



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 4297

Seduta del 15/02/2021

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI
STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI
ALESSANDRA LOCATELLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
FABIO ROLFI
FABRIZIO SALA
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE REUMATOLOGICA REGIONALE: APPROVAZIONE DEI CRITERI DI INVIO MMG-REUMATOLOGO IN CASO DI SOSPETTO DI MALATTIA REUMATOLOGICA E DETERMINAZIONI IN MERITO AL TRATTAMENTO DELLA FIBROMIALGIA

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Marco Trivelli

Il Dirigente Marco Salmoiraghi

L'atto si compone di 12 pagine

di cui 6 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DATO ATTO che:

- Regione Lombardia ha da tempo avviato (2006) le reti di patologia e che dalla pluriennale esperienza di attivazione, si evidenzia che questo modello organizzativo concretizza uno strumento adeguato atto a garantire l'omogeneità di trattamento sul territorio ed il governo dei percorsi sanitari in una linea di appropriatezza e qualità degli interventi;
- dalla loro realizzazione le reti hanno, inoltre, favorito la condivisione di raccomandazioni/protocolli clinici/PDTA in senso multidisciplinare, attraverso un percorso di consenso nella comunità dei professionisti delle Strutture che erogano prestazioni;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 che adotta il Regolamento che definisce in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

VISTA la l.r. n. 33/2009 *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità”* e s.m.i.;

RICHIAMATA la d.g.r. n. XI/1694 del 3 giugno 2019 *“Reti sociosanitarie: ulteriore evoluzione del modello per l'attivazione e implementazione delle nuove reti clinico-assistenziali e organizzative”* che tra le altre determinazioni:

- stabilisce che lo strumento idoneo per l'indirizzo e il governo delle reti, è rappresentato da un Organismo di Coordinamento per ogni singola rete, che realizza un'area di raccordo tra il livello programmatico regionale, quello organizzativo gestionale delle Aziende e tecnico-scientifico degli operatori sociosanitari;
- stabilisce che la governance delle reti si articola, inoltre, nelle Commissioni Tecniche che, nell'ambito delle tematiche loro assegnate, effettuano un'analisi di contesto a partire dallo studio della struttura di offerta e dai dati di attività, proponendo modelli organizzativi e modalità di sperimentazione degli stessi;

RICHIAMATO il decreto DG Welfare n. 18447 del 17 dicembre 2019 che, in attuazione della d.g.r. n. XI/1694/2019, ha nominato i componenti degli Organismi di Coordinamento di diverse reti clinico-assistenziali ed organizzative, fra le quali la Rete Reumatologica e ne ha approvato il Piano di Rete;

DATO ATTO, in particolare, che per quanto riguarda la Rete Reumatologica, sono



Regione Lombardia

LA GIUNTA

indicati i seguenti obiettivi prioritari:

- censire e definire il modello organizzativo per la Rete Reumatologica;
- individuare i criteri di accesso ad una prima visita specialistica reumatologica ad uso del Medico di Medicina Generale (criteri di invio);
- stabilire i criteri di appropriatezza e le modalità organizzative del percorso riabilitativo del paziente reumatologico;

DATO ATTO, inoltre, che per il raggiungimento degli obiettivi sopra richiamati, l'Organismo di Coordinamento delle Rete Reumatologica ha individuato le seguenti Commissioni Tecniche:

- Modello organizzativo per la Rete Reumatologia;
- Criteri di invio del paziente reumatologico dal MMG allo specialista reumatologo;

VISTO il documento tecnico "*Criteri di invio MMG-Reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatologica*" – predisposto dalla Commissione Tecnica "*Criteri di invio del paziente reumatologico dal MMG allo specialista reumatologo*";

CONSIDERATO che:

- ampie evidenze scientifiche dimostrano che una precoce strategia terapeutica, prima dell'instaurarsi di danni irreversibili, è in grado di modificare il decorso della malattia e di ridurre la disabilità in molti pazienti reumatologici;
- il documento in argomento contiene indicazioni per giungere a un tempestivo invio del paziente con sospetta malattia reumatologica da parte del Medico di Medicina Generale allo specialista reumatologo al fine di una diagnosi precoce tanto più importante e cruciale, quanto più efficaci sono le terapie attualmente a disposizione;

RITENUTO, pertanto, di approvare il documento tecnico "*Criteri di invio MMG-Reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatologica*" – Allegato parte integrante del presente provvedimento - predisposto dalla Commissione Tecnica "*Criteri di invio del paziente reumatologico dal MMG allo specialista reumatologo*";

DATO ATTO che:

- la fibromialgia è una malattia reumatica, caratterizzata da dolore cronico diffuso associato alla presenza di punti dolorosi, ancora poco conosciuta e che, a tutt'oggi, interessa circa tre/quattro milioni di cittadini;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la maggioranza dei pazienti con sindrome fibromialgica invalidante sono colpiti in un'età compresa fra i 45 e i 64 anni, ovvero nel pieno della vita lavorativa attiva e il dolore, quale sintomo principale della malattia, peggiora la qualità della vita e compromette in modo significativo la capacità lavorativa e produttiva di chi ne è affetto;
- attualmente la fibromialgia non è riconosciuta nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) di cui al DPCP 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”*;

VISTA la d.c.r. n. XI/1410 del 20 ottobre 2020 con cui il Consiglio Regionale approva il testo della Mozione n. 395 con cui impegna la Giunta Regionale ad intervenire presso il Governo affinché siano messe in atto tutte le azioni necessarie per l'inserimento della fibromialgia – oltreché della maculopatia - nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

RITENUTO, pertanto, necessario agire attraverso un'azione persuasiva presso le Autorità governative con l'obiettivo di dar corso alle determinazioni della delibera del Consiglio Regionale n. XI/1410/2020, avvalendosi anche del supporto del parere espresso da autorevoli fonti internazionali e nazionali – quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Parlamento Europeo e il Consiglio Superiore della Sanità – che in particolare per quanto attiene alla fibromialgia, hanno riconosciuto la stessa una sindrome cronica ed invalidante;

RITENUTO, inoltre, di dare mandato alla DG Welfare al fine di un'ulteriore implementazione della Rete Reumatologica regionale di:

- attivare una specifica Commissione Tecnica in seno all'Organismo di Coordinamento della Rete Reumatologica, in tema di fibromialgia al fine di individuare e condividere un corretto inquadramento della sindrome e predisporre specifiche linee guida per la buona pratica della cura. Al tavolo di lavoro dovranno partecipare professionisti esperti in diversi settori in modo che il tema venga affrontato e sviluppato in un'ottica multidisciplinare per garantire la più ampia e approfondita valutazione;
- attivare un censimento delle Strutture sanitarie per definire le caratteristiche cliniche ed organizzative che i centri devono possedere per garantire la necessaria competenza ad un'appropriata ed efficace valutazione e presa in carico della casistica;
- promuovere un percorso formativo rivolto ai Medici di Medicina Generale per consentire una precoce individuazione della patologia e la conseguente impostazione di un percorso di cura adeguato;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- promuovere campagne di sensibilizzazione ed informazione sulla patologia fibromialgica e sostenere iniziative di formazione e aggiornamento del personale medico e degli operatori dei consultori familiari;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie tali considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento tecnico *“Criteri di invio MMG-Reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatologica”*– Allegato parte integrante del presente provvedimento - predisposto dalla Commissione Tecnica *“Criteri di invio del paziente reumatologico dal MMG allo specialista reumatologo”*;
2. di agire attraverso un'azione persuasiva presso le Autorità governative con l'obiettivo di dar corso alle determinazioni della delibera del Consiglio Regionale n. XI/1410 del 20 ottobre 2020, avvalendosi anche del supporto del parere espresso da autorevoli fonti internazionali e nazionali – quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Parlamento Europeo e il Consiglio Superiore della Sanità – che in particolare per quanto attiene alla fibromialgia hanno riconosciuto la stessa una sindrome cronica ed invalidante;
3. di dare mandato alla DG Welfare, al fine di un'ulteriore implementazione della Rete Reumatologica regionale di:
 - attivare una specifica Commissione Tecnica in seno all'Organismo di Coordinamento della Rete Reumatologica, in tema di fibromialgia al fine di individuare e condividere un corretto inquadramento della sindrome e predisporre specifiche linee guida per la buona pratica della cura. Al tavolo di lavoro dovranno partecipare professionisti esperti in diversi settori in modo che il tema venga affrontato e sviluppato in un'ottica multidisciplinare per garantire la più ampia e approfondita valutazione;
 - attivare un censimento delle Strutture sanitarie per definire le caratteristiche cliniche ed organizzative che i centri devono possedere per garantire la necessaria competenza ad un'appropriata ed efficace valutazione e presa in carico della casistica;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- promuovere un percorso formativo rivolto ai Medici di Medicina Generale per consentire una precoce individuazione della patologia e la conseguente impostazione di un percorso di cura adeguato;
- promuovere campagne di sensibilizzazione ed informazione sulla patologia fibromialgica e sostenere iniziative di formazione e aggiornamento del personale medico e degli operatori dei consultori familiari.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Criteri invio MMG-reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatologica

1. Premessa

L'esigenza di giungere a un tempestivo invio del paziente con sospetta malattia reumatologica da parte del Medico di Medicina Generale allo specialista reumatologo è in accordo con la necessità di una diagnosi precoce che diviene in Reumatologia tanto più importante e cruciale quanto più efficaci sono le terapie attualmente a disposizione. Esistono ampie evidenze a dimostrazione del fatto che una precoce strategia terapeutica, prima dell'instaurarsi di danni irreversibili, è in grado di modificare il decorso della malattia e di ridurre la disabilità in molti pazienti reumatologici.

2. Scopo e campo di applicazione

I criteri di invio sono riferiti a 5 gruppi nosologici relativi a patologie infiammatorie croniche che nel loro insieme coprono circa il 70 % delle patologie reumatologiche epidemiologicamente più rilevanti. Sono correlati al sospetto clinico specifico per questi 5 gruppi di patologie e, in presenza di questi criteri, la diagnosi per le singole patologie diviene estremamente probabile.

La prima patologia di riferimento è l'**Artrite Reumatoide** per la quale valgono i criteri che molte "early arthritis clinics" hanno adottato: tumefazione di tre o più articolazioni, positività del segno della gronda (compressione latero-mediale) a livello delle articolazioni metacarpo falangee e/o metatarsofalangee (vedi Figura), rigidità mattutina superiore o uguale a trenta minuti. La positività anche di uno solo di questi criteri deve far porre il sospetto di Artrite Reumatoide in fase precoce.

Il secondo gruppo di patologie è quello delle **Spondiloentesoartriti** che comprendono diverse patologie tra cui la Spondilite Anchilosante e l'Artropatia Psoriasica. Per queste patologie l'elemento clinico di maggior sospetto è rappresentato dalla cosiddetta "lombalgia infiammatoria" definita come una lombalgia persistente che migliora con l'esercizio e si esacerba durante il riposo notturno e al mattino (secondo una cadenza diametralmente opposta alla lombalgia meccanica da spondilo artrosi e/o da frattura da fragilità). La lombalgia infiammatoria ha una notevole rilevanza clinica in questo contesto se insorge in un giovane con meno di 40 anni, se dura da almeno tre mesi, se migliora con l'attività fisica, se è esordita gradualmente e se si associa a rigidità mattutina. Quando almeno 4 di questi 5 criteri sopra citati sono presenti la possibilità di essere di fronte a una spondiloentesoartrite è molto elevata. A questi criteri si può aggiungere un sesto criterio di invio definibile come presenza di una artrite in un paziente portatore di psoriasi o con una familiarità per psoriasi, altamente suggestiva per la definizione di una artropatia psoriasica.

La terza patologia presa in considerazione è la **Polimialgia Reumatica**, altamente sospetta quando in un paziente di entrambi i sessi con più di 50 anni compare dolore simmetrico alle spalle (cingolo scapolare) e/o alle anche (cingolo pelvico). A corredo di questi sintomi il sospetto di Polimialgia Reumatica è ancora più giustificato se esiste un aumento degli indici di flogosi (Velocità di eritrosedimentazione e Proteina C reattiva).

Le **artriti microcristalline** sono in generale correlate alla flogosi acuta o subacuta di una sola articolazione, più raramente di due o tre articolazioni. Il criterio di invio prevede l'esecuzione contestuale di una radiografia della articolazione interessata e, per la gotta, di una misurazione dei livelli circolanti di acido urico.

Il campo delle **connettiviti sistemiche** è molto vario ma alcuni sintomi o segni in varia combinazione devono allertare il clinico nei confronti di questa diagnosi: le manifestazioni cardinali sono rappresentate da un fenomeno di Raynaud, fotosensibilità, xerostomia e/o xeroftalmia, ipostenia della muscolatura prossimale in associazione ad artrite o anche a semplici artralgie.

Se si fa riferimento a questi semplici criteri clinici, la diagnosi di specifica affezione reumatologica è altamente sospetta e l'avvio del paziente al Reumatologo consente una tempestiva conferma diagnostica con altissima probabilità.

Tabella Criteri di invio dal MMG al reumatologo in caso di sospetto di malattia reumatica

Sospetto diagnostico		Criteri di invio al reumatologo		Set di Esami minimo suggerito di accompagnamento alla visita		Tempistica esami	
Artropatie infiammatorie	Artrite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> - ≥3 articolazioni tumefatte - Segno della gronda positivo* a MCF o MTF - Rigidità mattutina ≥ 30 minuti 	<ul style="list-style-type: none"> - VES, PCR, emocromo, creatinina, AST, ALT, ELF sieroproteica, es. urine 	2-3 settimane prima della visita			
	Spondiloentesoartriti	<p>Lombalgia infiammatoria che rispetta presenza di almeno 4 delle seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età d'esordio < 40 anni - Durata della lombalgia > 3 mesi - Miglioramento con l'esercizio - Associazione con rigidità mattutina - Esordio insidioso - Artrite in paziente con psoriasi o familiarità per psoriasi 	<ul style="list-style-type: none"> - VES, PCR, emocromo, creatinina 	2-3 settimane prima della visita			
	Polimialgia reumatica	dolore ad entrambe le spalle e/o entrambe le anche in paziente >50 anni	<ul style="list-style-type: none"> - VES, PCR, emocromo, AST, ALT, creatinina, glicemia 	2-3 settimane prima della visita			
Artriti microcristalline	Artriti microcristalline	Mono/oligoartrite	<ul style="list-style-type: none"> - Uricemia, emocromo +RX standard del distretto interessato 	Da effettuarsi alla comparsa dei sintomi			
Connettiviti sistemiche	Connettiviti sistemiche	Sintomi e/o segni che possono caratterizzare la malattia: Artrite/artralgie, fotosensibilità, Raynaud, xerostomia/xeroftalmia, ipostenia prossimale	<ul style="list-style-type: none"> - VES, PCR, emocromo, creatinina, AST, ALT, ELF sieroproteica, CPK 	2-3 settimane prima della visita			

*_Segno della gronda alle metacarpo_falangee e alle metatarso_falangee



3. Monitoraggio

Una valutazione degli accessi, agli ambulatori della rete Reumatologica consentirà di verificare

- a) La % di aderenza ai criteri previsti dal presente protocollo sul numero totale dei casi inviati ((conferme diagnostiche)
- b) % ritardo diagnostico sul totale dei casi e raffronto con l'anno precedente
- c) % di pazienti che presentano completezza degli esami ematochimici

4. Comunicazione e formazione

I contenuti del presente documento saranno diffusi oltre che nei consueti canali istituzionali (ATS, ASST, comitato aziendale della medicina generale) anche attraverso eventi formativi organizzati a livello territoriale con i Reumatologi della rete Reumatologica, le ATS e i medici di medicina generale. L'obiettivo è quello di illustrare con maggiore dettaglio le patologie in esame motivando la scelta dei criteri clinici di invio che sono delineati nel presente documento, oltre alla documentazione dei vantaggi clinici derivanti dal programma di diagnosi precoce in termini di qualità di vita del paziente, prevenzione della disabilità e risparmio sul consumo di risorse sanitarie.

Bibliografia di riferimento

1. Early arthritis clinic is cost-effective, improves outcomes and reduces biologic use.
Nisar MK
Clinical rheumatology ,2019 Jun;38(6):1555-1560
2. Early arthritis clinic is effective for rheumatoid and psoriatic arthritides.
Nisar MK
Rheumatology international ,2019 04;39(4):657-662
3. Evaluation of multiple referral strategies for axial spondyloarthritis in the SPondyloArthritis Caught Early (SPACE) cohort.
Abawi O, van den Berg R, van der Heijde D, van Gaalen FA
RMD open ,2017 ;3(1):e000389
4. Evaluating the ASAS recommendations for early referral of axial spondyloarthritis in patients with chronic low back pain; is one parameter present sufficient for primary care practice?
Van Hoeven L, Koes BW, Hazes JM, Weel AE
Annals of the rheumatic diseases ,2015 Dec;74(12):e6
5. Validity of polymyalgia rheumatica diagnoses and classification criteria in primary health care.
Fors C, Bergström U, Willim M, Pilman E, Turesson C
Rheumatology advances in practice ,2019 ;3(2):rkz033
6. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative.
Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C, Bachta A, Dejaco C, Duftner C, Jensen HS, Duhaut P, Poór G, Kaposi NP, Mandl P, Balint PV, Schmidt Z, Iagnocco A, Nannini C, Cantini F, Macchioni P, Pipitone N, Del Amo M, Espígol-Frigolé G, Cid MC, Martínez-Taboada VM, Nordborg E, Direskeneli H, Aydin SZ, Ahmed K, Hazleman B, Silverman B, Pease C, Wakefield RJ, Luqmani R, Abril A, Michet CJ, Marcus R, Gonter NJ, Maz M, Carter RE, Crowson CS, Matteson EL
Arthritis and rheumatism ,2012 Apr;64(4):943-54
7. Tips and tricks to recognize microcrystalline arthritis.
Filippucci E, Di Geso L, Grassi W
Rheumatology (Oxford, England) ,2012 Dec;51 Suppl 7():vii18-21
8. Mortality profile related to the spectrum of systemic connective tissue diseases: a retrospective, population-based, case-control study.
Sartori Vieira C, de Rezende RPV, Mendes Klumb E, Cardoso Mocarzel LO, Altenburg Gismondi R
Lupus ,2019 10;28(12):1498-150