasi sanguigni.

La malattia, se non trattata, può avere un decorso autolimitante per circa 2 settimane, lasciando tuttavia il danno a carico dei vasi coronarici.

Porpora di Schonlein-Henoch

La porpora di Schonlein-Henoch (HSP) è una vasculite non granulomatosa dei piccoli vasi che può avere coinvolgimento multisistemico. Le localizzazioni tipiche della HSP sono la cute, le articolazioni, il tratto gastrointestinale e il rene. L'andamento della malattia è benigno, le complicanze sono rare.

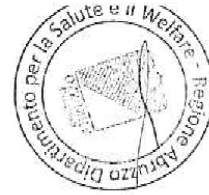
Criteri diagnostici:

Porpora o petecchie palpabili (condizione obbligatoria) prevalente a carico degli arti inferiori più almeno uno dei seguenti criteri:

- dolore addominale
- artrite o artralgia
- interessamento renale

La glomerulonefrite è una complicanza che può interessare 1/3 dei bambini con HSP, in meno del 10% dei casi rappresenta una condizione severa.





Sindromi autoinfiammatorie

Le malattie autoinfiammatorie sono un gruppo di patologie caratterizzate dalla presenza di infiammazione cronica o ricorrente secondaria ad una abnorme attivazione delle cellule dell'immunità innata (neutrofili, monociti/macrofagi). Nella maggior parte dei casi la condizione di iperattività dell'immunità innata di queste malattie è secondaria a mutazione di geni che codificano proteine cruciali nella regolazione della risposta infiammatoria (le cosiddette malattie autoinfiammatorie monogeniche o ereditarie) (Tabella 12).

Tabella 12: Caratteristiche cliniche delle Sindrome autoinfiammatorie¹³

Febbre ricorrente				
	HIDS	FMF	CAPS	TRAPS
Esordio	< 1 anno (0,1-0,4 anni)	2,7 anni (1,1 -5,3 anni)	< 1 anno (0-3 anni)	4,3 anni (0,63 anni)
Durata degli attacchi febbrili	4 giorni (3-6 giorni)	1-3 giorni	< 2 giorni- continua	>7-14 giorni (media 10,8 giorni, 33% meno di 7 giorni)
Trigger	Vaccinazioni, stress, infezioni	Stress, mestruazioni, infezioni	Freddo	Stress, mestruazioni, infezioni, vaccinazioni
Cute	Rash maculopapulare	Eritema simil-erisipela	Rash simil-orticaria	Rash migrante e mialgia
Muscolo scheletrico	Artalgia, mialgia	Monoartrite	Artalgia, artrite, crescita ossea anormale (NOMID)	Mialgia severa, artalgia
Addome	Dolori addominali severi, diarrea, vomito, splenomegalia	Dolore addominale severo	-	Dolore addominale
Occhio	-	-	Congiuntivite, episclerite, uveite, edema del disco ottico	Edema periorbitale, dolore, congiuntivite
Sintomi specifici	Linfadenopatia laterocervicale, aftosi orale, cefalea, ritardo mentale (nelle forme gravi)	Eritema simil-erisipela, sierositi severe (pericarditi, pleuriti, dolore addominale), artrite	Rash simil-orticaria, meningite asettica cronica, perdita dell'udito	Mialgia migratoria e rash, edema periorbitale
Gene	MVK	MEFV	NLRP3	TNFRSF1A
Trattamento	Anti-TNF, anti-IL1	Colechicina, anti-IL1	Anti-IL1	Anti-TNF, anti-IL1

La più frequente di queste è la PFAPA (Tabella 13), tuttavia non è stato individuato alcun gene responsabile.

¹³ Federici S. et al. Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO) and Eurofever Project. Evidence-based provisional clinical classification criteria for autoinflammatory periodic fevers. *Ann Rheum Dis*. 2015
Erdal Sag & Yelda Bilginer & Seza Ozen. Autoinflammatory Diseases with Periodic Fevers. *Curr Rheumatol Rep*, 2017



Tabella 13: Caratteristiche cliniche della PFAPA¹⁴

PFAPA
Episodi febbrili ricorrenti con esordio prima dei 5 anni di età
Sintomi costituzionali, in assenza di infezioni delle alte vie respiratorie con almeno uno tra:
<ul style="list-style-type: none">• Stomatite aftosa• Linfadenite cervicale• Faringite
Esclusione della neutropenia ciclica mediante controlli seriati dei globuli bianchi prima, durante e dopo i periodi sintomatici
Periodi asintomatici tra gli accessi febbrili
Normale crescita statura-ponderale e normale sviluppo psico-fisico

Terapia delle malattie reumatiche in età pediatrica

Per la Terapia si rimanda ai corrispettivi paragrafi riferiti all'età adulta. Tuttavia sono necessarie alcune specifiche per l'età pediatrica

Farmaci biologici

Negli ultimi anni molti progressi sono stati compiuti nel trattamento delle patologie reumatiche dell'età pediatrica, in particolare con l'introduzione dei farmaci cosiddetti biologici. Si tratta di farmaci prodotti tramite ingegneria biologica che sono diretti principalmente contro molecole specifiche della flogosi (fattore di necrosi tumorale o TNF, interleuchina 1 o 6, antagonista recettoriale della cellula T). Gli agenti biologici sono stati identificati come mezzi importanti per bloccare il processo infiammatorio tipico delle patologie reumatiche. Attualmente esistono diversi agenti biologici quasi tutti approvati per l'uso soprattutto nell'AIG. In generale, gli agenti biologici sono associati a un maggior rischio di infezione; pertanto è informare il paziente/genitore sulle misure di profilassi e sul rischio infettivo, in particolare quello tubercolare. Il test cutaneo della tubercolosi o PPD va ripetuto in questi pazienti prima dell'inizio del trattamento e successivamente una volta l'anno.

I farmaci biologici approvati all'uso nelle patologie reumatiche pediatriche si distinguono in:

- Farmaci anti-TNF (etanercept, adalimumab, infliximab, golinumab);
- Farmaci anti interleuchina 1 (anakinra e canakinumab);
- Farmaci anti interleuchina 6 (tocilizumab).

Nelle tabelle 14 e 15 sono riportate le indicazioni attuali dei farmaci biologici in età pediatrica.

¹⁴ Criteri diagnostici per la sindrome PFAPA (da Marshall et al., 1989, modificati da Thomas et al.,



Tabella 14: antiTNF approvati per uso pediatrico

	AIG				Crohn	Psoriasi	RCU
	Oligo	Poli	ER	Ps			
Etanercept	✓ ^a	✓ ^a	✓ ^b	✓ ^b		✓	
Adalimumab		✓ ^a	✓ ^c		✓	✓	
Infliximab					✓		✓
Golimumab		✓ ^d					

a: > 2 anni d'età;

b: > 12 anni d'età;

c: > 6 anni d'età;

d: per pazienti >40 Kg

Tabella 15 : antiIL-1 e anti IL-6 approvati per uso pediatrico

	sAIG	CAPS
Anakinra		✓
Canakinumab	✓	✓
Rilonacept		✓
Tocilizumab	✓	

La transizione

Il passaggio dalle cure pediatriche alle cure degli adulti rappresenta una fase delicata determinante per la continuità assistenziale nel paziente con malattia reumatologica cronica. La transizione bambino-adulto dal pediatra reumatologo al reumatologo dell'adulto è da considerarsi come un processo dinamico e di lunga durata del percorso di cura, il cui fine deve essere quello di soddisfare e governare i bisogni individuali del giovane paziente reumatico. Ciò richiede un intervento multidisciplinare e collaborazione fra medici specialisti, i medici delle cure primarie, i pazienti e le loro famiglie.

Il timing ottimale di transizione è attorno ai 14-16 anni.

Il modello organizzativo dell'Ambulatorio della transizione reumatologico pediatrico prevede:

- L'identificazione del Reumatologo pediatrico e Reumatologo dell'adulto, che operano contemporaneamente nella pianificazione dell'assistenza, coordinamento con le varie figure professionali che ruotano attorno al paziente (fisiatra del bambino e dell'adulto, oculista,



dermatologo, psicologo, assistente sociale, fisioterapista, ortopedico), coordinamento con le famiglie, con lo stesso paziente.

- Identificazione delle competenze e conoscenze necessarie per il controllo e cura del piccolo paziente (ecografia articolare e muscolo-tendinea, infiltrazioni eco-guidate ed eco-assistite, terapia infiltrativa locale multi-articolare in regime di anestesia c/o sedo-analgesia).
- Predisposizione ed aggiornamento della documentazione clinica accessibile e trasferibile.
- Predisposizione di un programma di transizione assieme al paziente e la sua famiglia.

La probabilità di successo nella transizione aumenta se è supportata da un team multidisciplinare, in grado di sostenere i bisogni individuali del piccolo paziente. Ciò garantisce una progressiva promozione dell'*indipendenza* dell'adolescente nella sua crescita con progressiva riduzione del coinvolgimento della famiglia nella fase di transizione. Governare il passaggio dalle cure pediatriche alle cure dell'adulto è ormai da considerarsi come una sfida non più rimandabile, basata sull'assistenza centrata sul paziente e sulla famiglia.

Ruolo del Pediatra di libera scelta e del Pediatra Reumatologo

Ruolo del Pediatra di Libera Scelta

Il coordinamento delle attività spetta al Pediatra, specialista che, per la consapevolezza delle caratteristiche di espressione della malattia cronica in quel bambino, è in grado di riconoscere gli indicatori della qualità di vita per il bambino e la famiglia, di guidare i programmi abilitativi/riabilitativi e, nei pazienti curabili, specifici programmi terapeutici.

Il pediatra di libera scelta (PLS) è il primo referente con il quale il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni. Egli è dunque la prima figura medica che, sulla base della raccolta dei dati anamnestici, è in grado di individuare eventuali fattori di rischio che possano richiedere approfondimenti diagnostici. Il PLS ha dunque un ruolo fondamentale nel percorso iniziale della malattia poiché molto spesso è colui che per primo osserva i segni e sintomi iniziali che possono evidenziare il rischio di una malattia reumatologica nel bambino. A lui spetta indirizzare il paziente al pediatra reumatologo compiendo quindi - con questo primo livello di valutazione - un importante passo avanti nell'evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse.

Una volta formulata la diagnosi di patologia reumatologica, il PLS collabora insieme allo specialista, al fornire informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili, aiutandoli a responsabilizzarsi. La figura del PLS è importante anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista Reumatologo.





Le malattie reumatiche richiedono terapie complesse che vanno continuamente monitorate nel tempo, sia per individuare una eventuale intolleranza, sia per modificarle nel caso di malattia non ben controllata e/o complicanze della terapia.

Ruolo del Pediatra Reumatologo

Il compito fondamentale del Pediatra Reumatologo è quello di valutare il sospetto diagnostico formulato dal PLS e di inquadrare la malattia reumatologica. Nello specifico il Reumatologo ha il compito di:

- confermare o escludere il sospetto diagnostico;
- eseguire e richiedere eventuali esami diagnostici e complementari (esami laboratoristici, esami strumentali, visite specialistiche OCI, per screening uveite);
- prescrivere la terapia specifica e verificare la sua efficacia nel tempo;
- somministrazione di agenti terapeutici in ambiente protetto (farmaci biologici, infiltrazione articolari con farmaci steroidei in sedazione);
- decidere e condividere con il paziente la strategia terapeutica definendo il miglior programma terapeutico adatto al singolo caso;
- monitorare eventuali effetti collaterali da farmaci;
- identificare eventuali comorbidità;
- individuare le altre figure specialistiche da coinvolgere nel follow-up del paziente;
- monitorare l'evoluzione della malattia attraverso visite ed esami specialistici periodici;
- confrontare ed aggiornare costantemente la metodica clinica con la letteratura emergente e con partecipazione attiva ad eventi di formazione e ad incontri istituzionali;
- confrontarsi costantemente con le associazioni di pazienti.

La costante collaborazione e comunicazione che deve intercorrere tra il Pediatra Reumatologo ed il Pediatra di Libera Scelta si realizza concretamente attraverso la redazione (supporti informatici, schede tecniche, etc.) di una relazione scritta da parte dello specialista riportante la diagnosi, la terapia prescritta ed il follow-up con esami di controllo e la tempistica dei successivi controlli specialistici.



La formazione degli operatori sulle **Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni**

E' necessaria la formazione degli operatori sulle **Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni** e le loro complicanze secondo un approccio multidisciplinare integrato.

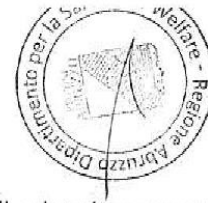
Tutti gli operatori devono essere informati e "formati" alla gestione del sistema.

Obiettivi principali del piano di formazione sono i seguenti:

- far condividere ai partecipanti le linee guida organizzative per la gestione delle **Malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni**, cercando il consenso e l'adesione necessari alla loro implementazione;
- far condividere ai partecipanti le linee guida cliniche contribuendo a offrire un trattamento omogeneo e a creare un linguaggio comune nella comunicazione tra operatori e con le persone con **Malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni**;
- offrire ai partecipanti alcuni strumenti di interazione efficace con i propri assistiti, finalizzati a migliorare la relazione e a promuovere la partecipazione attiva delle persone con **Malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni** alla gestione della propria malattia;
- analizzare i risultati raggiunti nell'implementazione della gestione delle **Malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni** valutando i punti di forza e le criticità;
- identificare e proporre eventuali correttivi legati alla propria pratica professionale o che richiedano un intervento dei decisori.

Al fine di realizzare i suddetti obiettivi si dovranno programmare ed organizzare eventi di base per Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, per informare e aggiornare su tutti gli aspetti scientifici delle patologie reumatologiche e su quelli clinico-sociali per i pazienti; organizzare altresì momenti – non solo di aggiornamento scientifico – destinati agli specialisti che intervengono nel processo di presa in carico integrata del paziente (Reumatologi e branche affini). Tali corsi di formazione avrebbero, così, il compito di implementare e diffondere la conoscenza delle nuove tecnologie sia per la diagnosi (ecografia, RMN capillaroscopia, ecc) che per le terapie (ecografia interventistica ecc.).





Indicatori

Nell'ambito della progettazione e analisi dei PDTA, gli indicatori di valutazione rappresentano uno degli strumenti per verificare, in modo sintetico, la specifica applicazione del percorso e gli scostamenti tra il percorso di riferimento e quello effettivamente attuato nell'organizzazione.

Al fine di verificare l'attivazione e la gestione del PDTA del presente documento vengono individuati i seguenti indicatori per i diversi livelli organizzativi in cui operano le varie figure coinvolte.

Indicatori Organizzativi

- Recepimento del PDTA regionale per le malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni: Atto aziendale entro 30 giorni dalla trasmissione della Delibera di Giunta Recepimento.
- Protocolli clinico organizzativi aziendali delle malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni entro 30 giorni.
- N° di eventi formativi aziendali sul PDTA del paziente con malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni: almeno 1/anno.

Indicatori di Processo

- Numero di pazienti con diagnosi definitiva di Malattia Reumatica sul totale dei pazienti con sospetto diagnostico di M.R. nell'arco dell'anno, valore atteso 60%.

Indicatori di Esito

- Numero di pazienti con malattia reumatica ad attività molto elevata sul totale dei pazienti AR nell'anno, valore tendenziale atteso 20%.
- Numero di pazienti con malattia reumatica ad attività moderata sul totale dei pazienti AR nell'anno, valore tendenziale atteso 25%.
- Numero di pazienti con malattia reumatica ad attività minima sul totale dei pazienti AR nell'anno, valore tendenziale atteso 25%.
- Numero di pazienti con patologia in remissione sul totale dei pazienti AR nell'anno, valore tendenziale atteso 30%.

Indicatori Piano Nazionale delle Cronicità Reumatiche

- % di popolazione diagnosticata precocemente (secondo quanto previsto dalle linee guida).
- % di professionisti coinvolti in un PDTA.

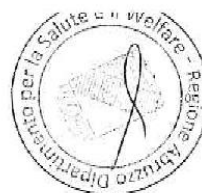


Classi di priorità prima Visita Reumatologica

Prima Visita Reumatologica	
U - URGENTE entro 72 ore	<ul style="list-style-type: none"> • Significative alterazioni ematologiche o gravi reazioni avverse con impegno generalizzato in pazienti trattati con farmaci biologici e/ o immunosoppressori (Piastrine<30.000; Neutrofili<500; Hgb<8) • Lesioni ischemiche digitali di recente insorgenza in pazienti con Fenomeno di Raynaud • Cefalea di recente insorgenza o emicrania temporale in soggetto di età >65 anni con indici di flogosi notevolmente alterati;(VES 8-10 volte v.n.; PCR almeno 5 volte v.n.)
B - BREVE entro 10 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Artrite acuta di nuova insorgenza che necessita di artrocentesi • Dolore acuto da frattura vertebrale da fragilità ossea documentata da indagine radiografica • Poliartrite acuta con test di flogosi alterati • Dolore e ipostenia ai cingoli con aumento degli indici di flogosi e/o degli enzimi muscolari • Eritema nodoso • Febbre persistente (FUO) di origine sconosciuta da almeno due settimane (bambino) o quattro settimane (adulto)
D - DIFFERITA entro 30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> • Lombalgia infiammatoria (> 3 mesi; < 45 aa; migliora con l'attività e i FANS) • ANA positivo >1:160 in soggetto con elementi suggestivi di malattia autoimmune (febbre, artralgie, rash cutaneo, F. di Raynaud)
P PROGRAMMATA	Tutto quello non compreso nelle classi precedenti

Legenda: Prima visita: nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico - terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia (All.4 D.P.C.M. 12 gennaio 2017)





Allegato 2

SCHEMA PAC-VASCULITI

Codice PAC: P446A

Codice patologia (ICD9-CM): _____

Codice regionale presidio erogatore		Descrizione presidio erogatore		
Cognome utente		Nome utente		
Codice fiscale		Comune - Provincia di residenza		
Via e numero civico		Recapito telefonico		
Regione residenza	ASL residenza	Esenzione per patologia		
		SI	Codice:	NO
Medico inviante		Medico specialista referente PAC		
Data prenotazione	Data apertura	Data chiusura	Numero accessi	
Prestazioni programmate	Prestazioni eseguite	Codice	Descrizione	Branca
		38.22	Angioscopia percutanea - capillaroscopia	CA;CV
		38.22.1	Capillaroscopia con videoregistrazione	CA;CV
		83.21	Biopsia dei tessuti molli	CH;LA
		83.21.1	Biopsia eco-guidata dei tessuti molli	CH;LA;RA
		86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo	CH;DE
		87.03.1	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto - te del cranio [sella turcica, orbite] / te dell'encefalo	RA
		87.03.8	Tomografia computerizzata (tc) del collo, senza e con contrasto [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, laringe, laringe, esofago cervicale].	RA
		87.22	Radiografia della colonna cervicale - (2 proiezioni) - esame morfodinamico della colonna cervicale	RA
		87.23	Radiografia della colonna toracica (dorsale) - (2 proiezioni)	RA
		87.24	Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo (2 proiezioni), esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	RA
		87.29	Radiografia completa della colonna (2 proiezioni) radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	RA
		87.41	Tomografia computerizzata (tc) del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	RA
		87.41.1	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	RA
		87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [telerradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)	RA
		88.21	Radiografia della spalla e dell'arto superiore - radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	RA
		88.22	Radiografia del gomito e dell'avambraccio - radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	RA
		88.23	Radiografia del polso e della mano - radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	RA



	88.38.4	Tomografia computerizzata (tc) dell' arto superiore, senza e con contrasto [spalla, braccio], [gomito, avambraccio], [polso, mano]	RA
	88.38.7	Tomografia computerizzata (tc) dell' arto inferiore, senza e con contrasto [articolazione coxo-femorale, femore], [ginocchio, gamba], [caviglia, piede]	RA
	88.42.1	Aortografia addominale - angiografia digitale dell' aorta addominale	RA
	88.42.2	Aortografia addominale - angiografia digitale dell' aorta addominale	RA
	88.48	Arteriografia dell'arto inferiore	RA
	88.72.1	Ecografia cardiaca-ecocardiografia	CA;RA
	88.72.2	Ecodopplergrafia cardiaca	CA;RA
	88.72.3	Ecocolor Dopplergrafia cardiaca a riposo o dopo prova farmacologica	CA;RA
	88.73.5	Ecocolor Doppler dei tronchi sovraaortici	CA;CV;RA
	88.74.1	Ecografia dell' addome superiore	GA;RA
	88.91.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	RA
	88.91.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	RA
	88.91.5	Angio-rm del distretto vascolare intracranico	RA
	88.91.8	Angio-rm dei vasi del collo	RA
	88.92.2	Angio-rm del distretto toracico	RA
	88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto - cervicale, toracica, lombosacrale	RA
	88.94.3	Angio-rm dell' arto superiore o inferiore	RA
	88.95.3	Angio rm dell'addome superiore	RA
	88.95.6	Angio rm dell'addome inferiore	RA
	89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NE;NF;OC;OD;O G;ON;OR;OT;PN; RT;UR
	89.37.2	Spirometria globale	PN
	89.38.3	Diffusione alveolo-capillare del co	PN
	89.44.2	Test del cammino	PN
	89.52	Elettrocardiogramma	CA
	89.65.1	Emogasanalisi arteriosa sistemica - emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	LA;PN
	89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NF;OD;ON;OR;O T;PN;PS;RA;RT; UR
	90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]	LA
	90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
	90.10.4	Bilirubina totale	LA
	90.10.5	Bilirubina totale e frazionata	LA
	90.11.4	Calcio totale [s/u/du]	LA
	90.15.4	Creatinichinasi (cpk o ck)	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/ln]	LA
	90.16.4	Creatinina clearance	LA
	90.18.3	Droghe d'abuso [Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenitoidina, Propossifene, Nicotina]	LA
	90.22.3	Ferritina [p/(sg)er]	LA
	90.23.5	Fosfatasi alcalina	LA
	90.25.5	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]	LA
	90.27.1	Glucosio [s/u/du/ln]	LA
	90.28.2	Idrossiprolina [u]-	LA
	90.28.2.AB	Idrossiprolina [u]- Anticorpi anti citrullina	LA





	90.28.2.AE	Ideossiprolina [u]- Citrullina (artrite reumatoide)	LA
	90.29.2	Lattato deidrogenasi (ldh) [s/f]	LA
	90.33.4	Microalbuminuria	LA
	90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]	LA
	90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/la]	LA
	90.42.1	Tireotropina (tsh)	LA
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	LA
	90.46.5	Anticoagulante lupus-like (luc)	LA
	90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)	LA
	90.47.5	Anticorpi anti cardiolipina (igg, iga, igm)	LA
	90.48.2	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (anca)	LA
	90.48.3	Anticorpi anti dna nativo	LA
	90.49.3	Anticorpi anti eritrociti [test di coombs indiretto]	LA
	90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)	LA
	90.60.1	Complemento (c1 inibitore)	LA
	90.60.2	Complemento: c1 q, c3, c3 att., c4 (ciascuno)	LA
	90.61.1	Crioglobuline ricerca	LA
	90.61.2	Crioglobuline tipizzazione	LA
	90.61.4	D-dimero (eia)	LA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. deriv., f. l.	LA
	90.64.2	Fattore reumatoide	LA
	90.65.1	Fibrinogeno funzionale	LA
	90.68.3	Ige totali	LA
	90.68.4	Igg sottoclasse 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	LA
	90.69.2	Immunofissazione	LA
	90.69.4	Immunoglobuline iga, igg o igm (ciascuna)	LA
	90.72.3	Proteina c reattiva (quantitativa)	LA
	90.75.4	Tempo di protrombina (pt)	LA
	90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)	LA
	90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)	LA
	90.77.3.AA	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)-QUANTIFERON TB	LA
	90.77.3.AB	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)-QUANTIFERON TM	LA
	90.82.5	Velocità di sedimentazione delle emazie (ves)	LA
	91.09.4	Toxoplasma anticorpi (e.i.a.)	LA
	91.09.5	Toxoplasma anticorpi (titolazione mediante agglutinazione) [test di fulton]	LA
	91.10.1	Toxoplasma anticorpi (titolazione mediante i.f.)	LA
	91.14.1	Virus citomegalovirus anticorpi (e.i.a.)	LA
	91.14.2	Virus citomegalovirus anticorpi (titolazione mediante E.c.)	LA
	91.14.3	Virus citomegalovirus anticorpi Igm (e.i.a.)	LA
	91.14.4	Virus citomegalovirus da coltura identificazione mediante ibridazione	LA
	91.14.5	Virus citomegalovirus in materiali biologici diversi ricerca mediante esame colturale (metodo rapido)	LA
	91.15.1	Virus citomegalovirus nel latte materno e nel tampone faringeo esame colturale (metodo tradizionale)	LA
	91.15.2	Virus citomegalovirus nel sangue acidi nucleici identificazione mediante ibridazione	LA
	91.15.3	Virus citomegalovirus nel sangue esame colturale (metodo tradizionale)	LA
	91.15.4	Virus citomegalovirus nell'urina esame colturale (metodo tradizionale)	LA
	91.15.5	Virus citomegalovirus nell'urina acidi nucleici identificazione mediante ibridazione	LA
	91.17.3	Virus epatite b [hvb] acidi nucleici ibridazione (previa reazione polimerasica a catena)	LA



	91.17.4	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione diretta	LA
	91.17.5	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag	LA
	91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag igm	LA
	91.18.2	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag	LA
	91.18.3	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbsag	LA
	91.18.5	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag	LA
	91.19.1	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag (saggio di conferma)	LA
	91.19.2	Virus epatite b [hbv] dna-polimerasi	LA
	91.19.4	Virus epatite c [hevc] analisi quantitativa di hev rna	LA
	91.19.5	Virus epatite c [hevc] anticorpi	LA
	91.21.1	Virus epstein barr [ebv] anticorpi (ea o ebna o vca) (e.i.a.)	LA
	91.22.4	Virus immunodef.acquisita [hiv1-2] anticorpi	LA
	91.42.3	Es. istocitopatologico app. muscolo scheletrico: biopsia incisionale o punch	LA
	91.48.5	Prelievo di sangue arterioso*	LA
	91.49.2	Prelievo di sangue venoso*	DE;LA
	92.18.6	Tomoscintigrafia globale corporea (pet)	MN
	93.08.1	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo	FK;NE
	95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	OC

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore. Per la prestazione 38.22, 38.22.1,83.21,83.21.1, 86.11, 88.72.1, 88.72.2, 88.72.3, 88.73.5, 88.74.1, 89.01, 89.65.1, 89.7, 93.08.1 lo specialista individua la branca più opportuna.

*tali prestazioni non vanno incluse nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorrono alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").





Allegato 3

SCHEDA PAC-CONNETTIVITÀ

Codice PAC: P710A

Codice patologia (ICD9-CM): _____

Codice regionale presidio erogatore		Descrizione presidio erogatore		
Cognome utente		Nome utente		
Codice fiscale		Comune – Provincia di residenza		
Via e numero civico		Recapito telefonico		
Regione residenza	ASL residenza	Esenzione per patologia		
		SI	Codice:	NO
Medico inviante		Medico specialista referente PAC		
Data prenotazione		Data apertura	Data chiusura	Numero accessi
Prestazioni programmate	Prestazioni eseguite	Codice	Descrizione	Branca
		26.11	Biopsia [agobiopsia] di ghiandola o dotto salivare	LA; OD
		38.22	Angioscopia percutanea - capillaroscopia	CA; CV
		38.22.1	Capillaroscopia con videoregistrazione	CA; CV
		45.13	Esofagogastroduodenoscopia [egds] - endoscopia dell'intestino tenue	GA
		83.21	Biopsia dei tessuti molli	CH; LA
		83.21.1	Biopsia eco-guidata dei tessuti molli	CH; LA; RA
		86.11	Biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo	CH; DE
		87.41	Tomografia computerizzata (tc) del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	RA
		87.41.1	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	RA
		87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [telerradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)	RA
		88.23	Radiografia del polso e della mano - radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	RA
		88.72.3	Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo o dopo prova farmacologica	CA; RA
		88.74.1	Ecografia dell'addome superiore	GA; RA
		89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	AN; AP; CA; CH; C P; CV; DE; EN; FK; GA; LA; MN; NC; NE; NE; OC; OD; O G; ON; OR; OT; PN; RT; UR
		89.13	Visita neurologica	NE
		89.26	Visita ginecologica - visita ostetrico-ginecologica/androgica, esame pelvico	OG
		89.32	Manometria esofagea	GA



	89.37.2	Spirometria globale	PN
	89.44.2	Test del cammino	PN
	89.52	Elettrocardiogramma	CA
	89.65.1	Emogasanalisi arteriosa sistemica - emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	LA,PN
	89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;JA;MN;NC; NF;OD;ON;OR;O T;PN;PS;RA;RT; UR
	90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]	LA
	90.09.2	Asparato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
	90.10.4	Bilirubina totale	LA
	90.15.4	Creatinichinasi (cpk o ck)	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
	90.16.4	Creatinina clearance	LA
	90.23.5	Fosfatasi alcalina	LA
	90.25.5	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [sangue/urine]	LA
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]	LA
	90.29.2	Lattato deidrogenasi (ldh) [s/l]	LA
	90.33.4	Microalbuminuria	LA
	90.33.5	Mioglobina [sangue/urine]	LA
	90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]	LA
	90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/la]	LA
	90.44.1	Urea [sangue/urine/p/du]	LA
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	LA
	90.46.5	Anticoagulante lupus-like (luc)	LA
	90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)	LA
	90.47.5	Anticorpi anti cardiolipina (igg, iga, igm)	LA
	90.48.2	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (anca)	LA
	90.48.3	Anticorpi anti dna nativo	LA
	90.49.3	Anticorpi anti eritrociti [test di coombs indiretto]	LA
	90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)	LA
	90.57.5	Antitrombina III funzionale	LA
	90.58.2	Autoanticorpi anti eritrociti [test di coombs diretto]	LA
	90.60.2	Complemento: c1q, c3, c3 att., c4 (ciascuno)	LA
	90.61.1	Crioglobuline ricerca	LA
	90.61.2	Crioglobuline tipizzazione	LA
	90.61.4	D-dimero (eia)	LA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. deriv., c. l.	LA
	90.64.2	Fattore reumatoide	LA
	90.65.1	Fibrinogeno funzionale	LA
	90.70.3	Intradermoreazioni con ppd, candida, streptochinasi e mumps (per test)	LA
	90.72.2	Proteina e anticoagulante funzionale [p]	LA
	90.72.3	Proteina e reattiva (quantitativa)	LA
	90.72.4	Proteina s libera [p]	LA
	90.74.2	Reazione di waaler rose	LA
	90.75.4	Tempo di protrombina (pt)	LA
	90.76.1	Tempo di tromboplastina parziale (ptt)	LA
	90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)	LA
	90.77.3.AA	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)-QUANTIFERON TB	LA
	90.77.3.AB	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)-QUANTIFERON TM	LA



	90.82.5	Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)	LA
	91.11.1	Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (flocculazione) [vdrl] [rpr]	LA
	91.17.3	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione (previa reazione polimerasi a catena)	LA
	91.17.4	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione diretta	LA
	91.17.5	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag	LA
	91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag igm	LA
	91.18.2	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag	LA
	91.18.3	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbsag	LA
	91.18.5	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag	LA
	91.19.1	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag (saggio di conferma)	LA
	91.19.2	Virus epatite b [hbv] dna-polimerasi	LA
	91.19.4	Virus epatite c [hevc] analisi quantitativa di hev rna	LA
	91.19.5	Virus epatite c [hevc] anticorpi	LA
	91.40.4	Es. istocitopatologico cute (shave o punch)	LA
	91.41.5	Es. istocitopatologico app. digerente: biopsia ghiandola salivare	LA
	91.42.3	Es. istocitopatologico app. muscolo scheletrico: biopsia incisionale o punch	LA
	91.48.5	Prelievo di sangue arterioso*	LA
	91.49.2	Prelievo di sangue venoso*	DE;LA
	93.08.1	Elettromiografia semplice [eng] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo	FK;NE
	95.02	Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	OC

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore. Per le prestazioni 26.11, 38.22, 38.22.1, 83.21, 83.21.1, 86.11, 88.72.3, 88.74.1, 89.01, 89.65.1, 89.7, 93.08.1 lo specialista individua la branca più opportuna.

*tali prestazioni non vanno incluse nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorrono alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").



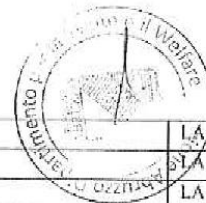
SCHEDA PAC-ARTRITI INFIAMMATORIE

Codice PAC: P712A

Codice patologia (ICD9-CM): _____

Codice regionale presidio erogatore		Descrizione presidio erogatore		
Cognome utente		Nome utente		
Codice fiscale		Comune - Provincia di residenza		
Via e numero civico		Recapito telefonico		
Regione residenza	ASI. residenza	Esenzione per patologia		
		SI Codice:	NO	
Medico inviante		Medico specialista referente PAC		
Data prenotazione	Data apertura	Data chiusura	Numero accessi	
Prestazioni programmate	Prestazioni eseguite	Codice	Descrizione	Branca
		87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [teloradiografia, telecuore] - (2 proiezioni)	RA
		88.23	Radiografia del polso e della mano - radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	RA
		88.26	Radiografia di pelvi e anca - radiografia del bacino, radiografia dell' anca	RA
		88.28	Radiografia del piede e della caviglia - radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	RA
		88.74.1	Ecografia dell' addome superiore	GA;RA
		88.79.3	Ecografia muscolotendinea	OR;RA
		88.93.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto - cervicale, toracica, lombosacrale	RA
		88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica di [spalla, braccio], [gomito, avambraccio], [polso, mano], [bacino], [articolazione coxo-femorale, femore], [ginocchio, gamba], [caviglia, piede]	RA
		89.01	Anamnesi e valutazione, definite brevi - storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima, visita di controllo	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NE;NF;OC;OD;O G;ON;OR;OT;PN; RT;UR
		89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;C P;CV;DE;EN;FK; GA;LA;MN;NC; NF;OD;ON;OR;O T;PN;PS;RA;RI; UR
		90.04.5	Alasina aminotransferasi (alt) (gpt) [su]	LA
		90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
		90.16.3	Creatinina [su/du/la]	LA





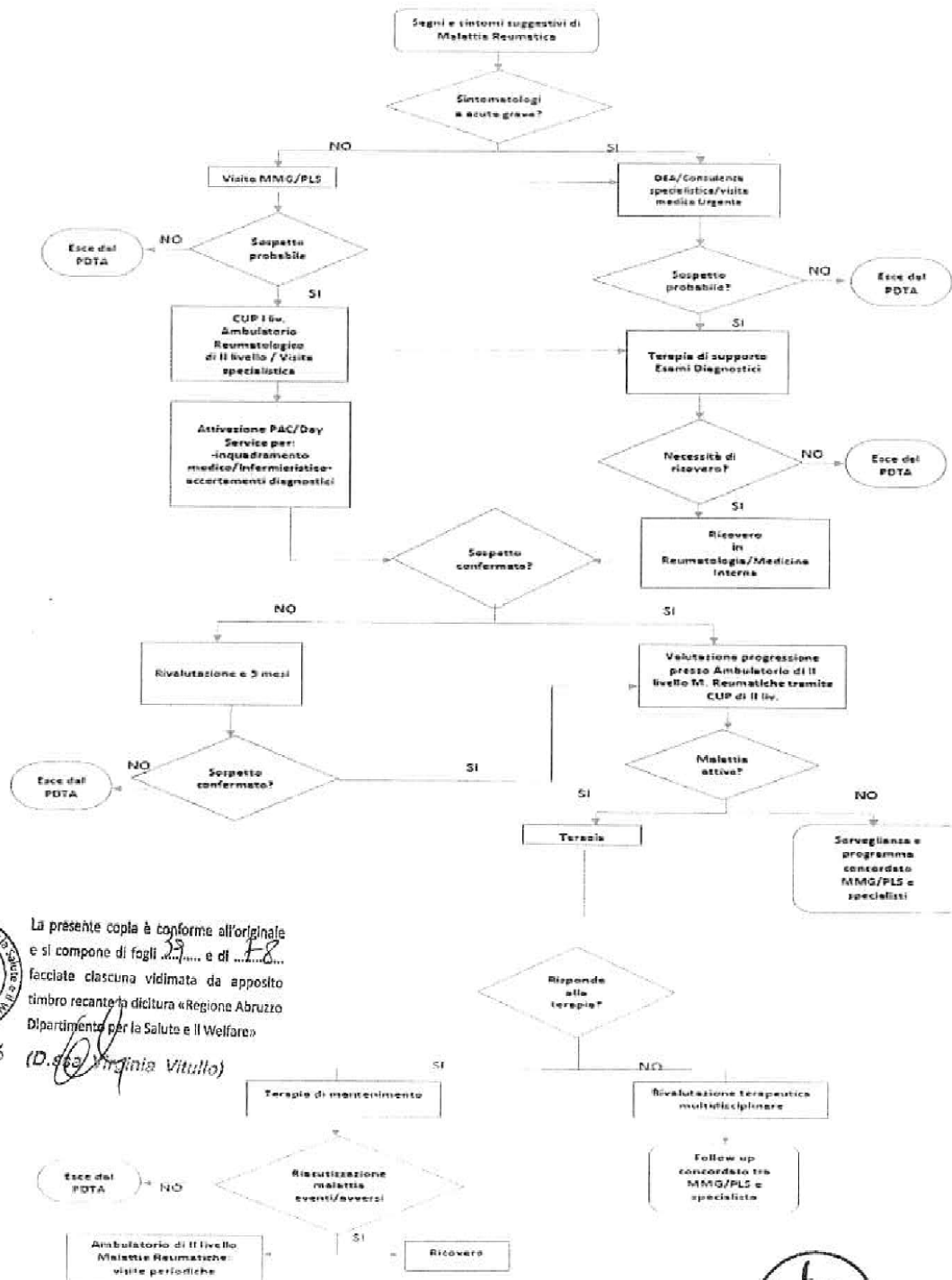
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/lu]	LA
	90.28.2	Idrossiprolina[u]	LA
	90.28.2.AB	Idrossiprolina [u] - Anticorpi Anticitrullina	LA
	90.28.2.AE	Idrossiprolina [u] - Citrullina (Artrite reumatoide)-CCP	LA
	90.38.4	Proteine (elettroforesi delle) [s]	LA
	90.38.5	Proteine [sangue/urine/du/lu]	LA
	90.42.1	Tireotropina (tsh)	LA
	90.42.3	Tiroxina libera (ft4)	LA
	90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	LA
	90.47.3	Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ena)	LA
	90.49.5	Anticorpi Antigliadina (Ig G - Ig A)	LA
	90.49.5AD	Anticorpi Antigliadina (Ig G - Ig A)- anticorpi anti-endomisio (EMA)	LA
	90.49.5AM	Anticorpi Antigliadina (Ig G - Ig A)- anticorpi Antitrasglutaminasi (tGG)	LA
	90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)	LA
	90.57.3	Antigeni HLA (ciascuno)	LA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, het, plt, ind. deriv., f. l.	LA
	90.64.2	Fattore reumatoide	LA
	90.67.4	Identificazione di specificita' anti hla contro pannello linfocitario - (1 siero/30 soggetti)	LA
	90.72.3	Proteina e reattiva (quantitativa)	LA
	90.77.3	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)	LA
	90.77.3.AA	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)-QUANTIFERON TB	LA
	90.77.3.AB	Test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)-QUANTIFERON TM	LA
	90.78.4	Tipizzazione genomica hla-b	LA
	90.79.1	Tipizzazione genomica hla-c	LA
	90.81.3	Tipizzazione sierologica hla classe i (fenot. compl. loci a, b, c, o loci a, b)	LA
	90.81.4	Tipizzazione sierologica hla classe ii (fenot. compl. loci dr, dq o locus dp)	LA
	90.82.5	Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)	LA
	91.17.3	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione (previa reazione polimerasica a catena)	LA
	91.17.4	Virus epatite b [hbv] acidi nucleici ibridazione diretta	LA
	91.17.5	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag	LA
	91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag igm	LA
	91.18.2	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbeag	LA
	91.18.3	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbsag	LA
	91.18.5	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag	LA
	91.19.1	Virus epatite b [hbv] antigene hbsag (saggio di conferma)	LA
	91.19.2	Virus epatite b [hbv] dna-pollimerasi	LA
	91.19.4	Virus epatite c [hcv] analisi quantitativa di hev rna	LA
	91.19.5	Virus epatite c [hcv] anticorpi	LA
	91.22.1	Virus herpes simplex (tipo 1 o 2) anticorpi	LA
	91.22.4	Virus immunodef. acquisita [hiv 1-2] anticorpi	LA
	91.49.2	Prelievo sangue venoso*	DE; LA

Le prestazioni appartenenti alla stessa branca vengono evidenziate nel documento con lo stesso colore. Per la prestazione 88.74.1, 88.79.3, 89.01, 89.7 lo specialista individua la branca più opportuna.

*il prelievo di sangue venoso non va incluso nel conteggio delle 8 prestazioni per ricetta, ma concorre alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (Circolare Ministeriale 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS "Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati").



Flowchart del percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle malattie reumatiche infiammatorie



La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 39 e di 18 facciate ciascuna vidimata da apposito timbro recante la dicitura «Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare»

02/10/18

(D. S. Virginia Vitullo)

