

**PDTA**  
**PATOLOGIE CRONICHE DERMATOLOGICHE:**  
**PSORIASI E DERMATITE ATOPICA**

Roma, 24.9.2024

## Sommario

Sommario .....	2
Indice delle figure .....	4
Componenti Gruppo di lavoro SIDeMaST .....	5
Abbreviazioni .....	6
1. Contesto e obiettivi del PDTA .....	7
2. La psoriasi.....	8
3. La dermatite atopica .....	10
4. Livelli e fasi di gestione del paziente .....	12
5. Inquadramento diagnostico .....	14
5.1. Primo contatto del paziente per sospetto diagnostico: visita MMG/PLS [Att. 1] .....	15
5.2. Visita specialistica dermatologica di I livello [Att. 2].....	16
5.3. Esecuzione esami ematochimici [Att. 3] .....	17
5.4. Visita specialistica dermatologica di II livello [Att. 4] .....	18
6. Terapia .....	21
6.1. Esecuzione esami ematochimici [Att. 5] .....	21
6.2. Prescrizione terapia [Att. 6] .....	24
6.3. Dispensazione terapia [Att. 7] .....	26
6.4. Somministrazione terapia [Att. 8] .....	27
7. Follow-up.....	29
7.1. Esami periodici di follow-up [Att. 9.1] .....	29
7.2. Autovalutazione andamento patologia [Att. 10] .....	34
7.3. Visita per rivalutazione del paziente in trattamento [Att. 9.2]	35
7.4. Valutazione cambio “livello” di presa in carico terapeutico in caso di progressione [Att. 9.3] .....	36

7.5. Rinnovo piano terapeutico [Att. 9.4] .....	37
7.6. Gestione problematiche terapie [Att. 11] .....	38
8. Indicatori .....	39
9. Requisiti minimi tecnologici e di personale .....	43
10. Bibliografia .....	45

## Indice delle figure

Figura 1. Flowchart fase inquadramento diagnostico.....	14
Figura 2. Flowchart fase terapeutica .....	21
Figura 3. Flowchart fase di follow-up.....	29

### **Componenti Gruppo di lavoro SIDeMaST**

G. Argenziano (Presidente)  
A. Marzano  
C. Foti  
P. Gisondi  
M.C. Fagnoli  
P. Frascione  
G. Pellacani

Il presente lavoro è stato svolto con il contributo non condizionante di AbbVie Srl

**abbvie**

## Abbreviazioni

CdC	Casa di Comunità
DA	Dermatite Atopica
DM	Decreto Ministeriale
GdL	Gruppo di lavoro
MMG	Medico di Medicina Generale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatra di libera Scelta
PNC	Piano Nazionale Cronicità
PNRR	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
PSO	Psoriasi

## 1. Contesto e obiettivi del PDTA

Il presente documento descrive il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la presa in carico del paziente con psoriasi (PSO) o con dermatite atopica (DA) sviluppato da un gruppo di lavoro (GdL) della Società Italiana di Dermatologia e delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIDeMaST).

In particolare, in linea con quanto definito dall'*European Pathway Association*, il GdL ha predisposto un *Model Pathway*, ovvero un percorso diagnostico terapeutico caratterizzato da una prospettiva sovra aziendale nazionale; quindi, non specifica dell'organizzazione di uno specifico contesto (regionale, di area vasta o locale). Tale percorso intende rappresentare una piattaforma su cui realizzare i percorsi operativi a livello locale.

Il percorso si prefigge un duplice obiettivo:

- promuovere uniformità di comportamento, su tutto il territorio nazionale, dei professionisti coinvolti nel processo di diagnosi e cura dei pazienti affetti da psoriasi e dermatite atopica;
- garantire al paziente appropriati percorsi di cura e assistenza, anche tenendo conto dei nuovi modelli organizzativi territoriali che sono stati introdotti dal recente D.M. 77/2021 e dalla Missione 6 del PNRR, ma anche dallo sviluppo degli strumenti di medicina digitale (telemedicina etc.).

Il percorso è destinato ai sanitari (specialisti, MMG/PLS, infermieri di famiglia e di comunità) operanti su tutto il territorio nazionale, coinvolti nella presa in carico dei pazienti affetti da psoriasi e dermatite atopica; è realizzato con il fine di guidare le scelte intraprese in ambito clinico ed organizzativo, all'interno di un *range* generalmente accettabile di interventi ed esiti.

In questo senso il documento definisce, alla luce delle evidenze scientifiche reperite dalla letteratura e dall'esperienza clinica del Gruppo di Lavoro, le possibilità terapeutico-assistenziali che incontrano i bisogni della maggior parte dei soggetti eleggibili al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Tuttavia, si raccomanda che il giudizio definitivo dell'Operatore sia basato sulle circostanze rilevanti per ogni singolo caso e sulla condivisione del percorso con il paziente, al fine di soddisfare i suoi specifici bisogni.

## 2. La psoriasi

La psoriasi è una patologia infiammatoria che nella maggior parte dei casi si manifesta con papule e placche ben circoscritte, eritematose e ricoperte da squame argentee.

L'eziologia è multifattoriale e include la predisposizione genetica; i fattori scatenanti comprendono i traumi, le infezioni e alcuni farmaci.

La psoriasi consiste nell'iperproliferazione dei cheratinociti epidermici associata all'infiammazione dell'epidermide e del derma.

Le stime della prevalenza variano ampiamente tra le diverse popolazioni ed è probabile che la psoriasi sia sottovalutata nelle persone con pelle scura rispetto alle persone con pelle chiara [1]. Uno studio ha riportato tassi che vanno dallo 0,2 all'1,4% nei bambini e dallo 0,5 all'11,4% negli adulti [2]. La prevalenza nella popolazione generale italiana è stimata pari al 2,8%, con una maggiore frequenza di casi nel sesso maschile [3]; si può dunque stimare che circa 1.500.000 italiani siano affetti dalla malattia. L'età di insorgenza si attesta verso i 16-22 anni e a 57-60 anni, ma la patologia può insorgere a qualsiasi età.

La psoriasi, nata come una patologia a esclusivo interessamento cutaneo oggi si può considerare invece una malattia sistemica [4]. Infatti, un ampio ventaglio di comorbilità può associarsi alla psoriasi, fra le quali, l'artropatia, le malattie infiammatorie croniche intestinali, le patologie oculari, le malattie metaboliche e cardiovascolari, i disturbi psicologici. Gisondi et al. [5] hanno in particolare rilevato che gli individui affetti da psoriasi mostrano un aumento del rischio di malattie cardiovascolari.

Tuttavia, non è ancora ben chiaro quanto questa associazione dipenda direttamente dalla psoriasi o piuttosto da un aumento dell'incidenza nelle persone affette da psoriasi di tradizionali fattori di rischio cardiovascolare, quali obesità, diabete, sindrome metabolica, assunzione di alcol in eccesso, fumo, iperlipidemia. Alcune terapie, se protratte, potrebbero inoltre aumentare tale rischio, o costituire esse stesse un rischio per infezioni sistemiche e tumori cutanei non melanocitici (*non melanoma skin cancer, NMSC*).

Gli aspetti sopra indicati, e la natura cronica e inguaribile della malattia, fanno sì che le sue conseguenze sociali siano estremamente rilevanti. Infatti, i pazienti affetti da psoriasi, allo stesso modo di quelli affetti da altre malattie croniche invalidanti, riferiscono una significativa riduzione della qualità della vita a causa dei sintomi specificamente cutanei (prurito cronico, sanguinamento, coinvolgimento delle unghie), dei problemi legati ai trattamenti (cattivo odore, disagio fisico, perdita di tempo, effetti collaterali sistemici, costi elevati), dei risvolti psico-sociali secondari al dover convivere con una malattia della pelle molto visibile e deturpante (difficoltà nei rapporti



umani interpersonali e sociali, riduzione delle possibilità di occupazione e guadagno, riduzione dell'autostima complessiva).

### 3. La dermatite atopica

La dermatite atopica (DA) è una malattia infiammatoria cronica della cute che è caratterizzata da intenso prurito e lesioni eczematose ricorrenti, con decorso cronico recidivante [5].

La *Global Burden of Disease Survey* condotta dall'organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 2010, categorizza la DA prima tra le patologie della cute più comuni rispetto agli anni di vita corretti per la disabilità ed anni vissuti con una malattia. Questi risultati dimostrano che la malattia ha un effetto sanitario importante a livello di popolazione, nonostante il carico della malattia sia stato probabilmente sottostimato perché gli effetti psicosociali e le comorbidità non erano considerati. Infatti, un aspetto emblematico che caratterizza il paziente con dermatite atopica è la convivenza costante con un prurito pervasivo che spesso risulta incontrollabile. Per il paziente, la conseguenza più immediata del prurito, oltre alla necessità impellente di grattarsi che aggrava le lesioni cutanee pre-esistenti ed innesca ulteriore prurito (ciclo prurito-grattamento), è una riduzione importante del sonno notturno e della qualità di esso. Prurito, privazione del sonno, imbarazzo sociale a causa delle lesioni visibili hanno un effetto significativo negativo sul benessere psicosociale del paziente e dei suoi *caregivers*.

L'eziopatogenesi della DA è complessa, e giocano un ruolo importante la predisposizione genetica, il difetto di barriera, i fattori ambientali e l'infiammazione cutanea a seguito di una risposta immunitaria aberrante [6,7]. Diverse sono le alterazioni della barriera cutanea associate alla DA: ridotta idratazione e aumentata perdita di acqua, composizione lipidica alterata, aumento del pH, ridotta diversità microbica con abbondanza di *S. aureus*. Alcuni fattori di rischio a carico della barriera possono essere genetici, quali le alterazioni delle proteine strutturali (filaggrina, loricrina e claudina) che della componente lipidica (principalmente ceramidi).

L'infiammazione cutanea è l'elemento caratteristico della DA ed è caratterizzato da sequenziali e progressivi *pattern* di infiltrazione di cellule infiammatorie, perlopiù CD4+. Già la cute non-lesionale (priva di lesioni visibili) del soggetto con DA presenta segni di infiammazione sub-clinica caratterizzata da cellule T helper (Th) 2, Th22 ed anche Th17 in minor misura, in un *milieu* di citochine pro-infiammatorie. Le lesioni croniche si caratterizzano per la presenza di infiltrato cellulare Th2 ed anche Th1. I danni alla barriera epidermica e l'infiammazione cutanea sono processi che si rinforzano mutualmente [5].

Infine, sono numerose le comorbidità che si associano al quadro clinico della DA, tra le più frequenti: asma, rinosinusite cronica, allergie alimentari, infezioni cutanee secondarie, alopecia areata, ADHD, depressione [8].

La prevalenza della DA è aumentata di 2-3 volte negli ultimi anni. Attualmente si stima che il 10-25% dei bambini e il 2-8% degli adulti nei Paesi sviluppati siano affetti dalla patologia; in Italia risulta essere dell'8,1%. Nonostante la DA spesso abbia esordio nella prima infanzia e colpisca 2 bambini su 10, le forme persistenti o *adult-onset* hanno una prevalenza più alta rispetto a quanto noto fino ad ora, con un impatto per tutta la durata della vita. Inoltre, le manifestazioni della dermatite atopica in età adulta sono estremamente eterogenee e, per tale ragione, la prevalenza della patologia in questa fascia d'età è probabilmente sottostimata. L'Italia è il Paese dove si registra la maggior incidenza negli adulti, con un valore pari all'8,1%, a fronte di una media del 4,9% [9]. Si registra che circa il 10% dei pazienti affetti da DA necessitano di una terapia sistemica.

È dimostrato, infine, che un genitore affetto da dermatite atopica ha una probabilità del 50% di avere un figlio con una o più di queste manifestazioni, o dell'80% secondo altre fonti [10]; pertanto, una storia familiare di atopica rappresenta il fattore di rischio più rilevante per lo sviluppo di DA.

#### 4. Livelli e fasi di gestione del paziente

Essendo la psoriasi e la dermatite atopica patologie infiammatorie croniche, come indicato anche nel Piano Nazionale delle Cronicità (PNC) [11], i modelli di presa in carico attiva e totale devono includere, oltre la cura, la prevenzione, la diagnosi, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, l'assistenza sociale, le cure palliative e di fine vita.

Ne segue che la realizzazione di una effettiva presa in carico richiede interventi multidimensionali e multiprofessionali, attuati in diversi ambiti, come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

Ricordiamo inoltre che nel PNC approvato nel 2016, tra gli obiettivi fondamentali dei sistemi di cura della cronicità c'è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire, o comunque ridurre, il rischio di istituzionalizzazione, senza però far ricadere sulla famiglia/caregiver il peso dell'assistenza al malato. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'*empowerment* del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura. La centralità di tale *setting* assistenziale è stata ulteriormente confermato dal D.M. 77/2021 [12] e negli obiettivi della Missione 6 del PNRR [13].

Alla luce del quadro normativo sopra descritto, e delle realtà organizzative che si andranno a delineare nel breve e medio termine, il gruppo di lavoro ha convenuto che nella presa in carico dei pazienti affetti dalla psoriasi e dermatite atopica, siano identificate quattro macro-fasi: 1) Inquadramento diagnostico, 2) Terapia e 3) Follow-up, le cui attività si svolgono in quattro ambiti:

1. Assistenza domiciliare
2. Assistenza primaria (MMG/PLS, infermiere di famiglia e di comunità, etc.)
3. Assistenza specialistica ambulatoriale territoriale (Case di Comunità etc.) / ospedaliera (I livello)
4. Assistenza specialistica ospedaliera (II livello).

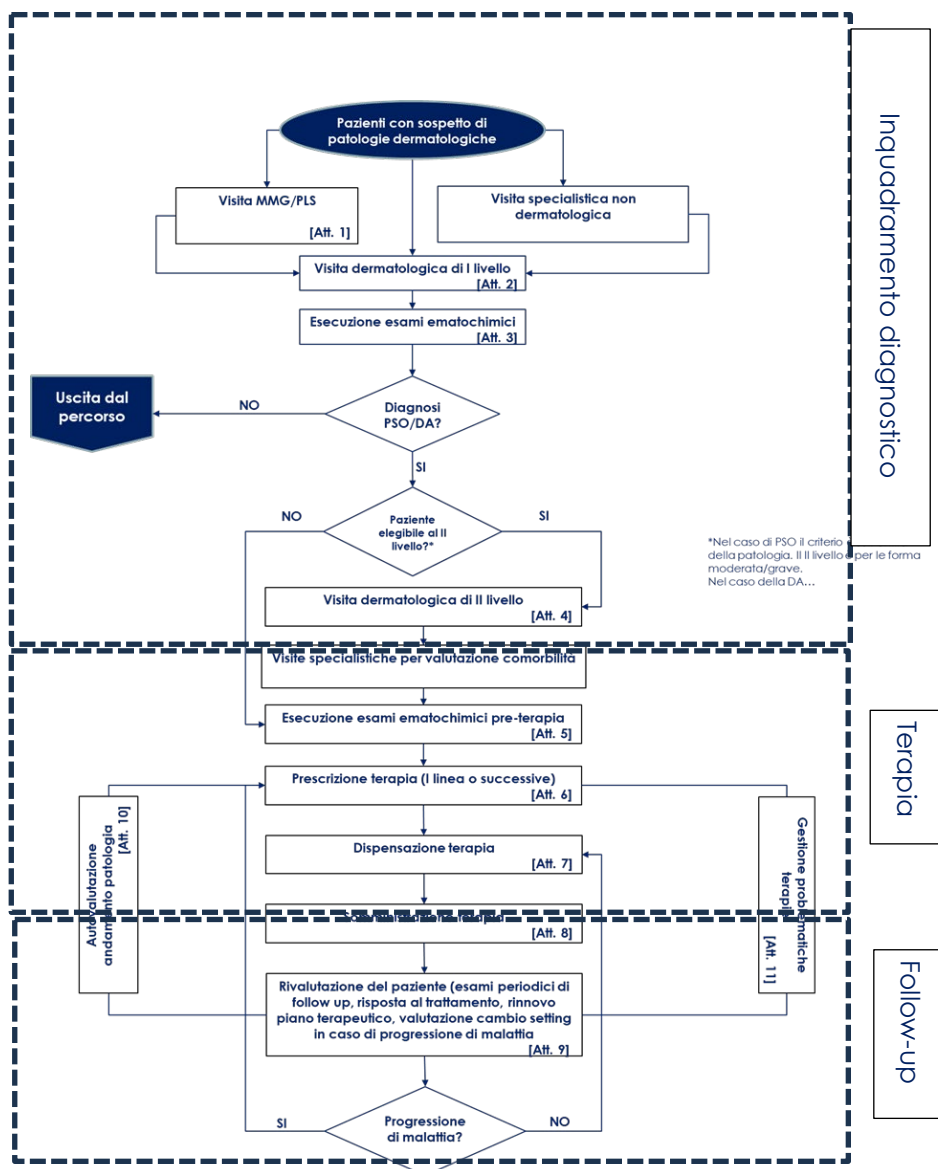
Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di I livello devono essere erogate in ambulatori con dotazioni tecnologiche e di personale, come dettagliate nel presente PDTA, distintamente per singola attività e sub-attività. Per ognuna delle macro-fasi del percorso di cura del paziente (Figura 1.), sono state individuate delle sub-attività, in linea anche con quanto contenuto nei modelli di presa in carico previsti nel PNC (*Chronic Care Model* etc.).

In particolare, per ognuna di queste sub-attività sono state definiti dal GdL i seguenti aspetti:

- Figura professionale

- Livello di assistenza
- Luogo e modalità di erogazione
- Attività
- Documentazione
- Risorse tecnologiche e personale.

**Figura 1. Flowchart PDTA**



## 5. Inquadramento diagnostico

Il sospetto di psoriasi o dermatite atopica può essere avanzato dal MMG/PLS, da un dermatologo o da altri clinici specialisti.

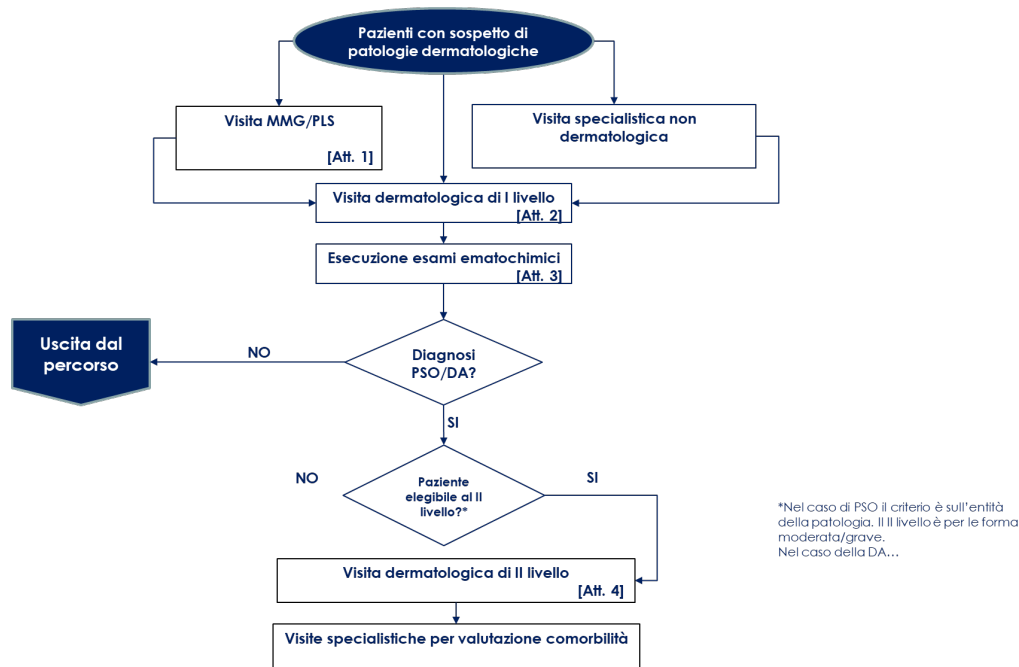
Nel caso in cui non sia avanzato da un dermatologo, il paziente deve essere indirizzato ad una visita dermatologica per procedere con le indagini finalizzate ad accertarne la diagnosi.

In presenza di una forma moderata o grave di psoriasi è raccomandata una valutazione delle comorbidità; per la dermatite atopica, in presenza di comorbidità, è raccomandata una valutazione multidisciplinare del paziente.

Il dermatologo prescrive le visite specialistiche necessarie ad ottimizzare la presa in carico globale del paziente, anche ai fini dell'individuazione dell'opzione terapeutica più idonea alla condizione del paziente.

Si riportano di seguito i requisiti minimi relativi alle attività: Visita MMG/PLS [Att. 1], Visita dermatologica di I livello [Att. 2], Esecuzione esami ematochimici [Att. 3] e Visita dermatologica di II livello (in caso di psoriasi o dermatite atopica, moderata o grave) [Att. 4].

**Figura 2. Flowchart fase inquadramento diagnostico**



### **5.1. Primo contatto del paziente per sospetto diagnostico: visita MMG/PLS [Att. 1]**

Il MMG/PLS in caso di paziente con sospetto di patologie dermatologiche croniche (PSO/DA) deve effettuare una valutazione preliminare e poi indirizzarlo ad una visita dermatologica.

#### Figura professionale:

- MMG/PLS

#### Setting di assistenza:

- Livello di assistenza primaria

#### Luogo e modalità di erogazione:

- Ambulatorio MMG-PLS/Case della Comunità

#### Documentazione:

- Prescrizione visita specialistica dermatologica

#### Attività:

- Anamnesi
- Valutazione cutanea (estensione, etc.)
- Sospetto coinvolgimento articolare (solo nel caso di sospetto di PSO)

#### Risorse tecnologiche e personale

- 1 MMG/PLS

## **5.2. Visita specialistica dermatologica di I livello [Att. 2]**

Il paziente con un sospetto di patologie croniche dermatologiche effettua la prima visita dermatologica di I livello recandosi direttamente dallo specialista o inviato da MMG/PLS o da altro specialista. Si riportano di seguito i requisiti minimi relativi alla specifica attività:

### Figura professionale:

- Dermatologo

### Setting di assistenza

- Specialistica ambulatoriale (I-II livello)

### Luogo e modalità:

- In presenza presso ambulatori specialistici CdC / Ambulatori specialistici ospedalieri

### Documentazione:

- Diagnosi e gravità
- Prescrizione terapia
- Altre prescrizioni

### Attività:

#### PSORIASI:

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Valutazione oggettiva (score clinici)
  - PASI (Psoriasis Area Severity Index)
  - BSA (Body Surface Area)
  - PGA (Psoriasis Global Assessment)
  - DLQI (Dermatology Life Quality Index)
- Valutazione soggettiva
  - PSODISK a cura del paziente
- Valutazione articolare
  - Segni clinici evocativi di artropatia



- Dattilite (in atto o diagnostica da un reumatologo)
- Una o più articolazioni tumefatte e dolenti
- Dolore al rachide di tipo infiammatorio
- Valutazione sospetto comorbidità
  - Valutazione sospetto patologie MICI (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali)
  - Valutazione sospetto patologie reumatologiche
  - Valutazione sospetto patologie oculistiche
  - Valutazione sospetto patologie gastroenterologiche
- Esami ematochimici
  - Emocromo completo, elettroforesi proteica, VES, PCR, ANA, REUMA TEST azotemia glicemica, uricemia, creatinina, colesterolo, trigliceridi, transaminasi, GGT

#### DERMATITE ATOPICA:

- Anamnesi
- Anamnesi familiare
- Prick test Valutazione della localizzazione topografica e raccolta
- Esame obiettivo delle lesioni cutanee (score clinici)
  - Eczema Area and Severity Index (EASI)
  - BSA (Body Surface Area)
- Valutazione dei sintomi clinici (*Patient Reported Outcomes*)
  - Valutazione del prurito (P-NRS)
  - Valutazione del sonno (S-NRS)

#### Impatto sulla qualità di vita del paziente

- Dermatology Life Quality Index (DLQI) Valutazione sospetto comorbidità

#### Risorse tecnologiche e personale

- Cfr. requisiti Ambulatorio tipo A
- 1 dermatologo
- Durata media: 15-20 min.

### **5.3. Esecuzione esami ematochimici [Att. 3]**

In presenza di patologie croniche dermatologiche, prima di iniziare la terapia, al paziente vengono prescritti dallo specialista dermatologo gli esami ematochimici a seconda della tipologia di trattamento prescritto (cfr. Att. 2), che possono essere eseguiti in qualunque laboratorio analisi accreditato:

Figura professionale:

- Laboratorista

Setting di assistenza

- Specialistica ambulatoriale (I-II livello)

Luogo e modalità:

- Presso laboratori analisi ospedalieri e non, accreditati

Documentazione:

- Referto esami

Attività:

- Esecuzione esami prescritti

Risorse tecnologiche e personale

- 1 laboratorista
- Nessuna specifica aggiuntiva

#### **5.4. Visita specialistica dermatologica di II livello [Att. 4]**

Il paziente con dubbio diagnostico di dermatite atopica o di psoriasi moderata o grave viene indirizzato ad una visita specialistica dermatologica di II livello.

Si riportano di seguito i requisiti minimi relativi all'esecuzione dell'attività:

Figura professionale:

- Dermatologo
- Infermiere

### Setting di assistenza

- Specialistica ambulatoriale (II livello)

### Luogo e modalità:

- In presenza presso ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri

### Documentazione:

- Diagnosi e gravità
- Prescrizione terapia
- Altre prescrizioni

### Attività:

#### PSORIASI:

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Biopsia in caso di dubbio diagnostico
- Valutazione oggettiva (score clinici)
  - PASI (Psoriasis Area Severity Index)
  - BSA (Body Surface Area)
  - PGA (Psoriasis Global Assessment)
  - DLQI (Dermatology Life Quality Index)
- Valutazione soggettiva
  - PSODISK a cura del paziente
- Valutazione articolare
  - Segni clinici evocativi di artropatia
    - Dattilite (in atto o diagnostica da un reumatologo)
    - Una o più articolazioni tumefatte e dolenti
    - Dolore al rachide di tipo infiammatorio
- Valutazione sospetto comorbidità
  - Valutazione sospetto patologie MICI (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali)
  - Valutazione sospetto patologie reumatologiche
  - Valutazione sospetto patologie oculistiche
  - Valutazione sospetto patologie gastroenterologiche
- Prescrizione visita specialistica accertamento comorbidità
- Esami ematochimici

- Emocromo completo, elettroforesi proteica, VES, PCR, ANA, REUMA TEST azotemia glicemica, uricemia, creatinina, colesterolo, trigliceridi, transaminasi, GGT

#### DERMATITE ATOPICA:

- Anamnesi
- Anamnesi familiare
- Esame obiettivo delle lesioni cutanee e valutazione della gravità di patologia (score clinici)
  - Eczema Area and Severity Index (EASI)
  - BSA (Body Surface Area)
  - SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD)
- Valutazione dei sintomi clinici (Patient-reported outcomes/a cura del paziente)
  - Valutazione del prurito (P-NRS)
  - Valutazione del sonno (S-NRS)
- Impatto sulla qualità di vita del paziente
  - Dermatology Life Quality Index (DLQI)
- Per la diagnosi differenziale
  - Test ritardati per agenti da contatto: patch test (in caso di sospetto clinico di dermatite da contatto)
  - Biopsia ed esame istopatologico delle lesioni cutanee (in caso di dubbio diagnostico)
- In caso di comorbidità atopiche:
  - Esecuzione test cutanei per inalanti e alimenti (Dosaggio delle IgE sieriche totali e specifiche per allergeni inalanti o alimentari)
- Dosaggio nel siero della proteina cationica eosinofila (PCE)

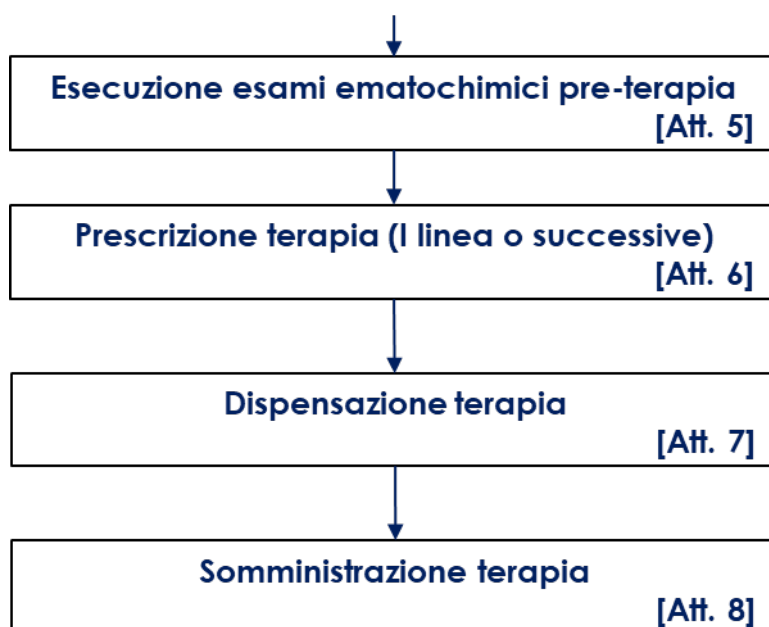
#### Risorse tecnologiche e personale

- Cfr. requisiti Ambulatorio tipo B
- 1 dermatologo, 1 infermiere
- Durata media: 30-40 min.

## 6. Terapia

In seguito alla conferma diagnostica di patologie croniche dermatologiche (PSO/DA) e della relativa gravità (lieve, moderata o grave), il paziente può iniziare il percorso terapeutico. All'interno di tale macro-fase sono stati definiti i requisiti minimi relativi alle attività: [Att. 5] Esecuzione esami ematochimici pre-terapia (per PSO o DA moderata o grave), [Att. 6] Prescrizione terapia (I linea o successive), [Att. 7] Dispensazione terapia e [Att. 8] Somministrazione terapia.

**Figura 3. Flowchart fase terapeutica**



### 6.1. Esecuzione esami ematochimici [Att. 5]

In presenza di una forma di dermatite atopica o di psoriasi moderata o grave, prima di iniziare la terapia, al paziente vengono prescritti dallo specialista dermatologo gli esami ematochimici a seconda della tipologia di trattamento prescritto.

Figura professionale:

- Laboratorista

Setting di assistenza:

- Specialistica ambulatoriale (I-II livello)

Luogo e modalità:

- Laboratori di analisi cliniche accreditati

Documentazione:

- Referti esami prescritti (FSE)

Attività:

PSORIASI:

- Ciclosporina (linee guida Emilia Romagna 2023)
  - Creatinina, emocromo, funzionalità epatica, lipidi ematici, screening epatiti e HIV, test di gravidanza
- Metotressato (linee guida Emilia Romagna 2023)
  - Creatinina, emocromo, funzionalità epatica, test di gravidanza, HBV, HCV
- Acitretina (linee guida Emilia Romagna 2023)
  - Emocromo, funzionalità epatica, creatinina, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, test di gravidanza
- PUVA terapia (linee guida Emilia Romagna 2023)
  - ANA test
- Dimetilfumarato (linee guida Emilia Romagna 2023)
  - Emocromo completo, funzionalità renale ed epatica, test di gravidanza
- Biologici
  - Screening trattamenti sistemici

DERMATITE ATOPICA:

- Ciclosporina
  - Emocromo
  - Funzionalità renale

- Bilirubina totale e frazionata
  - Funzione epatica
  - Azotemia, creatinina
  - Acido urico
  - Elettroliti sierici: Na, K, Ca, P, Mg
  - Colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi
  - HbsAg, HBcAb, HCV Ab
- Anticorpi monoclonali (nessun esame richiesto prima di iniziare la terapia):
    - dupilumab
    - tralokinumab
  - JAK inibitori
    - abrocitinib
      - Emocromo completo tra cui conta piastrinica, conta linfocitaria assoluta (ALC), conta assoluta dei neutrofili (ANC) ed emoglobina (Hb)
      - Parametri lipidici
      - Screening per la Tubercolosi
      - Screening per epatite virale
    - Baricitinib
      - Conta assoluta dei neutrofili (ANC)
      - Conta assoluta dei linfociti (ALC)
      - Emoglobina (Hb)
      - Parametri lipidici
      - Transaminasi epatiche
      - Screening per la Tubercolosi
      - Screening per epatite virale
    - Upadacitinib
      - Conta assoluta dei neutrofili (ANC)
      - Conta assoluta dei linfociti (ALC)
      - Emoglobina (Hb)
      - Transaminasi epatiche
      - Screening per la Tubercolosi
      - Screening per epatite virale

#### Risorse tecnologiche e personale:

- Nessuna specifica aggiuntiva

## **6.2. Prescrizione terapia [Att. 6]**

Il trattamento della psoriasi o della dermatite atopica, in accordo con quanto previsto dalle linee guida italiane ed internazionali, prevede terapie ad uso topico, fototerapia, terapie orali, sottocute ed infusionali, a seconda della gravità della patologia: forma lieve, moderata o grave.

### Figura professionale:

- Dermatologo

### Setting di assistenza:

- Specialistica ambulatoriale (I-II livello)

### Modalità e luogo:

- In presenza durante una visita presso ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri

### Documentazione:

- Prescrizione dello specialista (FSE)

### Attività:

#### PSORIASI:

- Cfr. linee guida italiane psoriasi
- PSO lieve:
  - Trattamento topico
- PSO moderata o grave:
  - Ciclosporina
  - Fototerapia
  - Metotressato
  - Acitetrina
  - PUVA terapia
  - Dimetilfumarato
  - Biologici



DERMATITE ATOPICA (da Linee Guida Europee EuroGuiDerm e LG italiane adattate da queste) [14, 15]:

- DA lieve:
  - Emollienti;
  - Corticosteroidi topici (TCS) a media potenza;
  - Immunomodulatori topici (TCI)
  
- DA moderata
  - Emollienti;
  - Corticosteroidi topici (TCS) a media-alta potenza;
  - Immunomodulatori topici (TCI);
  - Terapia UVA/UVB;
  
- DA grave
  - Ciclosporina (CSA);
    - nell'adulto
  - Methotrexate o azatioprina;
    - off-label
  - Uso di steroidi sistemici;
    - terapia di salvataggio per la fase acuta e per brevi periodi; solo per l'adulto
  - Anticorpi monoclonali
    - attività di malattia grave (EASI>24),
    - essere candidati alla terapia sistemica,
    - inefficacia di un precedente trattamento con ciclosporina eseguito alle dosi adeguate per almeno 3 mesi
    - controindicazione clinica o non tollerabilità alla ciclosporina
  
  - JAK-inibitori
    - attività di malattia grave (EASI>24),
    - essere candidati alla terapia sistemica,
    - inefficacia di un precedente trattamento con ciclosporina eseguito alle dosi adeguate per almeno 3 mesi
    - controindicazione clinica o non tollerabilità alla ciclosporina

Risorse tecnologiche e personale:

- Cfr. requisiti ambulatori tipo A e B
- 1 dermatologo
- 15-20 min.

**6.3. Dispensazione terapia [Att. 7]**

La dispensazione della terapia può avvenire presso le farmacie territoriali, nel caso di trattamento topico o orale, o presso le farmacie territoriali o ospedaliere nel caso di terapie sottocute o infusionali, anche in funzione della “classe” di rimborso riconosciuta. In presenza di condizioni particolari, quali disagio logistico, fragilità del paziente, è possibile prevedere anche un servizio di *home delivery* delle terapie.

Figura professionale:

- Farmacista

Setting di assistenza:

- Domicilio, I-II livello

Modalità e luogo:

- Ritiro dei farmaci presso:
  - Farmacia territoriale (farmaci per via orale)
  - Farmacia ospedaliera o territoriale (farmaci per via endovenosa e sottocutanea)
- *Home delivery* terapie

Documentazione:

- Indicazione della terapia consegnata (FSE)

Attività:

- Controllo della prescrizione
- Registrazione di avvenuta consegna della terapia al paziente o suo delegato

Risorse tecnologiche e personale:

- 1 farmacista

**6.4. Somministrazione terapia [Att. 8]**

A seconda della gravità della patologia varia la tipologia di trattamento e, di conseguenza, la terapia può essere effettuata al domicilio, autonomamente dal paziente o con il supporto di un *caregiver/operatore*, in strutture sanitarie ubicate sul territorio (Ambulatori in Case della Salute) o in ambulatori ospedalieri.

Figura professionale:

- Forma lieve:
  - Paziente/infermiere
- Forma moderata o grave:
  - Paziente/infermiere di comunità

Setting di assistenza:

- I-II livello (fototerapia o terapia endovenosa/sottocutanea)
- Domicilio (terapia orale o sottocutanea)

Luogo e modalità:

- Ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri nel caso di farmaci con somministrazione endovenosa
- Al domicilio nel caso di farmaci orali

Documentazione:

- Registrazione avvenuta somministrazione

Attività:

- Esecuzione somministrazione terapia al domicilio con supporto infermieri in casi selezionati (raccordo con MMG)
  - Registrazione avvenuta somministrazione da parte del paziente/infermiere

- Esecuzione somministrazione terapia presso ambulatori CdC/ospedalieri da parte dell'infermiere
  - Registrazione avvenuta somministrazione da parte del paziente/infermiere

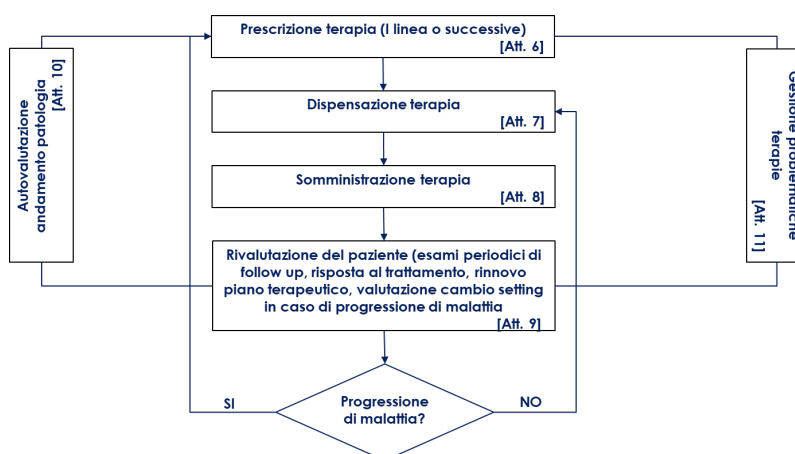
Risorse tecnologiche e personale:

- Ambulatorio esecuzione fototerapia (tipo C):
- 1 infermiere adeguatamente formato
- Ambulatorio somministrazione farmaci per via endovenosa (tipo D):
- 1 infermiere di comunità/infermiere professionale
- Domicilio per somministrazione farmaci sottocute (tipo F):
- Infermiere di Famiglia in caso di pazienti fragili (anziani, soli, con comorbidità importanti)

## 7. Follow-up

Dopo aver iniziato il percorso terapeutico, il paziente effettua attività di follow up. All'interno di tale macro-fase sono stati definiti i requisiti minimi relativi alle attività: [Att. 9.1] Esami periodici di follow-up, [Att. 9.2] Visita per rivalutazione del paziente in trattamento, [Att. 9.3] Valutazione cambio "livello" di presa in carico terapeutico in caso di progressione, [Att. 9.4] Rinnovo piano terapeutico, [Att. 10] Autovalutazione andamento patologia, [Att. 11] Gestione problematiche terapie.

**Figura 4. Flowchart fase di follow-up**



### 7.1. Esami periodici di follow-up [Att. 9.1]

Al fine della valutazione della risposta al trattamento, periodicamente devono essere eseguiti degli esami, differenti a seconda dello specifico trattamento.

Figura professionale:

- Laboratorista

Setting di assistenza:

- Specialistica ambulatoriale (I-II livello)

Luogo e modalità:

- Laboratori analisi cliniche accreditati

Documentazione:

- Referti esami (FSE)

Attività:

PSORIASI:

- Ciclosporina (dopo il primo mese di terapia)
  - Creatinina
  - Pressione arteriosa
  - Lipidi ematici
  - Test di gravidanza
- Metotressato (dopo una settimana dall'avvio e poi su decisione clinica)
  - Emocromo
  - Funzionalità epatica
  - Creatinina
  - Test di gravidanza
- Acitretina (1 mese dopo l'inizio del trattamento e successivamente ogni 3 mesi)
  - Funzionalità epatica
  - Colesterolo e trigliceridi
  - Test di gravidanza
- PUVA terapia
  - Funzionalità epatica (PUVA)
- Demilfumarato (ogni 3 mesi)
  - Emocromo completo
  - Funzionalità renale ed epatica
  - Test di gravidanza
- Biologici
  - Anti TNF-alfa – Etanercept
    - Pso a placche adulti: 50 mg/sett o 25 mg due volte/sett (massimo 24 settimane)
    - PSO a placche pediatrica: 0,8 mg/kg (max 50 mg) / settimana fino a 24 settimane
  - Anti TNF-alfa Infliximab ev

- Pso a placche adulti : 5 mg/kg alle sett: 0-2-6, poi ogni 8 sett
- Anti TNF-alfa Infliximab sc
  - Pso a placche adulti : Induzione infliximab EV: 5 mg/kg alle sett: 0 e 2;
  - Mantenimento SC:120 mg alla sett 6, poi ogni 2 sett
- Anti TNF-alfa Adalimumab
  - Pso a placche adulti : 80 mg alla settimana 0, mantenimento 40 mg/2sett (ad iniziare dalla settimana successiva all'assunzione della dose iniziale)
  - Pso a placche pediatrica: 0,8 mg/kg (max 40 mg) ogni due settimane
- Anti TNF-alfa Certolizumab
  - Pso a placche adulti; 400 mg alle settimane 0, 2 e 4, poi 200 mg ogni 2 settimane. Una dose da 400 mg ogni 2 settimane può essere presa in considerazione nei pazienti con risposta insufficiente
- Anti IL12 e IL23 Ustekinumab
  - Pso a placche adulti : 45 mg alla settimana 0 e 4, poi ogni 12 settimane; nei pazienti con un peso > 100 kg è indicato il dosaggio di 90 mg
  - Pso a placche pediatrica: Età > 6 anni: alla settimana 0 e 4, poi ogni 12 settimane. Peso < 60 kg: 0,75 mg/kg; Peso >60 kg - <100 kg: 45 mg; >100 kg: 90 mg
- Anti IL17 Secukinumab
  - Pso a placche adulti : 300 mg alle settimane 0, 1, 2, 3, e 4, seguito da un dosaggio di mantenimento mensile; una dose di mantenimento di 300 mg ogni 2 settimane può fornire benefici addizionali per pazienti con un peso corporeo pari o superiore ai 90 kg
  - Pso a placche pediatrica: Età >6 anni: alle settimane 0, 1, 2, 3 e 4, seguito da un dosaggio di mantenimento mensile. Peso < 25 kg: 75 mg; Peso 25 - < 50 kg: 75 mg; Peso > 50 kg: 150 mg (in alcuni casi può essere aumentata a 300 mg)
- Anti IL17 Ixekizumab
  - Pso a placche adulti : 160 mg alla settimana 0, poi 80 mg alle settimane 2, 4, 6, 8, 10 e 12 e poi 80 mg ogni 4 settimane

- Anti IL23 Tildrakizumab
  - Pso a placche adulti : 100 mg alle settimane 0 e 4, poi ogni 12 settimane Nei pazienti con determinate caratteristiche (e.g. alto carico di malattia, peso corporeo > 90 kg): 200 mg possono garantire una maggiore efficacia
- Anti IL17 Brodalumab
  - Pso a placche adulti : 210 mg alle settimane 0, 1 e 2, poi ogni 2 settimane
- Anti IL23 Guselkumab
- Pso a placche adulti :100 mg alla settimana 0 e 4, poi ogni 8 settimane Per i pazienti ad alto rischio di danno articolare, secondo il giudizio clinico, si può prendere in considerazione la somministrazione di una dose da 100 mg ogni 4 settimane
- Anti IL23 Risankizumab  
Pso a placche adulti : 150 mg alla settimana 0 e 4, poi ogni 12 settimane
- Anti IL17 Bimekizumab  
Pso a placche adulti: 320 mg alla settimana 0, 4, 8, 12, 16, poi ogni 8 settimane

#### DERMATITE ATOPICA:

- Ciclosporina
  - Funzionalità renale: prima di iniziare il trattamento
  - Bilirubina e funzione epatica: prima di iniziare il trattamento e regolare monitoraggio durante il trattamento
  - Lipidi sierici, potassio, magnesio, acido urico: prima di iniziare il trattamento e periodicamente durante il trattamento
  - Regolare controllo della pressione arteriosa
- Anticorpi monoclonali (non sono previsti esami di follow-up in scheda tecnica del farmaco)
  - dupilumab
  - tralokinumab
- JAK inibitori
  - abrocitinib
    - Emocromo completo tra cui conta piastrinica, conta linfocitaria assoluta (ALC), conta assoluta dei neutrofili (ANC) ed emoglobina (Hb): Prima dell'inizio del trattamento, 4 settimane dopo l'inizio e



- successivamente secondo la normale gestione dei pazienti.
- Screening per la Tuberculosis: prima di iniziare la terapia e screening annuale per i pazienti in zone altamente endemiche
  - Parametri lipidici: prima dell'inizio del trattamento, 4 settimane dopo l'inizio e successivamente in base al rischio del paziente di malattie cardiovascolari e alle linee guida cliniche relative all'iperlipidemia.
- baricitinib
    - Conta assoluta dei neutrofili (ANC): prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
    - Conta assoluta dei linfociti (ALC): prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
    - Emoglobina (Hb): prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
    - Transaminasi epatiche: prima di iniziare il trattamento e, successivamente, poi in base alla gestione ordinaria del paziente
    - Lipidi ematici: valutare 12 settimane dopo l'inizio del trattamento e, successivamente, in base alle linee guida cliniche internazionali per la iperlipidemia
  - upadacitinib
    - Conta assoluta dei neutrofili (ANC): basale, alla settimana 12 di trattamento, e poi in base alla gestione del singolo paziente
    - Conta assoluta dei linfociti (ALC): basale, alla settimana 12 di trattamento, e poi in base alla gestione del singolo paziente
    - Emoglobina (Hb): basale, e poi in base alla gestione del singolo paziente
    - Transaminasi epatiche: basale, e poi in base alla gestione del singolo paziente
    - Lipidi ematici: valutare 12 settimane dopo l'inizio del trattamento e, successivamente, in base alle linee guida cliniche internazionali per la iperlipidemia.

Risorse tecnologiche e personale:

- Nessun requisito aggiuntivo

**7.2. Autovalutazione andamento patologia [Att. 10]**

Data la natura cronica della patologia, sarebbe auspicabile che il paziente facesse una valutazione quotidiana della patologia segnalando eventuali variazioni significative in prima istanza al MMG.

Figura professionale:

- Paziente
- Dermatologo
- MMG

Setting di assistenza:

- Domiciliare

Luogo e modalità:

- A distanza o in presenza

Documentazione:

- Nessuna documentazione

Attività:

- Monitoraggio da parte del paziente dello stato fisico (estensione lesioni, reazioni avverse alla terapia, infezioni, etc.)
- In caso di situazione alterata:
  - Visita o televisita tra paziente e MMG
  - Teleconsulto sincrono tra MMG e dermatologo

Risorse tecnologiche e personale:

- Sistema di teleconsulto (tipo G) e televisita (tipo H)

- Strumenti di medicina digitale per automonitoraggio della patologia

### **7.3. Visita per rivalutazione del paziente in trattamento [Att. 9.2]**

Il paziente in trattamento necessita di visite di controllo periodiche, con frequenza definita dal clinico, che si raccomanda vengano eseguite presso la struttura che ha prescritto il trattamento.

#### Figura professionale:

- Dermatologo

#### Setting di assistenza:

- Forma lieve:
  - Specialistica ambulatoriale di I livello
- Forma moderata o grave:
  - Specialistica ambulatoriale di II livello

#### Luogo e modalità:

- In presenza presso il centro che ha prescritto la terapia (I o II livello)

#### Documentazione:

- Referto visita di controllo

#### Attività:

- Calcolo indici
- Esame visivo delle lesioni

#### Risorse tecnologiche e personale:

- Ambulatorio tipo A o B
- 1 dermatologo (I livello)
- 1 dermatologo e 1 infermiere (II livello)

#### **7.4. Valutazione cambio “livello” di presa in carico terapeutico in caso di progressione [Att. 9.3]**

Qualora in fase di valutazione della risposta al trattamento si prospettasse uno scenario di miglioramento o peggioramento della patologia, che comporti un cambio di “livello” di presa in carico, si raccomanda una valutazione congiunta degli specialistici appartenenti ai due livelli.

##### Figura professionale:

- Dermatologo

##### Setting di assistenza:

- Specialistica ambulatoriale (I-II livello)

##### Luogo e modalità:

- In presenza presso ambulatori specialistici CdC / Ambulatori specialistici ospedalieri o teleconsulto sincrono tra specialisti operanti in I e II livello

##### Documentazione:

- Esito del teleconsulto
- Prescrizione visita specialistica

##### Attività:

- Prescrizione visita specialistica

##### Risorse tecnologiche e personale:

- Ambulatorio tipo A o B
- Sistema di teleconsulto (tipo G)

## 7.5. Rinnovo piano terapeutico [Att. 9.4]

Il rinnovo del piano terapeutico può essere effettuato durante la visita in presenza o “a distanza”, a seconda della gravità della patologia.

### Figura professionale:

- Dermatologo

### Setting di assistenza:

- Forma lieve:
  - Specialistica ambulatoriale (I livello)
- Forma moderata o grave
  - Specialistica ambulatoriale (II livello)

### Luogo e modalità:

- Forma lieve:
  - In presenza presso ambulatori specialistici CdC o televisita
- Forma moderata o grave
  - In presenza presso ambulatori specialistici ospedalieri

### Documentazione:

- Prescrizione terapia (FSE)

### Attività:

- Rinnovo prescrizione della terapia

### Risorse tecnologiche e personale:

- Supporto tecnologico (PC o tablet) con accesso alla rete
- 1 dermatologo

## **7.6. Gestione problematiche terapie [Att. 11]**

Il paziente che manifesta problematiche connesse al trattamento terapeutico può rivolgersi in prima istanza al MMG/PLS o allo specialista (in caso di forme gravi). Qualora ci sia l'esigenza da parte del livello di assistenza primaria di confrontarsi con lo specialista, si può ricorrere a forme di teleconsulto sincrono.

### Figura professionale:

- MMG
- Dermatologo

### Setting di assistenza:

- Assistenza primaria, specialistica ambulatoriale (I-II livello)

### Luogo e modalità:

- In presenza presso ambulatori MMG/PLS o ambulatori specialistici CdC/Ambulatori specialistici ospedalieri
- Teleconsulto sincrono tra MMG e dermatologo specialista

### Documentazione:

- Referto della visita con indicazione del tipo di problematica e relativo trattamento

### Attività:

- Cfr. documentazione gestione eventi avversi

### Risorse tecnologiche e personale:

- Ambulatorio MMG/PLS
- Ambulatorio tipo A o B

## 8. Indicatori

Nella presente sezione si riportano gli indicatori che il GdL ritiene sia auspicabile introdurre per il monitoraggio della presa in carico dei pazienti con psoriasi e/o dermatite atopica.

Nello specifico, è stato individuato un sottogruppo di indicatori che sarebbe possibile valorizzare con i flussi informativi ad oggi disponibili, e riguardano prevalentemente il monitoraggio dell'attività di assistenza specialistica di II livello.

Un ulteriore sottogruppo di indicatori rappresenta una proposta per il monitoraggio della presa in carico di questa tipologia di pazienti nel “nuovo” assetto organizzativo previsto dai recenti provvedimenti normativi (assistenza sul territorio e ricorso alla medicina digitale [16]), sebbene ad oggi non si disponga, in tutte le realtà, di flussi informativi adeguati alla loro valorizzazione.

### INDICATORI MINIMI

#### ***Quota di pazienti con diagnosi di psoriasi o dermatite atopica lieve in carico presso il I livello***

Numeratore: Numero di pazienti con diagnosi di psoriasi o DA lieve in carico presso il I livello

Denominatore: Numero di pazienti con diagnosi di psoriasi lieve o DA in carico

Unità di misura: Valore %

#### ***Quota di pazienti ai quali viene effettuata la visita dermatologica per conferma diagnostica di psoriasi o dermatite atopica moderata o grave presso ambulatori di II livello rispondenti ai requisiti indicati***

Numeratore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di psoriasi o DA moderata o grave presso ambulatori di II livello rispondenti ai requisiti indicati

Denominatore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di psoriasi o DA moderata o grave

Unità di misura: Valore %

#### ***Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali viene prescritta una terapia con***

***farmaci biologici (sistemici avanzati)(o terapia sistemica avanzate (biologici, JAKinibitori)***

Numeratore: Numero di pazienti in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali viene prescritta una terapia sistemica avanzata

Denominatore: Numero di pazienti in carico presso strutture specialistiche di II livello

Unità di misura: Valore %

***Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica, moderata o grave, in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali vengono prescritte visite specialistiche per valutazione delle comorbidità***

Numeratore: Numero di pazienti con psoriasi o DA moderata o grave in carico presso strutture specialistiche di II livello ai quali vengono prescritte visite specialistiche per valutazione delle comorbidità

Denominatore: Numero di pazienti in carico presso strutture specialistiche di II livello

Unità di misura: Valore %

***Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico in corrispondenza dei quali viene effettuato un teleconsulto tra gli specialisti dei due livelli***

Numeratore: Numero di pazienti per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico in corrispondenza dei quali viene effettuato un teleconsulto sincrono tra gli specialisti dei due livelli

Denominatore: Numero di pazienti per i quali è previsto un possibile cambio di "livello" di presa in carico

Unità di misura: Valore %

***Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica nel cui FSE è presente l'esito della prima visita con la conferma diagnostica***

Numeratore: Numero di pazienti con psoriasi o DA nel cui FSE è presente l'esito della prima visita con la conferma diagnostica

Denominatore: Numero di pazienti con conferma diagnostica di psoriasi



Unità di misura: Valore %

**Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica nel cui FSE è presente la prescrizione degli esami di follow-up con indicazioni delle tempistiche di esecuzione**

Numeratore: Numero di pazienti con psoriasi o DA nel cui FSE è presente la prescrizione degli esami di follow-up con indicazioni delle tempistiche di esecuzione

Denominatore: Numero di pazienti con psoriasi/DA

Unità di misura: Valore %

### **INDICATORI IMPLEMENTABILI IN PROSPETTIVA**

**Quota di pazienti ai quali viene effettuata la visita dermatologica per conferma diagnostica di psoriasi o dermatite atopica presso ambulatori di I livello (Case di Comunità etc.) rispondenti ai requisiti indicati**

Numeratore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di psoriasi o DA presso ambulatori di I livello (Case di Comunità etc.) rispondenti ai requisiti indicati

Denominatore: Numero di pazienti che effettuano la visita dermatologica per conferma diagnostica di psoriasi o DA

Unità di misura: Valore %

**Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica la cui gestione degli eventi avversi avviene a livello di assistenza primaria (MMG/PLS)**

Numeratore: Numero di pazienti con psoriasi o DA con eventi avversi gestiti a livello di assistenza primaria (MMG)

Denominatore: Numero di pazienti con psoriasi o DA con eventi avversi

Unità di misura: Valore %

**Quota di pazienti con psoriasi o dermatite atopica in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico in ambulatori con i requisiti indicati**

Numeratore: Numero di pazienti con psoriasi in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico in ambulatori con i requisiti indicati

Denominatore: Numero di pazienti con psoriasi in forma lieve ai quali viene effettuato il trattamento fototerapico

Unità di misura: Valore %

***Quota di pazienti con psoriasi (dermatite atopica) in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico attraverso una televisita***

Numeratore: Numero di pazienti con psoriasi in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico attraverso una televisita

Denominatore: Numero di pazienti con psoriasi in forma lieve ai quali viene effettuato il rinnovo del piano terapeutico

Unità di misura: Valore %

## **9. Requisiti minimi tecnologici e di personale**

### **TIPO A. Ambulatorio prima visita dermatologica di I livello:**

- Lente, dermatoscopio, sterilizzatrice, lavaferri, carrello emergenze, strumento informatico (PC, tablet etc.) connesso alla rete, software, accesso FSE
- 1 dermatologo

### **TIPO B. Ambulatorio prima visita dermatologica di II livello:**

- Lente, dermatoscopio, diatermocoagulatore, ferri chirurgici (pinze per prelievo bioptico), sterilizzatrice, lavaferri, carrello emergenze, strumento informatico (PC, tablet etc.) connesso alla rete, accesso FSE, software
- 1 dermatologo e 1 infermiere

### **TIPO C. Ambulatorio per esecuzione fototerapia:**

- Strumentazione per fototerapia (lampada UV)
- 1 infermiere specializzato

### **TIPO D. Ambulatorio somministrazione farmaci per via endovenosa:**

- Letti/poltrone per somministrazione terapie infusionali
- Strumento informatico (PC, tablet etc.) connesso alla rete, accesso al FSE
- 1 infermiere di comunità/1 infermiere professionale

### **TIPO E. Ambulatorio specialistico per visite di controllo periodiche:**

- Lente, dermatoscopio, sterilizzatrice, lavaferri, carrello emergenze, strumento informatico (PC, tablet etc.) connesso alla rete, software
- Sistema di teleconsulto
- Sistema di televisita
- 1 dermatologo

### **TIPO F. Domicilio per somministrazione farmaci per via endovenosa:**

- Diario con registrazione avvenuta somministrazione terapia condiviso con MMG
- Paziente/caregiver
- Infermiere di Famiglia in caso di pazienti fragili (anziani, soli, con comorbidità importanti)

### **TIPO G. Sistema di teleconsulto**

- Sistema di teleconsulto con videochiamata anche certificata in classe 1 ma coerente con GDPR
- Piattaforma gestione dati e immagini del paziente certificata in classe 2°
- Interoperabilità di tutti i dati del paziente, compresi gli esami per immagini che devono essere accessibili durante il teleconsulto
- Sistema di telerefertazione per tutti i medici in teleconsulto
- Sistema di prescrizione digitale e obbligatoria dematerializzazione completa della stessa
- Trasferimento il più possibile automatizzato dei referti e delle prescrizioni al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del paziente
- Tracciabilità di tutte le attività online.

### **TIPO H. Sistema di televisita**

- Sistema di televisita certificato in classe 2A e coerente con GDPR, dotando il paziente di dispositivi idonei per la televisita con tali elevati standard
- Piattaforma di gestione e condivisione dei dati e delle immagini del paziente certificata in classe 2°, a disposizione dei sanitari

## 10. Bibliografia

- [1] Kaufman BP, Alexis AF: Psoriasis in Skin of Color: Insights into the Epidemiology, Clinical Presentation, Genetics, Quality-of-Life Impact, and Treatment of Psoriasis in Non-White Racial/Ethnic Groups. *Am J Clin Dermatol* 19(3):405-423, 2018. doi: 10.1007/s40257-017-0332-7
- [2] Michalek IM, Loring B, John SM: A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 31(2):205–212, 2017. doi: 10.1111/jdv.13854
- [3] Naldi L, Colombo P et al. Study design and preliminary results from the pilot phase of the PraKtis study: self-reported diagnoses of selected skin diseases in a representative sample of the Italian population. *Dermatology* 2004; 208:38-42.
- [4] Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(Suppl 2):3-11.
- [5] Weidinger S, Novak N. *Lancet* 2016; 387:1109-22
- [6] Tsuge M. et al. Current Insights into Atopic March. *Children (Basel)*. 2021
- [7] Maiello N. et al. Topic dermatitis and atopic march: which link? *Acta Biomed*. 2021
- [8] Kiiski V, et al. *Acta Derma Venereol*. 2023:103:adv00882
- [9] Flohr C. et al. New insights into the epidemiology of childhood atopic dermatitis. *Allergy*. 2014
- [10] Thomsen SF, et al. *Allergy Asthma Proc* 2007; 28: 535–39.
- [11] Piano Nazionale della Cronicità (Ministero della salute, 2016
- [12] Decreto 23 Maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" (Ministero della Salute)
- [13] <https://italiadomani.gov.it/content/dam/sogeing/documenti/PNRR%20Aggiornato.pdf>
- [14] Wollenberg et al. EuroGuiderm Guideline On Atopic Eczema. Version 2.1, December 2022
- [15] EuroGuiDerm Wollenberg et al e relative LG Italiane
- [16] Raccomandazioni utilizzo della medicina digitale