

**Struttura Complessa:** Reumatologia  
**Direttore:** Dr. Oscar Massimiliano Epis

## **PROGETTO “NIGUARDA Rheu-MAP” :**

### **GUIDA AL CORRETTO PERCORSO DEL PAZIENTE TRA MEDICO DI MEDICINA GENERALE E REUMATOLOGO OSPEDALIERO**

#### **BACKGROUND**

Le malattie reumatiche costituiscono un insieme variegato di circa 150 condizioni patologiche che interessano oltre il 10% della popolazione generale, risultando più frequenti del diabete e delle malattie cardiovascolari. In Italia ne soffrono 5,5 milioni di persone. Rappresentano la seconda causa di invalidità permanente nel nostro paese e la prima causa di dolore e disabilità nel mondo occidentale. Si stima che oltre il 50% degli individui soffrirà, nel corso della vita, di una malattia reumatica, sia essa acuta o cronica. Non sorprende dunque che le patologie di interesse reumatologico rappresentino il carico di lavoro principale per il Medico di Medicina Generale (MMG), oltre che una delle prime cause di utilizzo delle risorse sanitarie. L'impatto economico è stimato in circa 20 miliardi di euro l'anno tra costi diretti e indiretti (giornate di lavoro perse dal paziente e dai caregivers, fondi previdenziali etc).

Alcune tra le malattie reumatiche più frequenti, pur essendo altamente invalidanti (ad es artrosi, fibromialgia), non sono caratterizzate da prognosi severa e non dipendono dal fattore-tempo in termini prognostici; nella maggior parte dei casi, esse non richiedono una gestione ospedaliera e dovrebbero essere gestite sul territorio attraverso percorsi dedicati. Altre, invece, hanno un andamento cronic-evolutivo con compromissione della qualità della vita e potenziale disabilità se non adeguatamente riconosciute e trattate, e necessitano pertanto di una rapida valutazione specialistica e un rapido accesso a cure mirate. Numerosi studi hanno inequivocabilmente dimostrato che nelle malattie infiammatorie croniche quali l'artrite reumatoide, che da sola incide con un costo annuo di 3,4 miliardi sulla spesa pubblica, la diagnosi precoce e le terapie tempestive sono uno dei fattori chiave per il raggiungimento della remissione di malattia e conseguente prevenzione della disabilità e dei relativi costi diretti e indiretti: il 10% dei pazienti non adeguatamente trattati sviluppa infatti una invalidità permanente entro 2 anni, e complessivamente il 50% nel corso della vita. Infine, altre condizioni reumatologiche come le connettiviti e le vasculiti rappresentano malattie severe che possono mettere a rischio la vita del paziente anche in tempi rapidi se non riconosciute e trattate in centri altamente qualificati. Tra le malattie

reumatiche, inoltre, numerose sono quelle classificate come rare, che presentano un profilo diagnostico e un approccio terapeutico di particolare complessità.

La pandemia Sars-Covid 19 ha messo a dura prova la resilienza del Sistema Sanitario Nazionale, con pesanti ricadute sull'accesso alle cure soprattutto per i malati cronici. Secondo una ricerca di APMARR (Associazione Nazionale persone con Malattie Reumatologiche e Rare) condotta in collaborazione con WeResearch, il periodo pandemico è stato caratterizzato dal 40% di ritardi nelle nuove diagnosi a livello nazionale rispetto al 2019 a causa di un aumento dei tempi di attesa per le prime visite. Lo stress sul sistema sanitario, tuttavia, se da un lato ha moltiplicato le difficoltà, dall'altro ha avuto il merito di evidenziare le criticità del sistema ospedale-territorio, e allo stesso tempo di metterne in luce le potenzialità e le sfide future. Nell'ambito della reumatologia, la sfida principale rimane quella di assicurare una diagnosi precoce e una terapia mirata soprattutto in quelle patologie gravate da disabilità severa e prevenibile, al fine di ridurre l'impatto negativo della malattia sulla vita dei pazienti -anche intesa nella sua dimensione collettiva- e sull'intero sistema sanitario. Il momento dell'invio del paziente da parte del MMG allo specialista, e in particolare la capacità di selezionare i pazienti che meritano un accesso prioritario, si rivela uno spartiacque cruciale. Diagnosi precoce, terapie tempestive e personalizzate per ottenere la remissione sono obiettivi oggi realistici, ma per raggiungerli è indispensabile un'organizzazione efficiente e integrata tra la rete territoriale e i centri specialistici. In particolare è necessaria un'applicazione efficace e flessibile del concetto di integrazione ospedale-territorio, in cui il MMG, supportato dal reumatologo, eserciti il ruolo di figura attiva e centrale, selezionando pazienti con sintomi di allarme e inviandoli precocemente ai centri di riferimento reumatologici. In tale contesto non si possono tralasciare le enormi potenzialità offerte oggi dalla telemedicina, da utilizzare come parte integrante dei nuovi modelli organizzativi per realizzare una comunicazione più rapida ed efficace sia tra medici e pazienti sia tra MMG e specialisti.

## **OBIETTIVI**

- Ridurre i tempi d'attesa per prima visita reumatologica.
- Ottimizzare le risorse, consentendo ai pazienti con malattie reumatiche più gravi e la cui prognosi è tempo-dipendente, un accesso prioritario alla diagnosi e alle cure.
- Gestire le liste d'attesa secondo un modello razionale, basato sulla reale priorità clinica stabilita in condivisione tra reumatologo e MMG.
- Rafforzare l'asse strategico ospedale-territorio facilitando la comunicazione tra specialista e MMG.

Promuovere, attraverso nuovi canali comunicativi (Teleconsulto), un momento di scambio prezioso tra professionisti, con una forte valenza educativa anche ai fini di orientare scelte e pratiche future.

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto è finalizzato all'assunzione di un Medico Specialista in Reumatologia per effettuare nuove visite richieste dal MMG al centro di reumatologia ospedaliero, per la durata di 12 mesi.

L'invio dei pazienti avverrà esclusivamente attraverso l'utilizzo di una check list (Allegato A) accessibile ai MMG del Municipio 9 di Milano per guidare il triage secondo criteri di priorità clinica. La check list, realizzata dall'equipe di Reumatologia dell'Ospedale Niguarda, è stata concepita per essere uno strumento pratico e di facile utilizzo. Essa definisce in maniera sintetica e pratica le principali condizioni e situazioni di pertinenza reumatologica con cui il medico si trova a confrontarsi quotidianamente nel proprio ambulatorio, e assegna un criterio di priorità temporale a ciascuna: urgente (entro 72 h), rapido (entro 2 settimane), programmabile. Tuttavia, poichè non sempre è agevole discriminare tra condizioni con caratteristiche molto invalidanti ma senza criteri di allarme (es artrosi o fibromialgia) e condizioni da attenzionare rapidamente (es artrite reumatoide), in quanto spesso le prime possono mimare le seconde e viceversa, sarà possibile per il MMG, in caso di dubbio o necessità di confronto, contattare direttamente il reumatologo attraverso 3 canali:

1. Mail (risposta entro 48h lavorative);
2. Tefonata su linea dedicata (attiva 1 ora al giorno in fascia oraria specifica);
3. Teleconsulto (da concordare di volta in volta, con la possibilità di inviare anticipatamente all'attenzione dello specialista esami ematici, esami radiologici e documentazione fotografica, così da rendere più informativa ed efficace il teleconsulto stesso).

**Struttura Complessa:**  
 Direttore:

**Reumatologia**  
 Dr. Oscar Massimiliano Epis

**ALLEGATO A**

**CHECK LIST PER INVIO DEI PAZIENTI AL REUMATOLOGO DA CONDIVIDERE CON MMG**

	<b>URGENTE</b> 72 h	<b>BREVE</b> 2 settimane	<b>PROGRAMMABILE</b>
Tumefazione ≥ 3 articolazioni, o rigidità mattutina ≥ 30 minuti, o squeeze test positive (disturbi inseriti da meno di 6 mesi)	√		
Lombalgia infiammatoria presenta da più di 3 mesi età <45 anni	√		
Tumefazione 1 articolazione con eritema e calore ± ipertemia (presene da meno di una settimana)	√		
Artralgie in pz con psoriasi e/o IBD			√
Artromialgie senza caratteristiche infiammatorie			√
Gotta cronica con nuovo attacco acuto di artrite	√		
Gotta cronica con persistenza di iperuricemia			√
Artralgie con positività FR o anti-CCP o ANA		√	
Algie simmetriche del cingolo scapolare o pelvico, aumento VES e/o PCR, età ≥ 50 anni	√		



Mialgie con aumento CPK	√		
Mialgie diffuse senza caratteristiche infiammatorie			√
Fenomeno di Raynaud			√
ANA o ANCA positività senza sintomi			√
Sindrome secca			√
Cefalea di recente riscontro con o senza disturbi del visus e aumento VES e/o PCR	√		
Osteoporosi e intolleranza o controindicazioni ai bifosfonati orali		√	
Osteoporosi con nuova frattura in corso di terapia		√	
Osteoporosi e comorbidità: anoressia, HIV, trapianto, terapia ormonale per K mammario o prostatico		√	
Peggioramento BMD in pazienti osteoporotici in trattamento			√
Osteoporosi in terapia con bifosfonati da ≥ 5 anni			√

