



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



Dott. Pierluigi Cosenza

ASR Abruzzo

Dott.ssa Tiziana Di Corcia

Dott.ssa Sara Fimiani

Dipartimento Sanità

Dott.ssa Virginia Vitullo

Gruppo Tecnico di Lavoro

Prof.ssa Paola Cipriani

Prof. Francesco Cipollone

Dott. Marco Gabini

Dott. Francesco Delle Monache

Dott. Walter Palumbo



Sommario

Introduzione e Quadro Normativo	3
Definizione e Obiettivi Generali.....	3
Epidemiologia.....	6
Valutazione dell’impatto sociale ed economico.....	9
La Rete Reumatologica della Regione Abruzzo.....	10
Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)	14
Fasi del PDTA	14
A. Diagnosi (Reumatologo)	15
B. Invio alla struttura Specialistica di riferimento.	16
C. Inquadramento Clinico	16
Pacchetto Ambulatoriale Complesso Diagnostico	18
PAC delle Vasculiti.....	22
PAC delle Connettiviti	25
PAC delle Artriti Infiammatorie.....	27
Terapia	35
La terapia farmacologica	35
Supporto Psicologico	40
Medicina Fisica e Riabilitativa	41
D. Follow Up	42
La formazione degli operatori sulle Malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni	44
Indicatori	45
Allegato 1	46
Allegato 2	47
Allegato 3	52
Allegato 4	55
Flowchart del percorso diagnostico terapeutico assistenziale delle malattie reumatiche infiammatorie.....	57



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) ed 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 e specialisti Reumatologi/Internisti ed un'adeguata assistenza farmacologica.

Il PDTA è quindi uno strumento organizzativo, clinico ed assistenziale condiviso ed aggiornato rispetto alle 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, Dermatomiosite, Polimiosite), le **Vasculiti** e le **Malattie dell'osso** (tra cui l'osteoporosi).

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 (cheratocongiuntivite 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.

Le **Malattie dell'Osso** prevedono otto raggruppamenti basilari che comprendono:

- le Osteoporosi,
- le Osteomalacie,
- le Displasie Ossee,
- le Osteopatie addensanti neoplastiche,
- le Osteopatie addensanti non neoplastiche,
- le Malattie vascolari dell'osso,
- le Osteiti infiammatorie
- le Osteocondriti

All'interno di tale gruppo le osteoporosi rappresentano in assoluto le patologie più frequenti dal punto di vista epidemiologico.

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 *Connettiviti* interessano circa 40.000 individui in Italia.

Per quanto riguarda l'*Osteoporosi*, in Italia, il 23% delle donne oltre i 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni ne è affetto e questi numeri sono in continua crescita, soprattutto in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita. Si stima che in Italia l'osteoporosi colpisca circa 5.000.000 di persone, di cui l'80% sono donne in post menopausa.

Per quanto riguarda l'Abruzzo, i dati relativi ai ricoveri estrapolati dalle SDO (esclusa la mobilità passiva) del 2019, 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 (54%) seguita dall'Artrite Reumatoide (15%).

Tabella 1: SDO residenti in Abruzzo 2019

Codici ICD-9 CM	Descrizione	Ordinari	Day Hospital	Totale	%
7101	SCLEROSI SISTEMICA	19	314	333	54,1
7140	ARTRITE REUMATOIDE	54	39	93	15,1
7102	MALATTIA DI SJOGREN	27	27	54	8,8
7100	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	16	15	31	5
7209	SPONDILOPATIA INFIAMMATORIA NON SPECIFICATA	13	11	24	4
7104	POLIMIOSITE	10	7	17	2,8
7200	SPONDILITE ANCHILOSANTE	7	8	15	2,4
7202	SACROILEITE NON CLASSIFICATA ALTROVE	2	9	11	1,8
7149	POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE NON SPECIFICATE	9	2	11	1,8
7103	DERMATOMIOSITE	2	4	6	1
71431	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE ACUTA POLIARTICOLARE	1	4	5	0,8
71489	ALTRE POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE SPECIFICATE	2	2	4	0,6
71432	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE	1	3	4	0,6
7142	ALTRE ARTRITI REUMATOIDI CON INTERESSAMENTO VISCERALE O SISTEMICO	3		3	0,5
71430	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	3		3	0,5
72089	ALTRE SPONDILOPATIE INFIAMMATORIE	1	1	2	0,3
Totale complessivo		170	446	616	100

Le successive tabelle 2a, 2b e 2c analizzano la mobilità passiva relativa al 2019 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 625.000 euro.



Tabella 2a: Dati SDO - Mobilità passiva 2019 suddivisa per Regime di Ricovero

CODICE ICD-9	DESCRIZIONE	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALI
7101	SCLEROSI SISTEMICA	46	6	52
7140	ARTRITE REUMATOIDE	31	20	51
7202	SACROILEITE NON CLASSIFICATA ALTROVE	20	4	24
7100	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	14	8	22
7209	SPONDILOPATIA INFIAMMATORIA NON SPECIFICATA		18	18
7149	POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE NON SPECIFICATE	1	11	12
7200	SPONDILITE ANCHILOSANTE	9	2	11
71430	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	2	9	11
71432	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE		9	9
7102	MALATTIA DI SJOGREN	2	5	7
7103	DERMATOMIOSITE	4		4
71431	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE ACUTA POLIARTICOLARE	2	1	3
7104	POLIMIOSITE	2		2
71489	ALTRE POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE SPECIFICATE	1	1	2
72089	ALTRE SPONDILOPATIE INFIAMMATORIE	2		2
TOTALE COMPLESSIVO		136	94	230

Tabella 2b: Dati SDO - Mobilità passiva 2019 suddivisa per ASL di residenza

CODICE ICD-9	DESCRIZIONE	L'AQUILA	CHIETI	PESCARA	TERAMO	TOTALI
7101	SCLEROSI SISTEMICA	19	10	11	12	52
7140	ARTRITE REUMATOIDE	8	17	13	13	51
7202	SACROILEITE NON CLASSIFICATA ALTROVE	8	4	4	8	24
7100	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	6	9		7	22
7209	SPONDILOPATIA INFIAMMATORIA NON SPECIFICATA	5	13			18
7149	POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE NON SPECIFICATE	4	7	1		12
7200	SPONDILITE ANCHILOSANTE	3	3	3	2	11
71430	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE, CRONICA O NON SPECIFICATA, POLIARTICOLARE	1	7	2	1	11
71432	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE PAUCIARTICOLARE	6	1		2	9
7102	MALATTIA DI SJOGREN	3	3	1		7
7103	DERMATOMIOSITE	2	1		1	4
71431	ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE ACUTA POLIARTICOLARE	1	1		1	3
7104	POLIMIOSITE			1	1	2
71489	ALTRE POLIARTROPATIE INFIAMMATORIE SPECIFICATE	1	1			2
72089	ALTRE SPONDILOPATIE INFIAMMATORIE				2	2
Totale complessivo		67	77	36	50	230

Tabella 2c: Dati SDO - Mobilità passiva 2019 valorizzazione ricoveri

REGIONE EROGATRICE	ORDINARI		DAY HOSPITAL		TOTALI	
	RICOVERI	IMPORTO	RICOVERI	IMPORTO	RICOVERI	IMPORTO
MARCHE	70	179.473,00 €	8	11.510,44 €	78	190.983,44 €
LAZIO	24	78.281,82 €	21	13.744,86 €	45	92.026,68 €
MOLISE			41	17.893,00 €	41	17.893,00 €
EMILIA ROMAGNA	26	259.356,58 €	1	430,14 €	27	259.786,72 €
LAZIO - Bambin Gesù	3	9.230,62 €	19	5.254,60 €	22	14.485,22 €
TOSCANA	5	28.425,66 €	1	307,10 €	6	28.732,76 €
LOMBARDIA	5	7.904,20 €			5	7.904,20 €
PUGLIA	2	8.874,60 €			2	8.874,60 €
CAMPANIA	1	1.497,00 €	1	215,08 €	2	1.712,08 €
LIGURIA			1	430,14 €	1	430,14 €
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO			1	2.211,00 €	1	2.211,00 €
Totale complessivo	136	573.043,48 €	94	51.996,36 €	230	625.039,84 €

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 2019 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 – 2019

DRG	Descrizione	ORDINARI	DAY HOSPITAL	SDAC	Totale complessivo
240	Malattie del tessuto connettivo con CC	78	255		333
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	86	191	34	311
Totale complessivo		164	446		644

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 3 viene indicato il Fabbisogno di Unità Operative Complesse in base ai Bacini di Utenza.



Tabella 3: Fabbisogno di Unità Operative Complesse in base ai Bacini di Utente.

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.

Nella Tabella 4 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.

Tabella 4: Nuova rete ospedaliera (ex DGR 463/c del 26/07/2021)

Struttura	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	SERVIZI	Posti letto ORDINARI	Posti letto DIURNI
OSPEDALE SAN SALVATORE DI L'AQUILA	Reumatologia	71	1				4	2
P.O. 'SANTO SPIRITO' PESCARA	Reumatologia	71	1				8	1
OSPEDALE MAZZINI DI TERAMO	Reumatologia	71			1		1	
OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE DI GIULIANOVA	Medicina Generale	26				1		
P.O. CLINICIZZ 'SS. ANNUNZIATA' CHIETI	Medicina Generale	26			1			
P.O. CLINICIZZ 'SS. ANNUNZIATA' CHIETI	Pediatria	39			1			

AMBULATORIO DI REUMATOLOGIA (PRIMO LIVELLO)

Strutture ambulatoriali ubicate a livello distrettuale caratterizzate dalla presenza dello specialista in reumatologia, in numero di almeno uno per ogni ASL, avviano il percorso di presa in carico per arrivare alla diagnosi precoce, in particolare nel caso di malattie aggressive e potenzialmente invalidanti e suscettibili di terapie efficaci quali connettiviti, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, polimialgia reumatica.

Garantiscono, qualora richiesto, il follow-up dei pazienti cronici con controlli periodici, avvalendosi di percorsi definiti e condivisi dai centri ospedalieri HUB o SPOKE, con cui devono continuamente coordinarsi.



Nella tabella di seguito riportata sono rappresentati gli Ambulatori territoriali di Reumatologia.

Tabella 5: Ambulatori di Reumatologia (Primo Livello)

ASL	SEDE
ASL Avezzano Sulmona L'Aquila	DSB Montereale
	DSB Sulmona
	DSB Avezzano/Tagliacozzo*
ASL Lanciano-Vasto Chieti	DSB di Vasto
	DSB di Atesa
	DSB Francavilla al Mare
ASL Pescara	DSB di Pescara Nord-Montesilvano
	DSB Pescara Sud
ASL Teramo	DSB Teramo**
	DSB Nereto**
	DSB Montorio**

*Un unico specialista si alterna su entrambi gli ambulatori

** Un unico specialista operante presso tutti e tre i Distretti.

Dall'analisi dello stato dell'arte e delle proposte di programmazione pervenute dai professionisti della Rete, si segnala che è auspicabile il potenziamento della Rete mediante una dotazione di personale adeguata per tutti i punti di erogazione attualmente caratterizzata da professionisti che si alternano in diversi ambulatori territoriali.

CENTRO SPOKE DI SECONDO LIVELLO OSPEDALIERO (a direzione aziendale o universitaria)

Unità Operativa Semplice (UOS), Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) o Servizio di Reumatologia senza posti letto funzionali, in grado di gestire le patologie reumatiche, all'interno di protocolli definiti e condivisi e di PDTA integrati con i centri HUB; in grado di somministrare terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto anche per patologie complesse; in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici.

Inoltre, la Programmazione regionale non può non tener conto anche di quelle UU.OO. diverse dalla Reumatologia che hanno adeguati volumi di attività nel trattamento delle malattie reumatiche e nelle quali operano specialisti in reumatologia dotati di comprovata esperienza e in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione di farmaci biotecnologici o di prostanoidi che richiedono cautele specifiche durante la somministrazione dei trattamenti o gestione diretta di complicanze importanti da seguire in regime di ricovero.

Rientra pertanto nella Rete Reumatologica della regione Abruzzo, con funzione di Spoke, anche l'U.O. di Medicina Generale del P.O. SS. Annunziata di Chieti, anche in virtù del ruolo di Presidio della Rete delle Malattie Rare ex DGR 691/2021, nelle more della formalizzazione della U.O. di Reumatologia con nuovo Atto Aziendale.

CENTRI SPOKE REUMATOLOGICI REGIONE ABRUZZO- UOS							
Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	Posti letto ORDINARI	Posti letto DIURNI
PO SS. ANNUNZIATA CHIETI	Medicina Generale	26			1		
PO MAZZINI TERAMO	Medicina Generale	71			1	1	

CENTRI SPOKE REUMATOLOGICI REGIONE ABRUZZO- SERVIZI			
Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE SERVIZIO	NOTE
P.O. SS. Trinità Popoli	Reumatologia	Reumatologia	Da attivare
P.O. Mazzini di Teramo	Allergologia e Immunologia Clinica DU	Reumatologia	Attivo
P.O. Maria SS dello Splendore Giulianova	Medicina Generale	Reumatologia	Attivo

CENTRO HUB DI TERZO LIVELLO OSPEDALIERO (a Direzione Aziendale o Universitaria):

Unità Operativa Complessa (UOC) di Reumatologia con posti letto dedicati (Ordinari e/o DH) in grado di gestire tutte le patologie Reumatiche, in particolare i pazienti con patologie complesse o complicate e/o con particolari difficoltà diagnostiche, pervenuti dai centri Spoke o da Ambulatori di Reumatologia territoriali.

Tale UOC ha il compito di accogliere i pazienti con necessità di ricovero a ciclo ordinario continuo o ricovero a ciclo diurno, completando il percorso diagnostico terapeutico e 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.

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.

Tale U.O. 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.

Il centro HUB, in ambito reumatologico, assicura il necessario supporto alle strutture appartenenti alla Rete per le azioni di programmazione e governo clinico, tramite lo svolgimento delle seguenti attività:

- coordinamento delle attività di tutti i Centri di Assistenza Reumatologica, nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di una ottimizzazione del rapporto costi benefici soprattutto per quanto attiene l'uso dei farmaci innovativi ad alto costo;
- predisposizione di protocolli operativi per l'adozione delle linee guida;
- raccolta dei dati epidemiologici relativi alle malattie reumatiche;
- monitoraggio delle modalità di approccio terapeutico al fine di ottimizzare l'uso appropriato dei farmaci e degli schemi terapeutici sia nel trattamento delle forme di recente insorgenza sia nelle forme ormai cronicizzate;
- proposte di sviluppo e rilancio della ricerca, ivi comprese la terapia termale e talassoterapia.

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

CENTRI HUB REUMATOLOGICI REGIONE ABRUZZO								
Denominazione Struttura/Stabilimento	Disciplina o specialità clinica (D.M. n. 70/2015)	DENOMINAZIONE UOC	Codice Disciplina (Modelli HSP 12 e 13 -D.M. 5 dicembre 2006)	UOC	UOSD	UOS	Posti letto ORDINARI	Posti letto DIURNI
PO DE L'AQUILA SAN SALVATORE	Reumatologia	Reumatologia DU	71	1			4	2
P.O. 'SPIRITO SANTO' PESCARA	Reumatologia	Reumatologia	71	1			8	1



Figura 1 - Rappresentazione geografica della Rete regionale di Reumatologica

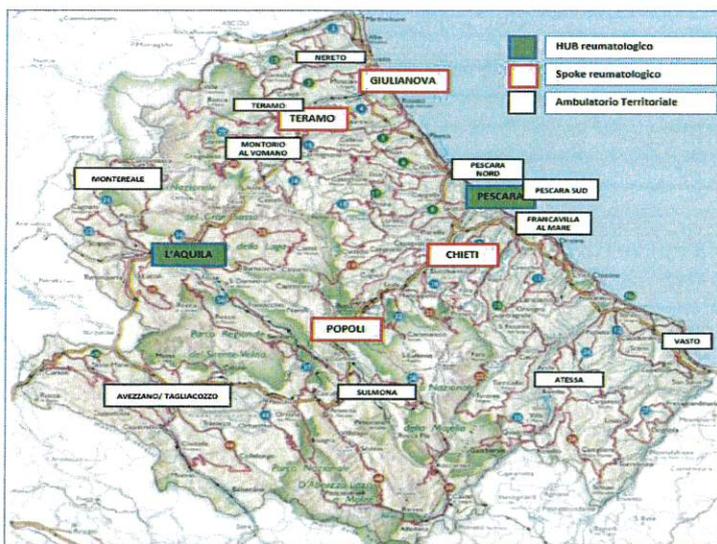
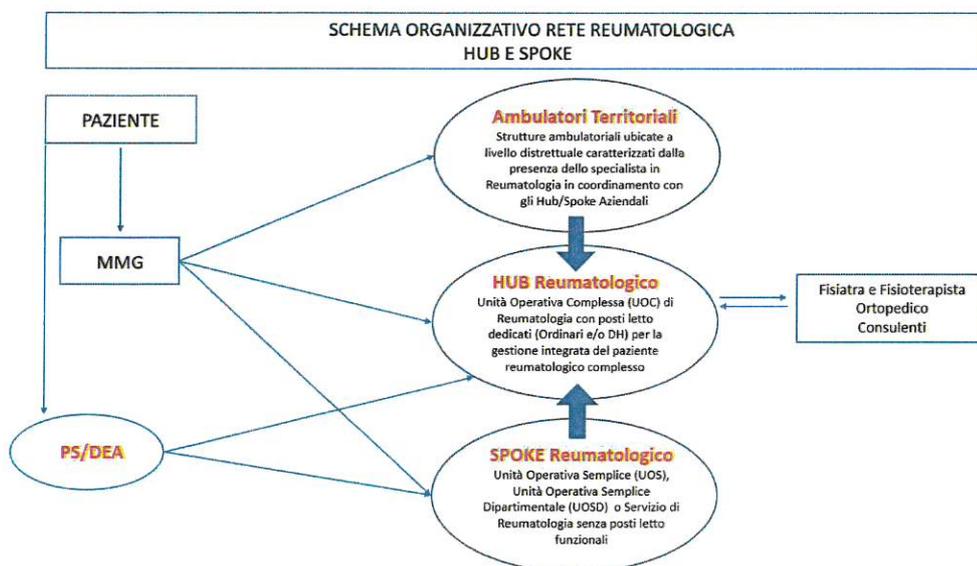


Figura 2 – Schema organizzativo della Rete Reumatologica nella regione Abruzzo



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, 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/ Internista, il MMG e gli altri specialisti, possibilmente da realizzarsi attraverso l'uso di supporti informatici.

A. Diagnosi (Reumatologo)

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 e dallo specialista 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.

È 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 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 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, applicando la classe di priorità più idonea in linea con l'allegato 1.
- 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 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 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. La conferma è di competenza dello specialista.

Tabella 6: Eleggibilità 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	A. artrite persistente a piccole articolazioni > 6 settimane B. almeno 1 piccola articolazione coinvolta C. sintomi costituzionali (astenia, febbre, etc) D. rigidità mattutina superiore a 30 minuti	- 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
Spondilo-Artriti	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	<i>La sintomatologia descritta nella colonna "Sintomi" è sufficiente per l'invio del paziente a</i> Prima visita reumatologica	Prima visita reumatologica	rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi
Lupus Eritematoso Sistemico	A. ± artriti periferiche B. ± eritema del viso C. ± sintomi costituzionali (febbre) (febbre) D. ± genere femminile E. ± porpora cutanea F. ± abortività ripetuta G. ± familiarità trombofilica	- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - Creatinina, - Azotemia - Esame urine con sedimento - ANA, - ENA, - Anti-DNA - C3-C4 - Anticorpi anti beta2 GP1 - LAC, Anticorpi anticardiolipina	Prima visita reumatologica	rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi



Sindrome di Sjogren	A. Sindrome secca B. ± linfadenopatie periferiche C. ± sintomi costituzionali (febbricola) D. ± parotidomegalia E. ± artralgie/artriti	- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - Fattore Reumatoide, - ANA, - ENA, - C3-C4,	Prima visita reumatologica	rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi
Sclerosi Sistemica	A. Fenomeno di Raynaud B. genere femminile C. "puffy fingers" D. eventuale sclerosi cutanea E. ulcere ischemiche digitali, "pitting scars"	- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - ANA, - ENA, - C3-C4, - Capillaroscopia -Anti-HCV,	Prima visita reumatologica	rivalutazione in caso di persistenza o ricomparsa di segni e sintomi suggestivi
Vasculiti piccoli, medi, grossi vasi	A. Sintomi costituzionali B. lesioni cutanee (porpora, ulcere necrotiche) C. artralgie/ artriti D. pregressa infezione da HBV/HCV E. dispnea, asma F. aftosi orale e genitale ± rachialgia con caratteristiche infiammatorie	- Emocromo con formula, - VES, - Proteina C Reattiva, - Esame urine con sedimento - ANA, - ENA, - C3-C4, - ANCA	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/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, biumorale, 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 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 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 espletamento 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;
- 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



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.

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:

1. Impegnativa per la prima visita reumatologica c/o l'Ambulatorio Reumatologico di II livello da parte del Medico di Medicina Generale o 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 Le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione.

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, faringe, 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 [teleradiografia, 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	Angiogrammi dell'addome superiore
88.95.6	Angiogrammi 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	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
90.10.5	Bilirubina totale e frazionata
90.11.4	Calcio totale [s/u/du]
90.15.4	Creatininchinasi (cpk o ck)
90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]
90.16.4	Creatinina clearance
90.18.3	Droghe d'abuso [Amfetamina, Caffeina, 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 neutrofilo (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, hct, 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	Velocita' 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 hbcag
91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag 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 [hcv] analisi quantitativa di hcv rna
91.19.5	Virus epatite c [hcv] 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 dotto 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 [teleradiografia, 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/andrologica, 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	Creatinchinasi (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]
90.28.2	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
90.33.5	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 neutrofilii (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 (eia)
90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, hct, 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 waaler 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 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 [hcv] analisi quantitativa di hcv rna
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 [teleradiografia, 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]
90.22.3	Ferritina [p/(sg)er]
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, hct, 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 c 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 hbcag 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 [hcv] analisi quantitativa di hcv rna
91.19.5	Virus epatite c [hcv] 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: Prestazione contenute nei PAC elencate nell'allegato 4 contenuto nel DPCM del 12/1/2017 recante i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza

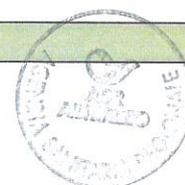
CODICE	DESCRIZIONE
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE
38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia 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 LOMBARE (87.24.7)
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE.Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL 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 LOMBARE (87.24.7)
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)



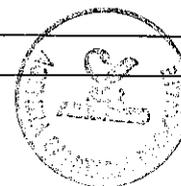
88.39H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA 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
88.21.1	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
88.42.1	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
88.72.2	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. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o 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 preconcezionale. 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 più 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 ANTICOAGULANT (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 ERITROCITARI [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 Hb, 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 antigenicit� 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 tuberculina 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 EMASIE (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 Avidit� 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 TPHA [TPPA] pi� 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 Avidit� 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 HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg 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 fi 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. Includere 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. Includere 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. Includere 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. Includere 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

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 antalgica 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.

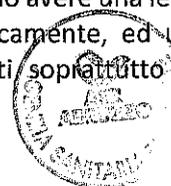
Gli analgesici non narcotici, il paracetamolo e i FANS vengono utilizzati come trattamento sintomatico. Tale categoria di farmaci è incapace tuttavia di arrestare o ridurre l'attività di malattia.

Trattamenti di fondo: Farmaci antireumatici modificanti la malattia sintetici (DMARDs)

Con l'utilizzo precoce di farmaci antireumatici modificanti la malattia sintetici (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs: 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 velocità di eritrosedimentazione, della proteina C reattiva e controllo della flogosi tissutale, anche se alcuni DMARDs raggiungono una piena efficacia terapeutica solo dopo 6-8 settimane.

Nei pazienti con le artriti, se l'obiettivo clinico prefissato (remissione o bassa attività di malattia) del trattamento non si ottiene con il primo DMARDs, in assenza di fattori prognostici negativi, si deve considerare il passaggio ad un altro DMARDs; quando sono presenti fattori prognostici negativi, si deve considerare l'aggiunta o il cambio ad un farmaco biologico.

Nei pazienti con le artriti, o più utilizzati tra essi sono il metotressato, l'idrossiclorochina, la sulfasalazina, la ciclosporina e la leflunomide. Tuttavia, la maggior parte dei pazienti trattati con DMARDs può avere una lenta progressione delle erosioni con danno articolare irreversibile, documentabile radiologicamente, ed una progressiva riduzione della funzione degli organi vitali. Altri DMARDs che vengono utilizzati soprattutto nei pazienti che hanno le connettiviti, sono la ciclofosfamida, l'azatioprina ed il micofenolato.



Per ciò che riguarda la terapia cortisonica, è oggi di uso comune il suo utilizzo, a dosaggio medio-basso, quale terapia “ponte” per 6-8 settimane, prima cioè dell’inizio del raggiungimento dell’effetto pieno dei DMARDs, somministrati contemporaneamente.

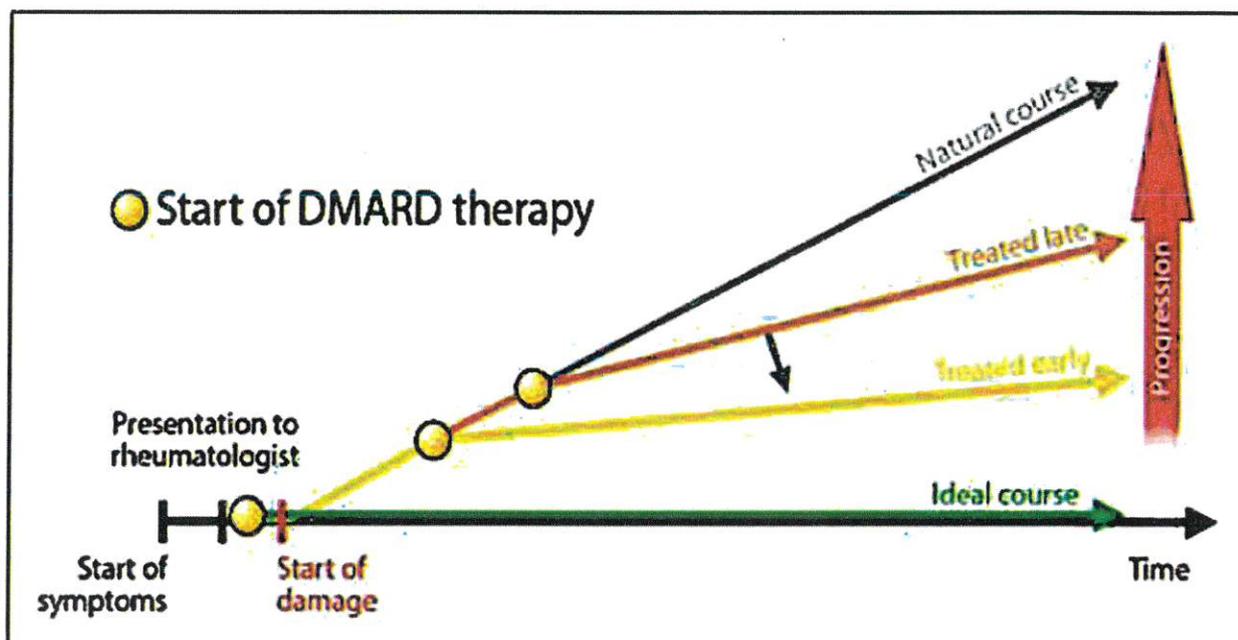
Molti studi dimostrano che tanto più il trattamento è precoce, tanto maggiore è il beneficio.

Le linee guida più recenti per le artriti 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.

È 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 3).

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 3 - 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 EULAR 2016, 2019,2020). 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.

Esistono varie classi di farmaci biotecnologici a seconda del meccanismo di azione:

- farmaci inibitori del TNF (adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliximab) utilizzati nell’artrite reumatoide e nelle spondiloartriti;
- farmaci inibitori dell’interleuchina 6 (tocilizumab, sarilumab) utilizzati nell’artrite reumatoide;

- farmaci inibitori dell'interleuchina 1 (anakinra, canakinumab) utilizzati nell'artrite reumatoide e nelle malattie autoinfiammatorie;
- farmaco inibitore della costimolazione dei linfociti T (abatacept) utilizzato nell'artrite reumatoide;
- farmaco anti-CD20 (rituximab) utilizzato nell'artrite reumatoide;
- farmaco inibitore dell'interleuchina 17 (secukinumab) utilizzato nelle spondiloartriti;
- farmaco inibitore dell'interleuchina 12/23 (ustekinumab) utilizzato nell'artropatia psoriasica;
- farmaco anti Bly (belimumab) utilizzato nel lupus eritematoso sistemico.

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.

Va rimarcata la necessità, oltre che di appropriatezza, anche di continuità terapeutica nel paziente in cui vi sia ottenuta efficacia e conseguente persistenza in terapia, non essendoci indicazione clinica a switch "non clinico", ad esempio da farmaco brand a farmaco biosimilare.

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.

Inibitori delle Janus chinasi

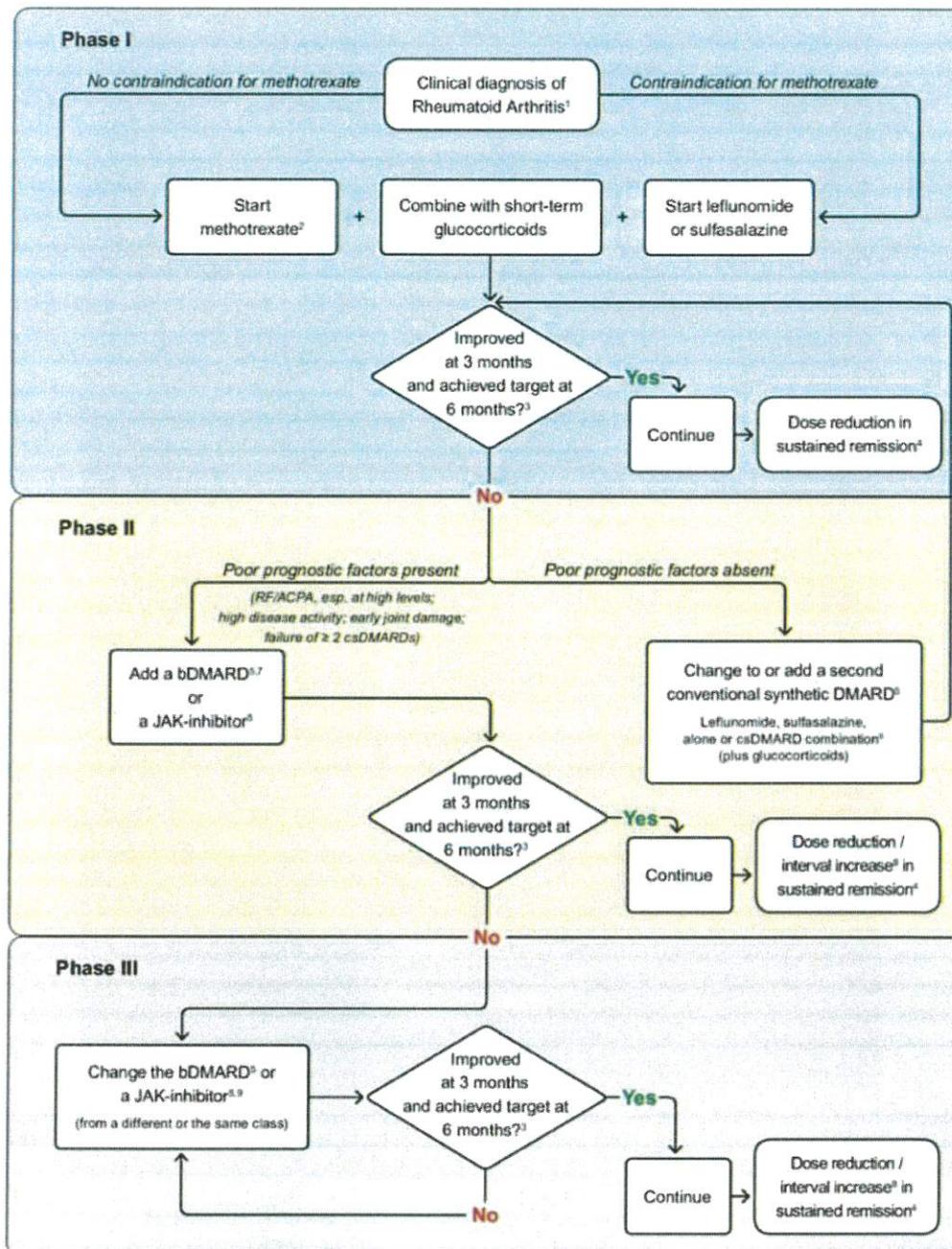
Gli Inibitori della Janus chinasi, noti anche come inibitori JAK, sono dei farmaci che funzionano inibendo l'attività di uno o più della famiglia di enzimi Janus chinasi (JAK1, JAK2, JAK3 e TYK2), interferendo così con la via di segnalazione delle JAK/STAT. Esistono diversi inibitori di JAK: tofacitinib, baricitinib e upadacitinib che vengono utilizzati nell'artrite reumatoide.

Inibitore della fosfodiesterasi 4

Apremilast è una molecola inibitrice della fosfodiesterasi 4 specifica per l'adenosina monofosfato ciclica che viene utilizzato nell'artropatia psoriasica.

Di seguito le flow chart, come da linee guida EULAR, per l'utilizzo dei farmaci biotecnologici in AR, APS e SPA.





1. 2010 ACR-EULAR classification criteria can support early diagnosis.
 2. Methotrexate should be part of the first treatment strategy. While combination therapy of csDMARDs is not preferred by the Task Force, starting with methotrexate does not exclude its use in combination with other csDMARDs, although more adverse events without added benefit are to be expected, especially if MTX is combined with glucocorticoids.
 3. The treatment target is clinical remission according to ACR-EULAR definitions or, if remission is unlikely to be achievable, at least low disease activity; the target should be reached after 6 months, but therapy should be initiated or changed if insufficient improvement (less than 50% of disease activity) is seen after 3 months.
 4. Sustained remission: a 6-month ACR-EULAR index based or Boolean remission.
 5. Consider contraindications and risks.
 6. The most frequently used combination comprises methotrexate, sulfasalazine and hydroxychloroquine.
 7. TNF-inhibitors (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, including EMA/FDA approved biosimilars), abatacept, IL-6R inhibitors, or rituximab (under certain conditions); in patients who cannot use csDMARDs as comedication, IL-5-inhibitors and tsDMARDs have some advantages.
 8. Dose reduction or interval increase can be safely done with all csDMARDs and bDMARDs with little risk of flares; stopping is associated with high flare rates; most but not all patients can recapture their good state upon re-institution of the same bDMARD/tsDMARD.
 9. Efficacy and safety of bDMARDs after JAK-inhibitor failure is not fully known; also efficacy and safety of an IL-5 pathway inhibitor after another one has failed is currently unknown. Efficacy and safety of a JAK-inhibitor after insufficient response to a previous JAK-inhibitor is unknown.

Figure 1 Presentation of the 2019 update of the EULAR RA management recommendations in form of an algorithm. This is an abbreviated version aiming to provide a general overview, but it must be borne in mind that the algorithm cannot be separated from the details presented in the discussion of the individual recommendations in the paper which are part and parcel of these recommendations. ACPA, anticitrullinated protein antibody; ACR, American College of Rheumatology; bDMARDs, biological DMARDs; bsDMARD, biosimilar DMARDs; csDMARDs, conventional synthetic DMARDs; DMARDs, disease-modifying antirheumatic drugs; EMA, European Medicines Agency; EULAR, European League Against Rheumatism; FDA, Food and Drug Administration; IL-6R, interleukin 6 receptor; JAK, Janus kinase; MTX, methotrexate; RA, rheumatoid arthritis; RF, rheumatoid factor; TNF, tumour necrosis factor; tsDMARDs, targeted synthetic DMARDs.



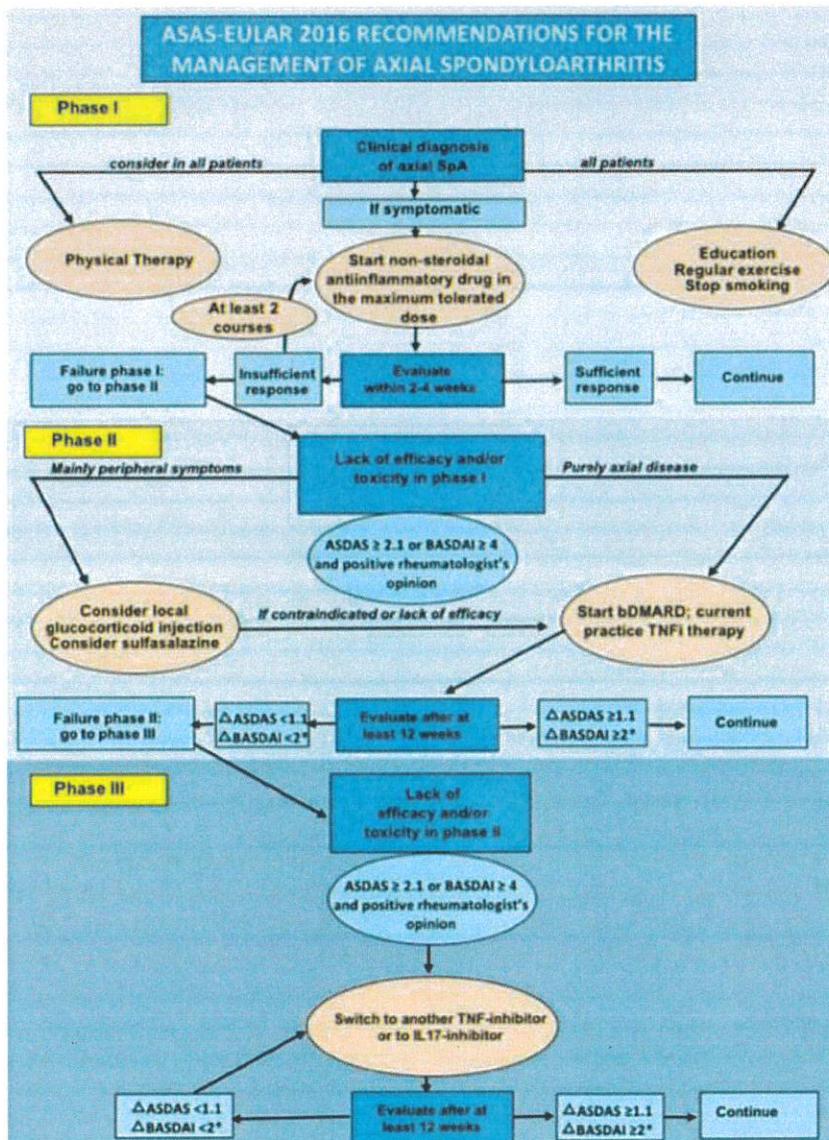
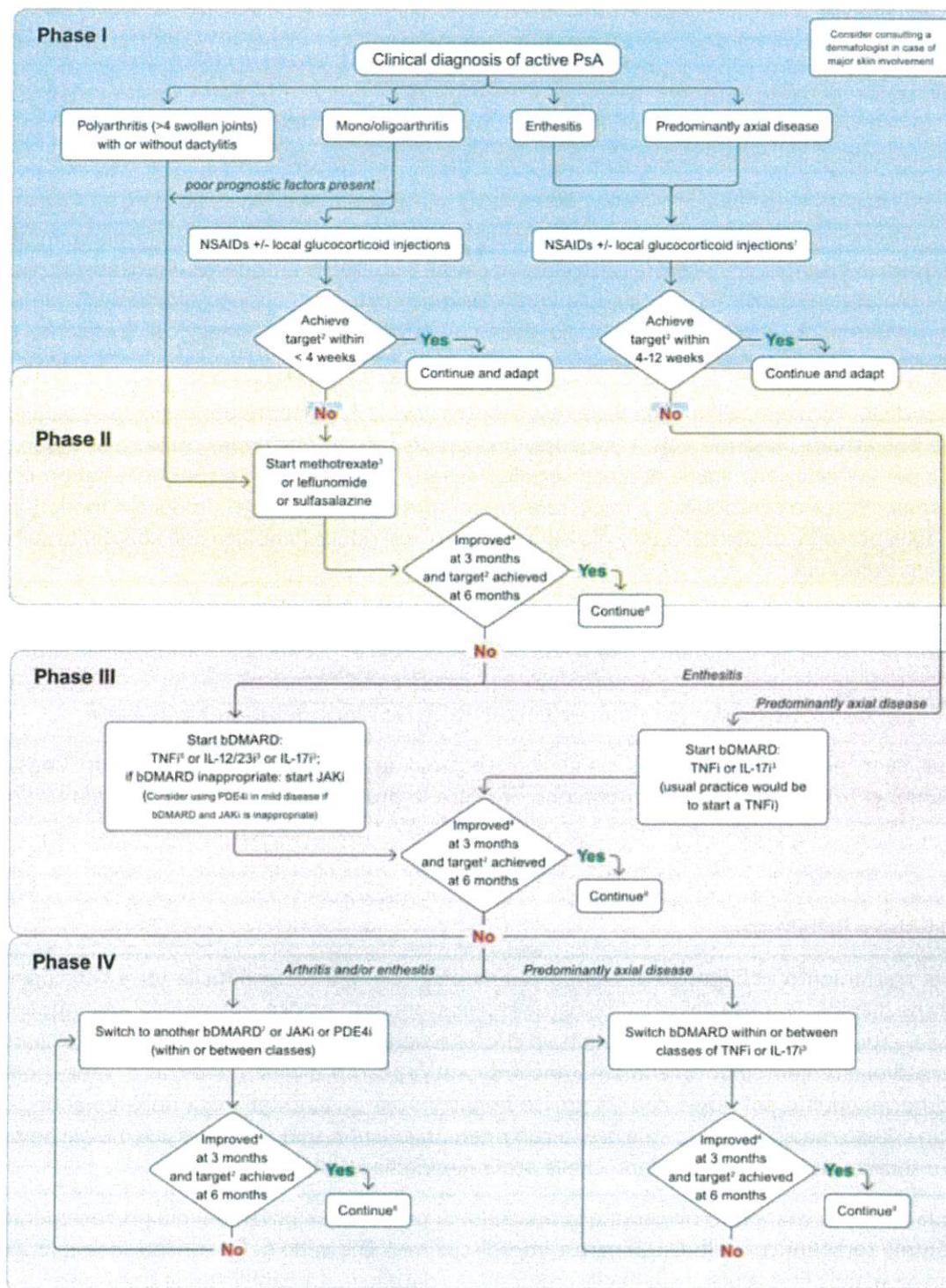


Figure 3 Algorithm based on the ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis. ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; bDMARD, biological disease-modifying antirheumatic drug; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor; IL17-inhibitor, interleukin-17 inhibitor. *Either BASDAI or ASDAS, but the same outcome per patient.





1 No glucocorticoids for axial disease
 2 The target is remission or low disease activity (especially with long standing disease) in accordance with the treat-to-target recommendations
 3 Preferred in the presence of relevant skin involvement, however in case of concomitant inflammatory bowel disease or uveitis, an anti-TNF antibody would be preferred
 4 Improvement means at least 50% reduction in disease activity
 5 As add-on to methotrexate
 6 Consider cautious tapering in sustained remission including abatacept
 7 For definition of individual terms see text
 8 Phase I: recommendations 1, 2, 3, 4, 5; Phase II: recommendations 1, 3, 4, 5, 12; Phase III: recommendations 6, 8, 9, 10, 12; Phase IV: recommendations 7, 11, 12

Figure 1 The EULAR 2019 algorithm for treatment of PsA with pharmacological non-topical treatments. bDMARDs, biological disease-modifying antirheumatic drugs; EULAR, European League Against Rheumatism; IL-12/23i, interleukin-12/23 inhibitor; IL-17i, interleukin-17 inhibitor; JAKi, Janus kinase inhibitor; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; PDE4i, phosphodiesterase-4 inhibitor; PsA, psoriatic arthritis; TNFi, tumour necrosis factor inhibitor.

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, poiché 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.

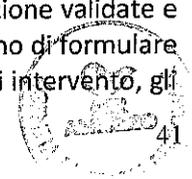
In quest'ottica si inseriscono interventi sia individuali che di gruppo come ad esempio un "Consultorio per malati reumatici" in cui i professionisti possono prestare la propria opera in piena sinergia tra loro e con i pazienti

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 aree 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 chinesio 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 viziati, 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 sclerodemia 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 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 con relazione trasmessa dallo Specialista Reumatologo.
- Il MMG 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 con le considerazioni diagnostiche, terapeutiche e 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.

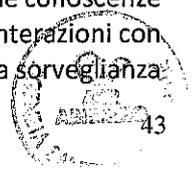
Il Centro prescrittore invia al MMG i consigli per il monitoraggio della terapia. In presenza di effetti collaterali, reazioni avverse o riacutizzazione della malattia, il MMG può contattare direttamente lo Specialista in caso di evoluzione imprevista della malattia, prescrivere "prima visita reumatologica"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

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

È 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**, creando 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 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 di Recepimento.
- Protocolli clinico organizzativi aziendali delle malattie reumatiche infiammatorie ed auto-immuni entro 30 giorni dall'atto di recepimento aziendale.
- 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%**.

*Data l'attuale mancanza di un flusso informativo ad hoc, i dati saranno forniti con periodicità annuale dalle Direzioni Sanitarie Aziendali, le quali, a seguito di formale richiesta scritta da parte dell'ASR Abruzzo, autocertificheranno i dati necessari per il calcolo degli indicatori sopra riportati.



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)



SCHEDA 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 - tc del cranio [sella turcica, orbite] / tc dell'encefalo	RA
		87.03.8	Tomografia computerizzata (tc) del collo, senza e con contrasto [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, 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 [teleradiografia, 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	Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo o dopo prova farmacologica	CA;RA
		88.73.5	Ecocolordoppler 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;CP;CV;DE;EN;FK;GA;LA;MN;NC;NE;NF;OC;OD;OG;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;C H;CP;CV;DE; EN;FK;GA;LA ;MN;NC;NF; OD;ON;OR; OT;PN;PS;R A;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	Creatinasi (cpk o ck)	LA
		90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
		90.16.4	Creatinina clearance	LA
		90.18.3	Droghe d'abuso [Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, 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/p/u/du/la]	LA
		90.28.2.	Idrossiprolina [u]-	LA
		90.28.2.AB	Idrossiprolina [u]- Anticorpi anti citrullina	LA
		90.28.2.AE	Idrossiprolina [u]- Citrullina (artrite reumatoide) - CCP	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 (lac)	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: 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., 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	Velocita' 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 f.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 [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 hbcag	LA
	91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag 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-polimerasi	LA
	91.19.4	Virus epatite c [hcv] analisi quantitativa di hcv rna	LA
	91.19.5	Virus epatite c [hcv] 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").



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 [teleradiografia, 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;CP ;CV;DE;EN;FK;G A;LA;MN;NC;NE; NF;OC;OD;OG;O N;OR;OT;PN;RT; UR

	89.13	Visita neurologica	NE
	89.26	Visita ginecologica - visita ostetrico-ginecologica/andrologica, 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;CP CV;DE;EN;FK;G A;LA;MN;NC;NF; OD;ON;OR;OT;P N;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
	90.15.4	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
	90.28.2.	Idrossiprolina [u]-	LA
	90.28.2.AB	Idrossiprolina [u]- Anticorpi anti citrullina	LA
	90.28.2.AE	Idrossiprolina [u]- Citrullina (artrite reumatoide) - CCP	LA
	90.29.2	Lattato deidrogenasi (ldh) [s/f]	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 (lac)	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., f. 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 c anticoagulante funzionale [p]	LA
	90.72.3	Proteina c 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	
	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 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 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-polimerasi	LA
	91.19.4	Virus epatite c [hcv] analisi quantitativa di hcv rna	LA
	91.19.5	Virus epatite c [hcv] 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 [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 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	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
		87.44.1	Radiografia del torace di routine, nas - radiografia standard del torace [teleradiografia, 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;CP ;CV;DE;EN;FK;G A;LA;MN;NC;NE; NF;OC;OD;OG;O N;OR;OT;PN;RT; UR
		89.7	Visita generale - visita specialistica, prima visita	AN;AP;CA;CH;CP ;CV;DE;EN;FK;G A;LA;MN;NC;NF; OD;ON;OR;OT;P N;PS;RA;RT;UR
		90.04.5	Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s/u]	LA



	90.09.2	Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s]	LA
	90.16.3	Creatinina [s/u/du/la]	LA
	90.22.3	Ferritina [p/(sg)er]	LA
	90.27.1	Glucosio [s/p/u/du/la]	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/la]	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 Antitransglutaminasi (tGG)	LA
	90.52.4	Anticorpi anti nucleo (ana)	LA
	90.57.3	Antigeni HLA (ciascuno)	LA
	90.62.2	Emocromo: hb, gr, gb, hct, 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 c 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 hbcag	LA
	91.18.1	Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag 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-polimerasi	LA
	91.19.4	Virus epatite c [hcv] analisi quantitativa di hcv 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

