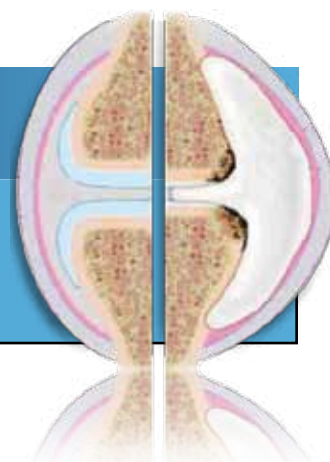




CON IL PATROCINIO E IL SOSTEGNO ECONOMICO DELLA
Regione Emilia-Romagna
Assemblea Legislativa

ARTRITE REUMATOIDE



CODICE DI ESENZIONE PER PATOLOGIA ARTRITE REUMATOIDE: COD. N. 006

Grande importanza è **farsi riconoscere il certificato di esenzione per patologia cronica.**

FARSI RICONOSCERE L'ESENZIONE PER PATOLOGIA. PERCHÉ?

L'esenzione offre l'opportunità di poter usufruire di tutta una serie di prestazioni sanitarie che sono previste per la specifica patologia

L'esenzione rappresenta un diritto della persona che permette ed aiuta l'intero sistema sanitario a prevedere costi e applicare strategie di intervento per il futuro

Attraverso l'esenzione si riesce con assoluta certezza ad avere la fotografia dell'impatto sociale che le malattie reumatiche comportano sul territorio e la conseguente possibilità di sensibilizzare le autorità sociosanitarie sull'argomento

Per verificare la vostra tabella di esenzione per patologia e cosa essa prevede potete visitare il sito web del Ministero della Salute:

www.ministerosalute.it/esenzioniTicket/paginaMenuEsenzioniTicket.jsp

N.B. Le informazioni contenute in questo opuscolo hanno solo un fine illustrativo: non sono riferibili né a prescrizioni né a consigli medici.

La riproduzione, anche parziale, delle illustrazioni e del testo deve essere debitamente autorizzata. Stampato in aprile 2009 a cura di AMRER onlus.

CHE COS' E' L'ARTRITE REUMATOIDE

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica che causa dolore, tumefazione, limitazione al movimento e alla funzione di molte articolazioni. Un sintomo importante è la "rigidità mattutina" cioè la sensazione di impaccio nei movimenti al risveglio (es. difficoltà ad allacciarsi le scarpe, ad aprire il rubinetto o una bottiglia d'acqua), che può durare alcune ore (ma a volte anche tutto il giorno).

Questa caratteristica della malattia è un importante criterio diagnostico, dato che l'artrosi causa rigidità mattutina di durata inferiore (qualche minuto).

L'AR può colpire tutte le articolazioni del corpo, ma in genere le piccole articolazioni delle mani e dei piedi sono quelle più frequentemente interessate, in modo simmetrico (contemporaneamente la destra e la sinistra) e aggiuntivo (cioè alle articolazioni già colpite se ne associano altre senza la guarigione delle prime).

Sebbene le articolazioni siano la sede principale dell'infiammazione, la malattia raramente può colpire anche altri organi, come ad esempio il polmone, l'occhio, la cute, il rene ecc...

La malattia interessa l'0,4% circa della popolazione, più frequentemente le donne; l'esordio può avvenire a qualunque età ma si riscontra più frequentemente tra i 40 e i 60 anni.

ALCUNI NUMERI

L'AR è la forma più comune di artrite infiammatoria

Si stima che almeno 500.000 italiani ne soffrano e che il 75 % dei pazienti sia donna. La malattia in genere comincia tra i 40 e i 60 anni ma può svilupparsi ad ogni età sia in bambini di 2-3 anni che in anziani di più di 80.

LE CAUSE

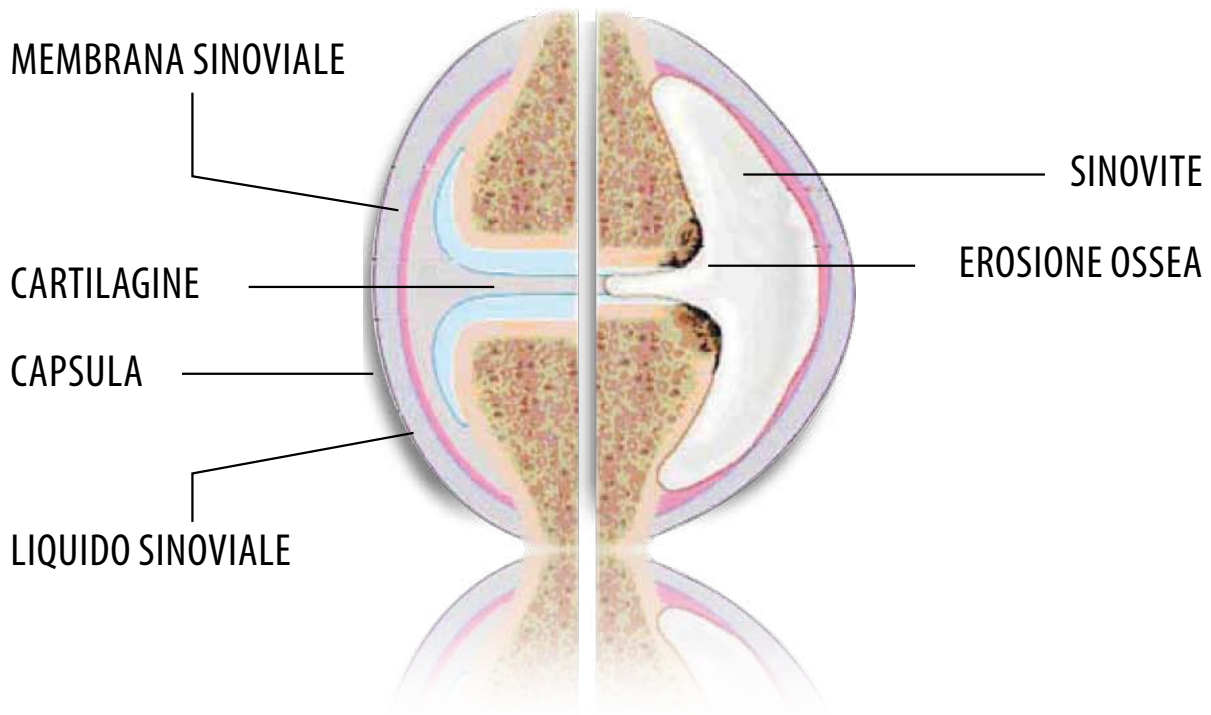
La causa della malattia resta ancora sconosciuta.

Si ritiene che nel che soggetto predisposto geneticamente l'incontro con un fattore scatenante indeterminato (virus, stress, una vaccinazione etc.) possa attivare il sistema immunitario in modo anomalo con conseguente infiammazione. La sede fondamentale dell'infiammazione nella AR è la membrana sinoviale, una sottile striscia di tessuto che riveste all'interno le articolazioni, che vengono lubrificate dal liquido sinoviale prodotto dalle cellule della membrana stessa.

Le cellule del sistema immunitario infiltrano la membrana sinoviale e rilasciano certi tipi di sostanze chimiche che causano dolore, gonfiore e, se continuano ad essere prodotte per lungo tempo, danneggiano la cartilagine articolare e le ossa (FIG. 1).

Recenti ricerche hanno permesso di definire meglio i fattori di tipo genetico e di tipo immunitario che sono coinvolti nella malattia.

Il risultato di queste ricerche è stato lo sviluppo di nuovi farmaci che in maniera selettiva bloccano i segnali utilizzati dal sistema immunitario per scatenare l'infiammazione e il danno articolare.



La normale struttura articolare è disegnata sul lato sinistro. Sul lato dx è rappresentata l'articolazione affetta da artrite reumatoide che ha tumefazione infiammatoria della membrana sinoviale (sinovite) che può portare a danno della cartilagine e dell'osso sottostante.

LA DIAGNOSI

L'AR può essere difficile da diagnosticare perché l'inizio può essere graduale con sintomi aspecifici. Molte malattie, specie all'inizio, possono assomigliare all'AR.

Per questo motivo i pazienti con possibile AR dovrebbero sempre essere visitati da un reumatologo che ha le necessarie conoscenze e l'esperienza per arrivare ad una diagnosi precisa e per impostare il migliore trattamento.

La diagnosi di AR si basa sui sintomi riportati dal paziente e sull'esame reumatologico che permette di riscontrare la presenza di dolore, gonfiore e calore a livello delle articolazioni.

Inoltre, i seguenti test di laboratorio possono aiutare il medico nella diagnosi:

- Fattore reumatoide (un anticorpo presente nel 60-70% dei pazienti con AR ma solo nel 30% all'inizio dei sintomi)
- Anticorpi anti-peptidi citrullinati ciclici (anti-CCP) sono più specifici del fattore reumatoide per la diagnosi di artrite reumatoide e predicono la "evolutività erosiva" della artrite
- Indici di infiammazione elevati nel sangue come la VES e la proteina C reattiva (PCR) che in genere correlano con il numero di articolazioni infiammate.

Anche le radiografie sono utili nel riconoscere una AR, ma all'inizio sono alterate solo nel 20% dei pazienti. Le radiografie sono più efficaci nel valutare la progressione della malattia.

Molto importante, quando si sospetta una AR, è la valutazione ecografica delle articolazioni che può riconoscere un'infiammazione anche quando questa non è evidente alla visita del paziente. Lo stesso vale per la Risonanza Magnetica che, insieme all'ecografia, rappresenta l'indagine strumentale più sensibile ad evidenziare l'infiammazione anche nelle fasi più precoci della malattia.

È comunque importante ricordare che nessun esame specifico può portare alla diagnosi di AR ma solo mettendo insieme i sintomi del paziente, le anomalie riscontrate durante alla visita, i test di laboratorio, le radiografie, l'ecografia o la Risonanza Magnetica articolare, si può arrivare alla diagnosi corretta.

L'EVOLUZIONE

Dopo molti anni di malattia, nelle sedi maggiormente colpite si possono riscontrare alcune deformità articolari (es: mani a "colpo di vento" FIG.5, pollice a "Z", alluce valgo...). Nelle fasi più tardive della malattia si può verificare l'anchilosi, ovvero la fusione tra 2 capi articolari adiacenti che causa una limitazione al movimento. Tali complicanze oggi si osservano raramente con le nuove terapie a disposizione che rallentano l'evoluzione della malattia.

Più comune è invece l'osteoporosi (indebolimento-fragilità dell'osso che predispone al rischio di fratture) legata sia

all'uso cronico di cortisone che alla malattia stessa.

Nelle AR di vecchia data possono comparire formicolii o sensazione di scosse elettriche alle braccia, sintomi di un coinvolgimento del rachide cervicale causato dall'erosione di alcune vertebre che possono ostacolare il passaggio dei nervi a tale livello (erosione della prima vertebra cervicale a livello del dente). Recenti ricerche hanno dimostrato che i pazienti con AR, specialmente quelli con malattia più grave, hanno un rischio maggiore di attacchi di cuore o di ischemie cerebrali.



FIG. 5

LA TERAPIA

La terapia dell'AR è migliorata in modo sostanziale negli ultimi 25 anni.

Le attuali terapie permettono un notevole controllo dei dolori articolari e di continuare una vita quasi normale nella maggior parte dei pazienti. Non esiste comunque sino ad oggi la possibilità di guarire dall'AR per cui il fine della terapia è quello di ridurre al minimo i sintomi e le limitazioni del paziente intervenendo con i farmaci più appropriati, il più precocemente possibile, prima che le articolazioni vengano danneggiate in modo irreparabile.

Nessuna terapia singola è adatta a tutti i pazienti e, spesso, anche un singolo paziente deve modificare le cure a seconda delle fasi della malattia. La migliore strategia di intervento disponibile oggi prevede la diagnosi più precoce possibile e un trattamento aggressivo sin dall'inizio. I farmaci che vengono utilizzati per ridurre rapidamente l'infiammazione articolare e i sintomi dolorosi sono gli anti-infiammatori non steroidei [come l'ibuprofene (Brufen), il

naproxene (Naprosyn), il celecoxib (Celebrex), il nimesulide (Aulin), il diclofenac (Voltaren) e molti altri] e i cortisonici come prednisone (Deltacortene) e metilprednisolone (Medrol o Urbason) sia per bocca che per iniezioni intra-articolari (infiltrazioni).

I pazienti con AR e persistente tumefazione articolare sono candidati alla terapia con farmaci di fondo da associare agli anti-infiammatori e cortisonici. I farmaci di fondo (DMARDs: farmaci modificanti la malattia) sono in grado di migliorare sia i sintomi, che la funzione articolare e la qualità della vita nella maggior parte dei pazienti con AR. I DMARDs includono il metotressato (Methotrexate), la leflunomide (Arava), l'idrossiclorochina (Plaquenil), la sulfasalazina (Salazopirina), la ciclosporina (Sandimmun Neoral).

Una nuova classe di farmaci chiamati biologici o più precisamente bio-tecnologici (perché nati da tecniche di ingegneria genetica che usano anticorpi umani o murini) possono in maniera specifica bloccare le molecole del sistema immunitario che portano sia all'infiammazione che al danno articolare. Questi farmaci biologici sono anche loro dei DMARDs, perché rallentano la progressione della malattia. In Italia sono in commercio l'adalimumab (Humira), l'anakinra (Kineret), l'etanercept (Enbrel), l'infliximab (Remicade), il rituximab (Mabthera), l'abatacept (Orencia). Spesso questi farmaci sono utilizzati associati al metotressato per un effetto additivo sull'efficacia, raramente sono utilizzati da soli.

Il trattamento ottimale dell'AR non è però solo farmacologico ma per raggiungere i migliori risultati deve essere associato anche l'educazione del paziente e la collaborazione di diversi specialisti oltre al reumatologo, come il medico di base, il fisiatra, il fisioterapista, terapeuta occupazionale e quando necessario anche l'ortopedico. Anche l'economia articolare deve essere inserita nel programma terapeutico della AR. L'economia articolare rappresenta l'insieme dei mezzi che permettono di diminuire il sovraccarico articolare che il paziente ha nelle attività della vita giornaliera, in occasione di gesti semplici, usuali e ripetitivi.

VIVERE CON L'ARTRITE REUMATOIDE

Nel momento in cui si apprende di essere affetti da una malattia cronica che può cambiare per sempre la nostra vita è facile diventare ansiosi o chiudersi in sé stessi o diventare depressi. Poiché fortunatamente il trattamento dell'AR è migliorato in modo assai significativo queste reazioni psicologiche tendono a scomparire man mano che attraverso le cure ci si sente meglio, diminuiscono i dolori e si rafforza il tono muscolare.

È importante parlare di tutti gli aspetti correlati alla malattia con il medico che segue la cura e la terapia in quanto può fornire, anche in questo campo, utili informazioni e l'aiuto di cui si ha bisogno durante questo percorso.

L'ATTIVITA' FISICA

È molto importante che i pazienti con AR rimangano fisicamente attivi, considerando una riduzione della attività durante le fasi di riacutizzazione della malattia. In genere vale la regola di tenere a riposo l'articolazione quando è infiammata e tumefatta o quando la si sente affaticata. In questi casi una delicata mobilizzazione con esercizi che mantengono il raggio di movimento dell'articolazione aiuta a conservare la mobilità articolare.

Quando la malattia migliora, una attività fisica aerobica a basso impatto come il passeggiare, il muoversi in bicicletta o praticare esercizi in acqua, aumenta il senso di benessere generale ed è utile a rafforzare il tono muscolare, riducendo così il carico sulle articolazioni. Una valutazione da parte del reumatologo o del fisiatra aiuta a determinare quale livello e che tipo di attività si possono compiere nel modo più appropriato.

LA GRAVIDANZA

Recenti studi hanno dimostrato che l'AR migliora durante la gravidanza nel 75-80% delle donne. In genere il miglioramento avviene già nel primo trimestre e si mantiene per tutta la durata della gestazione. L'AR quindi non preclude la possibilità di una gravidanza, tuttavia è consigliabile che il paziente sia in fase di remissione o che la malattia sia sotto controllo durante il concepimento. È fondamentale inoltre programmare la gravidanza perché alcuni farmaci antireumatici presentano una potenziale tossicità per la madre e per il feto; ed è necessario quindi modificare la terapia farmacologica in preparazione al concepimento stesso.

L'AR, come tutte le malattie reumatiche, è una malattia non ereditaria, ma "poligenica", per cui si può solo dire che il figlio avrà maggior probabilità di avere una malattia reumatica rispetto ad un figlio concepito da due genitori non affetti da condizioni reumatiche. La probabilità è però molto bassa.

Per quanto riguarda l'allattamento, è consigliato, di solito, solo per un breve periodo per consentire la ripresa della terapia farmacologica evitando così riacutizzazioni della malattia. Nei casi in cui l'assunzione della terapia non è procrastinabile, è sconsigliato allattare per evitare possibili effetti nocivi al bambino. È comunque preferibile privilegiare le condizioni di salute della madre affinché possa accudire serenamente il neonato.

LA DIETA

Non esistono studi specifici che permettono di consigliare una dieta mirata al paziente con AR. Tuttavia seguire una corretta ed equilibrata alimentazione, povera di grassi, soprattutto animali, ricca di vitamine e fibre con un ridotto apporto di alcool, che può interferire con alcuni farmaci assunti, aiuta a mantenere il giusto peso corporeo senza sovraccaricare le articolazioni e favorendo una buona funzione cardio-circolatoria.

IL CLIMA

Una chiara e diretta influenza del fattore climatico sull'AR non è stata ancora ben dimostrata, e l'argomento risulta piuttosto controverso.

L'esposizione prolungata e diretta ai raggi solari e ad altre fonti di calore può peggiorare l'infiammazione articolare.

I SINTOMI

Il sintomo principale che si manifesta da principio è il dolore, che può essere spontaneo e continuo, associato alla tumefazione e/o alla rigidità articolare. I pazienti molto spesso lamentano debolezza

e facile "stancabilità" nell'eseguire i movimenti.

Le sedi più frequentemente interessate sono le piccole articolazioni delle mani, i polsi ed i piedi, ma anche altre articolazioni possono essere colpite come le ginocchia, le anche, la colonna cervicale (FIG.2).

Inoltre l'infiammazione può colpire anche altre strutture articolari come i tendini, le borse sierose, dando tendinite, tenosinoviti e/o borsiti (FIG.3). L'AR può interessare molti organi (FIG 4).

Frequenti sono i sintomi di accompagnamento: febbre, stanchezza, secchezza degli occhi e della bocca, perdita dell'appetito.

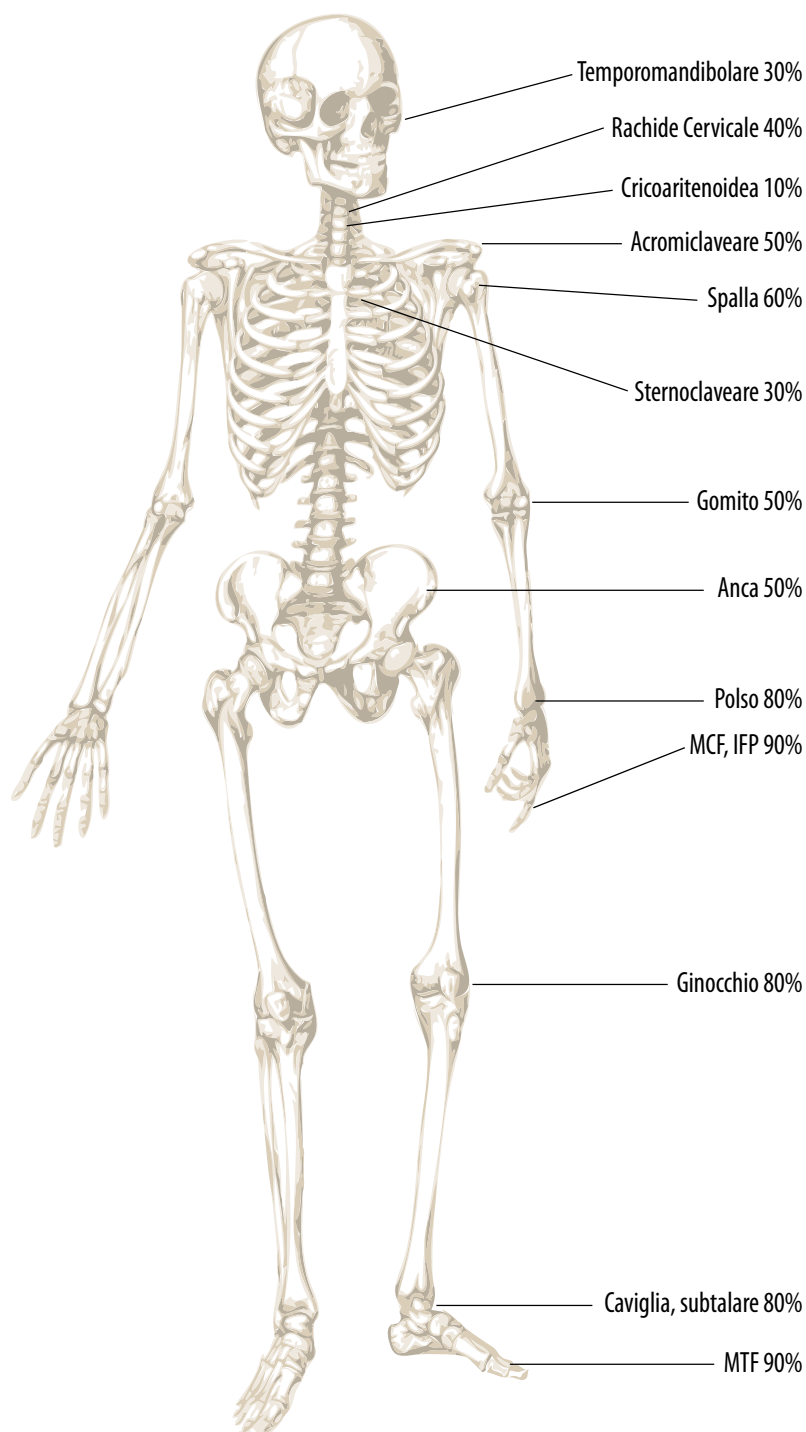
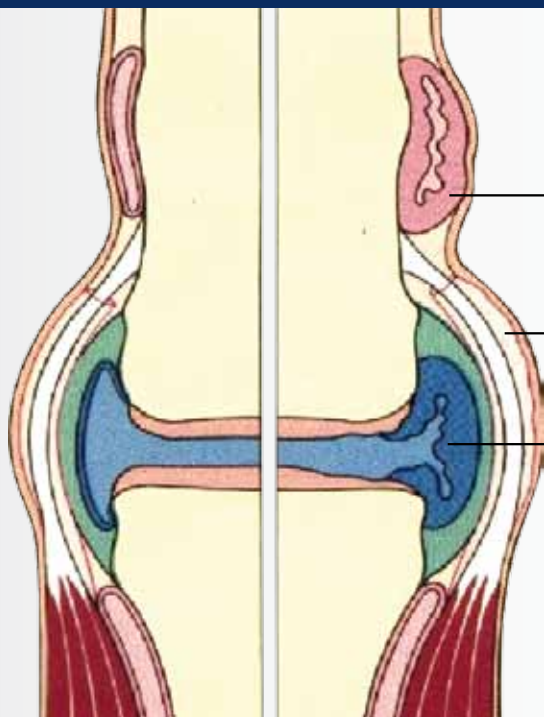


FIG. 2

FIG. 3

ARTICOLAZIONE NORMALE

SINOVITE REUMATOIDE



BORSITE

TENDINITE

SINOVITE

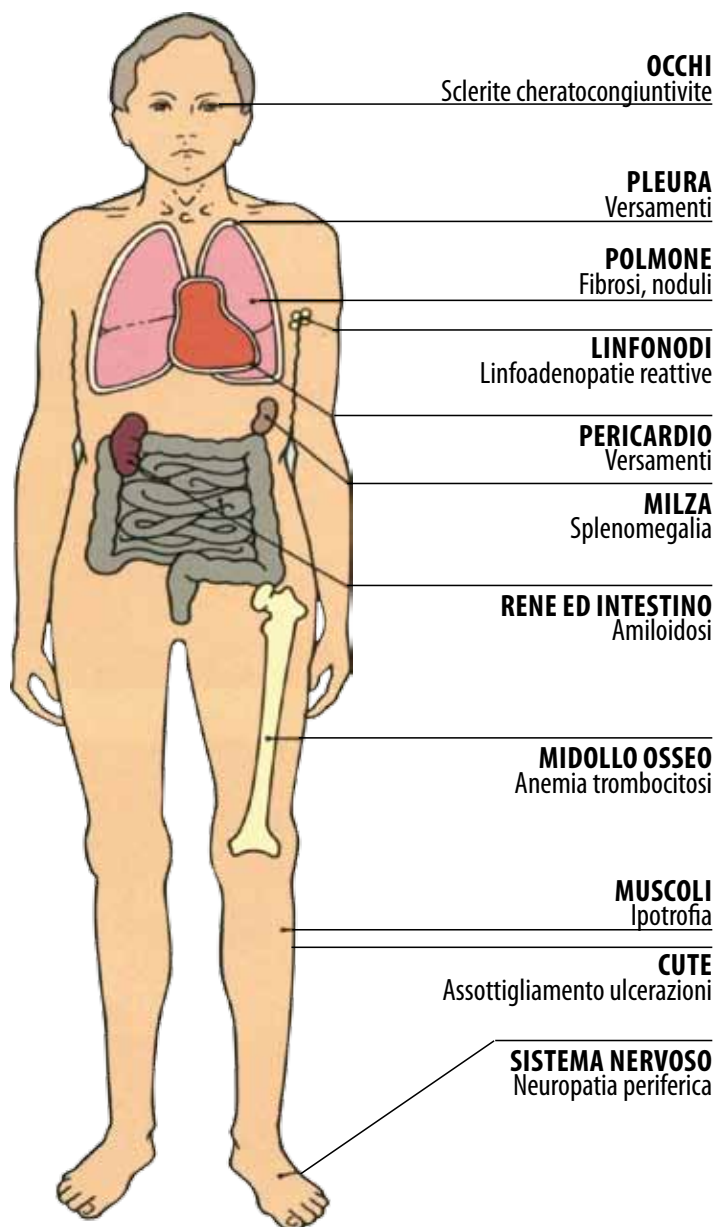


FIG. 4



A.M.R.E.R. ASSOCIAZIONE MALATI REUMATICI EMILIA ROMAGNA

AMRER nasce nel 1979 e con il riconoscimento regionale DPGR n. 570 del 17/07/95 è ONLUS di diritto.

AMRER è impegnata nella tutela dei diritti socio-sanitari della persona affetta da malattie reumatiche, e nella divulgazione dell'informazione al paziente e alla cittadinanza circa gli effetti di tali patologie.

Chi opera in sede, sul territorio regionale e nazionale sono tutti volontari e per la maggior parte malati reumatici, i quali, vivendo nelle condizioni indotte dalla malattia, ben conoscono i problemi che vengono loro esposti.

L'Associazione svolge la sua attività in stretta collaborazione con i Reumatologi della Regione, gli esperti in campo socio sanitario, e in piena sintonia con gli operatori del volontariato sul territorio.

Non ha alcuna finalità di lucro.

Con Deliberazione n. 12 del 15/01/2007 la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto AMRER come Organizzazione a Rilevanza Regionale



ISCRIVERSI E SOSTENERE AMRER ONLUS È FACILE!!

Basta fare un versamento di almeno 10 Euro sul c.c.p. 12172409

Intestato a AMRER Onlus - Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna

ASSOCIARSI PER:

- Sentirsi rappresentati
- Avere informazioni corrette e aggiornate
- Sostenere ed esprimere al meglio le proprie idee
- Studiare e creare opportunità per il malato
- Trovare soluzioni a problemi che superano il singolo



A.M.R.E.R. Onlus

Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna

Tel-Fax: 051 24.90.45 - Cell.: 335 622.38.95

ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

C.F. 80095010379