

PROGETTO PILOTA DI EDUCAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER IL FOLLOW-UP SPECIALISTICO REUMATOLOGICO SUL TERRITORIO (OPEN REUMA)

PI: Marco Matucci Cerinic, Professore Ordinario, SSD MED/16 Reumatologia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

INTRODUZIONE

Negli ultimi venti anni la Reumatologia ha avuto un notevole incremento di interesse da parte dei media grazie alle migliorate capacità diagnostiche e alla disponibilità di nuove terapie, rappresentate, in particolare, dai farmaci Biologici, in grado di modificare la prognosi di molte malattie.

Inoltre le malattie reumatiche hanno un elevato impatto socio-sanitario in quanto costituiscono una significativa percentuale delle patologie croniche e rappresentano una delle cause più comuni di disabilità, con conseguente notevole ricaduta in termini economici.

L'approccio terapeutico alle malattie reumatiche si è orientato verso un trattamento sempre più tempestivo e mirato al fine di rallentare o arrestare la progressione della malattia in fase precoce, prima che si sia instaurato il danno anatomico o d'organo irreversibile. Protagonisti di questa rivoluzione terapeutica sono, appunto, i farmaci cosiddetti "*biologici*".

Questi farmaci sono in grado di migliorare notevolmente la qualità di vita dei pazienti e di ridurre la disabilità con una ricaduta positiva sui costi. La loro modalità di azione, con la modulazione dell'attività immunitaria, comporta altresì una costante sorveglianza dei possibili effetti indesiderati che si riflette in un aumento del carico di lavoro da parte delle strutture dove il monitoraggio viene effettuato.

Per fare fronte al progressivo incremento della domanda è di fondamentale importanza definire strategie atte a garantire una risposta assistenziale rapida ed efficiente nei Centri Reumatologi di II livello, tenendo presenti le peculiarità dei singoli pazienti e la relativa scarsità di risorse economiche.

Quello che appare il miglior compromesso tra costi ed efficacia di risultato è un modello che preveda una maggiore integrazione e collaborazione (riqualificazione) di tutte le figure professionali coinvolte – reumatologo, medico di medicina generale, infermiere – che permetta di decentrare sul territorio un percorso di follow-up concordato con una condivisione gestionale dei pazienti già inquadrati, stabili e non complicati.

Inoltre, per garantire un rapido e *appropriato* accesso alle cure a tutti i pazienti complessi, è auspicabile una maggiore partecipazione alla gestione di tali pazienti da parte dei MMG (sensibilizzazione del MMG in un percorso (tipo *triage*)), che consenta un più rapido accesso alla medicina specialistica da parte di coloro che ne hanno più necessità.

SCOPO

Aggiornare i MMG sui criteri clinici necessari alla diagnosi precoce ed al follow up decentrato dei pazienti affetti da malattie reumatiche.

OBIETTIVI

- Ottimizzare la diagnosi precoce con referral ai centri di II e III livello
- Razionalizzare la gestione dei pazienti stabili, decentrando il follow-up;
- Riduzione dei tempi di attesa per una prima valutazione specialistica complessa al Centro reumatologico di II livello (Open Reuma);
- Aumento della disponibilità di accesso dei pazienti dal territorio.
- Creare una rete reumatologica integrata interaziendale;

Il PROGRAMMA EDUCAZIONALE di circa tre mesi si baserà su una serie di incontri della durata di circa due ore settimanali che dovranno preparare il MMG ad una gestione delle malattie reumatiche con lezioni brevi come segue:

1. Principali red flags che caratterizzano la diagnosi precoce delle principali malattie reumatiche;
2. Fondamentali segni e sintomi delle principali malattie reumatiche;
3. Caratteristiche extrarticolari delle malattie reumatiche;
4. Nuove terapie biologiche e piccole molecole;
5. Problemi più frequenti delle terapie sintetiche, biologiche e piccole molecole.

FIGURE COINVOLTE

Il **medico specialista reumatologo** dovrebbe:

1. Individuare pazienti affetti da Artrite Reumatoide, Spondilite Anchilosante, Artrite Psoriasica in terapia con farmaci Biologici e/o DMARDs, con strategie terapeutiche già impostate e patologie stabilizzate;
2. Individuare e definire insieme alla medicina Generale (Formare e focalizzare le competenze del Medico di Medicina Generale nel riconoscimento di) i patterns che si discostano da parametri di sicurezza ed efficacia clinica, da inviare all'attenzione dello specialista Reumatologo.

Il **medico di medicina generale** dovrebbe gestire:

1. **Il Follow-up del paziente stabile** compilando all'interno di una piattaforma informatica una check-list clinica (con esami ematochimici) e chiedere ai pazienti di completare questionari di autovalutazione (PROs);
2. **La Prevenzione:** individuare quei pazienti "a rischio" per sicurezza e/o recrudescenza attività di malattia;
3. **La Gestione avanzata:** programmare l'accesso al Centro reumatologico in ambulatorio dedicato (OpenReuma), con livelli di priorità specifici, per quei pazienti che si discostano dai parametri di stabilità.

STRUMENTI

- Riunioni di informazione per medici reumatologi e MMG;
- Raccolta dei dati clinici veloce ed affidabile attraverso l'applicazione della piattaforma Cared, *un tool web creato per la gestione condivisa del paziente tra AOUC e MMG*;
- Questionario di workability e di gradimento.

DEFINIZIONE DELL'ATTIVITÀ DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

compilazione della cartella elettronica della piattaforma integrata MMG/AOUC che comprenderà i seguenti campi di applicazione:

1. check-list (clinica/ematologica, vedi appendice A) che prevede: aderenza del paziente alla terapia, episodi infettivi in atto (si/no), tumefazione e dolore articolare (si/no), routine ematologica (VES, PCR, GB, Transaminasi);
2. se si rileva un parametro alterato (appendice B) il paziente viene inserito nel percorso assistenziale opportuno (territorio, rientro all'ambulatorio specialistico del Centro con slot riservati per MMG denominati *Openreuma*).

DURATA PROGETTO

Il progetto pilota dovrebbe avere una durata minima di 24 mesi:

1. 2 mesi di informazione per i medici AOUC ed i Medici di Medicina Generale;
2. 22 mesi di follow-up sul territorio da parte del MMG e di cooperazione reumatologo-infermiere nella gestione del paziente reumatologico in AOUC.

INDICATORI DI RISULTATO

- 1) numero di pazienti che rientrano al Centro;
- 2) numero di pazienti che proseguono il follow-up sul territorio;
- 3) numero di pazienti che abbandonano il Centro, non soddisfatti della modalità di follow-up (questionario di qualità)

Appendice A

CHECK-LIST CLINICA:

- GB
- VES
- PCR
- GOT
- GPT
- **CREATININA** □ NEI LIMITI □ ALTERATA:

CONDIZIONI GENERALI

- ☐ SITUAZIONE STAZIONARIA
☐ SITUAZIONE PEGGIORATA RISPETTO ALL'ULTIMO CONTROLLO
☐ RIPRESA DI MALATTIA

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • REAZIONI SITO INIEZIONE: | ☐ No | ☐ SI |
| • HA DOVUTO SOSPENDERE IL FARMACO DI FONDO | ☐ No | ☐ SI |
| • INFEZIONI ATTUALI | ☐ No | ☐ SI |
| • SONO COMPARSE NEOPLASIE | ☐ No | ☐ SI |
| • HA UNA ARTICOLAZIONE GONFIA | ☐ No | ☐ SI |
| | | |
| • HA DOLORE LOMBARE AL RISVEGLIO | ☐ No | ☐ SI |
| • GRAVIDANZA | ☐ No | ☐ SI |
| | | |
| • Altri sintomi..... | | |

Appendice B

CRITERI DI INVIO AL CENTRO:

1. Peggioramento clinico del paziente;
2. Alterazioni ematologiche degne di rilievo (aumento ves e pcr, aumento dei valori delle transaminasi ggt, riduzione dei GB);
3. Eventuali eventi intercorrenti degni di nota (dolore, tumefazione articolare, infezioni, neoplasie, gravidanza).

MODALITA' DI RINVIO AL CENTRO:

I MMG potranno inviare i pazienti direttamente all'interno di slot dedicati denominati Openreuma sulla piattaforma dedicata.

Appendice C

CRONOPROGRAMMA:

Il progetto viene suddiviso in due periodi di 12 mesi ciascuno; i primi 12 mesi vengono impiegati come segue: 2 mesi per l'informazione del MMG e 10 mesi per lo svolgimento dell'attività di follow-up del MMG sul territorio e per l'attività dell'infermiere all'interno di Centro reumatologico di II livello; al termine dei primi 12 mesi si procede con l'analisi dei dati:

- 1) sul territorio: se dai risultati emerge che si è verificato un eccessivo numero di pazienti che sono rientrati al Centro, si proseguono i successivi 12 mesi continuando il follow-up con le stesse modalità e si effettua una rivalutazione alla fine; se invece dall'analisi dei risultati il numero dei pazienti rientrati al Centro, non risulta eccessivo, si procede con l'estensione del progetto a tutta l'area Vasta;
- 2) al Centro Reumatologico: se il tempo medio per una visita reumatologica si è ridotto, viene snellito il lavoro dei medici, viene rispettato l'orario della visita reumatologica, si prosegue per altri 12 mesi.



