



Malato Reumatico

il notiziario del



Settembre 2014
Notiziario AMRER • Numero 42

Periodico informativo

Redaz. e Amm. AMRER Via Gandusio, 12 - 40128 BO Autorizz. Trib. di Bologna n°7762 del 5/06/2007. Poste Italiane Spa. - Sped. ap. - DL. 353/2003 (conv. in L.27/02/200) art. 1, c.2 e5 Comm. Business Rimini n. 40/2007 ² Dir. Resp. Guerrina Filippi

Il ruolo dell'economia articolare nelle artriti, spondiloartriti e nella sclerodermia: la presa in carico di ogni paziente con malattia reumatica dovrebbe prevedere il coinvolgimento di più figure professionali, ognuna delle quali ha un ruolo ben preciso. Costruita la squadra di lavoro inizia la partita contro la malattia. » **Interno pagina 34**

Malattie Reumatiche e Gravidanza



**La gravidanza in corso di
Malattie Reumatiche**
Cosa è utile sapere prima e durante la gravidanza, come gestire i farmaci e quali effetti ha la malattia su questa delicata fase della vita. » **Interno pagina 37**

**Farmaci DMARDS
tradizionali e biotecnologici**
I principali farmaci utilizzati per il trattamento di Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante, Sclerodermia e Lupus Eritematoso Sistemico. » **Interno pagina 28**



**51° Congresso nazionale SIR
17° Congresso nazionale CROI**

Rimini - 26/29 novembre 2014

Congresso nazionale delle società di reumatologia italiane a Rimini, un evento formativo per gli specialisti e le associazioni pazienti. » **Interno pagina 4**

FORM-AZIONE

Parte l'ambizioso progetto dedicato al personale sanitario dei territori di Bologna e Romagna per rafforzare la conoscenza dei fattori di esordio dei principali reumatici infiammatori e degenerativi, e consolidare i percorsi diagnostico terapeutici più appropriati.»

**Interno
pagina 6**



Approfondimenti

ARTRITI - SPONDILOARTRITI - CONNETTIVITI
Un speciale dedicato a ciascuna malattia, dai sintomi d'esordio all'evoluzione ed opportuna presa in carico. » **Interno pagina 10**

CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO

Dall'organizzazione del percorso clinico programmato al counseling del paziente reumatologico. »
Interno pagina 36



A.M.R.E.R. Onlus 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.

L'Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna è impegnata da sempre nella tutela dei diritti sociosanitari della persona affetta da malattie reumatiche, e nella divulgazione dell'informazione al paziente e alla cittadinanza circa gli effetti di tali patologie. Gli operatori sul territorio 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 Onlus come Organizzazione a Rilevanza Regionale

Perché associarsi?

Associarsi ad AMRER Onlus significa aiutarci a:

- Fornire informazioni corrette ed aggiornate
- Sostenere ed esprimere al meglio idee e bisogni
- Studiare e creare opportunità per il malato reumatico
- Trovare soluzioni a problemi che superano il singolo
- Rappresentare al meglio il malato reumatico nelle sedi opportune

Avvisi

È cambiato l'iban bancario presso Unicredit per spostamento della filiale di radicamento. Il nuovo IBAN:

IT 72 L 02008 02416 000002971809

Ricordiamo che dal mese di ottobre è possibile eseguire donazioni anche con carta di credito dal sito www.amrer.it, mantenendo la detraibilità del 26%.

Legenda

- **Appuntamenti**
- **Attività svolte**
- **Articoli medici**
- **Approfondimenti e Interviste**
- **Diritti**
- **Il filo della storia**
- **Ricette**
- **Lecture**
- **Gli associati ci scrivono**

Per Ricevere il Notiziario



Iscriviti ad AMRER

Basta fare un versamento di almeno

€ 15,00 socio ordinario

€ 30,00 socio sostenitore

su conto corrente postale N° 12172409

oppure c.c. bancario

IBAN - IT 72 L 02008 02416 000002971809

Notiziario AMRER

Registrazione presso il Tribunale di Bologna n°7762 del 5/06/2007

Proprietario ed Editore

AMRER Onlus
Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna
C.F. 80095010379

Direttore responsabile

Guerrina Filippi

Redazione a cura di

Valeria Bodin – Annamaria Carparelli
Nadia Forlani – Guerrina Filippi
Milena Maitan – Emanuela Mislei
Liliana Presciuttini – Marta Venerandi

Coordinatore attività

Daniele Conti

Si ringraziano per la collaborazione:

Gianluigi Bajocchi, Alessandra Bezzi,
Valeria Bodin, Alessandra Bortoluzzi,
Mirko Bravi, Marco Bruschi,
Pierluigi Cataleta, Clodoveo Ferri,
Sarah Giacuzzo, Francesco Girelli,
Marcello Govoni, Luca Montaguti,
Melissa Padovan, Samantha Panaroni,
Carlo Salvarani, Nadia Volanti.

Progetto grafico

Ricreativi S.r.l.

Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica
Editore Villa Verucchio" s.r.l.
www.lapievepoligrafica.it
Stampato il 30 settembre 2014
Tiratura 6500 Pezzi

Si ringrazia per il contributo non condizionato finalizzato alla stampa del presente numero:



All'interno del Notiziario

- pg. 03 **Editoriale**
- pg. 04 **Congresso nazionale SIR e CROI**
Rimini - 26-29 novembre 2014
- pg. 04 **Auguri di Natale all'Ospedale Maggiore**
Bologna - 18 dicembre 2014
iniziativa "panettoni solidali"
a favore del progetto ecosonor
- pg. 05 **Convegno Lupus Eritematoso Sistemico capire, conoscere, curare:**
incontro con i pazienti
Bologna - 25 ottobre 2014
- pg. 06 **Progetto Form-Azione ciclo di seminari per professionisti sanitari**
7 incontri con date e appuntamenti
- pg. 08 **Progetto ATTIVA-MENTE**
Ripartono i corsi a Piacenza
- pg. 10 **Report attività svolta**
 - Convegno Focus sulle malattie reumatiche in Rimini
 - Progetto ECOSONOR: le attività svolte
 - Gruppo AMRER Cesena
 - Ampliamento sede di Bologna
 - Volere non basta: corso di formazione per i volontari
- pg. 15 **Progetto Benessere Fibromialgia**
Autunno 2014 continuano i percorsi a Riolo Terme
- pg. 16 **Artrite Reumatoide**
A cura di Luca Montaguti e Marco Bruschi
- pg. 18 **Spondiloartriti: dai sintomi alla diagnosi precoce**
A cura di Pierluigi Cataleta
- pg. 22 **Sclerodermia: l'importanza di una diagnosi precoce**
A cura di Clodoveo Ferri
- pg. 28 **La terapia tradizione: DMARDS**
A cura di Alessandra Bezzi
- pg. 31 **I Farmaci Biotecnologici (Anticorpi Monoclonali)**
A cura di Gianluigi Bajocchi e Carlo Salvarani
- pg. 34 **Il ruolo dell'economia articolare nelle artriti, spondiloartriti e nella sclerodermia**
A cura di Francesco Girelli
- pg. 36 **Case management infermieristico del paziente reumatico: l'esperienza maturata nell'equipe di Rimini**
A cura di Nadia Volanti
- pg. 37 **Malattie Reumatiche e Gravidanza**
Cosa è utile sapere prima e durante la gravidanza. A cura di Sarah Giacuzzo, Melissa Padovan, Marcello Govoni
- pg. 40 **I nostri consigli in cucina**
La strada adriatica per Ferrara
- pg. 42 **Il corpo porta a spasso le idee**
I consigli di lettura di Valeria
- pg. 44 **L'arte e la passione di un'associata**
A cura di Samantha Panaroni
- pg. 46 **L'associazione e i suoi associati**
Felicitazioni e condoglianze

Contatti

AMRER Onlus
Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna
Sede Regionale: Via Gandusio, 12
40128 Bologna
Codice Fiscale: 80095010379

ORARIO UFFICIO

Apertura al pubblico: Lun. 10.00 / 17.00
Attività ordinaria: Merc., Ven. 10.00/13.00
Sabato si riceve su appuntamento.

Tel. / Fax. 051 249045 - Cell. 335 6223895
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

Il volontariato, una risorsa per sé stessi e per gli altri.



Guerrina Filippi
Presidente AMRER Onlus
Associazione Malati
Reumatici Emilia-Romagna
ass.amrer@alice.it

Per diventare
Volontari AMRER

Contattaci al **051 249045**
via mail **ass.amrer@alice.it**



Editoriale

Carissimi associati e lettori,

con alle spalle un'estate che non è mai arrivata e le vacanze già un ricordo, l'autunno vede i volontari ed i collaboratori di Amrer impegnarsi in nuovi progetti a favore di tutti i pazienti, associati e non.

Il bisogno di "capire la malattia", di trovare "il medico preparato e la struttura giusta", il confrontarsi con altre persone che vivono esperienze simili, così come conoscere le cure disponibili ed appropriate - il poter condividere le proposte terapeutiche e le decisioni da intraprendere, il partecipare ad eventuali ricerche - attraverso studi clinici - sono tutte domande che in questi mesi ci sono arrivate attraverso mail, telefono, tavoli di lavoro.

Sono circa 6 mesi che non vi inviamo un Notiziario, abbiamo saltato il numero di giugno, e di questo me ne rammarico molto. "Ho tirato le orecchie" in modo bonario ai miei collaboratori, i quali, non certo per incuria o negligenza, hanno posticipato l'uscita del nostro periodico. Sono, siamo, stati totalmente assorbiti dai progetti in essere; abbiamo credetemi - compiuto uno sforzo enorme per proporre, in un momento storico davvero particolare, a partire dal prossimo ottobre, alcune iniziative che consideriamo fondamentali: formazione e presa di coscienza del bisogno. Hanno visto così la luce ben 4 progetti di portata essenziale per tutti noi:

- **FORM-AZIONE**: due cicli di incontri sui principali aspetti legati alle tematiche reumatologiche in esordio. Si realizzeranno 7 appuntamenti pensati appositamente per coinvolgere i nuclei di cure primarie (medici di medicina generale) in un percorso formativo così da incentivare l'inserimento, nella formazione obbligatoria, delle tematiche che ci stanno a cuore. Gli incontri che troverete nelle prossime pagine si terranno in autunno a Bologna, Forlì, Cesena e all'inizio dell'inverno a Rimini, Ravenna e ancora Bologna (città vasta con oltre 600 medici di "base").

- **CONFERENZA STAMPA NAZIONALE**: abbiamo mappato tutto il territorio italiano per prendere coscienza del numero dei pazienti e delle loro caratteristiche essenziali (età, genere, collocazione territoriale...); tutto questo per portare alle più alte cariche dello Stato un disegno complessivo della Reumatologia... non vi anticipo altro per ora, in dicembre potremo parlare di sviluppi concreti che sono sicura apprezzerete quanto - se non più - di noi.

- **OKKIO ALLA SALUTE**: il Ministero delle Politiche Sociali ha accordato fiducia ad un progetto, che AMRER ha presentato la scorsa primavera, con l'obiettivo di avviare un percorso di formazione per i cittadini, con il coinvolgimento di molti attori del sociale, della politica socio-sanitaria, dell'amministrazione e delle scuole... ma anche questa è un'anticipazione... a tutti voi arriverà un avviso per coinvolgervi direttamente nelle attività!

- **ESENZIONI**: il lavoro avviato e divulgato lo scorso marzo non è certo "finito" "anzi" siamo appena all'inizio... ora occorre che quanto riconosciuto legislativamente sia anche applicato e reso operativo sul territorio. Già prima dell'estate è nato un tavolo di lavoro regionale che vede professionisti e Aziende sanitarie coinvolte per un monitoraggio e "ridisegnamento" dell'attuale erogazione dei servizi. Siamo stati chiamati espressamente come partner operativi e l'impegno, non vi nego è, e sarà, davvero rilevante.

Tutto questo non diminuisce la nostra presenza sul territorio, la nostra azione quotidiana, la nostra partecipazione e risposta attiva a cittadini ed associati, ormai con oltre 3500 contatti all'anno!

Sono fiera del lavoro svolto finora, sinceramente onorata di aver potuto mettere a disposizione il mio tempo e la mia esperienza lavorativa pregressa in questo gruppo di persone, i cui valori ho sempre apprezzato e condiviso... ma il nostro impegno non finisce, il bisogno del paziente e delle persone che vi ruotano attorno non cessa, anzi aumenta esponenzialmente. Mi piace pensare alle Associazioni come soggetti portavoce di bisogni, ma anche e

soprattutto di possibili soluzioni, patrimoni di conoscenze e di competenze, la presa di coscienza di una parte consistente e precisa del Paese. Una realtà non trascurabile, uno stimolo al cambiamento ed al miglioramento dei servizi esistenti, oltre che un aiuto concreto a chi ha bisogno.

Come spesso accade nel percorso di crescita di un'Associazione e dei volontari che se ne occupano, se da un lato si consolida la consapevolezza di offrire un servizio importante, dall'altro si corre il rischio di dimenticare che quanto abbiamo raggiunto non ci è stato regalato da nessuno. E' stata una dura conquista, di cui dobbiamo avere cura e che dobbiamo nutrire ed alimentare. Mi è capitato ultimamente di riflettere e constatare come non si percepisca più che la gratuità del servizio non dispensa dall'impegno che necessariamente è legato ad esso, che comporta un "lavoro", non retribuito, ma pur sempre impegnativo e a volte provante, che richiede responsabilità, organizzazione, tempo... e sacrificio. E' fondamentale, nel pieno rispetto di tutte le esigenze personali, considerare il "problema individuale" non estraneo alle difficoltà molteplici che riguardano tutti. Non si dovrebbe pensare "io" ma "noi" per dare forza a quella che viene a ragione chiamata "attività esercitata dal cittadino".

Il cammino è lungo e gli obiettivi ambiziosi. Abbiamo ancora tanto da mettere a disposizione, ma per la certezza di riuscire occorre che "molte genti" siano disponibili a mettere in gioco un po' del proprio tempo, professionalità e passione per le sfide dei prossimi anni. E non è necessario che i volontari siano tassativamente malati, tutti possono dare/donare il loro contributo di tempo e esperienza per una buona - anzi ottima - ragione: avviare un processo di rinnovamento, procurando nuova linfa necessaria ad una ulteriore crescita.



Da soli si può andare in giro,
in due si va sempre da qualche parte

Colgo quindi l'occasione per lanciare un appello a tutti coloro che associandosi hanno dato fiducia ad Amrer, alle persone che attualmente operano attivamente in Associazione ed anche a tutti coloro che per vari motivi ci seguono con simpatia.

Nel 2015 saremo chiamati a rinnovare le cariche istituzionali.

Chiedo fin da ora un atto di grande responsabilità. Presentate le candidature al Consiglio Direttivo, siate numerosi a farlo e dimostreremo che Amrer potrà affrontare le sfide a cui va incontro la società moderna. Sfide che vedono il volontariato in prima linea nella sua capacità di sondare le problematiche e fornire adeguate risposte - agendo con la propria progettualità - grazie alle vecchie e nuove generazioni. Un ponte ideale che diventa indispensabile per il futuro dell'Associazione, ma anche della nostra società!

Vi abbraccio e saluto tutti con simpatia.

Guerrina Filippi ■

VERSAMENTO della "Quota sociale 2014"

Ricordiamo agli associati l'importanza di rinnovare la quota associativa anche per l'anno 2014:

Quota Socio Ordinario
15,00 Euro

**Quota Socio
Sostenitore**
30,00 Euro



Rimini • 26/29 Novembre 2014 • Meeting di aggiornamento medico

51° Congresso Nazionale SIR 17° Congresso Nazionale CROI

Quest'anno assistiamo al primo Congresso Nazionale Congiunto da parte delle due società scientifiche italiane che si occupano di Reumatologia, SIR (Società Italiana di Reumatologia) e CROI (Collegio dei Reumatologi Ospedalieri Italiani)

L'evento di carattere prettamente scientifico, è articolato si terrà a Rimini nelle giornate dal 26 al 29 novembre. In questo setting unificato Reumatologi Accademici, Ospedalieri, Territoriali si incontrano per favorire il confronto e l'aggiornamento di tutti i reumatologi italiani sulle principali tematiche di interesse reumatologico.

Le attività previste sono corsi di formazione intensiva, corsi didattici pratici e interattivi, simposi e letture istituzionali su temi di grande attualità, senza trascurare argomenti della pratica clinica quotidiana.

I volontari di AMRER Onlus parteciperanno ai corsi per poter trasmettere a tutti voi aggiornamenti e informazioni utili su novità e opportunità per i pazienti. La partecipazione dei pazienti sarà anche l'occasione per aprire delle finestre di attenzione sui tanti aspetti sociali legati alle patologie reumatiche, spesso trascurati. ■



51° Congresso Nazionale SIR
e
17° Congresso Nazionale CROI

26-29 Novembre 2014
Palacongressi di Rimini

PRIMO ANNUNCIO

Il programma e tutte le informazioni relative al Congresso Nazionale SIR-CROI sono consultabili on-line visitando il sito www.congressosir-croi2014.com

Segreteria Organizzativa
AIM Group International
Sede di Milano - Via G. Ripamonti, 129
20141 Milano - Tel. 02 566011

NEWS



18 dicembre 2014 - ore 11.00

Tradizionale **scambio di Auguri con pazienti e amici**
alla **Reumatologia dell'Ospedale Maggiore**

Largo Nigrisoli, 2 - Bologna - Primo Piano - palazzina Ambulatori
Sono graditi dolci e generi di conforto



**1 panettone/pandoro
con un contributo
di 10 €**

Iniziativa Panettoni Solidali

Questo Natale scegli un "dolce artigianale" per te, per i tuoi familiari, amici e colleghi con il panettone e il pandoro artigianale delle "Aziende Dolciarie Gianpaoli" e "Torinese".

Chiamaci e prenota il tuo **panettone** e **pandoro artigianale**, un pensiero speciale di qualità che racchiude un gesto di aiuto per i malati reumatici. Il ricavato della campagna sarà devoluto per acquistare un ecografo articolare per favorire diagnosi precoce e tempestivi controlli durante le visite reumatologiche (info: www.amrer.it/progetto_econosor.php)

Prenotazioni al 051.249045 - 349.5800852 - ass.amrer@alice.it
Per ordini di 6 pezzi è prevista spedizione in tutta Italia.

LE DONAZIONI RACCOLTE NELLE DUE INIZIATIVE SARANNO DEVOLUTE A FAVORE
DEL **PROGETTO ECOSONOR** PER L'ACQUISTO DI UN ECOGRAFO
PER LA REUMATOLOGIA DELL'**OSPEDALE BUFALINI DI CESENA!**

INFO: WWW.AMRER.IT/PROGETTO_ECONOSOR.PHP

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

GIORNATA NAZIONALE

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

CAPIRE, CONOSCERE, CURARE

25 ottobre 2014
Sala Congressi • Aemilia Hotel
Via Zaccherini Alvisi, 16 • 40128 Bologna

INCONTRO CON LA CITTADINANZA

Ingresso Libero

9:00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

9:30 SALUTO AUTORITA'

PRIMA PARTE:

CAPIRE E CONOSCERE LA CLINICA DEL LUPUS

9:50 **VIVERE CON IL LES**
Testimonianza di un Paziente

10:00 **LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: CAPIRE E CONOSCERE LA MALATTIA (MECCANISMI DELLA MALATTIA)**
Marcello Govoni - FERRARA

10:30 **MANIFESTAZIONI / IMPEGNO D'ORGANO:**

IMPEGNO CUTANEO (20')
Vito di Lernia - REGGIO EMILIA

IMPEGNO RENALE (20')
Lucio Manenti - PARMA

IMPEGNO NEUROLOGICO (20')
Alessandra Bortoluzzi - FERRARA

11:30 **RISCHIO CARDIO VASCOLARE DAI FATTORI DI RISCHIO ALLA PREVENZIONE**
Giulia Pazzola - REGGIO EMILIA

11:50 **LE PRINCIPALI TAPPE NELLA STORIA DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**
Piero Marson - PADOVA

12:10 **DISCUSSIONE / DIBATTITO**

12:40 **PAUSA PRANZO**

SECONDA PARTE:

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON LES: TRA LABEL E OFF-LABEL

14:00 **TERAPIE CONVEZIONALI**
Massimo Reta - BOLOGNA

14:20 **TERAPIE BIOTECNOLOGICHE: NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE?**
Andrea Doria - PADOVA

14:40 **DISCUSSIONE / DIBATTITO**

15:00 **GRAVIDANZA E LES: CRITICITÀ ED OPPORTUNITÀ**
Marco Taglietti - BRESCIA

15:20 **DISCUSSIONE / DIBATTITO**

15:40 **HANDICAP E INVALIDITÀ CIVILE:
PERCORSO DI RICONOSCIMENTO LEGGE 104 E 118**
Adelmo Mattioli - REGGIO EMILIA

16:00 **DISCUSSIONE / DIBATTITO**

16:20 **COINVOLGIMENTO PSICOLOGICO NEL LES COME GESTIRE LA CRONICITÀ
E IL DOLORE NELLA MALATTIA ESERCITAZIONI PRATICHE DI TECNICHE DI
RILASAMENTO**
Giacchino Pagliaro - BOLOGNA

16:40 **ESERCITAZIONI PRATICHE DI MINDFULNESS**
Giacchino Pagliaro - BOLOGNA

17:30 **CHIUSURA LAVORI**

Moderatori:

CARLO SALVARANI • NAZZARENA MALAVOLTA

ECM PER LE FIGURE SANITARIE

L'evento è accreditato ECM - Educazione Continua in Medicina rif. ECM 103365. Il provider ARAR ID 3313 ha assegnato n. 6 crediti formativi per TUTTE LE CATEGORIE. **PER RICEVERE I CREDITI È NECESSARIA L'ISCRIZIONE ON-LINE SUL SITO: WWW.ADARTEVENTI.COM.**

ISCRIZIONE AL CONVEGNO

LA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO È LIBERA E GRATUITA, ma per motivi organizzativi è necessario iscriversi attraverso l'apposita scheda sul sito www.amrer.it.

PER INFORMAZIONI

AMRER Onlus • Tel./Fax 051 24.90.45 - Cell 335 622.38.95 - 349 580.08.52

EVENTO PROMOSSO DA:



CON LA COLLABORAZIONE DI:



Gruppo Italiano - ONLUS
Gruppo Italiano per la lotta
contro il Lupus Eritematoso Sistemico
Numero Verde: 800227978
info@lupus-italy.org www.lupus-italy.org
C.F. 91019410330

CON IL PATROCINIO DI:



Progetto Form-Azione: ciclo di seminari per professionisti sanitari



AMRER Onlus ha come obiettivo favorire lo sviluppo delle reti reumatologiche ed oggi guarda con particolare attenzione a due aree regionali che stanno vivendo uno specifico riassetto logistico e organizzativo: **Area Metropolitana di Bologna e Ausl della Romagna**, nuova realtà sorta dall'Area Vasta Romagna includente le realtà di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Entrambe queste aree sono attualmente coinvolte da un processo di perfezionamento e ridefinizione dei servizi socio-sanitari che attualmente operano al loro interno. Il progressivo processo di definizione di un'area metropolitana con servizi socio-sanitari pensati per oltre un milione di abitanti con eccellenze e piani strategici di sviluppo per un'area relativamente piccola ma densamente popolata, si affianca al processo di integrazione opposto di un territorio molto vasto con servizi diffusi e una popolazione spalmata sull'intera area di riferimento con più nuclei, come quello rappresentato dalla Romagna e dalle quattro realtà delle Aziende Sanitarie che ora sono unite in un'unica Azienda Sanitaria che servirà circa un milione di abitanti. Due approcci e due sfide che meritano attenzione e impegno per il futuro.

In sintonia con le realtà reumatologiche e amministrative di questi territori si è deciso di proporre un ciclo di seminari per gli operatori sanitari sulle principali sfide in ambito reumatologico rappresentate dalle manifestazioni d'esordio e dall'organizzazione di presa in carico delle **Artriti – Spondiloartriti – Sclerodermia – Osteoporosi**. Siamo convinti che favorire momenti di informazione, confronto e approfondimento sia lo strumento più importante per raggiungere appropriatezza, efficacia ed efficienza nella presa in carico del paziente reumatico.

Nascono così 7 incontri che si terranno durante l'autunno 2014 e i primi mesi del 2015 su tutti i territori dell'area coinvolta. I seminari sono appositamente sviluppati attorno alle indicazioni dei clinici e degli operatori socio-sanitari coinvolti e saranno indirizzati a medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e aperti anche a tutti i professionisti sanitari delle varie specialità mediche (con accreditamento ECM).

Una sfida organizzativa molto grande, che rappresenta un piccolo ma significativo passo per la reumatologia!

Tutti i programmi e le modalità di partecipazione sono disponibili sul sito www.amrer.it ■

Incontri dedicati alle figure sanitarie / accreditati ECM

Mono artriti

Bologna - 18 ottobre 2014

Largo Bartolo Nigrisoli, 2
Bologna • Ore 09.00/13.00
Aula Magna Ospedale Maggiore

Lombalgia acuta e cronica

Bologna - 7 novembre 2014

Via Sant'Isaia, 94
Bologna • Ore 14.00/18.00
Aula "Ex Cappella"
Presidio Roncati

Sindromi Acroasfittiche e Sclerosi Sistemica Progressiva

Bologna - 31 gennaio 2015

Largo Bartolo Nigrisoli, 2
Bologna • Ore 9.00/13.00
Aula Magna Ospedale Maggiore



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

Programmi e iscrizioni sul sito www.amrer.it

INCONTRI DEDICATI ALLE FIGURE SANITARIE / ACCREDITATI ECM
PER INFO CONSULTA IL SITO WWW.AMRER.IT

ECM



CON IN PATROCINIO DI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

SINDROMI ACROASFITICHE E SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA:

DAI CRITERI CLASSIFICATIVI AI SUB-SET CLINICI

10 ottobre 2014

Via Forlanini 34 - Forlì • Ore 15:00

Sala convegni M. Pieratelli
Padiglione Morgagni
Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni



ECM



CON IN PATROCINIO DI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

OSTEOPOROSI: UP TO DATE

21 novembre 2014

Viale Ghirotti, 286
Cesena FC • Ore 15:00

Sala Convegni
Ospedale Bufalini di Cesena



ECM



CON IN PATROCINIO DI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MONOARTRITI E POLIARTRITI

17 gennaio 2015

Viale Settembrini, 2
Rimini • Ore 9:00

Sala Convegni
Ospedale Infermi



ECM



CON IN PATROCINIO DI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

LOMBALGIA ACUTA E CRONICA

27 febbraio 2015

Viale Randi, 5
Ravenna • Ore 15:00

Sala Convegni
Ospedale S Maria delle Croci



Progetto Attiva-Mente Piacenza e Bologna • Autunno - Inverno 2014

Al via i corsi per favorire concentrazione e attività motoria

Tra settembre e ottobre partono a Piacenza e a Bologna i corsi proposti all'interno del progetto Attiva-Mente sostenuto dal Ministero della Politiche Sociali.

L'esperienza, partita l'anno scorso nel Piacentino, prosegue sul territorio e viene trasferita anche sul territorio di Bologna... il progetto è in costruzione e sviluppo per aumentare le offerte e le proposte di corsi pensati e sviluppati per i pazienti con patologie reumatiche e non solo... i docenti saranno preparati nella conoscenza delle criticità legate a queste patologie e potranno accogliere al meglio tutti coloro che vorranno sperimentare queste attività ludico/ricreative, che preservano la motilità delle nostre articolazioni! ■

Per informazioni

CORSI IN PIACENZA Costanza Timidei - 328 233 55 02

CORSI IN BOLOGNA Elisa Amaudo - 051 24 90 45
Daniele Conti - 349 58 00 852

Programmi e dettagli sul sito www.amrer.it/progetto_attivamente



PIACENZA

I CORSI SI TENGONO PRESSO I LOCALI DEL LABORATORIO CREATIVO DI VIA GIOVANNI PALLASTRELLI

MOVIMENTO E CONCENTRAZIONE

YOGA E TAI CHI

venerdì 18.45 - 19.45
verso l'equilibrio tra mente, corpo ed energia

PILATES

mercoledì 17.30 - 18.30 e 18.40 - 19.40
venerdì 17.30 - 18.30
movimento e concentrazione per aumentare il benessere globale della persona

SHIATSU

su appuntamento
tecniche di rilassamento per migliorare equilibrio "fisico ed energetico"

BALLI LATINO-AMERICANO

lunedì 20.30 - 22.30
divertimento e armonia tra corpo e mente

CREATIVITÀ

TAGLIO E CUCITO PER RIPARAZIONI

martedì 17.30 - 19.30 e 19.45 - 21.45
per scilappare la creatività attraverso la propria manualità

BOLOGNA

I CORSI SI TENGONO PRESSO I LOCALI DELLA SEDE AMRER IN VIA GANDUSIO E PRESSO PALESTRE CONVENZIONATE

MOVIMENTO E CONCENTRAZIONE

PILATES

lunedì 17.00 - 18.00
movimento e concentrazione per aumentare il benessere globale della persona

YOGA

mercoledì 17.00 - 18.00
alla scoperta del corpo fisico ed energetico

TAI CHI

venerdì 19.30 - 21.00
verso l'equilibrio tra mente corpo ed energia

IN ATTIVAZIONE: CORSI DI GINNASTICA PER PAZIENTI CON SCLERODERMIA

Si attiveranno al raggiungimento di un numero minimo di 5 persone. Segnalateci il Vs interesse.

CREATIVITÀ

TAGLIO E CUCITO PER RIPARAZIONI

sabato 16.00 - 19.00
per scilappare la creatività attraverso la propria manualità

I corsi sono promossi all'interno del progetto "Attiva-mente: cronicità in movimento" Fascicolo n. 1378 sostenuto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Settore Progetti ex. L.266/1991 - Direttiva 2012.

Promosso da:



Con la collaborazione di:



Con il sostegno di



Comune di Piacenza - Assessorato al nuovo welfare e sostegno alle famiglie
Comune di Caorso

Svep - Centro di Servizio per il Volontariato

UOS di reumatologia - Ausl di Piacenza

UO neurologia - Ausl di Piacenza - Dip. Medicine Specialistiche

UO di Senologia - Ausl di Piacenza

Rotary International - Rotary Club Piacenza- distretto 2050 Italia

Circolo ricreativo San Lorenzo - Roncarolo (ANSPI)

ACAT - Associazione Club Alcolisti in Trattamento

Comune di Bologna - Assessorati Politiche per la Salute, e Servizi Sociali e Volontariato

CTSS - Conferenza Territoriale Socio Sanitaria Provincia di Bologna

UOS di Reumatologia - Ausl di Bologna

Alcuni scatti delle attività in corso

BALLO



PILATES



TAI CHI E YOGA



TAGLIO E CUCITO



Rimini • 12 aprile 2014 • Alcuni scatti dell'assemblea annuale

Focus sulle malattie infiammatorie croniche: Artriti - Spondiloartriti - Connettiviti

L'assemblea annuale di quest'anno si è svolta a Rimini con il coinvolgimento dei territori e professionisti di Rimini, Ravenna, Forlì e Cesena. Gli argomenti trattati sono stati tanti e nelle prossime pagine troverete il report dei singoli interventi. La partecipazione è stata alta con un pubblico attivo e coinvolto; qui alcuni momenti significativi.

Un grazie a tutti i Reumatologi coinvolti, all'Azienda AUSL di Rimini che ha supportato l'organizzazione logistica della sala e dell'accreditamento ECM per i professionisti sanitari e un particolare ringraziamento ai tanti volontari del Gruppo AMRER Cesena, Rimini e Modena che sono stati magnifici ospiti e "lavoratori" instancabili nell'accoglienza e gestione di tutta la giornata!

Un ringraziamento anche all'Associazione delle mogli dei medici Italiani Sezione di Rimini che ha devoluto un contributo ad AMRER per i fini istituzionali e la realizzazione dell'evento. ■



“I relatori del convegno – un grazie a tutti loro”



Alessandra Bezzi
Ausl della Romagna
Ospedale Infermi di Rimini



Alessandra Bortoluzzi
AOSP S'Anna di Cona – Ferrara
Università di Ferrara



Gianluigi Bajocchi
AOSP Santa M. Nuova Reggio Emilia
Istituto di Ricerca Scientifica



Pierluigi Cataleta
Ausl della Romagna
Ospedale S.M. delle Croci di Ravenna



Angelo Corvetta
Ausl della Romagna
Ospedale Infermi di Rimini



Clodoveo Ferri
AOSP Policlinico di Modena
Università di Modena e Reggio Emilia



Francesco Girelli
Ausl della Romagna
Ospedale M Pierantoni di Forlì



Luca Montaguti
Ausl della Romagna
Ospedale Bufalini di Cesena



Nadia Volanti
Ausl della Romagna
Ospedale Infermi di Rimini



Attività Gruppo AMRER cesena

Progetto ECOSONOR - Un ecografo per il Bufalini di Cesena

Il Gruppo di Volontari AMRER Cesena si fa promotore del Progetto Ecosonor il cui obiettivo è quello di favorire la costruzione i percorsi per pazienti che possano permettere una **diagnosi precoce nelle malattie infiammatorie croniche (Artriti – Connettiviti – Vasculiti)**, favorire il **buon andamento dei controlli necessari a monitorarne l'evoluzione e la valutazione clinico-strumentale del paziente con identificazione della strategia terapeutica più adeguata.**

Tutto questo in un progetto pilota da realizzarsi presso il Servizio di Reumatologia dell'Ospedale Bufalini di Cesena, dove il Gruppo AMRER opera per far crescere i servizi al paziente. Assieme alla costruzione di percorsi aziendali opportuni, un bisogno è emerso da parte dell'equipe medica: la necessità di poter usare un ecografo dedicato direttamente durante le visite di routine, senza necessità di una successiva prenotazione specialistica e seconda visita... L'ecografia articolare è tecnica diagnostica e di controllo che si attua con uno strumento specifico (**ecografo articolare**), e privo di controindicazioni per il paziente e molto veloce nella rilevazione di attività della malattia.

AMRER Gruppo Cesena si propone quindi l'obiettivo di acquistare e donare alla Reumatologia del territorio questa strumentazione per favorire questo tassello del processo del percorso di cura, così da accorciare sensibilmente in tempi di visita in fase di diagnosi e controllo malattia, il tutto a Sistema Sanitario Nazionale; un'esperienza proposita e che accogliamo anche come associazione regionale con l'obiettivo di trasferire il know-how che acquisiremo per renderlo utile anche per altri territori.

Per l'acquisto dell'ecografo AMRER Gruppo di Cesena si è proposto di raccogliere i fondi necessari attraverso una **Campagna di Raccolta** composta da una serie di azioni dirette come concerti, cene e sensibilizzazione di Aziende e realtà che hanno a cuore e vogliono far crescere il territorio e favorire la salute della popolazione che vi risiede e afferisce.

AMRER Onlus – Regionale è orgogliosa di sostenere con la propria esperienza questa spinta propositiva e solidaristica da parte del gruppo locale, e a **tutti chiediamo di sostenere e vivere assieme** queste splendide iniziative!

La somma necessaria è di **22.000 €** - non piccola cosa per tutti noi – **ad oggi abbiamo raccolto 3.000 €**, siamo solo all'inizio quindi, ma contiamo di raggiungere l'obiettivo entro i prossimi 12 mesi!

Tutti noi come membri dell'associazione possiamo sostenere l'iniziativa del Progetto ECOSONOR, facciamo vedere come la forza di un gruppo di persone può far crescere e sostenere le iniziative locali di valore e attivare una catena di solidarietà più ampia per tutti.

Anche con una piccola donazione puoi contribuire all'acquisto dell'ecografo – ricordiamo che si può donare anche con carta di credito con causale "progetto ecosonor" – tutti i dettagli sul sito www.amrer.it

Attività Gruppo AMRER cesena Pro Progetto ECOSONOR

Uova di Pasqua AMRER

La raccolta fondi è iniziata a pasqua con le uova al cioccolato!!



9 maggio 2014 - Cena con l'assassino

Una cena con spettacolo interattivo... una serata in cui si è diventati detective!



18 maggio 2014 - Tributo ai Beatles

Concerto di beneficenza al Teatro Verdi di Cesena... sulle note dei Beatles!



Giugno 2014

Il mio dono

Unicredit/click solidale

Campagna promossa da Unicredit che ha visto in pochi gg circa 200 cliccaggi di sostegno e una donazione di 251,59 € a favore del progetto **ECOSONOR!!**



21 al 24 giugno - Fiera di San Giovanni - Cesena



Bologna - Aprile/Giugno 2014

Ampliamento locali sede sede di Via Gandusio - Bologna

La sede AMRER di Bologna aumenta i locali a propria disposizione per garantire un migliore servizio di ricevimento del pubblico, maggiore privacy alle persone che vengono a colloquio, e per sviluppare nuove opportunità e attività dedicate al territorio.

I lavori di ammodernamento della sede sono stati fatti dai volontari di Rimini, Cesena, Modena e Bologna, che si sono attivati per rendere gradevole e attrezzata la sede con colori vivaci alle pareti (**Mario** di Savignano sul Rubicone e **Luciana** di Cesena), scaffalature (**Marta** di Cattolica) e tende (**Emanuela** di Castel Franco e **Marco** di Bologna).

Un particolare ringraziamento alla ditta **Gel-Frigor di Adelmo Negosanti - Cesena** che ha donato due file di scaffalature molto resistenti, indispensabili per l'archivio dei documenti cartacei dell'Associazione. E' bello vedere come la solidarietà non abbia confini di territorio, ma si manifesti con il sostegno e condivisione di obiettivi e impegno che superano il singolo! ■



Foto delle tende montate da Emanuela e Marco nei nuovi ambienti di via Gandusio



La consegna delle scaffalature donate dalla GEL FRIGO di Cesena e portateci a Bologna



Martina Venerandi in azione con il "montaggio delle scaffalature"



Mario e Luciana durante le operazioni di pittura delle pareti

Roma - Maggio/Giugno 2014

Volere non basta, bisogna farsi ascoltare

AMRER ha partecipato al percorso di formazione disegnato per accrescere l'empowerment delle Associazioni di Pazienti in Roma promosso dalla Fondazione MSD in collaborazione con l'Agenzia di comunicazione Agetica e l'Università La Sapienza.

Il corso, della durata di 6 giorni, ha affrontato i temi legati alla comunicazione interpersonale e approfondito le dinamiche delle relazioni istituzionali attraverso sessioni di didattica e di esercitazioni pratiche. Si sono approfondite le strategie e i metodi per dialogare con legislatori e soggetti regolatori, come sviluppare in modo efficace campagne di sensibilizzazione, ricercare ed analizzare le fonti per preparare la documentazione necessaria agli incontri "istituzionali", come gestire il conflitto e comunicare in modo efficace ed empatico.

L'occasione è stata molto utile anche per attivare un confronto con il nutrito gruppo di associazioni partecipanti, scambiarsi e confrontarsi idee, strategie e tecniche per raggiungere obiettivi simili, anche se in contesti di interesse diversi. Un ringraziamento quindi particolare agli organizzatori per la serietà professionale e la fiducia accordataci come Gruppo di lavoro e rappresentanza di pazienti. ■



Momento di lezione didattica



Momento di esercitazione pratica



Fiorella Padovani e Francesco Riondino - Referenti rispettivamente Associazioni Malati Reumatici dell'Abruzzo e delle Puglie

Percorsi alle terme per reumatismi extra-articolari

Progetto Benessere Fibromialgia 2014



Prosegue la collaborazione tra AMRER Onlus con il Centro Termale di Riolo Bagni. Le sinergie create hanno permesso lo sviluppo di importanti risultati come momenti informativi, sviluppo e perfezionamento di protocolli per la gestione di attività complementari per la gestione della sintomatologia dolorosa e lo studio di nuovi servizi e opportunità per i pazienti reumatici. Di seguito il programma del percorso per pazienti con fibromialgia e sotto la convenzione per tutti i soci AMRER. ■

Progetto Benessere Fibromialgia 2014

Nel 2014 vi proponiamo un protocollo perfezionato per i pazienti fibromialgici a seguito della sperimentazione messa in atto con l'UOC di Reumatologia dell'Università di Ferrara. Gli obiettivi del progetto rimangono quelli di migliorare la sintomatologia algica di pazienti affetti da sindrome fibromialgica mediante cicli di attività in ambiente termale che prevedono ginnastiche in acqua termale, tecniche di rilassamento con massaggi e respirazione, trattamenti osteopatici e momenti informativi per conoscere a pieno la malattia imparando a meglio gestirla. Il progetto Benessere 2014 rappresenta una buona pratica di stili di vita che il paziente può apprendere e pensare di trasferire un domani nel proprio quotidiano.

Il protocollo previsto per 12 giorni prevede:

N.	Trattamenti	Tempo
	Visite mediche e assistenza medica alle terme	
2	Trattamenti Osteopatici	20'
1	Mini conferenza	30'
4	Tecniche Respiratorie e di rilassamento STRALE	50'
4	Ginnastiche in acqua di gruppo con operatore bordo vasca	60'
2	Massaggi FLOWER (Fiori di Back)	60'
2	Massaggi Terapeutici	30'
6	Accesso in piscina termale / acqua calda	

Periodi di realizzazione previsti

Turni di 12 giorni:

13 ottobre 2014 – 24 ottobre 2014
 3 novembre 2014 – 14 novembre 2014
 17 novembre 2014 – 28 novembre 2014

Tutti i gruppi si terranno con il seguente orario **9.00 - 13.00**; l'impegno orario giornaliero sarà **massimo di 3 ore**.

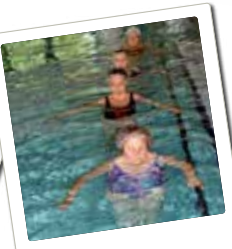
Criteri di inclusione: fibromialgia primaria - età compresa tra i 18 e i 75 anni.

Criteri di esclusione: gravi comorbidità non compatibili con le cure termali (neoplasie in atto, IMA recente, infezioni acute, reumatismi infiammatori cronici, Connettiviti, IBD in fase attiva, grave insufficienza venosa cronica, tromboflebiti recenti, gravi insufficienze respiratorie, IRC severa).

Per coloro che necessitassero del soggiorno in albergo sono previste convenzioni a pensione completa in diversi alberghi di Riolo.

Maggiori dettagli sul sito www.amrer.it - Tel. 051.249045

N.b. la presente attività non costituisce offerta al pubblico, e non ha carattere commerciale.



Per maggiori informazioni e conoscere le procedure di iscrizione contattare il n. 051.249045 - oppure 327.4415008 / 349.5800852 in orario ufficio



“Per tutti i soci AMRER”

Presso le Terme di Riolo Bagni è possibile eseguire:

- Cicli di cure in convenzione AUSL (fanghi e bagni, vasculopatie periferiche, sordità rinogena, cure inalatorie, ventilazioni polmonari, etc.)
- Centro convenzionato INAIL, INPS, BUONI GOVERNATIVI
- Protocolli specifici per Artrosi, Fibromialgia, Psoriasi
- Programmi Pneumologici Buon Respiro e Stop al fumo
- Centro di Nutrizione Clinica con diagnosi e protocolli dimagranti
- Centro del Benessere completo di Piscina Termale 34°C a ozono e Thermarium
- Metodologie Naturali e Medicina Estetica
- Centro di Riabilitazione



è previsto lo sconto del

15% su medicina riabilitativa, massaggi, prestazioni diagnostiche, piscina termale, fangoterapia

5% su protocolli di cura reumatologici con il 20% di sconto sulla visita specialistica reumatologica

Per informazioni: Tel. 0546/71045 e sito www.termediriolo.it

Artrite Reumatoide



Luca Montaguti

Servizio di Reumatologia
Ospedale Bufalini di Cesena
Azienda Sanitaria di Romagna
l Montaguti@ausl-cesena.emr.it



Marco Bruschi

Servizio di Reumatologia
Ospedale Bufalini di Cesena
Azienda Sanitaria di Romagna
marco.bruschi@ausl-cesena.emr.it

Una delle più comuni forme di artropatia infiammatoria cronica invalidante è l'Artrite Reumatoide (AR), malattia ad alto impatto sanitario e sociale con una prevalenza variabile tra lo 0,4 e l'1%. Si stima che in Italia ne soffrano 500.000 persone.

La malattia ha un forte impatto sociale per l'alta percentuale di inabilità al lavoro che determina anche nelle fasi precoci e per l'incremento delle co-morbidity ad essa associate (diabete mellito, neoplasie, infezioni, osteoporosi, ulcera peptica...); è inoltre associata ad una ridotta aspettativa di vita principalmente a causa del maggior rischio di patologie cardiovascolari. L'esordio è possibile in ogni età della vita ma presenta un picco di incidenza tra i 45 e i 65 anni e predilige i soggetti di sesso femminile, con un rapporto di circa 3:1 (su 4 pazienti, 3 sono donne). L'interessamento articolare è frequentemente ad esordio sub-acuto coinvolgente in modo simmetrico ed aggiuntivo le piccole articolazioni di mani e piedi, ma la patologia ha comunque carattere sistemico e può quindi interessare anche altri organi e apparati (cute, polmoni, occhio, cuore...).

L'eziologia (la causa) è ignota, tuttavia come per la maggior parte delle patologie autoimmuni si ritiene che in un soggetto geneticamente predisposto diversi fattori ambientali possano indurre un'attivazione anomala del sistema immunitario che si automantiene divenendo cronica. Nelle fasi iniziali la malattia è asintomatica e successivamente si manifesta appunto con l'infiammazione di una o più articolazioni (artrite).

E' proprio in questa fase (3-6 mesi dall' esordio, la cosiddetta "finestra d'opportunità") che la malattia è più suscettibile alle terapie: è stato infatti dimostrato che il miglior predittore di risposta è proprio l'inizio precoce del trattamento che consente di raggiungere la remissione, prevenire il danno articolare e preservare la funzionalità delle articolazioni.

Il problema delle artriti in fase precoce è che spesso segni e sintomi di apertura non consentono di porre una diagnosi precisa; è quindi necessario effettuare un'accurata diagnosi differenziale nei confronti di altre patologie che possono esordire con un interessamento articolare (Connettiviti, Vasculiti, artriti da microcristalli, infezioni...). La flogosi articolare può presentarsi nel 30-50% dei casi con le caratteristiche di un'Artrite Indifferenziata, la quale può risolversi spontaneamente (50%), permanere in forma indifferenziata senza causare danno strutturale (20%) oppure evolvere in un'artrite persistente ed erosiva, ovvero una forma definita di AR.

I criteri classificativi ACR 1987 (vedi tab. 1) per l'Artrite Reumatoide non sono sufficientemente sensibili per identificare la patologia in fase precoce, in quanto prevedono la presenza di segni e sintomi spesso non presenti all'esordio (noduli reumatoidi, erosioni articolari).

Criteri classificativi per diagnosi di AR - ACR 1987

- | | |
|---|--|
| 1. Rigidità mattutina \geq 1 ora | 6. Fattore reumatoide |
| 2. Artrite di almeno 3 sedi articolari | 7. Alterazioni radiografiche tipiche (erosioni) |
| 3. Artrite delle articolazioni della mani (polso, MCF, IFP) | |
| 4. Artrite simmetrica | <i>N.B. Per la diagnosi devono essere presenti almeno 4 su 7 criteri / dall'1 al 4 presenti per almeno 6 settimane</i> |
| 5. Noduli reumatoidi | |

tab.1

Per questo motivo, a partire dal 2002, sono stati proposti diversi algoritmi al fine di distinguere le forme autolimitanti (ad esempio quelle virali), le persistenti non erosive (ad es. le artriti in corso di connettiviti) e le persistenti ed erosive (Artrite Reumatoide) identificando una serie di parametri che correlano appunto con queste due qualità: **persistenza ed erosività**.

Fattori prognostici negativi per la PERSISTENZA:

- Durata >12 settimane
- Positività per FR e antiCCP
- Elevato n° di articolazioni coinvolte
- Fumo
- Sesso Femminile
- Interessamento delle mani
- VES e PCR elevate

Fattori prognostici negativi per la EROSIVITA':

- Presenza di erosioni al basale
- Positività per FR e antiCCP
- Elevato n° di articolazioni coinvolte
- Sesso femminile
- VES e PCR elevate
- Presenza HLA-DR4

L'evidenza scientifica che la durata di malattia prima dell'inizio della terapia sia il principale predittore di risposta al trattamento ha determinato negli ultimi anni un approccio più aggressivo, tanto da indurre il gruppo di studio dell'EULAR a formulare delle raccomandazioni per la gestione delle artriti anche indifferenziate, prevedendo l'introduzione precoce della terapia di fondo in caso di malattia a rischio di persistenza ed erosività (Early Rheumatoid Arthritis).

Questi sforzi hanno portato alla nascita dei nuovi **criteri classificativi ACR/EULAR 2010 per l'Artrite Reumatoide**

Criteri classificativi 2010 per l'artrite reumatoide.

Score

Popolazione obiettivo (chi deve essere testato?): pazienti che
1. hanno almeno 1 articolazione con sinovite clinica sicura (tumefazione)*
2. con sinovite non meglio spiegata da altra malattia*

Criteri classificativi per AR (algoritmo a punteggio: sommare lo score delle categorie A-D); per classificare un paziente come AR definita è necessario un punteggio totale ≥ 6 †

A. Coinvolgimento articolare [§]	
1 grandi articolazioni [¶]	0
2-10 grandi articolazioni	1
1-3 piccole articolazioni (con o senza coinvolgimento di grandi articolazioni) [#]	2
4-10 piccole articolazioni (con o senza coinvolgimento di grandi articolazioni)	3
>10 articolazioni (almeno 1 piccola articolazione)**	5
B. Sierologia (è necessario almeno 1 test per la classificazione) ^{††}	
FR negativo e ACPA negativi	0
FR a basso titolo o ACPA a basso titolo	2
FR ad alto titolo o ACPA ad alto titolo	3
C. Reattanti di fase acuta (è necessario almeno 1 test per la classificazione) ^{††}	
PCR normale e VES normale	0
PCR elevata o VES elevata	1
D. Durata dei sintomi ^{§§}	
<6 settimane	0
≥ 6 settimane	1

L'importanza del trattamento precoce nella prevenzione della disabilità è tale che non è più accettabile alcun ritardo diagnostico, è quindi necessario che sul territorio i pazienti con possibile reumatismo infiammatorio cronico all'esordio (con i segni predittivi delle "red flags"/bandierine rosse) vengano tempestivamente indirizzati ad un centro reumatologico al fine di:

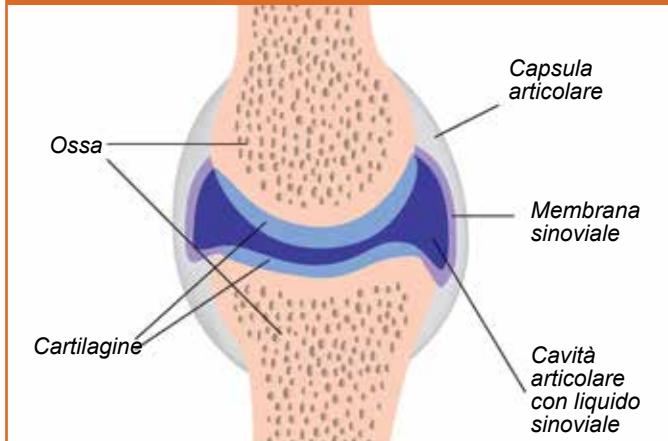
- riconoscere precocemente la presenza di flogosi articolare
- escludere cause di artrite diverse dall'AR
- valutare il rischio di persistenza/erosività
- definire la migliore strategia terapeutica: evitare l'iper-trattamento nei pazienti con artrite autolimitante o senza prospettive di danno articolare e trattare precocemente i pazienti a rischio di malattia persistente ed invalidante. ■



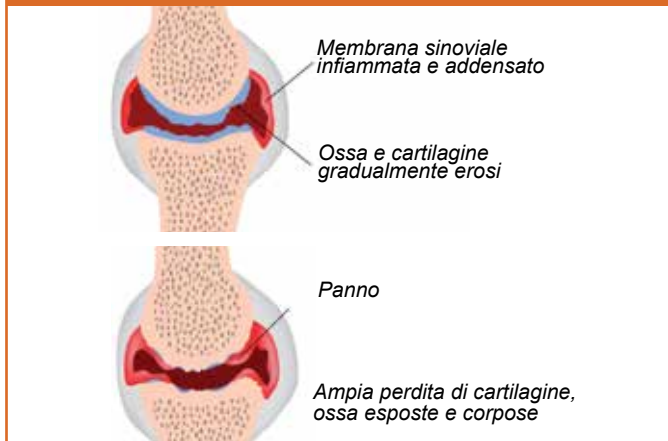
Red Flags per l'invio del paziente al Reumatologo

Tumefazioni di più di una articolazione	NB. La terapia steroidea può mascherare il quadro clinico, rallentando il percorso diagnostico o l'invio del paziente
Segno della grondaia positivo mani o piedi	
Rigidità mattutina > 30 minuti	
Durata sei sintomi > 6 settimane	
Elevazione di VES, PCR, FR o antiCCP	

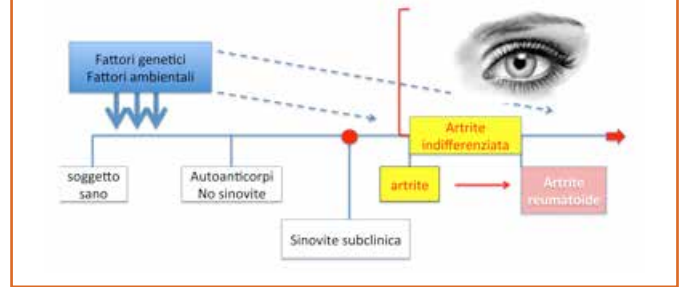
Struttura di un'articolazione normale



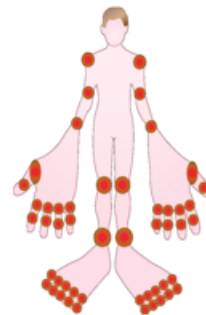
Struttura di un'articolazione infiammata



Il cammino della artrite reumatoide



ARTRITE REUMATOIDE dai sintomi alla diagnosi



Malattia infiammatoria cronica, autoimmune, ad eziologia non nota, ad interessamento prevalentemente articolare simmetrico, ma con possibile coinvolgimento sistemico

Prevalenza: 0.5% - 1% della popolazione

Donne colpite 2-3 volte più degli uomini

Picco di incidenza tra 45 e 65 anni

Early arthritis 3 - 6 mesi

linee guida ER: il panel concorda nel definire early rheumatoid arthritis un quadro clinico di AR definito entro 6 mesi dalla comparsa



Ma quante malattie sono?

Early arthritis ne vale la pena

Finestra di opportunità terapeutica

"A period of time when the underlying inflammatory process is more susceptible to drug influences than at later time-points"

EA: intervento terapeutico più precoce

- Induzione della remissione
- Prevenzione della progressione del danno
- Preservazione della funzione

"Si ritiene che l'Artrite Reumatoide sia la più comune e potenzialmente trattabile causa di disabilità nel mondo occidentale"

P. Emery, Ann Rheum Dis 1995



Spondiloartriti. Dai sintomi alla diagnosi precoce.



Pierluigi Cataleta

Servizio di Reumatologia
Ospedale Santa Maria delle Croci – Ravenna
pierluigi.cataleta@ausl.ra.it

Le Spondiloartriti (SpA) rappresentano un gruppo di malattie infiammatorie con interessamento dell'apparato locomotore che condividono aspetti clinici, anatomico-patologici, radiologici e familiarità. Attualmente, nell'adulto, vengono suddivise in 5 sottotipi principali: la **Spondilite Anchilosante**, l'**Artrite Psoriasica**, la **Spondiloartrite Enteropatica**, l'**Artrite Reattiva** e la **Spondiloartrite Indifferenziata**.

Già nel 1857 Robert Adams descrisse un caso di Spondilite Anchilosante, allora considerata una variante dell'Artrite Reumatoide. Nel secondo dopoguerra con la scoperta del Fattore Reumatoide (FR) si osservò la costante assenza dello stesso in queste malattie. Circa 20 anni dopo, si osservò l'elevata frequenza tra questo gruppo di malattie e l'espressione dell'antigene HLA B-27. Agli inizi degli anni '60 l'ARA (American Rheumatism Association) eliminò dalla classificazione la definizione di Spondilite Reumatoide e definì queste malattie "Spondiloartriti", accomunate da costante assenza del FR, frequente interessamento della colonna vertebrale e aggregazione familiare come descritto da John Moll e Verna Wright nel 1974.

In passato gli studi epidemiologici sulle SpA sono stati ostacolati dalla mancanza di criteri di classificazione. I criteri European Spondyloarthritis Study Group (ESSG) hanno permesso di rilevare una prevalenza totale più alta rispetto al passato. Studi di prevalenza delle SpA riportano risultati differenti nei vari paesi europei. E' probabile che essi siano correlati alla eterogeneità delle popolazioni, ai differenti criteri classificativi e alla correlazione della frequenza dell'HLA B27. In Italia, la prevalenza delle SpA è stimata nell'ordine dell'1%.

	Italia	Francia	Grecia	R. Ceca	Lituania	Svezia	Turchia	Olanda
SpA	1.06	0.30	0.49	-----	0.84	0.45	1.05	-----
SA	0.37	0.08	0.24	0.09	-----	-----	-----	0.24
APs	0.42	0.19	0.17	0.05	-----	0.25	-----	-----

Mentre nell'Artrite Reumatoide (AR) l'organo bersaglio dell'infiammazione è rappresentato dalla membrana sinoviale, nelle SpA è rappresentato dall'infiammazione delle "Entesi", definite come le giunzioni dei tendini e dei legamenti sull'osso. Successivamente la lesione infiammatoria può evolvere in diverse fasi: fibrosi, calcificazione, ossificazione fino all'anchilosi. La fase infiammatoria è definita precoce, le fasi successive all'infiammazione generano un danno tardivo.

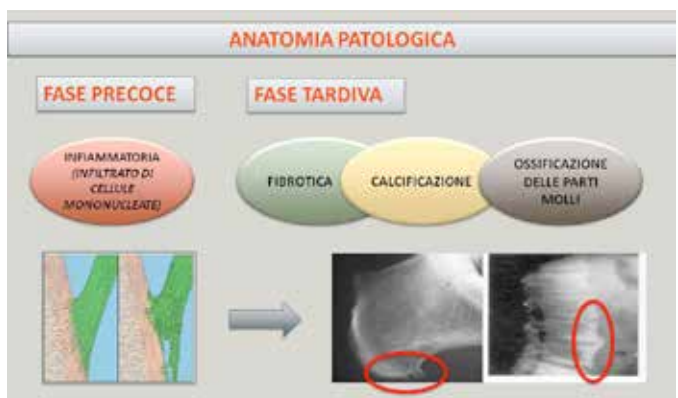
Il quadro clinico è caratterizzato da manifestazioni **scheletriche** (sacroileite, spondilite, entesite, artrite periferica) ed **extrascheletriche** (sistemiche, oculari, cardiache, polmonari, enteriche, dermatologiche etc.). La conoscenza di questi sintomi riconosciuti e inquadrati tempestivamente permette una diagnosi precoce. Essi vengono definiti "Red Flags" (bandiere rosse) che rappresentano gli indicatori che potrebbero sottendere a malattie sistemiche.

Qui di seguito analizzeremo i sintomi e i diversi interessamenti condivisi nelle SpA. Il primo segno clinico comune è rappresentato dalla **Lombalgia Infiammatoria**. Il riconoscimento del dolore lombare infiammatorio rappresenta la prima tappa per la diagnosi precoce. Il **dolore lombare infiammatorio** ha un **esordio tipicamente subdolo**, può divenire **intermittente, basculante** ed è **presente a riposo (durante la notte)**. Il paziente all'esordio può avere difficoltà a localizzare il dolore che può essere associato a rigidità; questa è più intensa all'inizio del movimento e tende a migliorare con lo stesso. La rigidità e il dolore lombare sono causati dall'entesite dei legamenti paravertebrali e sacroiliaci. L'anamnesi ci permette di inquadrare le caratteristiche del dolore infiammatorio, precedentemente descritte, da quelle di natura meccanica. Quando è di origine meccanica il dolore si presenta come acuto, migliora con il riposo e non disturba il sonno. Inoltre tende a peggiorare con il movimento e può essere associato a rigidità che peggiora appunto con il movimento. La lombalgia infiammatoria, differenzialmente da quella di origine meccanica, risponde meglio al trattamento farmacologico con antiinfiammatori (non steroidei).

CRITERI RACCOMANDATI PER LA DIAGNOSI DI LOMBALGIA INFIAMMATORIA (European Spondylarthropathy Study Group - ESSG)

- Età di esordio < 40 anni
- Esordio a carattere insidioso
- Dolore e rigidità che migliorano con il movimento
- Dolore e rigidità che non si risolvono con il riposo
- Dolore notturno

Se sono presenti 4 di questi criteri è possibile formulare una diagnosi di LOMBALGIA INFIAMMATORIA



Alcune slides della presentazione realizzata

Il dolore che parte dalla natica e interessa la parte superiore della coscia e non supera il ginocchio, a volte basculante (ndr. alterante per le due gambe) si definisce **Sciatica Mozza** (“**Buttock pain**”). Esso è dovuto al coinvolgimento infiammatorio delle articolazioni sacroiliache. La sciatica mozza merita una distinzione da quella che comunemente viene definita “sciatalgia” caratterizzata da un dolore che si irradia dalla colonna vertebrale a tutto l’arto inferiore fino al calcagno, frequentemente dovuto a patologie meccaniche della colonna e dei dischi intervertebrali. La Risonanza Magnetica (RM) fornisce, nelle fasi precoci della malattia, utili informazioni riguardo la morfologia e le alterazioni pre-radiologiche a carico delle strutture articolari e periarticolari in corso di Spa, consentendo la valutazione del processo flogistico.

L’**Artrite periferica**, nelle SpA, è frequentemente mono/oligoarticolare (fino a 4 articolazioni coinvolte), predilige le articolazioni dell’arto inferiore (il ginocchio, la caviglia, il piede) con interessamento asimmetrico. Dal punto di vista osseo è scarsamente erosiva.

Con il termine di “entesi” si identifica la regione anatomica attraverso cui i tendini, i legamenti, le capsule articolari e le fasce si inseriscono sull’osso. L’infiammazione di questi distretti si definisce “**Entesite**”. Il processo infiammatorio può evolvere verso una fase fibrotica e successivamente calcifica. Nelle SpA le entesi più frequentemente interessate sono quelle del tendine d’achille e della fascia plantare sul calcagno, le inserzioni dei muscoli quadricipite sul ginocchio-rotula, piccolo e grande trocantere del femore, cresta iliaca del bacino e le inserzioni sull’epicondilo/epitroclea del gomito. L’esame ecografico può essere considerato la tecnica d’elezione per lo studio delle entesi potendo documentare l’impegno flogistico precoce delle entesi e il concomitante impegno delle strutture periarticolari.

Si definisce “**Dattilite**” la tumefazione globale di un dito (detto comunemente “a salsicciotto”) dovuto all’infiammazione delle guaine dei tendini flessori, distensione della capsula articolare delle interfalangee prossimali e/o distali. La tumefazione non è localizzata solo in corrispondenza dell’articolazione (come comunemente accade nell’artrite) ma coinvolge tutto il dito.

Il **dolore toracico** può associarsi alle spondiloartriti per l’interessamento infiammatorio delle articolazioni anteriori della gabbia toracica (costo-sternali), l’interessamento delle articolazioni posteriori (costo-vertebrali) e l’interessamento delle inserzioni dei muscoli respiratori (intercostali interni ed esterni, addominali scaleni e sternocleidomastoideo) che si inseriscono sulle coste con tanti piccoli tendini.

L’**interessamento oculare**, nelle SpA, coinvolge l’uvea che è una membrana riccamente vascolarizzata che circonda sfericamente tutto l’occhio. L’uvea è costituita da una parte anteriore (l’iride e corpo ciliare) e una parte posteriore (coroide). L’infiammazione dell’uvea si definisce “uveite” e la porzione tipicamente coinvolta in queste patologie è quella anteriore (uveite anteriore) caratterizzata clinicamente da arrossamento dell’occhio frequentemente monolaterale con episodi ricorrenti della durata variabile da 1 a 6 mesi. L’incidenza dell’uveite è pari al 20%.

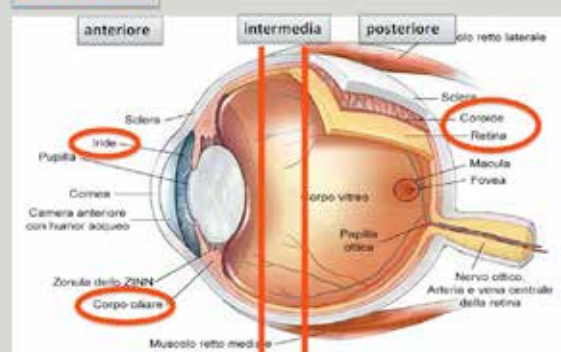
DATTILITE

Tumefazione globale di un dito, comunemente definito “a salsicciotto” dovuto all’infiammazione delle guaine dei tendini flessori, distensione della capsula articolare delle IF prossimali e/o distali con aspetto diffusamente tumefatto (non solo in corrispondenza della articolazione come accade comunemente nell’artrite)



INTERESSAMENTO OCULARE : UVEITE

Cos'è l'UVEA?



DOLORE TORACICO PARIETALE

- Interessamento delle **articolazioni posteriori** della gabbia toracica (costole-colonna vertebrale)
- Interessamento delle **articolazioni anteriori** della gabbia toracica (costole-sterno)
- Inserzione dei **muscoli respiratori** (che presentano tanti piccoli tendini che si inseriscono nelle costole)



ENTESITE PERIFERICA



Nelle SpA l'**interessamento polmonare** può essere primitivo, dovuto ad una infiltrazione infiammatoria dell'apice polmonare o ad un'infiltrazione infiammatoria diffusa polmonare, o secondario, dovuto a una riduzione dell'escursione degli atti respiratori conseguente a un impegno infiammatorio della gabbia toracica che diviene rigida.

L'**interessamento cardiaco** è caratterizzato da un processo infiammatorio che interessa prevalentemente il setto interventricolare e la valvola aortica. Nel primo caso le manifestazioni cliniche sono legate a disturbi della conduzione cardiaca (blocchi di branca, blocchi atrio-ventricolari), nel secondo caso le manifestazioni cliniche sono legate all'insufficienza aortica.

Fattori Genetici. Si definisce HLA (Human Leukocyte Antigen) un gruppo di geni localizzati sul braccio corto del cromosoma 6. Questi geni possono esprimersi nella forma di proteine localizzate sulla membrana di cellule coinvolte nella risposta immunitaria. Nelle SpA l'antigene capace di indurre una risposta immunitaria significativa è l'HLA B27.

I criteri classificativi proposti per facilitare l'inquadramento delle SpA risalgono ai primi anni '90 e corrispondono ai criteri di Amor e ai criteri del Gruppo di Studio Europeo (ESSG)

Nelle slide qui sopra si riportano le caratteristiche principali dei 5 sottotipi delle SpA.

Il monitoraggio del paziente con SpA dovrebbe includere oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo anche l'impiego di una serie di valutazioni per stabilire lo stato di malattia, l'eventuale progressione e la risposta al trattamento farmacologico. A tale proposito a ogni controllo i pazienti dovrebbero essere sottoposti a una serie di valutazioni (autovalutazione dello stato di salute, dolore vertebrale, rigidità mattutina, mobilità del rachide, funzione fisica, impegno flogistico articolare, interessamento delle entesi, faticabilità) per stabilire un'eventuale progressione della malattia.

In conclusione, le spondiloartriti presentano manifestazioni cliniche comuni e il loro inquadramento precoce è indispensabile per una diagnosi e quindi per un trattamento tempestivo. Per facilitare la valutazione reumatologica dei pazienti con segni e sintomi suggestivi è fondamentale la sensibilizzazione dei Medici della Medicina Generale. Inoltre per un corretto inquadramento, in considerazione di quanto precedentemente detto, l'approccio a queste patologie necessita della collaborazione multidisciplinare tra il Reumatologo e altre figure specialistiche. ■


INTERESSAMENTO POLMONARE

Primitivo

- Infiltrato dell'apice polmonare (mal. fibro-bollosa)
- Infiltrato polmonare interstiziale

Secondario

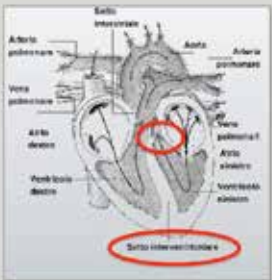
Dovuto ad una riduzione della espansione della gabbia toracica (rigidità della gabbia toracica)



INTERESSAMENTO CARDIACO

- E' caratterizzato da un **processo infiammatorio** che interessa il **setto interventricolare** e la **valvola aortica**.

- Le manifestazioni cliniche sono legate all'**insufficienza aortica** e disturbi della conduzione (**blocchi di Branca, Blocchi A-V**)



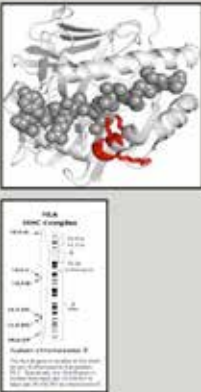
FATTORI GENETICI

- Si definisce **HLA (human leukocyte antigen complex)** un gruppo dei geni localizzati sul braccio corto del cromosoma 6.

- Questi geni possono esprimersi:

- 1) nella forma di proteine espresse sulla membrana di cellule coinvolte nella risposta immunitaria
- 2) come il TNF α (citochina maggiormente coinvolta nell'infiammazione sistemica di molte malattie reumatiche).

- Nelle Spondiloartriti l'antigene capace di indurre una risposta immunitaria più importante è HLA B 27.



CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DI AMOR (1990)

CLINICI e ANMNSTICI

- Dorsalgia o lombalgia notturna o rigidità mattutina al rachide dorsale o lombare (1)
- Oligoartrite asimmetrica (2)
- Dolore al gluteo monolaterale / basculante (1 / 2)
- Dattilite (dito a salsicciotto) mani o piedi (2)
- Entesite al tallone (2)
- Uveite (2)
- Uretrite o cervicite non gonococcica (entro 1 mese dall'esordio) (1)
- Diarrea acuta (entro 1 mese dall'esordio) (1)
- Psoriasi, balanite o malattia infiammatoria cronica intestinale (2)

RADIOLOGICI

- Sacroileite (bilaterale di grado 2 o monolaterale di grado 3) (3)

PREDISPOSIZIONE GENETICA

- HLA-B27, familiarità per SA, Artrite Reattiva, uveite, psoriasi o IDB (2)

RISPOSTA AL TRATTAMENTO

- Rapida e significativa risposta ai FANS (2)

Diagnosi di SPA con score >6

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE ESSG 1991

CRITERI MAGGIORI

- Dolore vertebrale infiammatorio cronico (>3 mesi) prima dei 45 anni di età

oppure

- Artrite Asimmetrica (prevalente agli arti inferiori)

CRITERI MINORI

- Lombosciatalgia basculante
- Familiarità
- Entesite
- Sacroileite
- Enterite
- Uretrite o cervicite non gonococcica
- Psoriasi

DIAGNOSI di SPA 1M + 1m

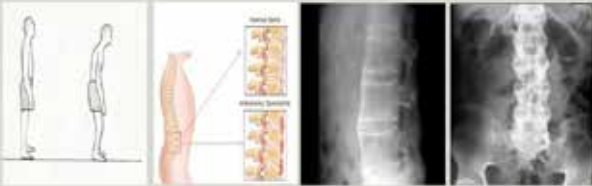
Alcune slides della presentazione realizzata

SPONDILITE ANCHILOSANTE

La **Spondilite Anchilosante** è una malattia infiammatoria cronica ad etiologia sconosciuta che interessa elettivamente lo scheletro assiale (articolazioni sacroiliache e colonna vertebrale) nelle sedi di inserzione dei tendini e legamenti.

Sono colpiti soggetti in età giovanile (15-35 anni) con un rapporto M:F ->9:1

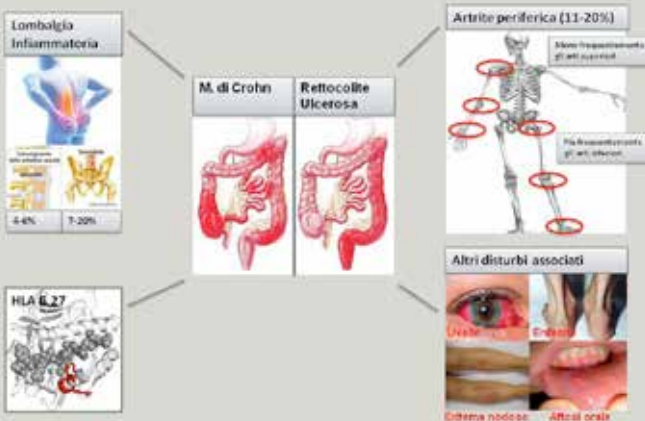
Decorso clinico: inizialmente caratterizzato da una rigidità diffusa e progressiva, disabilità e perdita di autonomia in età ancora giovane



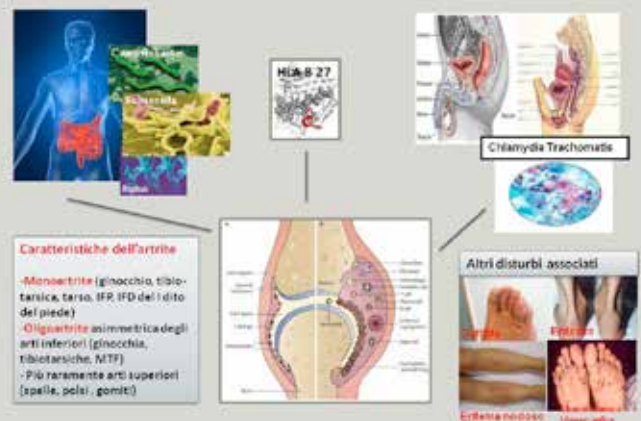
ARTRITE PSORIASICA



SPONDILOENTESOARTRITI ENTEROPATICHE



ARTRITI REATTIVE



SPONDILOENTESOARTRITI INDIFFERENZIATE (uSpA)

Si definiscono Spondiloentesoartriti indifferenziate quelle condizioni che presentano manifestazioni cliniche che rientrano nel gruppo di una SPEA ma non sufficienti criteri per porre diagnosi basata su criteri ben definiti

La diagnosi di uSpA può essere posta per la concomitante presenza di:

- Manifestazioni proprie delle SPEA (lombalgia infiammatoria senza evidenza radiologica di sacroileite, sinovite asimmetrica con prevalente interessamento degli arti inferiori, entesiti, dattilite o tenosinoviti recidivanti e multiple con interessamento prevalente degli arti inferiori, uveite anteriore ricorrente)

- HLA-B27, psoriasi, familiarità per psoriasi o per MICI

- Impossibilità a configurare il quadro di una SPEA definita

MESSAGGIO DA "PORTARE A CASA"

- Le Spondiloartriti hanno manifestazioni cliniche comuni ed il loro inquadramento precoce è indispensabile per una **diagnosi** ed un **trattamento** precoce
- Utile la **sensibilizzazione del MMG** verso sintomi quali la lombalgia, entesite, dattilite, l'uveite etc. che rappresentano «Red Flags» per la diagnosi precoce
- L'approccio a queste patologie è multidisciplinare per cui indispensabile la **collaborazione tra le varie figure specialistiche** (Reumatologo, Dermatologo, Oculista, Radiologo, Gastroenterologo, etc.)

Scleroderma: importanza di una diagnosi precoce.



Clodoveo Ferri
 Cattedra e U.O.C. di Reumatologia
 Università di Modena & Reggio Emilia
 Policlinico di Modena
 cfferi@unimo.it
 http://www.reumatologia.unimo.it/



Definizione.

La scleroderma o sclerosi sistemica (SSc) è una malattia caratterizzata da un coinvolgimento variamente esteso a carico di cute ed organi interni su base autoimmune. La SSc è classificata nell'ambito delle cosiddette connettiviti sistemiche, che comprendono anche il lupus eritematoso sistemico, la sindrome di Sjogren, la polimiosite/dermatomiosite, la sindrome mista del connettivo, le connettiviti indifferenziate. Le connettiviti sistemiche sono malattie reumatiche a carattere cronico-infiammatorio con manifestazioni cliniche molto eterogenee, alcune ad espressione più tipicamente 'reumatica' (dolori articolari, muscolari, infiammazione articolare o artrite, ecc.), altre di tipo interstiziale per la presenza di impegno di uno o più organi interni (polmone, cuore, rene, apparato gastroenterico, ecc.).

Manifestazioni cliniche.

Le manifestazioni cliniche della SSc sono la conseguenza di due principali alterazioni: un danno diffuso del microcircolo ed un'esaltata attività delle cellule produttrici (fibroblasti) il tessuto connettivo; le principali conseguenze sono una ridotta irrorazione ematica dei vari organi ed un 'indurimento' (fibrosi) diffuso di molti tessuti, soprattutto cute ed organi interni. La tabella 1 riassume le principali caratteristiche epidemiologiche e cliniche della SSc valutate su un'ampia casistica di pazienti, provenienti da tre centri reumatologici italiani, di nord, centro e sud Italia, che riflette le modalità di presentazione della malattia nel nostro Paese. La SSc è classificabile fra le malattie rare, anche se rappresenta una delle più frequenti connettiviti sistemiche; colpisce prevalentemente le donne e più spesso individui di età media.

Cause e meccanismi di malattia.

Le cause della SSc non sono definitamente conosciute; si ritiene che uno o più fattori causali (agenti infettivi e/o fattori tossici ambientali) possano innescare la malattia in soggetti geneticamente predisposti verso lo sviluppo di malattie autoimmuni. Questo potrebbe spiegare il possibile riscontro di due o più pazienti con differenti malattie immunologiche nello stesso ceppo familiare; tuttavia la scleroderma non è una malattia ereditaria.

La patogenesi della SSc, cioè l'insieme dei meccanismi direttamente responsabili delle manifestazioni cliniche della malattia, è estremamente complessa e comprende almeno 4 importanti alterazioni (Fig. 1):

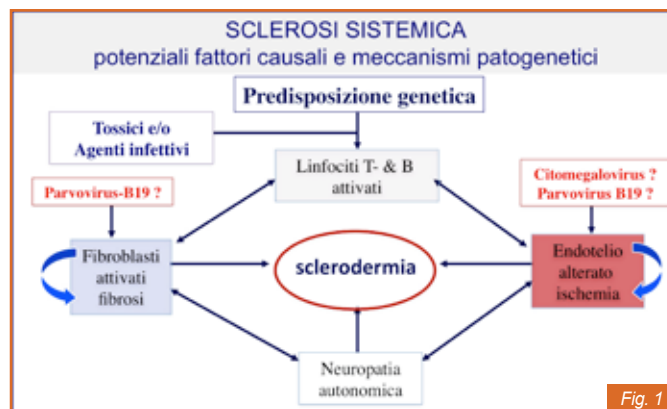


Fig. 1

TAB. 1 - Caratteristiche cliniche di 1.012 pazienti sclerodermici in Italia*

Femmine/Maschi ratio	7.8
Età media (anni)	50.5±13.8
Durata media malattia (aa)	5.1±7.3
Classificazione in base all'impegno cutaneo	%
• Limitata	56
• Intermedia	27
• Diffusa	17
SINTOMI	
• Melanodermia1	40
• Calcinosi sottocutanea	21
• Teleangectasie	69
• Ulcere cutanee	48
• Fenomeno di Raynaud	96
• Sindrome Sicca2	33
• Artrite	19
• Esofago	60
• Polmone	60
• Cuore	30
• Rene	7

*dati registrati alla prima valutazione presso centro specialistico
 1 colorazione scura della cute
 2 occhi secchi e bocca secca

- alterazioni immunologiche:** il sistema immunitario, sotto lo stimolo di fattori scatenanti, reagisce in modo abnorme producendo autoanticorpi e cellule (linfociti) rivolti contro i vari organi. Il processo infiammatorio conseguente causa un danno strutturale a carico di cellule e tessuto di sostegno, il cosiddetto tessuto connettivo da cui il termine 'connettivite';
- alterazione dei fibroblasti:** queste cellule producono in modo esaltato nuovo tessuto connettivo e quindi la fibrosi degli organi (espressione tipica l'indurimento cutaneo);
- danno diffuso dei piccoli vasi arteriosi e capillari:** la chiusura del lume e la riduzione del numero dei capillari è responsabile della sofferenza tissutale (conseguenza tipica delle ulcere cutanee);
- alterazioni del sistema nervoso autonomo:** responsabile della più precoce manifestazione clinica della scleroderma, il fenomeno di Raynaud (pallore delle estremità dopo stimolo freddo/emozioni), che spesso precede l'esordio clinico della malattia.

Le suddette alterazioni si possono manifestare in varia combinazione sia nella fase iniziale che durante il decorso clinico della malattia; pertanto, il quadro clinico che ne consegue è estremamente variabile da paziente a paziente e nello stesso paziente durante il decorso della malattia. La scleroderma si presenta quindi con uno spettro molto ampio dal punto di vista clinico. Nella pratica quotidiana si osservano infatti grandi differenze fra i pazienti con scleroderma, sia per la natura e la gravità dei vari sintomi che per la risposta alle terapie, non facilmente prevedibili per la mancanza di fattori clinici e di laboratorio predittivi.

Classificazione.

In base alla diffusione della sclerosi cutanea, la SSc si può classificare in 3 sottogruppi:

- 1) **SSc limitata:** impegno solo periferico della cute degli arti, lieve sclerosi del viso;
- 2) **SSc diffusa:** sclerosi cutanea di arti, viso e tronco
- 3) **SSc 'sine scleroderma':** condizione più rara in cui la sclerosi cutanea è praticamente assente

Le sclerosi cutanea limitata alla sola cute, senza altri sintomi, in zone circoscritte, spesso a chiazze, è denominata **'morfea'**; tale affezione dermatologica va nettamente distinta dalla sclerosi sistemica.

Esistono infine varianti di sclerodermia in associazione a segni e sintomi tipici delle altre malattie reumatiche cronicoinfiammatorie sopra citate, tali particolari condizioni cliniche sono definite sindromi 'overlap'.

Si osserva generalmente una buona correlazione fra l'estensione della sclerosi cutanea e la diffusione/gravità dell'impegno a carico degli organi interni. E' stata osservata anche una certa correlazione fra la gravità di malattia e la presenza di auto-anticorpi circolanti tipici della SSc, quali gli anticorpi anti-Scl70, anti-centromero ed anti-nucleolari. L'anticorpo anti-Scl70 è quello più specifico della malattia sclerodermica e si associa spesso alle varianti cliniche con più accentuato impegno cutaneo e viscerale.

Altro parametro utile per la diagnosi di SSc è la valutazione del danno capillaroscopico, cioè la valutazione delle alterazioni dei capillari presenti a livello del letto ungueale (Fig. 2).



La valutazione capillaroscopica ha una grande importanza per la diagnosi precoce di SSc. Si tratta di un esame non-invasivo, di rapida esecuzione e facilmente ripetibile, quindi prezioso per l'inquadramento iniziale della malattia ed il suo monitoraggio nel tempo. Un più marcato danno capillare può suggerire una maggiore probabilità di sviluppo di ulcere cutanee.

Diagnosi precoce di sclerodermia.

Negli ultimi anni viene sempre più sottolineata l'importanza di una diagnosi precoce per quanto riguarda tutte le malattie reumatiche autoimmuni (artrite reumatoide ed altre artriti croniche, connettiviti e vasculiti sistemiche). La diagnosi precoce di malattia permette un intervento terapeutico tempestivo, che in molti casi può 'bloccare' o almeno rallentare la progressione della malattia, con enormi vantaggi per quanto riguarda la qualità di vita e la prognosi del paziente. I risultati più tangibili di una diagnosi precoce si sono raggiunti con alcune malattie, come ad esempio l'artrite reumatoide per la quale sono attualmente disponibili farmaci particolarmente efficaci; anche per la SSc un inquadramento precoce ed una corretta strategia terapeutica possono portare a risultati più apprezzabili rispetto a quanto si osservava in passato, quando venivano diagnosticati pazienti in uno stadio clinico più avanzato e spesso più grave e quindi più difficilmente trattabili. I sintomi che devono suggerire l'opportunità di una rapida ed accurata valutazione del paziente in ambito specialistico, quindi fondamentali per una diagnosi precoce di sclerodermia, sono (Fig. 3, 4):

- fenomeno di Raynaud (pallore dita mani/piedi dopo esposizione al freddo e/o emozioni) con alterazioni tipiche all'esame capillaroscopico digitale
- gonfiore e/o indurimento cutaneo delle dita delle mani (sclerodattilia) e/o del viso
- piccole lesioni cutanee a carico dei polpastrelli digitali
- fibrosi polmonare (radiografia/TAC del torace ad alta risoluzione)
- disturbi della deglutizione, disfagia (valutazione esofago)-



La capillaroscopia

Approfondimento liberamente tratto da... **WIKIPEDIA**
The Free Encyclopedia

La capillaroscopia

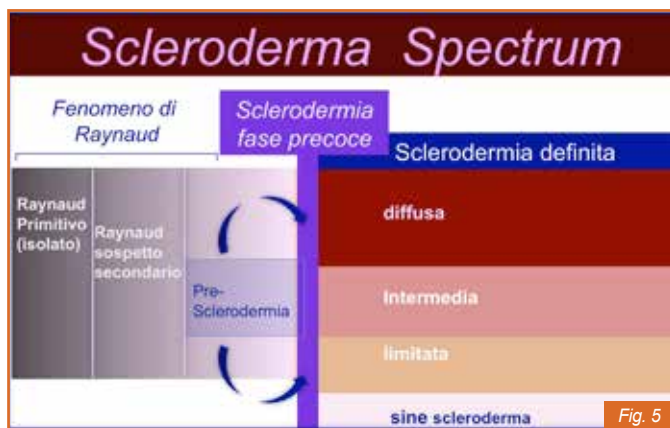
La capillaroscopia è un esame medico di grande diffusione per lo studio della microcircolazione.

I capillari meglio indagabili sono quelli della cute periungueale delle mani e della mucosa orale. La capillaroscopia è utilizzata per scoprire anomalie morfologiche e funzionali dei microcapillari presenti nel corpo umano. Le malattie che causano danni al microcircolo (microangiopatie) sono varie, tra le quali il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, i disordini endocrini, le malattie reumatologiche (in particolare il lupus eritematoso sistemico e la sclerodermia).

Nei casi di alterazione ai microcapillari, spesso a causa dell'aumentata permeabilità vascolare, si formano micro-emorragie che possono condurre alla distruzione del capillare. La capillaroscopia diventa fondamentale per una corretta e precoce diagnosi della malattia che colpisce i piccoli vasi, e grazie alla sua estrema semplicità e celerità viene utilizzata anche nei bambini.

L'apparecchiatura, tradizionalmente è costituita da uno stereo-microscopio ottico. Attualmente, grazie al progresso nel campo informatico, sono stati immessi dispositivi più raffinati come il videocapillaroscopio a fibre ottiche, con telecamera miniaturizzata, che riprende la zona da esaminare.

Nel caso della capillaroscopia ad una mano, il dito viene poggiato su un sostegno e quindi viene applicata sulla cute una goccia di olio (cedro) allo scopo di migliorare la visualizzazione. Si usano lampade a fibre ottiche per una buona illuminazione della zona da osservare.



- teleangectasie (piccole chiazze cutanee, rossastre, a contorno ramificato che si riducono con la pressione digitale)
- calcinosi sottocutanea (deposito di calcio nei tessuti sottocutanei)
 - presenza di autoanticorpi circolanti tipici (anti-Scl70, anti-centromero, anti-nucleolari)

Il **fenomeno di Raynaud** è il sintomo più frequente della SSc (Fig. 3); esso può precedere di molti anni la malattia. Nella maggior parte dei soggetti, spesso giovani donne, si tratta di un'alterazione funzionale, transitoria e reversibile, del tutto benigna che non evolve in vera malattia organica. Tuttavia, la sua presenza deve indurre ad un'iniziale valutazione clinica accurata (visita, esami di laboratorio, capillaroscopia), seguita, se opportuno, da controlli clinici periodici. In base alle sue caratteristiche cliniche, il fenomeno di Raynaud (FR) si può classificare come:

- **FR primitivo:** assenza di altri sintomi clinici, di alterazioni capillaroscopiche e/o immunologiche (autoanticorpi); consigliabile monitoraggio clinico periodico.
- **FR sospetto secondario** (a probabile malattia reumatica, soprattutto SSc, o altra causa): presenza di uno o più sintomi e/o alterazioni capillaroscopiche/immunologiche che fanno sospettare ma non sono sufficienti per formulare una diagnosi definita di malattia; importante un accurato monitoraggio clinico.
- **FR secondario:** presenza di manifestazioni tipiche di una ben definita malattia, più spesso sclerodermia.

Il FR può precedere di anni l'esordio clinico della SSc; in genere quanto più ampia è la durata del FR prima dell'esordio della sclerodermia tanto meno gravi sono le manifestazioni cliniche della malattia.

La fase di passaggio fra FR 'sospetto secondario' e FR chiaramente 'secondario' non è sempre facile da inquadrare per il suo viraggio spesso molto graduale e sfumato verso la SSc clinicamente evidente (Fig. 5). Negli ultimi anni gli esperti di sclerodermia hanno sempre più focalizzato l'attenzione su questa condizione di passaggio, corrispondente clinicamente alla fase precocissima di SSc. Un corretto inquadramento diagnostico della malattia al suo esordio condiziona positivamente le scelte terapeutiche, con il risultato di ridurre o almeno rallentare il danno d'organo (cute, organi interni) e possibilmente di migliorare la prognosi complessiva della malattia. Inoltre, lo studio dei fattori causali e dei meccanismi di malattia in una fase molto precoce è essenziale per la loro definitiva comprensione e per le potenziali ricadute terapeutiche.

Oltre alla diagnosi precoce di malattia, altro aspetto importante da sottolineare nella gestione del paziente sclerodermico è la **diagnosi precoce di impegno dei singoli organi**, soprattutto per le manifestazioni più temibili ai fini prognostici (fibrosi polmonare, ipertensione polmonare, cardiopatia, nefropatia) o pesantemente condizionanti la qualità di vita del paziente (ulcere cutanee, artrite, miosite, esofagopatia, ecc.). In molti casi, fortunatamente, la malattia esordisce ed evolve per molti anni in modo relativamente lieve, sia per l'impegno cutaneo che degli organi interni; in questi pazienti molti farmaci attualmente disponibili, la cosiddetta terapia 'sintomatica' (non incide sulle cause e sulle principali alterazioni della malattia, ma può migliorarne i sintomi, es. farmaci vasodilatatori, anti-infiammatori, ecc.), possono dare apprezzabili risultati clinici. La comparsa di una o più manifestazioni gravi impone terapie decisamente più 'aggressive' (es. immunosoppressori, steroidi, potenti farmaci vasoattivi, ecc.) che hanno maggiori possibilità di successo, soprattutto se intrapresi in una fase precoce di malattia. Ne consegue che il controllo periodico dei pazienti sclerodermici da parte dello specialista è di fondamentale importanza, possibilmente con una frequenza dei controlli personalizzata in base alle caratteristiche cliniche del singolo paziente. Considerata la complessità delle manifestazioni tipiche della SSc e delle possibili comorbidità, più frequenti nel paziente con una lunga storia di malattia (diabete, tireopatie, osteoporosi, ecc.), è quasi sempre necessario il coinvolgimento di più specialisti con il costante coordinamento dello specialista esperto di sclerodermia. Questo approccio multidisciplinare è essenziale, soprattutto per alcune manifestazioni cliniche quali l'impegno cardio-polmonare.

Negli ultimi anni, la prognosi della SSc è decisamente migliorata; questo dato è attribuibile a più fattori, fra cui la disposizione di farmaci più efficaci e la più diffusa conoscenza della malattia. In questo contesto, l'invio immediato dei pazienti all'esordio di sintomi tipici di SSc presso i centri specialistici di riferimento è fortemente auspicabile. L'impiego di indagini diagnostiche molto sensibili quali la capillaroscopia, gli esami di laboratorio fra cui la ricerca degli autoanticorpi specifici, l'ecografia cardiaca (tecnica color-Doppler) e la TAC ad alta risoluzione del torace sono fondamentali per una diagnosi precoce di sclerodermia e/o delle sue complicanze potenzialmente presenti anche in fase iniziale di malattia. ■

Atti convegno di Rimini - Aprile 2014

Il Lupus Eritematoso Sistemico



Alessandra Bortoluzzi
Cattedra e UOC di Reumatologia
Azienda Ospedaliero - Universitaria Sant'Anna - Cona (FE)
alessandra.bortoluzzi@unife.it



Manifestazioni cliniche	
	Letteratura (%)
Artrosigle	53-95
Artrite	53-95
Alopecia	3-45
Fotosensibilità	11-45
Anemia	30-78
Rash malare	39-61
Impegno renale	31-60
Fenomeno di Raynaud	18-58
Leucopenia	41-66
Sierosite	31-63
Febbre	41-86
Piastinopenia	7-45
Linfopenopenia	10-59

Che cos'è il lupus

Il principale desiderio di chi si ammala, a parte quello di guarire, è conoscere la malattia da cui è affetto e a cosa essa è dovuta. Vi sono alcune malattie che sono semplici da illustrare, altre, come le connettiviti sistemiche, no. Il lupus eritematoso sistemico (LES) è una di queste.

Il LES è definito come una **malattia infiammatoria cronica a patogenesi autoimmune** caratterizzata dalla produzione di numerosi autoanticorpi diretti contro costituenti propri dell'organismo stesso.

Cosa sono, più nel dettaglio, gli autoanticorpi?

Gli autoanticorpi sono anticorpi che, anziché essere diretti contro sostanze estranee, sono diretti contro costituenti propri dell'organismo stesso. Si conoscono diversi tipi di autoanticorpi: gli anticorpi antinucleo ad esempio (molto comuni, presenti in quasi tutte le malattie del connettivo) e gli anticorpi anti-DNA nativo (più specifici del LES). Il meccanismo con cui questi anticorpi determinano il danno nei tessuti non è ancora chiarito del tutto. È noto invece che nei tessuti colpiti dalla "autoaggressione" si sviluppa un processo infiammatorio cronico che è, in ultima analisi, il responsabile delle manifestazioni cliniche della malattia.

Altri anticorpi sono importanti nel lupus, ad esempio gli anticorpi diretti contro le cellule del sangue che sono gli anticorpi anti-globuli rossi, anti-globuli bianchi, anti-linfociti ed anti-piastrine. Questi anticorpi distruggendo le cellule bersaglio provocano alcune delle manifestazioni cliniche del LES.

Gli anticorpi antifosfolipidi (anticardiolipina e lupus anticoagulant) sono un altro gruppo di autoanticorpi riscontrabili frequentemente nei pazienti affetti da LES associati alla formazione di trombosi arteriose e venose.

Qual è la causa della malattia?

La causa precisa della malattia non è a tutt'oggi nota. Si ritiene comunque che intervengano più fattori contemporaneamente o in successione (ambientali, ormonali, predisposizione genetica, alterazioni immunologiche); di seguito si riportano schematicamente alcuni dei molteplici fattori ritenuti responsabili nella comparsa della malattia.

"DIATESI" AUTOIMMUNE
coinvolti geni implicati in malattie autoimmuni

ALTERAZIONI IMMUNOLOGICHE
(immunità adattiva: Linfociti B e T ad es.; immunità innata)

FATTORI AMBIENTALI
raggi UV, farmaci.. etc

FATTORI ORMONALI
estrogeni, gravidanza

Chi colpisce il LES?

Il LES è prevalente nel sesso femminile con un rapporto femmine/maschi di 9:1. Sebbene usualmente colpisca persone con un'età compresa tra i 15 ed i 45 anni, può talvolta esordire nell'infanzia o nell'età avanzata.

Quadro clinico

Il quadro clinico che si può osservare nel LES, in considerazione della molteplicità di organi bersaglio, è estremamente variabile. Frequentemente l'esordio del LES si caratterizza per la presenza di sintomi sistemici: astenia, febbre/febbricola e perdita di peso.

Quando si sospetta un lupus?

Il LES, soprattutto in fase precoce, può essere difficile da riconoscere. Infatti non esiste un test che permetta di diagnosticare la malattia e, peraltro, molte manifestazioni cliniche sono assolutamente aspecifiche. Quelle generali come la febbre, l'astenia, la perdita di peso, i dolori muscolari e articolari sono comuni a molti processi di tipo sistemico. Quando l'esordio della malattia avviene con uno solo dei quadri sopracitati può non essere facile formulare l'ipotesi di LES.

Il LES può interessare molteplici organi e apparati. Di seguito una sintesi delle possibili manifestazioni cliniche osservate in corso di LES.

- **Cute:** è coinvolta nel 75-90% dei pazienti affetti da LES. Le manifestazioni cutanee si distinguono in lupus specifiche (*rash malare*) e lupus non specifiche (come l'alopecia (*perdita di capelli*), l'afiosi orale, il fenomeno di Raynaud; queste ultime sono osservabili in altre malattie autoimmuni e la loro presenza è talvolta suggestiva di una malattia sistemica. Le manifestazioni cutanee sono più spesso, ma non sempre, indotte dall'esposizione solare e sono caratterizzate da bruciore e eritema a livello del volto (naso e guance per lo più e per questo motivo definito eritema "a farfalla"), orecchie, collo, cuoio capelluto, braccia, spalle, scollo e mani.
- **Apparato articolare:** l'interessamento delle articolazioni può presentarsi con dolore e segni di infiammazione

(gonfiore, calore, rossore e impotenza funzionale) in una o più articolazioni, oppure con dolore e segni di infiammazione in corrispondenza di un tendine. L'interessamento articolare va dalla presenza di artralgie diffuse ad un quadro di artrite che in circa il 10-15 % dei casi può evolvere verso una forma di artrite che prende il nome di sindrome di Jaccoud contrassegnata da sublussazioni articolari e contratture con deformità articolari riducibili, poiché esse dipendono da interessamento delle strutture periarticolari.

- **Reni:** Il coinvolgimento del rene non determina dolore o febbre, ma può manifestarsi con la comparsa improvvisa di aumento dei valori di pressione arteriosa o edema agli arti inferiori. Più frequentemente l'unico segno della malattia del rene è dato da un'anormalità dell'esame delle urine e del sedimento urinario (ematuria o proteinuria) con o senza rialzo di creatinina.
- **Polmoni e cuore:** l'infiammazione dei foglietti che rivestono il cuore (pericardio) o il polmone (pleura) può comportare una pleurite o una pericardite che si manifestano con dolore esacerbato dal respiro, sfregamenti e talvolta segni di versamento. Numerosi recenti studi hanno dimostrato che i pazienti affetti da LES presentano un maggior rischio di aterosclerosi e di complicanze ad essa associate, quali l'infarto miocardico, ictus o disturbi della circolazione periferica. Quindi è fondamentale che i soggetti affetti da LES controllino i livelli di colesterolo, la pressione arteriosa e il peso corporeo.
- **Sistema nervoso centrale e periferico:** lo spettro clinico dell'impegno neuropsichiatrico nel LES è assai ampio. Alcune manifestazioni come cefalea, disturbi dell'umore, ansia e disfunzione cognitiva lieve sono comuni, ma meno specifiche della malattia, altri quali eventi cerebrovascolari, convulsioni, e più raramente gravi disfunzioni cognitive, depressione maggiore, stato confusionale acuto e psicosi sono più rare, ma più specifiche.
- **Esami bioumorali:** nel Lupus si possono osservare frequentemente un'alterazione di esami del sangue, inclusa una grave anemia di rapida insorgenza, una riduzione dei globuli bianchi o delle piastrine.

Diagnosi

Per effettuare la diagnosi di LES è necessario soddisfare alcuni criteri. Ricordiamo che i criteri classificativi non sono criteri diagnostici ed in base ad essi un paziente viene classificato come malato di LES se presenta contemporaneamente o in successione un numero prestabilito di criteri. Fino al 2012, i criteri utilizzati sono stati quelli rivisti dell'ACR (American

College of Rheumatology) del 1987. Rispetto a questi ultimi nei nuovi criteri classificativi del LES proposti dallo SLICC (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics*) nel 2012 sono state apportate delle differenze sostanziali che riguardano il coinvolgimento cutaneo, articolare, renale e neurologico.

Prognosi

In questi ultimi anni sono stati compiuti enormi progressi nel trattamento di questa malattia e questo ha comportato un miglioramento della prognosi in termini di sopravvivenza.

Ad oggi ciò che ci ha permesso di migliorare la prognosi può essere riassunto nei seguenti punti:

- Diagnosi precoce
- Trattamento tempestivo e mirato
- Attento monitoraggio dell'impegno d'organo e delle complicanze legate alla terapia cronica, in particolare il cortisone

Lupus e gravidanza

Oggi giorno un numero sempre maggiore di donne ammalate di lupus affronta, con successo, una gravidanza. Gravidanza & post partum possono causare riacutizzazioni di malattia. Per questo motivo è importante:

- effettuare una programmazione della gestazione in periodi in cui la malattia è in fase di remissione stabile,
- affidarsi alle cure di personale esperto e qualificato,
- non sospendere le terapie al test positivo.

Oltre il trattamento farmacologico

Nella gestione del paziente affetto da LES è importante ricordare che la terapia deve essere individualizzata e dipende dall'organo interessato e dalla gravità dell'interessamento. Scopo del medico che si occupa della gestione del paziente affetto da LES è non solo trattare il paziente dal punto di vista farmacologico, ma prendersi cura dell'aspetto psico-sociale correlato alla malattia:

- informando il paziente e i familiari che il LES ha una buona prognosi
- aiutando il paziente a sviluppare e raggiungere obiettivi
- stimolando il paziente ad una piena aderenza al trattamento anche quando soggettivamente il paziente si sente bene

Cosa può fare il paziente a casa?

Il paziente deve essere educato a minimizzare l'esposizione a fattori scatenanti:

- Evitare il sole
- Astensione dal fumo
- Evitare alcuni farmaci (estrogeni ad esempio)
- Prestare attenzione alle infezioni
- Fare un'attività fisica regolare ■

Criteri classificativi

Approfondimento liberamente tratto da... 

Nel 2012 il gruppo SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) ha pubblicato una nuova lista di criteri classificativi per il LES, dopo anni di studi e di valutazioni sui criteri classificativi ACR. Le motivazioni per proporre una nuova lista di criteri classificativi erano diverse, l'interesse degli studiosi aveva evidenziato una serie di lacune e carenze nella lista di criteri pubblicata dall'ACR. Nei criteri SLICC 2012 viene innanzitutto precisato, che per classificare un paziente come affetto da LES si rende necessaria la compresenza di almeno un criterio clinico e di un criterio immunologico: questo a ragione del fatto che nessun criterio clinico da solo, né alcun criterio immunologico da solo può risultare diagnostico per il LES. Questo non vale nel caso in cui il criterio clinico sia la diagnosi di nefrite lupica basata sul dato isto-patologico derivato dall'esecuzione di una biopsia renale, che se positiva, è considerata criterio clinico sufficiente anche da solo ai fini classificativi.

Tra le manifestazioni cutanee il rash malare e la fotosensibilità sono state riunite sotto l'unico criterio delle manifestazioni di lupus cutaneo acuto, essendo di fatto queste due manifestazioni spesso associate. Allo stesso tempo nella nuova serie di criteri classificativi vengono prese in considerazione manifestazioni di lupus cutaneo acuto subacuto e cronico non contemplate dai criteri classificativi ACR.

Ovviamente, per garantire un uso migliore di questi criteri cutanei è consigliato sottoporre il paziente ad una visita dermatologica e talora all'esecuzione di una biopsia cutanea.

L'alopecia non cicatriziale, è stata inclusa nei nuovi criteri, così com'era inclusa nella lista di criteri classificativi del 1971, nonostante non sia una manifestazione specifica per il LES. Il criterio articolare è stato sostanzialmente ridefinito. La presenza di dolorabilità articolare associata a rigidità articolare di 30 minuti è criterio sufficiente di interessamento artritico in corso di LES. Il criterio neurologico è stato estremamente ampliato, un gran numero di manifestazioni neurologiche LES-correlate sono state aggiunte alle iniziali "convulsioni e psicosi" previste dall'ACR fino alla classificazione del 1997. L'unico criterio ematologico previsto fino al 1997 è stato organizzato in modo da creare tre criteri ematologici.

Alcune slides della presentazione realizzata

Quali sono i segni e i sintomi del Lupus?

- I sintomi sono differenti, alcuni lievi ed altri gravi
- Manifestazioni generali
 - Febbre
 - Astenia
 - Affaticamento
 - Anoressia
 - Calo ponderale

Astenia (stanchezza)

CAUSE FISICHE

- Attività di malattia
- Altre cause
 - Anemia
 - Ipotiroidismo
 - Infezioni
- Alterazioni elettrolitiche
- Atrofia e/o debolezza muscolare
 - Post-Inflammatoria
 - Da disuso
- Farmaci
 - Cortisone (miopatia, diabete, insuff. surrenalica)

CAUSE PSICOLOGICHE

- Depressione
- Disturbi del sonno

ARTRITIE TENDINITI 53 – 95 %

- dolore e segni di infiammazione (gonfiore, calore, rossore e impotenza funzionale) in una o più articolazioni
- dolore e segni di infiammazione in corrispondenza di un tendine
- perdita della forza fisica alla quale si associa generalmente una ridotta resistenza alla fatica

MANIFESTAZIONI CUTANEE

- Si osservano nel 75-90% dei pazienti affetti da LES
- Sono distinte in manifestazioni
 - lupus specifiche (rash malare)
 - lupus non specifiche (alopecia/perdita di capelli, fenomeno di Raynaud)
- Le lesioni non lupus specifiche sono osservabili in altre malattie autoimmuni. La loro presenza è suggestiva di malattia sistemica

IMPEGNO RENALE

- L'incidenza dell'impegno renale è stimata tra il 30 e l'80% nelle diverse casistiche
- Cambiamento della prognosi in termini di morbidità e mortalità (insufficienza renale cronica)
- E' caratterizzato dalla presenza di una infiammazione dei glomeruli (glomerulonefrite)

MANIFESTAZIONI EMATOLOGICHE 7 – 66 %

- **Anemia:** anemia da malattia cronica (normocitica e normocromica), anemia emolitica a patogenesi autoimmune
- **Leucopenia:** per lo più dovuta ad anticorpi anti-leucociti.
- **Linfopenia:** attribuibili ad anticorpi linfocitotossici.
- **Piastrinopenia:** attribuita ad anticorpi anti-piastrine, ma anche elemento caratteristico della sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi

IMPEGNO NEUROPSICHIATRICO

- Prevalenza variabile tra il 20 e l'80% nelle differenti casistiche
- Caratterizzato dalla presenza di manifestazioni neurologiche e/o psichiatriche
- Difficoltà di inquadramento:
 - Estrema varietà delle manifestazioni cliniche
 - Incompletezza dei dati che derivano dalle tecniche di neuroimaging

I criteri

1. Rash malare
2. Rash discoide
3. Fotosensibilità
4. Aftosi orale
5. Artrite
6. Pleurite/ pericardite
7. Impegno renale
8. Impegno neurologico
9. Alterazioni ematologiche
10. Alterazioni immunologiche: (anti-dsDNA, anti-Sm, aPL)
11. Anticorpi antinucleo

La Terapia Tradizionale: Dmards



Alessandra Bezzi
 UO Medicina Interna e Reumatologia
 Ospedale Infermi di Rimini
 abezzi@auslrm.net



Con DMARDs(dall' acronimo inglese Disease-Modifying anti-rheumatic drugs) ci riferiamo a principi attivi appartenenti a diverse classi farmacologiche che sono accomunati dalla capacità di rallentare la progressione dell'artrite reumatoide.

La letteratura medica internazionale ha recentemente rivisitato la terminologia di questa classe terapeutica con un distinguo tra i farmaci di sintesi chimica (cDMARDs = conventional) e biotecnologici (bDMARDs= Biologic) (vedi Tab1)

Tab. 1

Nuova nomenclatura dei DMARDs			
sDMARDs Synthetic chemical compound (Composto chimico sintetico)		bDMARDs Biological agent (Agente Biologico)	
cs DMARDs Conventional synthetic (Sintetico Convenzionale)	ts DMARDs Targeted synthetic (Sintetico Mirato)	bo DMARDs Biological originator (Biologico Originatore)	bs Dmards Biosimilar (Biologico Biosimilare)

I csDMARDs o tradizionali comprendono classi farmacologiche e meccanismi d'azione differenti che, con efficacia variabile, raggiungono lo stesso risultato finale: il controllo della malattia. Approssimativamente queste molecole possono essere suddivise in:

- **IMMUNOSOPPRESSORI** (Methotrexate, Leflunomide, Azatioprina, Ciclofosamide, Ciclosporina, Micofenolato, Tacrolimus)
- **ANTIMALARICI** (Clorochina e Idrossiclorochina)
- **ANTIBIOTICI** (Minociclina)
- **METALLI** (Sali d'oro)
- **IMMUNOMODULANTI** (Sulfasalazina, D-penicillamina)

Aldilà di quella che è una revisione sistematica sull'impiego dei singoli principi che è stata oggetto di una recente trattazione nel numero precedente di questa rivista, tentiamo di porre l'accento su alcuni argomenti. Il primo aspetto riguarda l'indicazione da scheda tecnica e la rimborsabilità a carico del SSN che non è garantita per tutti farmaci. Nella Tabella 2 segue un elenco dei principi attivi con le indicazioni registrate e gli impieghi in reumatologia convalidati dalla letteratura internazionale.

Methotrexate (MTX)

Nella pratica clinica l'impiego dei DMARDs ha visto un profondo cambiamento dell'abitudine prescrittiva negli ultimi decenni con la prevalenza del methotrexate dagli anni '90 (vedi Fig 1). Il farmaco, antimetabolita inibitore dell'acido folico, introdotto in terapia negli anni '50 da un oncologo pediatra statunitense venne utilizzato per la artrite reumatoide solo a partire dal 1972 con una indicazione "off label" e conobbe il suo uso estensivo dopo l'approvazione nel 1988 dalla FDA per "gravi forme di artrite reumatoide"(Fig 2).

Dal Methotrexate in poi, al traino di un approccio simil-oncologico alle malattie reumatiche autoimmuni, è cambiato radicalmente l'approccio clinico del reumatologo:

- La remissione della malattia e non il controllo dei sintomi è diventato l'obiettivo della terapia;

Tab. 2

DMARDS TRADIZIONALI: INDICAZIONI D'USO		
PRINCIPIO ATTIVO	INDICAZIONI IN LABEL (rimborsabilità SSN)	IMPIEGO OFF LABEL (non rimborsabile per la indicazione)
METHOTREXATE	Artrite Reumatoide Artrite Psoriasica Psoriasi	Spondilite Anchilosante LES Sjögren Polimiositi / dermatomiositi
LEFLUNOMIDE	Artrite Reumatoide Artrite Psoriasica	LES
IDROSSICLOROCHINA	Artrite reumatoide LES	Sjögren
SULFASALAZINA	Artrite reumatoide Coliti Infiammatorie	Artrite Psoriasica Spondilite Anchilosante
AZATIOPRINA	Artrite reumatoide Psoriasi LES	Sjögren Sclerosi sistemica Polimiositi / dermatomiositi Vasculiti
CICLOSPORINA	Artrite reumatoide Psoriasi Uveite Glomerulonefrite	Sjögren Sclerosi sistemica Polimiositi / dermatomiositi Vasculiti
SALI D'ORO	Artrite reumatoide	
CICLOFOSFAMIDE	Terapia immunosoppressiva	Artrite reumatoide (uso consolidato) LES, (Glomerulonefriti, neuroLES uso consolidato) Sjögren Sclerosi sistemica (interstiziopatia uso consolidato)
D.PENICILLAMINA		Artrite reumatoide Sclerosi sistemica
MINOCICLINA	Acne	Artrite reumatoide
MICOFENOLATO	Trapianto renale	LES (uso consolidato)
TACROLIMUS	Trapianto renale	Artrite reumatoide LES

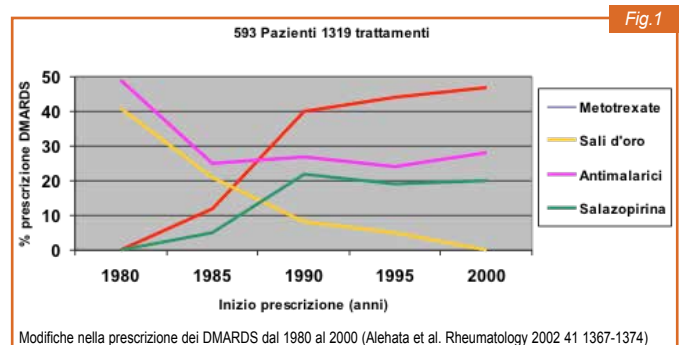




Fig.2

Sidney Faber (Oncologo pediatrico statunitense a cui si deve la scoperta e l'impiego del Methotrexate)

- Si sono potenziati gli strumenti diagnostici per una **definizione precoce della diagnosi (fase early)** poiché la "finestra terapeutica iniziale" rappresenta un'opportunità unica per raggiungere il controllo completo della malattia;
- Si giustificano anche importanti effetti collaterali che vengono superati dall'obiettivo finale, quello della remissione completa.

Il Methotrexate a tutt'oggi rappresenta il trattamento "ancora" in artrite reumatoide avendo dimostrato al dosaggio settimanale di 15-20 mg:

- Efficacia sui sintomi nel medio e lungo termine;
- Efficacia nel rallentare il danno strutturale articolare;
- Accettabile profilo di sicurezza;
- Uso pediatrico consolidato;
- Costo contenuto;

Il Methotrexate, sopravvissuto brillantemente all'era dei biotecnologici, è spesso indispensabile per ottimizzare l'efficacia dei nuovi immunomodulanti che ne riportano in scheda tecnica, nella maggior parte dei casi, la obbligatoria associazione.

Il farmaco negli ultimi decenni si è dimostrato il principale immunosoppressore anche per le altre patologie autoimmuni (vasculiti, polimiositi, ecc).

Nel LES viene impiegato quando sono prevalenti l'artrite e le manifestazioni cutanee. In una recente revisione di alcuni studi clinici si dimostra un significativo decremento della attività di malattia (decremento dello SLEDAI) e una riduzione della dose giornaliera di corticosteroidi con l'antimetabolita.

La tossicità epatica del methotrexate, che rappresenta uno dei principali problemi di tolleranza al farmaco, è stata anch'essa recentemente rivisitata e sovradimensionata nei primi studi e non ha trovato conferma nella pratica clinica.

Il tutto si traduce spesso nel rialzo delle transaminasi, che nella maggior parte dei casi è reversibile con la sospensione del farmaco e senza conseguenze a lungo termine. L'obesità, la dislipidemia ed consumo di alcolici ne sono i fattori aggravanti mentre la positività per HCV in assenza di epatopatia non rappresenta una controindicazione assoluta.

La terapia con il methotrexate pur rappresentando lo standard ha dimostrato pur tuttavia alcuni limiti che hanno motivato la ricerca di alternative terapeutiche:

- In monoterapia il farmaco determina una risposta favorevole complessivamente nel 40% dei pazienti con artrite reumatoide (60 % di fallimento sommando inefficacia,

intolleranza ed effetti avversi)

- Gli effetti avversi talvolta sono gravi ed imprevedibili (neutropenia, alveolite allergica, mucosite...)
- Dimostrata Teratogenicità (fino a tre/sei mesi dalla sospensione)
- Incompatibilità con gravidanza ed allattamento

Negli ultimi anni la ricerca clinica ha cercato di individuare alcuni strumenti in grado di predeterminare l'intolleranza o l'inefficacia al methotrexate. Sono stati studiati il MTHFR (polimorfismo del gene per la omocisteina) e il dosaggio del Methotrexate poliglutamato nei globuli rossi, che sono promettenti ma non utilizzabili ancora nella pratica comune.

Altri csDMARDS

Altri farmaci affiancano o sostituiscono il methotrexate in caso di fallimento o tossicità:

IDROSSICLOROCHINA (HCQ)

Recenti revisioni la indicano come farmaco irrinunciabile in tutti i pazienti con artrite reumatoide:

- in associazione per l'azione di potenziamento con gli altri DMARDs
- quando controindicati immunosoppressori maggiori
- nel mantenimento della remissione
- per gli effetti favorevoli sul metabolismo lipidico
- in gravidanza con ottime esperienze cliniche nel LES (controindicata la sospensione) ed anche nella AR

LEFLUNOMIDE (LFN)

Il farmaco si accompagna ad un'ottima esperienza clinica in artrite reumatoide e artropatia psoriasica con efficacia sovrapponibile al methotrexate e con una pari incidenza di effetti avversi. Le Linee Guida per il trattamento della artrite reumatoide della Regione Emilia Romagna, recentemente aggiornate, considerano methotrexate e leflunomide i DMARDs "maggiori"; la verifica della loro efficacia e tollerabilità dovrebbe sempre essere testata in ogni paziente prima di intraprendere i nuovi immunomodulanti.

La tolleranza gastrointestinale con sindrome dissenterica severa rappresenta il tallone d'Achille del farmaco ed è responsabile della maggior parte delle sospensioni.

L'impiego in età fertile è severamente limitato dall'elevato rischio di Teratogenicità prolungata fino a due anni dalla sospensione.

SALAZOPIRINA (SSN)

Il farmaco ha una indicazione in label per artrite reumatoide, off label per artrite psoriasica e spondiloartriti. Studi clinici ne confermano l'efficacia in monoterapia e in combinazione. In genere l'impiego si associa ad un basso profilo di tossicità. Rappresenta una delle poche opportunità per la gestione con DMARDs della gravidanza (classe B) ed allattamento (diarrea nel neonato). Determina una ridotta fertilità nel maschio reversibile alla sospensione.

CICLOSPORINA (CYA)

Di comprovata esperienza nei trapiantati di rene, la ciclosporina presenta un ampio ventaglio di indicazioni in label nelle patologie autoimmuni: artrite reumatoide, psoriasi, uveite, glomerulo nefrite. E' in uso consolidato nella glomerulonefrite lupica, nella interstiziopatia polmonare associata ad artrite reumatoide e connettiviti.

Non controindicata ma con profilo favorevole nella HCV positività.

Pur essendo classificata in Classe C l'uso è compatibile con la gravidanza (per l'allattamento viene consigliato il dosaggio nel neonato).

Nelle **NUOVE LINEE GUIDA EULAR** per il trattamento dell'**Artrite Reumatoide (2013)**

- Vengono eliminati dalle indicazioni con le motivazioni a seguito
- *Sali d'oro (elevato profilo di tossicità, irreperibilità in molti paesi)*
 - *Ciclosporina (elevato profilo di tossicità)*

- **Azatioprina (AZA) (scarsa efficacia) indicazioni limitate:** interstiziopatia polmonare, manifestazioni sistemiche della artrite reumatoide e tolleranza in gravidanza
- **Ciclofosfamide (tossicità)**

csDMARDs tradizionali in associazione

Seguendo un approccio simil-oncologico alle malattie reumatiche, i farmaci di fondo vanno considerati anche in associazione. Le principali combinazioni, che sono state oggetto di studi randomizzati ed hanno dimostrato efficacia clinica e tollerabilità, sono le seguenti:

- MTX + Salazopirina + Idrossiclorochina
- MTX + Ciclosporina
- MTX + Leflunomide

La combinazione dei farmaci è prevista secondo la modalità sequenziale e di associazione a crescere o decrescere come viene riportato nella **Tabella 3**.

Tab. 3

DMARDs in associazione			
	SEQUENZIALE	STEP-UP (a crescere)	STEP-DOWN (a decrescere)
I linea di trattamento	MTX	MTX	MTX + SSZ + HCQ + Prednisone
II linea di trattamento	SSZ	MTX + SSZ	MTX + HCQ + SSZ
III linea di trattamento	LEF	MTX + SSZ + HCQ	MTX + HCQ

La associazione di più DMARDs di frequente impiego fino alla fine del millennio è sensibilmente caduta in disuso nella pratica clinica con l'avvento dei farmaci biotecnologici. Recenti studi controllati, e studi di registro ne hanno convalidato l'efficacia in alcuni casi anche al pari delle nuove molecole immunomodulanti. Nei paesi occidentali l'abitudine prescrittiva delle associazioni di farmaci tradizionali si è ridotta con percentuali ricavate dai registri non superiori al 10 % dei pazienti, mentre nei paesi in via di sviluppo essa raggiunge oltre il 50 % dei casi trattati.

La sintesi sulle indicazioni all'impiego dei DMARDs tradizionali è riportata nella **Tabella 4**.

Tab. 4

L'IMPIEGO DEI csDMARDs IN SINTESI
I csDMARDs per efficacia ed esperienza terapeutica rappresentano a tutt'oggi l'opzione terapeutica di I scelta nella strategia della AR
In assenza di controindicazioni la terapia con Methotrexate deve essere praticata in tutti i pazienti non appena formulata la diagnosi di AR
In caso di fallimento, intolleranza o controindicazione al Methotrexate disponiamo di molecole di dimostrata efficacia in alternativa (Leflunomide, Salazopirina, Ciclosporina...)
L'HCQ in assenza di controindicazioni dovrebbe essere praticata in tutti i pazienti per la sinergia di azione e gli effetti favorevoli sul metabolismo lipidico.
In caso di gravidanza o di programmazione di concepimento: idrossiclorochina, salazopirina, ciclosporina e azatioprina rappresentano una valida e sicura scelta terapeutica
La terapia con csDMARDs maggiori (MTX, LEF) va attentamente soppesata nei pazienti anziani nei quali spesso steroidi ed HCQ rappresentano l'unica strategia praticabile.

La nostra esperienza clinica è favorevole all'impiego di almeno due DMARDs prima dell'utilizzo del "biologico". Almeno l'80% dei nostri pazienti con AR sono sottoposti in maniera sequenziale ad almeno due farmaci di fondo tradizionali. In oltre il 60% dei pazienti viene mantenuta in tutti i casi la associazione con idrossiclorochina. In caso di fattori prognostici sfavorevoli viene considerata la combinazione con methotrexate, salazopirina e corticosteroide, che è attualmente utilizzata nel 10% delle più aggressive nuove diagnosi di artrite reumatoide.

La combinazione methotrexate/leflunomide è corso in altri 20 pazienti con artrite reumatoide più datata e con controindicazioni agli anti TNF. L'associazione con MTX e ciclosporina è attualmente praticata in soli 3 pazienti in maniera continuativa, mentre viene limitata a spot di alcuni mesi specie nelle forme aggressive di artropatia psoriasica con interessamento cutaneo severo. ■

Alcune slides della presentazione realizzata



IN SINTESI

- I csDMARDs per efficacia ed esperienza terapeutica rappresentano a tutt'oggi l'opzione terapeutica di I scelta nella strategia della AR
- In assenza di controindicazioni la terapia con Methotrexate deve essere praticata in tutti i pazienti non appena formulata la diagnosi di AR
- In caso di fallimento, intolleranza o controindicazione al Methotrexate disponiamo di molecole di dimostrata efficacia in alternativa (Leflunomide, SSZ, Cya)
- L'HCQ in assenza di controindicazioni dovrebbe essere praticata in tutti i pazienti per la sinergia di azione e gli effetti favorevoli sul metabolismo lipidico

IN SINTESI

- La terapia di combinazione con MTX + HCQ + SSZ e steroidi è consigliata nei pazienti che presentano indici prognostici negativi
- Ulteriori associazioni possono essere considerate in casi selezionati: MTX + LEF, MTX + Cya)
- In caso di gravidanza o di programmazione di concepimento HCQ, SSZ, Cya e Azatioprina rappresentano una valida e sicura scelta terapeutica
- La terapia con csDMARDs maggiori (MTX, LEF) va attentamente soppesata nei pazienti anziani nei quali spesso steroidi ed HCQ rappresentano l'unica strategia praticabile

Atti convegno di Rimini - Aprile 2014

I Farmaci Biotecnologici (Anticorpi Monoclonali)

**Gianluigi Bajocchi**

UOC di Reumatologia

Arcispedale S. Maria Nuova – IRCCS Reggio Emilia
gianluigi.bajocchi@asmn.re.it**Carlo Salvarani**

UOC di Reumatologia

Arcispedale S. Maria Nuova – IRCCS Reggio Emilia
carlo.salvarani@asmn.re.it**Nomenclatura**

Gli anticorpi monoclonali hanno una nomenclatura facilmente riconoscibile per il suffisso – *mab* posto alla fine del nome non commerciale e che in inglese è l'abbreviazione di monoclonal antibody (anticorpo monoclonale) es. Infliximab.

Tappe della nascita degli anticorpi monoclonali

La storia della terapia con anticorpi monoclonali inizia nel 1975, quando dalla fusione di cellule tumorali con cellule di milza (ibridomi) sono prodotti anticorpi monoclonali. (Khoeler G, Nature 1975). Questa tecnica è alla base degli anticorpi monoclonali terapeutici.

Nel 1986 il primo anticorpo monoclonale contro i linfociti T è approvato per prevenire il rigetto di trapianto renale.

Nel 1998 è approvato in USA l'Infliximab (Remicade) per la terapia dell'artrite reumatoide.

Definizione

I farmaci biotecnologici sono anticorpi monoclonali che bloccano molecole prodotte in eccesso quando c'è un'inflammatione (es un'artrite).

Queste molecole sono le citochine, con funzione di messenger tra cellula e cellula (cito = cellula e kinesis = movimento).

Il blocco di queste citochine operato dagli anticorpi monoclonali spiega il segnale di "allarme" che queste portano tra le cellule riducendo l'inflammatione.

I farmaci tradizionali immunosoppressivi (es. methotrexate) operano in maniera meno mirata e selettiva in quanto bloccano le citochine indirettamente, riducendo il numero delle cellule che le producono.

Struttura degli anticorpi monoclonali

Per bloccare le citochine nello spazio tra cellula e cellula ci vuole una specie di "pinza biologica" che è l'anticorpo. Questo anticorpo deve essere prodotto in un unico tipo (monoclonale) per poter riconoscere solo quella specifica citochina che è aumentata nell'inflammatione e non altre.

Produzione degli anticorpi monoclonali

La produzione degli anticorpi monoclonali ricopia in laboratorio quello che le cellule del sistema immunitario, i linfociti B, fanno nel nostro organismo per produrre gli anticorpi naturali. La sintesi assomiglia a un gioco di scatole poste in successione una dentro all'altra.

1ª Fase: si inserisce il piccolo tratto di DNA¹, che in vivo è utilizzato dalle cellule dell'organismo per produrre l'anticorpo, dentro il DNA di un plasmide²

2ª Fase: il plasmide viene inserito dentro cellule di mammifero (es scimmia, topo etc) a cui è stato tolto il proprio DNA così che solo il DNA del plasmide possa utilizzare gli organelli della cellula per produrre l'anticorpo monoclonale.

3ª Fase: il liquido dei bio-reattori è purificato per contenere solo gli anticorpi monoclonali.

¹ istruzioni genetiche per montaggio delle proteine, in questo caso la proteina è l'anticorpo.

² un filamento di DNA capace di integrare segmenti di DNA estraneo.

Come il reumatologo prescrive i farmaci monoclonali

(NB queste indicazioni sono necessariamente una sintesi semplificata delle raccomandazioni della Società Italiana di Reumatologia, del gruppo di Studio internazionale per spondilite "ASAS" e di quelle del gruppo multidisciplinare sui farmaci biologici dell'Emilia Romagna. Le raccomandazioni complete sono più articolate e tecniche ed esulano dagli intenti divulgativi del presente articolo.)

1) Nell'Artrite Reumatoide:**Quando prescrivere?**

Il reumatologo decide la prescrizione di un farmaco monoclonale anti-TNFa quando i farmaci tradizionali dopo 3 mesi di terapia non si dimostrano capaci di arrestare la progressione della malattia. La malattia attiva o regredita (in remissione) è misurata con scale composite che considerano diversi parametri traendone un numero che identifica il grado di attività della malattia.

Le scale più utilizzate sono il **DAS 28** (scala di attività della malattia) e l'**HAQ** (questionario per la misura della salute). C'è la possibilità di trovare facilmente in rete queste scale digitando gli acronimi suddetti.

Quale biologico anti-TNFa per primo?

La scelta del farmaco anti-TNFa da utilizzare per primo è a giudizio del medico e concordata con il paziente.

Quando sostituire il farmaco biologico?

A sua volta il farmaco anti-TNFa deve essere sostituito da altro biologico se la malattia rimane attiva per 3 mesi dall'inizio del primo anti-TNFa.

Quando interrompere o ridurre il farmaco biologico?

Raggiunta la remissione clinica DAS28 < 2.6 si sospendono FANS e steroidi.

Dopo 12 mesi di remissione clinica si riducono o si interrompono i farmaci tradizionali o il farmaco biologico.

Nota importante l'insieme del farmaco tradizionale e del farmaco biologico è più efficace di ciascuno dei 2 farmaci usati singolarmente.

2) Nella Spondilite Anchilosante:**Quando prescrivere?**

Quando la malattia è attiva per almeno 4 settimane e secondo l'opinione del reumatologo. L'attività della malattia, similmente a quanto detto in precedenza per l'artrite reumatoide, è valutata con una scala detta **BASDAI**, che è specifica per la spondilite anchilosante. La malattia è considerata attiva se il punteggio **BASDAI** è di almeno 4 (valori da 0 a 10). Per tutti i pazienti con artrite periferica e/o entesite, escluso quindi quelli con interessamento della colonna/ sacro-ileite, deve essere prima tentata terapia con farmaci tradizionali.

3) Nell'Artrite Psoriasica e Psoriasi:**Quando prescrivere?**

Quando si è in presenza di un'entesite attiva che compromette in modo rilevante la qualità di vita e risultano inefficaci infiltrazioni, FANS, farmaci tradizionali.

Quando si dimostra una spondilite psoriasica attiva da almeno 4 settimane, giudicata tale secondo la scala BASDAI cioè con valori di almeno 4 punti (valori da 0 a 10). Inoltre quando i FANS risultano inefficaci dopo 4 settimane di terapia.

Quando si dimostra un'artrite attiva definita da 1 a 3 articolazioni dolenti e tumefatte, e questa determina una

compromissione rilevante della qualità di vita. Inoltre devono dimostrarsi inefficaci: un farmaco tradizionale, se ci sono grosse articolazioni coinvolte, oppure due successivi farmaci tradizionali per altre articolazioni. Allo stesso modo se si sono rilevate inefficaci le infiltrazioni steroidee.

4) Nel Lupus Eritematoso Sistemico:

Anche nel LES c'è la possibilità di utilizzare un anticorpo monoclonale (il Belimumab) che similmente ai casi descritti precedentemente potrà essere prescritto sulla base di elevata attività di malattia nonostante il trattamento con idrossiclorochina e una terapia stabile con steroidi (almeno 7.5 mg/die equivalente di prednisone) e immunosoppressori da almeno 3 mesi. Un punteggio di almeno 10 punti valutato con le scale SELENA - SLEDAI è indicativo di elevata attività di malattia. ■



Approfondimenti

L'HAQ (Health Assessment Questionnaire – ndr. Questionario di Valutazione della Salute) è un test attraverso cui si esprime con un punteggio il grado di disabilità del paziente rispetto allo svolgimento di comuni attività quotidiane, raccolte in 8 sezioni che esplorano la funzionalità dell'intero apparato osteoarticolare (vestirsi, alzarsi, mangiare, camminare, igiene, raggiungere, afferrare, e attività). I valori dell'HAQ variano da 0 a 3, più alto è il valore raggiunto, maggiore è la disabilità rilevabile.

Approfondimento liberamente tratto da... **WIKIPEDIA**
The Free Encyclopedia

L'interesse dell'HAQ va oltre la mera valutazione della qualità della vita, il punteggio HAQ, infatti, si correla anche allo stato funzionale, alla disabilità lavorativa, ai costi di trattamento e alla necessità di interventi protesici, risultando utile anche a fini econometrici.

Questo indice è sviluppato come una misura completa di outcome (prognosi o evoluzione della malattia) in pazienti con varie malattie reumatiche tra cui l'artrite reumatoide, osteoartrite, artrite reumatoide giovanile, lupus, scleroderma, spondilite anchilosante, fibromialgia e artrite psoriasica.

DAS28 (Disease Activity Score 28 – (28 è il numero delle articolazioni su cui si valuta se sono dolenti o tumefatte) è un sistema sviluppato e convalidato dal EULAR (European League Against Rheumatism) per misurare il progresso e il miglioramento dell'Artrite Reumatoide.

- articolazioni interfalangee prossimali (10 articolazioni)
- articolazioni metacarpo (10)
- polsi (2)
- gomiti (2)
- spalle (2)
- ginocchia (2)

I valori DAS28 variano da 2,0 a 10,0, più alto è il valore e maggiore è l'attività di malattia. Un DAS 28 al di sotto del valore di 2,6 viene interpretato come remissione.

Il DAS28 è un affinamento della scala DAS, più complessa per quanto riguarda la valutazione su un più alto numero di articolazioni. Il "28" indica il numero di differenti articolazioni comprese nella misurazione:

Assieme alla rilevazione delle articolazioni vengono presi i valori della VES e una valutazione soggettiva del paziente nei 7 giorni precedenti.

Per calcolare il DAS28: www.4s-dawn.com/DAS28/

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index – ndr. Indice di attività della malattia Spondilite Anchilosante secondo BATH) è un test diagnostico validato utilizzato dal reumatologo, per determinare l'efficacia di una terapia farmacologica in corso, o la necessità di istituire una nuova terapia farmacologica, per il trattamento della Spondilite Anchilosante (AS) se i punteggi ottenuti dal test sono alti.

I valori del BASDAI variano da 0 a 10, più alto è il valore maggiore è l'attività di malattia. Punteggi superiori a 4 solitamente suggeriscono un cambio di terapia.

I principali sintomi su cui il paziente deve dare un giudizio. riferiti alla settimana precedente sono:

- Stanchezza, dolore spontaneo e dolorabilità all'esame medico alle articolazioni periferiche, dolore alla colonna, rigidità

Per calcolare il BASDAI: www.bas dai.com/select.htm

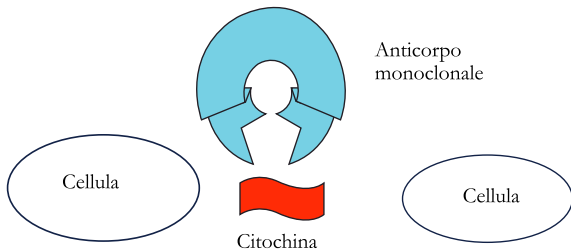
SELENA-SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index – ndr. Indice di attività di malattia del LES con la modificazione SELENA). L'applicazione di questo test produce un punteggio che descrive il grado di riacutizzazione (da lieve o moderata fino a severa) del lupus eritematoso sistemico. E' l'indice sul quale è stata valutata l'efficacia del primo monoclonale per il LES, il Belimumab-Belysta. Sono valutati i diversi apparati che possono essere soggetti ad una riacutizzazione o ad un nuovo interessamento non presente in precedenza (neurolo-

gico, cardio-vascolare, muscolo-articolare, renale, muco-cutaneo, polmonare, ematologico). Il test ha anche una seconda parte che indica i suggerimenti terapeutici per contrastare la riacutizzazione.

Maggiori informazioni: www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Indexes/Systemic_Lupus_Erythematosus_Disease_Activity_Index_SELENA_Modification/

Alcune slides della presentazione realizzata

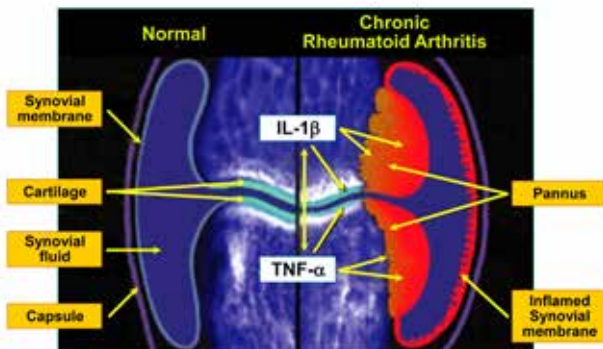
Struttura dell'anticorpo monoclonale



Strategie di blocco dell' Anti-TNF α

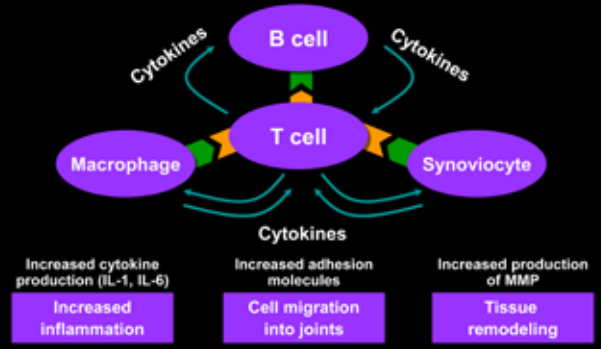


Due principali Citokine sono coinvolte nell'artrite reumatoide



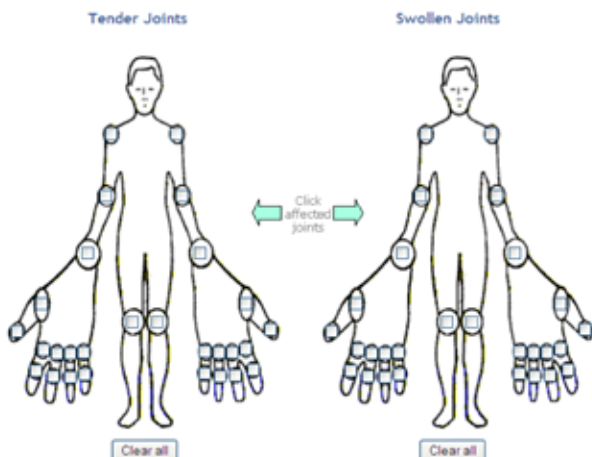
Adapted from Firestein GS. In: Klippel JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology*. Vol 1. 2nd ed. London, UK: Mosby International, 1998: 5.13.1-5.13.24.

Le citokine sono i messaggeri tra le cellule autoimmunitarie nell'artrite reumatoide



Cytokines involved are: GM-CSF, IFN- γ , IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-15, IL-2, IL-17, TGF- β , TNF. GM-CSF= granulocyte macrophage colony-stimulating factor.

DAS 28



BASDAI
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

Copyright 2003
Woods.com

BASDAI TEST.

The Bath Ankylosing Spondylitis

Medication
If you are currently taking it give the name(s) and dose.
none

Please indicate the effective medication in relieving your (1 is not effective, 10 is very)

Pain on a ten point scale (1 is none and 10 is the worst)

Please indicate your level of ability with each of the following activities during the past 7 days.

How would you describe the overall level of fatigue/tiredness you have experienced?

How would you describe the overall level of AS neck, back or hip pain you have had?

How would you describe the overall level of pain/swelling in joints other than neck, back or hip you have had?

How would you describe the overall level of discomfort you have had from any areas tender to touch or pressure?

How would you describe the overall level of discomfort you have had from the time you wake up?

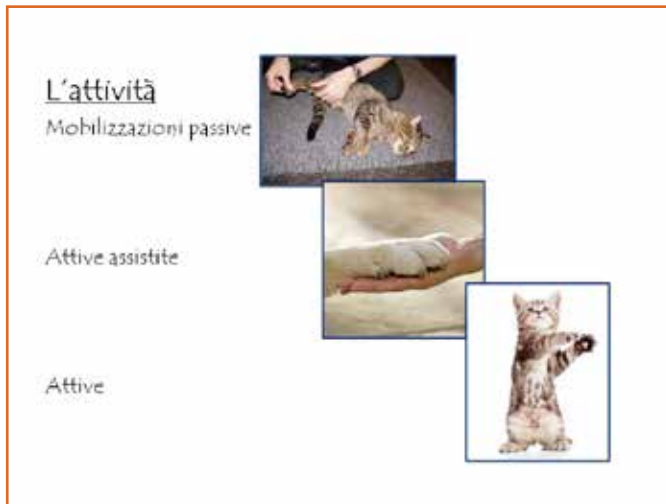
How long does your morning stiffness last from the time you wake up?

Atti convegno di Rimini - Aprile 2014

Il ruolo dell'economia articolare nelle artriti, spondiloartriti e nella sclerodermia.



Francesco Girelli
Medicina Interna e Reumatologia
Ospedale GB Morgagni - Forlì
f.girelli@ausl.fo.it



Ambiti da esplorare preventivamente

Quantificare il dolore e la fatica
L'esame fisico: Testare la forza fisica
Valutare il ROM
Le capacità di deambulazione e degli spostamenti
Le capacità di svolgere le attività quotidiane, ricreative e non ricreative (lavoro, faccende di casa, compiti...)
Attività sessuale
Disturbi del sonno

PREMESSE MEDICO-ASSISTENZIALI

Parlare di riabilitazione in reumatologia, nell'ambito delle artriti, delle spondiloartriti e della sclerodermia richiede alcune premesse che riguardano alcuni concetti ai limiti fra il campo propriamente medico e quello socio-assistenziale. Le patologie reumatiche, in relazione anche alla cronicità che caratterizza gran parte di esse, sono responsabili di **menomazioni** o **minorazioni** fisiche, sensoriali e psichiche. Quando una menomazione altera le individuali capacità di soddisfare richieste personali, occupazionali, sociali, si verifica una **disabilità**. Concettualmente, la stessa menomazione può avere ricadute diverse su persone distinte; ma, quando una disabilità, stabilizzata o progressiva, determina difficoltà di apprendimento, relazione o integrazione lavorativa tale da determinare svantaggio sociale o di emarginazione, la Legge L. 104/1992 riconosce la presenza di un **Handicap**. Il cittadino che, in conseguenza di un handicap subisce una riduzione della capacità lavorativa di non meno di 1/3 del totale, viene considerato **invalido civile**. Il riconoscimento di un handicap e di una invalidità civile (atto che può avvenire contestualmente) viene definito da una Commissione Medico Legale che opera in ogni AUSL, previo invio da parte del MMG di certificazione all'INPS. Al cittadino, o suo tutore-genitore, spetta il compito di presentare la domanda (operazione che può essere eseguita con il tramite di un patronato).

IL GRUPPO DI LAVORO

L'approccio al singolo paziente affetto da malattia reumatica dovrebbe prevedere il coinvolgimento di più figure professionali, ognuna delle quali ha un ruolo ben preciso.

Reumatologo: Nel campo delle malattie reumatiche è colui che coordina la terapia e l'assistenza del paziente. Ha il compito di definire diagnosi e prognosi, stabilire la terapia farmacologica, coinvolgere le altre figure nelle decisioni sia cliniche che assistenziali. Preso atto che il Reumatologo stabilisce in autonomia la terapia della malattia, in mancanza di altre figure dedicate dà un contributo importante anche al **controllo del dolore**, obiettivo peraltro regolamentato da una Legge ad hoc (*la Legge 15 marzo 2010, n. 38. a) tutela la dignità e l'autonomia del malato... b)...la qualità della vita fino al suo termine e c) offre adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale alla persona malata e alla famiglia...*)

Fisiatra: stabilisce le potenzialità di un programma riabilitativo nel singolo paziente; valuta il grado di menomazione articolare (**ROM**), il tono e trofismo dei muscoli, la reattività neurologica.

Ortopedico: interviene a correggere chirurgicamente anomalie anatomiche indotte dalla malattia; esegue sostituzioni protesiche.

MMG: il Medico di Medicina Generale (il medico di famiglia) è una figura centrale poiché indirizza il paziente al reumatologo, segnalando le copatologie,

attiva i percorsi socio assistenziali e le pratiche di invalidità, sostiene il paziente (e i familiari).

Fisioterapista: traduce nella pratica il programma del fisiatra; istruisce il paziente sull'uso delle varie tecniche analgesiche, di allungamento, di deambulazione e di recupero del ROM.

Terapista occupazionale: educa il paziente ad un uso più ergonomico delle proprie articolazioni, per proteggerle e per risparmiare energia; somministra o confeziona lui stesso tutori e ortesi, anche per l'arto inferiore (podologo).

Psicoterapeuta: assiste il paziente riguardo ai suoi problemi psicologici legati alla malattia, dolore, disabilità.

Operatore sociale: assiste il paziente nella gestione dei problemi sociali, economici, psicologici, che possono creare imbarazzo nel paziente e nei suoi familiari.

Infermiere Professionale dedicato: completa le informazioni sulla patologia e sui farmaci, sorveglia l'aderenza alle terapie, offre supporto emozionale al paziente e ai suoi familiari.

PREMESSE OPERATIVE

Una volta costituita la squadra, prima di iniziare la partita contro la malattia e a favore del paziente, la fase operativa preliminare prevede di esplorare ogni ambito della vita quotidiana (**Camminare, Vestirsi, Mangiare**, la cura dell'Igiene personale, gli **Spostamenti**, il **Sonno** e l'**Attività sessuale**) e quantificare l'impatto della malattia stessa sul

singolo individuo, per valutare nel tempo l'efficacia del nostro trattamento: gli strumenti clinimetrici più utilizzati nella pratica clinica quotidiana esplorano il dolore (**VAS**: Scala Analogica Visiva), l'ampiezza del movimento articolare (**ROM**: Range Of Motion), le difficoltà quotidiane (**HAQ**: Health Assessment Quality), l'attività di malattia (DAS 28 per l'artrite reumatoide, BASDAI e BASFI per la spondilite anchilosante).

DISTINZIONE FRA FASE ACUTA, SUBACUTA, CRONICA E REMISSIONE

Comportamento durante la fase acuta
RIPOSO: la finalità del riposo è di ridurre il dolore ed evitare sprechi di energia. Il riposo può riguardare una singola sede (per esempio mediante specifiche ortesi/splint (che, peraltro, minimizzano il rischio di contratture) o tutto l'organismo, per un periodo fino a 4 settimane. Brevi periodi di inattività durante il lavoro sono ugualmente efficaci per affrontare i momenti di difficoltà. La totale inattività, tuttavia, comporta, dopo una settimana, la diminuzione del 30% della massa muscolare e del 10% della forza, oltre a favorire, se osservata in posizioni viziate, contratture muscolari, con inevitabili ricadute negative sul ROM. Attenzione quindi a non consentire che fatica, depressione e dolore ci inducano alla pigrizia.

ESERCIZI per conservare l'escursione articolare (anche nella fase subacuta):

Mobilizzazioni passive: il movimento è totalmente eseguito dal terapeuta
Mobilizzazioni attive assistite: il movimento è iniziato dal paziente e "accompagnato" dal terapeuta.
Mobilizzazioni attive: il movimento è interamente eseguito dal paziente.

ESERCIZI PER RINFORZARE IL MUSCOLO

Iso metrici: sono contratture statiche nelle quali la lunghezza muscolare rimane invariata e l'arto non ha escursione; sono indicate in particolare durante la fase artrite acuta, con modalità che prevedono per ogni muscolo 3-6 secondi di contrazione, per 4-5 volte, intervallate da 40 secondi di riposo. **Favoriscono il mantenimento della forza**
Iso tonici: è indispensabile che la flogosi sia spenta. Avvengono contro una resistenza fissa, lungo l'escursione completa del movimento. **Favoriscono la resistenza alla fatica, se con bassa resistenza, e il recupero della forza, se con resistenza crescente.**

Esercizi in acqua e aerobici: sono da raccomandare, sulla base tuttavia delle singole inclinazioni e gradimento, una volta ottenuta la remissione di malattia.

Tutti i pazienti con artrite

- dovrebbero fare stretching giornalmente per 10 minuti
- quelli in stadio anatomicamente avanzato (III o IV) o con artrite acuta dovrebbe fare esercizi isometrici e balneoterapia per 30 minuti, 3-4 vv/sett

- quelli in stadio precoce (I o II) dovrebbero fare esercizi isotonici e aerobici per 30 minuti 3-4 vv/sett.

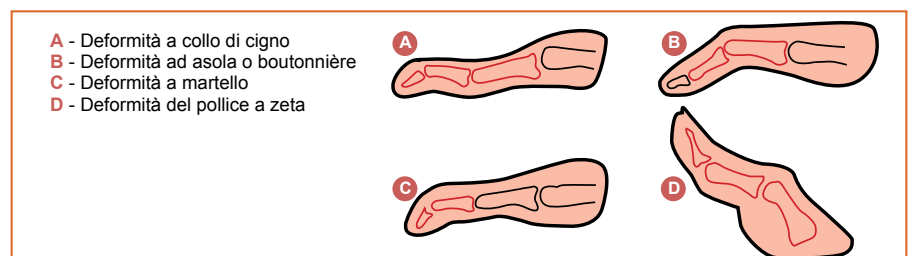
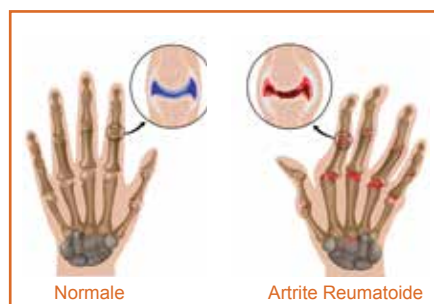
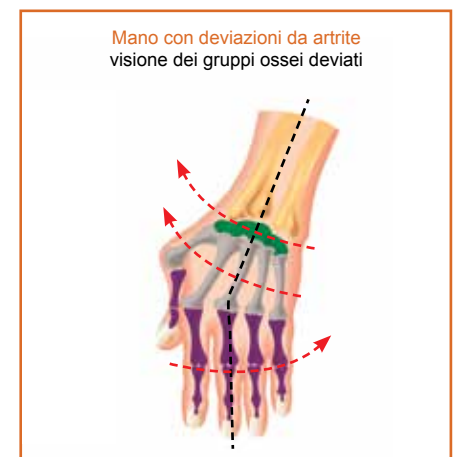
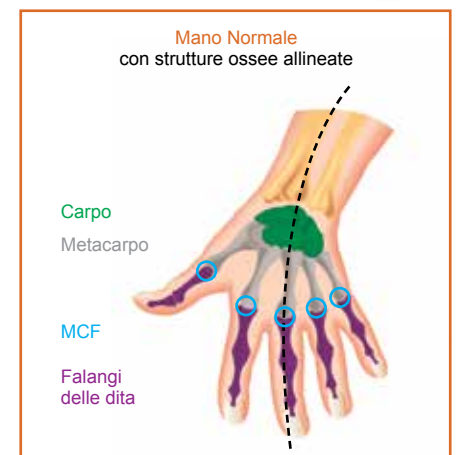
Quando l'esercizio è troppo?

- Eccessivo dolore durante l'attività
- Fatica > 1 ora dopo l'attività
- Sensazione di indolenzimento > 2 ore dopo l'attività
- Ripresa di artralgie o tumefazione il giorno successivo alla attività
- Quando non si concilia con eventuali comorbidità, in particolare cardio-respiratorie.

ECONOMIA ARTICOLARE (EA)

E' un insieme di strategie, accorgimenti e tecniche volte a utilizzare al meglio le proprie articolazioni, per ridurre gli sforzi e l'affaticamento; andrebbe applicata anche in persone non artritiche. L'EA si applica al paziente e all'ambiente in cui si trova.

- Paziente - Educare al gesto: aumentare il diametro degli oggetti (esistono numerosi prodotti preformati, ma l'inventiva può essere molto stimolante), evitare deviazioni articolari (anche in questo ambito esistono numerosi strumenti facilitatori), sia durante il riposo che nella gestualità quotidiana; mantenere equilibrio fra le due metà del corpo. ridurre il carico, cioè svolgere attività non "pesanti", suddividere una operazione in più passaggi, compiere alcune attività da seduti invece che eretti, fare delle pause.
- Ambiente: adattare l'ambiente domestico, professionale e ricreativo alle proprie possibilità.
- Coinvolgimento dei familiari: familiari e amici possono aiutare i nostri pazienti a superare momenti di difficoltà, non solo con il supporto psicologico, ma anche attraverso misure molto pratiche che la vita quotidiana comporta. ■



Atti convegno di Rimini - Aprile 2014

Case management infermieristico del paziente reumatico: l'esperienza maturata nell'equipe di Rimini



Nadia Volanti

UO di Medicina Interna e Reumatologia
Ospedale Infermi di Rimini
AUSL della Romagna
volantin@auslrm.net



Il DH della U.O. di Medicina Interna e Reumatologia di Rimini, in accordo con la Direzione Assistenziale, ha sviluppato un percorso clinico integrato medico-infermiere per i pazienti affetti da artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante in trattamento con i nuovi farmaci biologici. L'utilizzo di queste nuove molecole ha infatti determinato un'ulteriore crescita del bisogno assistenziale di pazienti già complessi per gravità dei sintomi e per comorbidità, esposti a polifarmacoterapia, e a rischio di complicanze gravi che solo un corretto approccio educativo e un follow-up ravvicinato possono scongiurare.

L'assegnazione di farmaci a così alto costo prevede inoltre il rispetto di rigorosi criteri di selezione e la misurazione dello stato di attività di malattia attraverso parametri prestabiliti che consentono la oggettivazione dei risultati. Il problema della crescita del bisogno clinico-assistenziale è stato affrontato con l'individuazione della figura di Case Manager (CM) infermieristico esperto in reumatologia, dotato di competenze specifiche ed adeguatamente formato.

I compiti assegnati al nuovo ruolo assistenziale sono stati individuati nei seguenti punti:

- Organizzazione del percorso clinico con la programmazione delle indagini laboratoristiche, strumentali e dei controlli clinici secondo la tempistica prestabilita secondo una strategia di treat to target
- Misura dello stato di attività di malattia e degli indici funzionali attraverso le tecniche di Clinimetria
- Educazione del paziente all'autosomministrazione dei farmaci sottocute
- Informazione del paziente sui principali effetti collaterali, sulla loro individuazione e segnalazione precoce al servizio, sui comportamenti da tenere in caso di situazione a rischio, di interventi chirurgici, di vaccinazioni ecc..
- Educazioni ai comportamenti essenziali di Economia Articolare mediante divulgazione capillare di un opuscolo informativo e la distribuzione di ausili per le attività quotidiane
- Facilitazione all'avvio dei percorsi per il riconoscimento dei diritti sociali

Il ruolo professionale individuato si affianca e coadiuva l'attività clinica dello specialista

reumatologo.

L'attività iniziata nel 2011 dopo i primi risultati preliminari promettenti e la presa in carico di 70 pazienti è proseguita nel 2012 e nel 2013 quando la figura del Case manager da sperimentale è divenuta operativa ed in organico definitivo.

La figura del case manager infermieristico in Reumatologia si fa carico delle necessità del paziente sin dal primo colloquio o counseling in cui si instaura una relazione di fiducia, si riconoscono i bisogni del paziente per poi costruire un adeguato piano assistenziale. Si cerca di potenziare le abilità del paziente affinché possa superare i momenti più difficili della malattia. La malattia reumatica è una malattia cronica che accompagnerà il paziente per tutta la sua vita, perciò è necessario affrontare e risolvere le problematiche quotidiane e tener conto degli esiti invalidanti della malattia che possono compromettere le attività della vita di tutti i giorni. Basti pensare alla rigidità mattutina che accompagna ogni paziente al risveglio, allungando i tempi per alzarsi, vestirsi, fare colazione e uscire di casa per andare a lavorare. Aiutiamo il paziente attraverso l'economia articolare, insegnandogli a usare correttamente le articolazioni, aumentando il volume degli oggetti e adottando alcune strategie o ausili affinché possa essere autosufficiente. Il paziente è educato all'utilizzo dei farmaci che assume, gli è spiegato di che cosa si tratta, a cosa serve, come va assunto o somministrato e educato al riconoscimento degli effetti avversi. Presso il nostro centro è presente una help line telefonica attiva tutti i giorni feriali dalle ore 11 alle ore 13 in cui il paziente comunica le sue necessità che possono essere ad esempio effetti avversi, chiarimenti terapeutici ecc. Il paziente reumatico ha la necessità di controlli ravvicinati per il rischio di effetti collaterali anche gravi e ciò rende necessaria un'accurata programmazione delle visite e dei controlli ematochimici. Un altro compito del case manager è di informare i pazienti sui loro diritti, previdenze, ausili, presidi, necessità lavorative e fornire materiale informativo relativo a queste tematiche. Nella nostra unità operativa sono attualmente in gestione 146 pazienti con reumatismi cronici infiammatori in terapia con farmaci biologici. Per usufruire del farmaco è necessario che siano soddisfatte le indicazioni delle linee guida regionali e ciò rende necessario uno screening accurato. È prevista la misurazione

periodica dei principali indici clinimetrici. La clinimetria è una disciplina finalizzata alla quantificazione e alla validazione delle valutazioni cliniche. È essenziale nel monitoraggio dell'evoluzione della malattia e della risposta ai farmaci. Si avvale di test di autovalutazione e misurazione che variano a seconda della malattia. È opportuno spiegare al paziente che la clinimetria viene fatta per misurare il suo stato di malattia, di disabilità e il suo dolore e poterli confrontare successivamente. Nel corso del 2013 il CM ha preso in carico 146 pazienti. La misura dei parametri clinimetrici (DAS 28 per la AR, DAS 44 per la AP e BASDAI per la SA) è avvenuta a scadenza trimestrale per il primo anno di trattamento, poi ogni quattro/sei mesi nei follow-up prolungati. L'educazione sulla corretta somministrazione e gestione dei farmaci a domicilio è avvenuta mediante un training di addestramento per il paziente e/o per il caregiver nella totalità dei pazienti alla presa in carico. Il materiale divulgativo sull'economia articolare e sul buon uso delle articolazioni è stato consegnato e spiegato verbalmente a tutti i pazienti con artrite reumatoide e psoriasica. Nel 40 % dei casi sono stati forniti ausili per lo svolgimento delle attività quotidiane forniti gratuitamente da AMRER. Sono state pianificate e agevolate consulenze specialistiche qualificate (ortopediche-Chirurgiche, pneumologiche, fisiologiche, oftalmologiche, fisiatriche) ed esami strumentali necessari al follow-up e alla gestione delle complicanze nel 60% dei casi trattati. La linea telefonica dedicata è stata utilizzata dal 78% dei pazienti che hanno segnalato eventi avversi, sospensioni momentanee, eventi febbrili intercorrenti, l'utilizzo di nuovi farmaci, la necessità e la programmazione di interventi chirurgici, trasferimenti e viaggi all'estero ecc. Il Case Manager è stato in grado di risolvere autonomamente e soddisfare le esigenze del paziente nel 60% dei casi, mentre il parere e controllo medico è stato sollecitato dal CM nel 40% delle segnalazioni ricevute. Il ricorso al Pronto Soccorso per avvenuti avversi correlati all'uso dei farmaci biologici è avvenuto in soli due pazienti; in soli due casi l'evento avverso non è stato gestito in forma ambulatoriale ma ha reso necessaria la degenza del paziente. Il CM ha inoltre facilitato e avviato il paziente all'inoltro della richiesta di invalidità civile agli organi competenti nell'80 % dei pazienti presi in carico. ■

Gravidanza e Malattie Reumatiche



Sarah Giacuzzo
 UOC di Reumatologia
 Arcispedale
 San'Anna di Cona (FE)
 sarah.giacuzzo@gmail.com



Melissa Padovani
 UOC di Reumatologia
 Arcispedale
 San'Anna di Cona (FE)
 pdvmss@unife.it



Marcello Govoni
 UOC di Reumatologia
 Arcispedale
 San'Anna di Cona (FE)
 gvl@unife.it

Ogni donna/coppia che desidera avere un bambino ha in sé la preoccupazione che qualcosa non vada nel verso giusto, questo timore ovviamente aumenta se la mamma soffre di una malattia cronica, come in caso di malattie reumatiche.

Le malattie reumatiche autoimmuni insorgono frequentemente in donne in età fertile senza comprometterne (salvo per l'utilizzo di alcuni farmaci) la capacità riproduttiva. Fino a non molti anni fa alle pazienti veniva sconsigliato di avere figli, ma attualmente grazie alla maggior comprensione della relazione tra malattie reumatiche e gravidanza e alle maggiori informazioni sull'utilizzo dei farmaci in gravidanza sempre più donne riescono a coronare il loro sogno di maternità.

Semplificando possiamo dire che **le malattie autoimmuni e la gravidanza si influenzano reciprocamente**, a volte con effetti positivi, altre volte con effetti potenzialmente negativi. Per ridurre al minimo questo rischio è necessario che la gravidanza venga programmata in una fase di buon controllo di malattia, qualunque essa sia. E' quindi fondamentale parlare del desiderio di maternità anticipatamente con il proprio reumatologo e in alcuni casi eseguire un vero e proprio colloquio pre-concezionale (counseling) che ha lo scopo di valutare attentamente la situazione e fornire tutte le informazioni utili alla coppia per poter compiere una scelta consapevole, ovvero:

1. Informare la coppia sulle possibili modifiche della malattia materna in gravidanza
2. Informare la coppia di come la malattia materna può influenzare l'andamento della gravidanza
3. Informare la coppia su come verranno gestite le terapie nei mesi precedenti e durante la gravidanza

E' importante ricordare che un bimbo cresce meglio quando la mamma sta bene, è quindi fondamentale programmare la gravidanza in una fase di remissione stabile di malattia; durante il counseling verrà anche valutata l'attività della malattia materna per decidere se sia meglio aspettare che le condizioni siano migliori per poter affrontare più sereni questo meraviglioso cammino.

Dalla revisione della letteratura possiamo evidenziare la nota tendenza dell'**Artrite Reumatoide** a migliorare durante la gravidanza, senza sostanziali incrementi del rischio gravidico, mentre vi è un incremento del rischio sia di riacutizzazione che di complicanze gravidiche in corso di **Lupus Eritematoso Sistemico** e **Sindrome da anticorpi antifosfolipidi**. Per quanto riguarda la **Sclerosi Sistemica (Sclerodermia)** – se non complicata da ipertensione arteriosa polmonare o da fibrosi polmonare ed escludendo le forme precoci diffuse – essa tende a rimanere stabile, anzi a migliorare per quanto riguarda le manifestazioni vascolari, ma è gravata da un'alta percentuale di prematurità e basso peso alla nascita. I dati sulle **vasculiti** sono scarsi, alcune segnalazioni hanno documentato una riacutizzazione delle forme ANCA associate nel 25% dei casi, altre un mantenimento della remissione, tuttavia vi è un incremento delle complicanze gravidiche in particolare abortività e ritardo di crescita intrauterino.

Schema sintetico degli effetti /complicanze delle malattie reumatiche durante la gravidanza				
Malattia	Effetto della gravidanza sulla malattia	Rischio di complicanze materne	Rischio di complicanze ostetriche	Rischio per il bimbo
Artrite Reumatoide	Miglioramento nel 48-75%	No	Lieve incremento (ipertensione, diabete gestazionale)	Molto raro
Spondiloartriti	Miglioramento nel 50%	No	No	Molto raro
LES	Riacutizzazione nel 50%	Riacutizzazioni più frequenti: ematologiche e renali	Iipertensione, gestosi, prematurità	Abortività, ritardo di crescita intrauterino, basso peso alla nascita, lupus neonatale
Sdr. Anti-fosfolipidi	Peggioramento	Trombosi	Gestosi, prematurità, sdr HELLP (anemia emolitica, rialzo delle transaminasi, piastrinopenia)	Abortività, ritardo di crescita intrauterino, basso peso alla nascita
Sclerosi Sistemica	Stabile nel 60%, peggioramento nel 20%	NO (eccetto per severa ipertensione polmonare, fibrosi polmonare avanzata)	Prematurità	Basso peso alla nascita
Vasculiti	Stabili se in remissione	Possibile peggioramento funzionalità renale, polmonare e cardiaca	Gestosi, prematurità	Ritardo di crescita, basso peso alla nascita, abortività
Sjogren, UCTD	Rare riacutizzazioni	No	Rare	Lupus neonatale, abortività (SSA-SSB o antifosfolipidi)





Per semplificare le cose possiamo dividere le patologie reumatiche in due grandi gruppi, il primo, caratterizzato da un prevalente **impegno articolare**, scarso o assente impegno d'organo e senza autoanticorpi (se non fattore reumatoide e anticorpi anti-citrullina) che presenta gli stessi rischi gravidici di una gravidanza in donne sane. Il secondo caratterizzato dalla **presenza di autoanticorpi e coinvolgimento d'organo**, gravato da un maggior rischio di complicanze gravidiche materne e fetali. Il monitoraggio della gravidanza prevede una gestione multidisciplinare che vede coinvolti reumatologo, ginecologo, ostetrico e neonatologo al fine di riconoscere precocemente e se possibile trattare alcune complicanze. Tra queste ve ne è una molto rara, il blocco cardiaco congenito, evento che può presentarsi in meno del 2% delle donne con positività per gli anticorpi anti-SSA/anti-SSB (presenti nella Sindrome di Sjogren, nel LES, nelle connettiviti indifferenziate ma anche in donne sane). Questa alterazione è dovuta appunto al passaggio attraverso la placenta di questi anticorpi che possono causare un'infiammazione a livello delle cellule del cuore in formazione del bimbo impedendone il corretto funzionamento e determinando un rallentamento della frequenza cardiaca. Riconoscere in fase precoce questa alterazione, quando il blocco non è ancora completo, consente di utilizzare un cortisone particolare che passa la placenta e arriva al bimbo nella speranza che eviti la progressione del danno. Per fare questo è necessario che le donne con positività per anti-SSA/SSB eseguano il controllo del battito cardiaco fetale almeno ogni 15 giorni nel periodo che va dalla 16° alla 28° settimana di gravidanza. Gli stessi anticorpi possono causare altre manifestazioni che si evidenziano alla nascita (macchie a livello della pelle, alterazioni degli esami del sangue, ittero...) ma tutte reversibili una volta che il bimbo si è "pulito" dagli anticorpi materni. L'insieme di queste manifestazioni (di cui l'unica irreversibile è il blocco cardiaco congenito) viene chiamata **Lupus Neonatale** in quanto ricordano quelle che si presentano in corso di Lupus, ma non predispongono maggiormente ad una eventuale futura comparsa di Lupus Eritematoso Sistemico.

- severa ipertensione polmonare
- insufficienza renale cronica
- evento trombotico arterioso nei precedenti 6 mesi
- severo coinvolgimento polmonare

Naturalmente, una volta informati dei possibili rischi, spetta alla coppia prendere una decisione a riguardo, sapendo comunque di poter contare sull'aiuto degli specialisti di riferimento, qualunque sia la loro scelta.

Farmaci e gravidanza

E' molto raro che un foglietto informativo (il bugiardino) segnali che il farmaco in questione è sicuro in gravidanza. In realtà quasi nessuna azienda farmaceutica ha i dati per stabilire la sicurezza del suo farmaco durante la gravidanza in quanto raramente vengono effettuati studi clinici in questo periodo della vita. Tuttavia l'esperienza maturata in tutto il mondo sul trattamento delle malattie croniche in gravidanza ha permesso di definire la sicurezza durante la gravidanza e l'allattamento di molti tra i farmaci utilizzati nelle malattie autoimmuni. Chiaramente **ogni indicazione va considerata caso per caso e per alcuni farmaci va considerato il così detto rapporto "rischio/beneficio", motivo per cui è necessario effettuare un adeguato counselling con gli specialisti di riferimento.**

FARMACI AMMESSI IN GRAVIDANZA

Previa valutazione specifica del rapporto rischio/beneficio:

Corticosteroidi

Il cortisone che viene utilizzato per trattare la malattia materna (prednisone, metilprednisolone) viene metabolizzato dalla placenta per cui solo una minima parte raggiunge la circolazione fetale. Pertanto medi-bassi dosaggi non sono controindicati durante la gravidanza. Tuttavia dosaggi superiori a 7.5 mg al giorno possono aumentare alcune complicanze gravidiche tra cui ipertensione, pre-eclampsia, diabete gestazionale, infezioni e rottura prematura delle membrane. Numerosi studi hanno escluso un aumento del rischio malformativo associato all'utilizzo di questa classe di composti, tuttavia in alcuni casi è stato segnalato un incremento del rischio di labioschisi (labbro leporino).

Solo il 5-25% del cortisone passa nel latte materno, è quindi ammesso a dosaggi inferiori di 40 mg anche durante l'allattamento. A dosaggi superiori ai 20 mg /die di prednisone viene suggerito di allattare 4 ore dopo l'ultima dose di corticosteroide al fine di minimizzare l'esposizione del feto al farmaco.

Idrossiclorochina

Una recente revisione della letteratura non ha mostrato incremento di malformazioni rispetto alla popolazione generale in neonati esposti a questa classe di farmaci; inoltre diversi studi che hanno investigato gli effetti a lungo termine nei bambini esposti in utero al farmaco non hanno osservato alterazioni della visione né dell'udito.

Azatioprina

Attraversa la placenta, ma solo piccole quantità vengono attivate dal feto nel farmaco attivo. Nessuno studio riporta la presenza di malformazioni congenite in feti esposti durante la gravidanza. Studi effettuati negli anni recenti hanno più volte confermato la sicurezza dell'utilizzo di Azatioprina in gravidanza e anzi, se è richiesto un farmaco immunosoppressivo è senz'altro una valida opzione. Se il dosaggio in corso è basso può essere consentito l'allattamento, tuttavia è descritto un rischio di immunosoppressione nel bambino.

Ciclosporina

Laprevalenza di malformazioni maggiori (4.1%) era analoga a quella della popolazione generale, tuttavia l'impiego di CyA è risultato associato a perdita fetale, ritardo di crescita intrauterino e parto pretermine (complicanze forse dovute alla

Caratteristiche della malattia e rischio materno-fetale

Rare complicanze gravidiche outcome fetali positivi

Prevalenza di manifestazioni articolari, scarsità o assenza di autoanticorpi, scarso o assente coinvolgimento d'organo:

- Artrite Reumatoide
- Spondilite Anchilosante
- Artrite idiopatica giovanile
- Artrite Psoriasica

Incremento di complicanze gravidiche/ outcome fetali negativi

Interessamento multi-organo, presenza di anti-SSA/SSB e di aPL:

- LES
- Sindrome aPL
- Sclerosi Sistemica
- Vasculiti

-steroidi >15 mg/die

Diabete, ipertensione, rischio di infezioni, ritardo di crescita fetale, prematurità

Nella valutazione individuale del rischio esistono situazioni che possono portare il medico a controindicare la ricerca di una gravidanza, per un certo periodo di tempo (**controindicazioni relative**) o per sempre (**controindicazioni assolute**).

Le controindicazioni relative riguardano principalmente i seguenti casi:

- malattia in fase di attività o con necessità di frequenti modifiche della terapia
- recente esordio di malattia (in particolare di LES, sclerodermia, miositi e vasculiti) in quanto si può non essere ancora in grado di valutare il "temperamento" della malattia all'esordio e quindi di stratificare correttamente il rischio

Le controindicazioni assolute, fortunatamente più rare, riguardano i casi complicati da:

malattia materna) per cui l'utilizzo di ciclosporina in gravidanza è consentito se il beneficio per la madre supera l'ipotetico rischio per il feto. L' allattamento in corso di terapia con CyA è controindicato sebbene vi siano descrizioni di casi di bimbi allattati senza alcuna conseguenza

Salazopirina

In gravidanza e durante l'allattamento sembra nel complesso un farmaco sicuro tanto che viene considerato il farmaco di fondo di prima scelta nel trattamento dell'artrite reumatoide e delle spondiloartriti sieronegative in donne in età fertile già gravide o che abbiano pianificato una gravidanza in tempi brevi. E' consigliata una supplementazione con acido folico durante tutta la gravidanza.

Farmaci biotecnologici

Sono farmaci al momento principalmente utilizzati per trattare pazienti con artrite reumatoide o spondiloartriti. Esistono diverse classi di farmaci, i più conosciuti, in quanto in commercio da più tempo, sono i **farmaci anti-TNF**. Attualmente se ne consente l'utilizzo fino alla positività del test di gravidanza, ma i dati che si stanno raccogliendo sembrano rassicuranti anche per il loro utilizzo nel I-II trimestre di gravidanza. Per le altre classi di farmaci biotecnologici (tocilizumab, abatacept, rituximab) al momento è indicata la sospensione da 3 a 12 mesi prima del concepimento. In considerazione della scarsità di dati riguardo l'escrezione nel latte materno si sconsiglia l'utilizzo di qualsiasi farmaco biotecnologico durante l' allattamento.

FARMACI CONTROINDICATI IN GRAVIDANZA

Leflunomide

Recenti studi hanno ridimensionato il rischio teratogeno di questo farmaco, ma in attesa di ulteriori dati in caso di desiderio di maternità è necessario:

- contattare lo specialista di riferimento per gestire la sospensione della terapia e l'adeguato wash-out (procedura che consente l'eliminazione del farmaco dall'organismo)
- programmare con lo specialista di riferimento il prelievo del sangue per assicurarsi che il farmaco sia stato completamente rimosso dall'organismo prima del concepimento (**sia per l'uomo che per la donna**). Leflunomide è controindicata anche durante l'allattamento.

Methotrexate, Ciclofosfamide e Micofenolato Mofetile

Sospensione **sia per l'uomo che per la donna** da 3 a 6 mesi prima del concepimento. Controindicati anche durante l'allattamento.

Farmaci biotecnologici

Tocilizumab, Rituximab, Abatacept, Belimumab, diversi dagli anti-TNF, devono essere sospesi da 3 a 12 mesi prima del concepimento.

Bosentan

Questo farmaco viene utilizzato per il trattamento dell'ipertensione polmonare e per la prevenzione di ulcere digitali recidivanti in pazienti con sclerodermia, è controindicato in gravidanza. Inoltre riduce l'efficacia dei contraccettivi ormonali (piccola, cerotto, anello vaginale...) per cui è raccomandato l'utilizzo di un metodo di barriera (preservativo).

PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE

- Programma la tua gravidanza! Una gravidanza desiderata e programmata è una gravidanza più sicura per te e per il tuo bambino.
- Se desideri una gravidanza parlane con i medici che ti seguono e controlla gli esami di screening.
- Se stai programmando una gravidanza parlane con il reumatologo che conosce il problema, valuterà lo stato della tua malattia, gli eventuali rischi e, se necessario, modificherà la terapia in corso.
- Inizia ad assumere acido folico prima del concepimento e non assumere farmaci nuovi se non li hai concordati con i medici che ti seguono.
- Segui un'alimentazione equilibrata e varia, controlla il tuo peso corporeo e pratica esercizio fisico quotidiano.
- Smetti di fumare, evita il fumo passivo, le bevande alcoliche e le droghe.

DOMANDE PIÙ FREQUENTI (FAQ)

Avrò più difficoltà a rimanere incinta rispetto a chi non ha queste malattie?

No. Le malattie autoimmuni non riducono la fertilità. Può esserci una riduzione della fertilità più o meno permanente legata all'uso di alcuni farmaci, come la ciclofosfamide. In rari casi, se la malattia è molto attiva, può esserci irregolarità più o meno prolungata delle mestruazioni per cui, non avendo regolare ovulazione, è più difficile rimanere incinta.

Trasmetterò la malattia al bambino?

No. Le malattie autoimmuni non si trasmettono geneticamente come altre malattie (es. talassemia, fibrosi cistica...); sono malattie multifattoriali, ovvero causate da un insieme di fattori diversi ancora non completamente individuati. Si può però trasmettere con i geni materni e paterni una predisposizione alle malattie autoimmuni in genere.

Devo fare l'amniocentesi?

No. Le malattie autoimmuni non aumentano il rischio di malattie malformative su base cromosomica (ad esempio la Sindrome di Down) che sono quelle che si possono individuare tramite amniocentesi e villocentesi. La decisione deve quindi essere presa con il proprio ginecologo, indipendentemente dalla presenza di una malattia autoimmune.

Su www.amrer.it è disponibile opuscolo su Malattie Reumatiche e Gravidanza, sviluppato in collaborazione con l'U.O.C. di Reumatologia dell'Arcispedale di Ferrara - Cona



I nostri consigli in cucina

L'Emilia-Romagna una storia e una tradizione lungo una Via di Gusto! Lungo l'Adriatica fino a Ferrara!



Eccoci al termine di questo nostro particolare e piacevole viaggio che attraverso le principali "arterie" cittadine, dalla via Emilia alla Romea ci ha accompagnato negli itinerari della tradizione enogastronomica dell'Emilia Romagna. Lasciate la via Romea a Ravenna, imboccando l'Adriatica arriviamo ora a Ferrara.

Ferrara, città dalla storia antica, piena di vita, cultura e tradizioni nasce con il suo primo insediamento sulla riva destra del Po, che allora scorreva più sud di oggi, in un'area dove la natura offre vedute di rara suggestione. Il territorio afferente presenta insediamenti lagunari e valli, pinete fino ai centri balneari sulla costa. La sua posizione geografica ha permesso a questa zona di essere un importante nodo di scambio tra l'Adriatico, il resto del nord Italia e l'Europa.

La storia di Ferrara è legata agli Estensi, famiglia rinascimentale che portò la città ad avere una forte coesione politica e amministrativa, con un'importante influenza sul territorio. La corte Estense è fu luogo d'eccellenza per l'architettura, l'arte e la cultura in generale del tempo, vi ruotarono per influenza artisti come Pisanello, Leon Battista Alberti, Jacopo Bellini, Piero della Francesca e il giovane Andrea Mantegna. I duchi d'Este furono anche amanti dell'arte culinaria, e il mestiere dello scalco, o cuoco, a Ferrara è considerato una "vera arte" dal 1500, da quando i cibi preparati alla corte degli estensi venivano degustati da principi e duchi. Senz'altro fra gli scalchi più famosi ci fu Cristoforo da Messisbugo e Cristoforo da Zeffirano, scalco molto conteso tra gli Estensi e i Bentivoglio di Bologna. Giambattista Rossetti, acuto cronista dei banchetti ducali ci ha lasciato un libro "dello scalco" (stampato a Ferrara nel 1584) in cui si descrivono i banchetti propiziatori iniziati nel 1460 allestiti per festeggiare le nozze tra Alfonso II e Lucrezia Medici. Ercole I si distinse dai suoi predecessori per l'amore di circondarsi dei migliori cuochi del tempo: ogni occasione era buona per imbandire una tavola, ma anche il popolo pareva gioire della prodigalità della corte, al punto che uno storico imolese scrisse che i ferraresi erano nemici del vivere malinconico.

Dalle antiche ricette delle corte estense ancora oggi viene tramandata la salama da sugo, un insaccato di maiale arricchito di spezie e vino e fatto stagionare, il pasticcio di maccheroni, il pampepato ferrarese, dolce creato nel Seicento dalle monache del convento Corpus Domini per la corte e i prelati. La cucina a Ferrara mescola il grasso fondo padano a delicatezze francesi provenienti da ricette che Renata di Francia importò quando venne sposa.

Il pane di Ferrara, che viene definito da Riccardo Bacchelli il migliore del mondo, è sempre stato un gioiello della produzione e tradizione culinaria ferrarese; la famosa "ciupèta" (coppia) il saporito pane ferrarese dalla forma elaborata, insignito del marchio IGP, deve il suo sapore unico all'ingrediente segreto dell'acqua e dell'aria.

Per quanto riguarda la tradizione vinicola di Ferrara affascinante è la storia del Vitigno Uva d'Oro, il cui innesto nelle Valli avvenne probabilmente nel 1528, quando Ercole II Duca d'Este sposò Renata di Francia, figlia di Luigi XII, la quale portò in dote un vitigno della Côte d'Or della Borgogna, l'Uva d'Oro appunto, che trovò il perfetto habitat nelle zone delle Dune Sabbiose del Delta e nei Dossi del Bosco Eliceo per riprodursi al meglio, tra i lecci e i cespugli deliziosi. L'ambiente particolarmente umido, nebbioso e statico, l'aria e il terreno fortemente salmastri, la vicinanza costante del mare e la mancanza di acqua dolce contribuirono, nei secoli, alla formazione di un'uva dal fortissimo carattere

Ma ora bando alle ciance, andiamo a presentare un menù tipico, ricco e gustosissimo e "bon apti" a tot quent!!! (Buon appetito a tutti quanti)

Cominciamo con un antipasto stuzzicante

Pinzini fritti e salumi misti

Ingredienti per 4 persone:

- 400 gr di farina 00
- 1 bustina di lievito liofilizzato
- 1/2 bicchiere di latte
- 1/2 bicchiere acqua (possibilmente frizzante)
- 1 cucchiaino di sale
- 3 cucchiaini di olio extravergine di oliva
- olio per friggere



Preparazione: In una ciotola setacciate la farina con il lievito, aggiungete il latte, l'olio, il sale e l'acqua a filo. Impastate energicamente fino ad ottenere una palla elastica, ungetela coprite con un canovaccio e lasciate riposare per minimo un'ora. Passato il periodo prendete l'impasto lavoratelo ancora, ricavate delle piccole palline e stendetele molto sottili. A questo punto formate dei cerchi circa di 10 cm e tagliateli a metà formando delle mezze lune. Lasciate lievitare per altri 20-30 minuti. Friggete le mezze lune poche alla volta in olio bollente (preferibile quello d'arachidi), senza bucare l'impasto. Appena si gonfieranno levateli e metteteli su carta assorbente e salateli lievemente in superficie. Sono da serve ancora caldi con formaggi e salumi (ottimi con lo squacquerone) e magari perchè no, con un buon bicchiere di vino rosso!

Il pane tradizionale

Coppia ferrarese "la ciupèta"

Ingredienti per 4 persone:

- 1 kg di farina
- 100 g di olio extravergine di oliva
- 20 g sale
- 25-30 g di lievito di birra
- 350 g di acqua



Preparazione: Con gli ingredienti preparate l'impasto, amalgamatelo bene per circa 20 minuti. Dividete la pasta ottenuta in 8 pastelle e lasciatele riposare 5 minuti, poi lavoratele dandogli la classica forma della coppia ferrarese. Lasciatele lievitare per circa 60-90 minuti coperte da un telo, infornatele a 220-230 gradi per 20-25 minuti, quando le vedete assumere la tradizionale doratura estraetele dal forno.

Un contorno di cui non privarsi

Melanzane ripiene

Ingredienti per 4 persone:

- 4 grosse melanzane
- 4 hg. di pomodori maturi
- 1 mozzarella
- 2 cucchiaini di parmigiano
- 1 cucchiaino di pane grattato
- sale e pepe.



Preparazione: Tagliare a metà le melanzane, farle sbollentare in acqua salata per 10 minuti. Lasciarle raffreddare e svuotarle. In un tegamino, mettere un filo d'olio, la polpa delle melanzane, aggiungere i pomodori, precedentemente pelati e tagliati a pezzetti, sale e pepe; quindi cucinare a fuoco lento per 15 minuti. A fine cottura, aggiungere il parmigiano, il pangrattato e la mozzarella. Riempire le melanzane con il composto ottenuto. Ungere una teglia, fare un fondo di pomodorini, ed adagiarvi le melanzane ripiene. Infornare a 250° per 30 minuti.

Proponiamo un bis di primi sfiziosi e di sostanza

Cappellacci di zucca al burro e salvia

Per la pasta:
400 gr di farina "00"
4 uova
un pizzico di sale

Per il ripieno:
500 gr di zucca gialla
200 gr di formaggio Parmigiano Reggiano DOP di 24 o 36 mesi
2 uova
20 gr di noce moscata, sale e pepe in piccole dosi

Per il condimento:
burro q.b.
qualche fogliolina di salvia
grattugiato di parmigiano reggiano

Preparazione per il ripieno
Togliere buccia, semi e filamenti alla zucca, quindi tagliarla a pezzetti e metterli in una teglia con 3 bicchieri di acqua. Coprire e lasciare cuocere per 45 minuti. Passare la zucca al passaverdura, aggiungere il Parmigiano grattugiato, le uova, il sale, il pepe e la noce moscata e rimescolare finché il composto non diventa omogeneo.

Preparazione per la pasta sfoglia
disporre la farina a fontana e rompervi nel centro le uova, con un pizzico di sale. Impastare fino ad ottenere un composto omogeneo. Tirare una sfoglia di spessore di circa 3 millimetri. Tagliare a strisce la pasta, e poi ricavare dei quadrati di 6 cm. Mettere al centro di ognuno un ½ cucchiaino del composto di zucca. Per fare il cappellaccio, unire le due punte non contigue del quadrato in modo da ricavarne un triangolo ripieno. Unire poi le due punte libere tra loro, avvolgendo il triangolo delicatamente attorno al dito. Incrociando le punte e stringendole si otterrà la classica forma a "cappello".

Cuocete il tutto in abbondante acqua salata, e unite il burro fuso con qualche foglia di salvia e una spolverata di parmigiano reggiano (o formaggio di fossa).

Accorgimenti: Ricordatevi di fiammeggiare bene l'anatra per togliere ogni residuo di piume. L'anatra va sempre cotta a petto in su!



Un antico piatto ferrarese che risale al '500

Pasticcio di maccheroni alla ferrarese

Ingredienti per 6 persone
Per la pasta frolla:
500 g di farina
250 g di burro
5 rossi d'uovo
scorza di limone grattugiata
1 pizzico di sale
300 g di zucchero.

Per il ragù:
30 g di funghi secchi
1 cipolla
1 carota
1 gambo di sedano
2 salsicce
200 g di macinato di vitello
150 g di macinato di manzo
1 bicchiere di vino bianco secco
mezzo dado da brodo



Per la besciamella
25 g di burro
2 cucchiaini di farina
mezzo litro di latte
noce moscata
parmigiano grattugiato.

Inoltre: 300 g di sedani, tartufo, olio extravergine d'oliva, un tuorlo per spennellare.

Preparazione: preparate la pasta frolla e tiratela in due dischi del diametro di 30 cm, con uno spessore di 2 cm. Per il ragù, rosolate nell'olio il sedano, la carota e la cipolla tritati, aggiungete le carni, sale, pepe e i funghi, preventivamente ammollati, strizzati e tritati. Bagnate con il vino e, quando è evaporato, aggiungete il dado, coprite con acqua e fate cuocere a calore moderato per circa 2 ore. Nel frattempo preparate una besciamella con gli ingredienti indicati. Cuocete la pasta molto al dente, scolatela e conditela con il ragù, la besciamella, parmigiano grattugiato e scaglie di tartufo. Lasciate intiepidire la pasta condita e con essa farcite uno dei dischi di pasta frolla preparato, dando con le mani una forma a cupola. Coprite con l'altro disco di pasta, saldate il bordo a quello sotto, tagliando la pasta in eccesso. Spennellate il pasticcio con un tuorlo d'uovo sbattuto e infornate per circa 25 minuti nel forno già caldo a 175°.

Un secondo piatto per una tradizione che diventa leggenda

La Salama da sugo

Ingredienti per 4 persone
1 salama da sugo

Preparazione:
Come operazione preliminare, la salama va messa a bagno in acqua tiepida per una notte, per ammorbidire le incrostazioni esterne, che vanno poi delicatamente spazzolate. Deve quindi essere immersa, meglio se avvolta in una pezzuola di telo fine, in una pentola d'acqua, ma senza farle toccare il fondo; uno stecco di legno appoggiato ai bordi sosterrà la salama col suo stesso spago. L'acqua della pentola va fatta bollire a fuoco lento per altre 4 ore, rabboccando quando è necessario, ma senza fare perdere il bollore. La vescica non deve spaccarsi. Una volta cotta, la si libera dallo spago e la si incide all'apice, ricavando un'apertura che permetta di raccogliere il morbido impasto col cucchiaino. E' consigliato tagliarla a spicchi, se non nel caso venga servita fredda. Contorno ideale, comunque, è presentarla caldissima, accompagnata da purea di patate.



Tra memoria e mito una ghiotta delizia

Dolce di miele all'uso di Ferrara

Ingredienti per 4 persone:
6 cucchiaini di miele
150 g di farina bianca
2 uova freschissime
100 g di zucchero
½ bustina di lievito per dolci
2 cucchiaini d'olio d'oliva
la scorza grattugiata di ½ limone
un bicchierino di buon brandy
50 g di uva passolina



50 g di gherigli di noci
1 chiodo di garofano
un pizzico di cannella
1 cucchiaino di zucchero a velo

Preparazione: Scottate i gherigli di noce, spellateli accuratamente e passateli al tritatutto. Fate ammorzare nell'acqua tiepida l'uva passolina e poi strizzatela. Setacciate la farina assieme al lievito. Sbattete le uova in una terrina fino a che saranno spumose; unitevi lo zucchero, il miele e l'olio, poi lavorate il composto per qualche minuto con un cucchiaino di legno. Aggiungete, poco alla volta, la farina setacciata e continuate a lavorare con il cucchiaino fino ad ottenere un impasto liscio e omogeneo. Unite all'impasto la scorza grattugiata e il succo di limone, il brandy, l'uvetta passolina, i gherigli di noce tritati, insaporite poi con il chiodo di garofano e un pizzico di cannella. Ungete una teglia dai bordi rilevati, copritela con la carta oleata, anch'essa unta, quindi versatevi l'impasto. Fate cuocere nel forno a 180° C per 45 minuti. Lasciate raffreddare il dolce, sfornatelo in un vassoio, spolverizzatelo con lo zucchero a velo, infine servite.

La regina di Comacchio

Anguilla marinata

Ingredienti per 4 persone:
800g di anguilla viva nera
o verde scura sul dorso, fianchi argentei e ventre bianco



Preparazione: Si prende un'anguilla o due di peso complessivo di 800 gr. Si tiene stretta sul tagliere dopodiché con un colpo solo e un grosso coltello la si decapita fino alle pinne laterali. Così fatto si seziona ulteriormente tagliandola a morelli (pezzi di 10- 13 cm). Così fino a quando non rimangano 25/30 cm dalla coda. Quindi la si incide su un lato senza tagliare la spiana e si passa ad infilarla nello spiedo in modo che resti piegata a "U". S'infilano gli altri morelli precedentemente tagliati compattandoli tra di loro ed incrociandoli. Quindi si passa alla cottura tradizionalmente a legna oppure in un grill del forno di casa. Il tempo di cottura è mediamente sui 45 minuti. Si varia di poco in rapporto al tempo che si vuole dare alla conservazione. La colorazione della pelle dà il segno della cottura e per l'interno basta usare uno spiedo. Una volta tolta dal forno si lascia raffreddare per circa un'ora dopodiché la si sfilta mettendone i pezzi su della carta alimentare assorbente. A parte intanto si sarà preparata la miscela per la marinatura d'aceto composta da 1 litro di aceto, 50 gr sale integrale, 20% di acqua. Dopo aver ben miscelato il composto della marinatura si depositano i pezzi d'anguilla nel vaso di vetro proporzionato alla quantità di pesce cotto, inserendo 2 foglie di alloro per poi passare al suo riempimento. In tempo invernale si lascia maturare fuori dal frigo per un mese dopodiché è già pronta al consumo. Messa in frigo si può conservare fino a 6 mesi. Si sottolinea che l'anguilla non va salata né prima né dopo in quanto il sale è contenuto nella marinatura.



I consigli di Valeria per la lettura

Il corpo porta a spasso le idee



Valeria Bodin
AMRER Onlus
Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna
ass.amrer@alice.it

**“Leggere è andare incontro
a qualcosa che sta per essere
e ancora nessuno sa cosa sarà”**

Italo Calvino

Cari lettori,

Un libro può raccontarti una bella storia, può parlarti delle emozioni di qualcuno, più darti una scarica di adrenalina, può metterti addosso angoscia o più farti ridere, ma può anche insegnarti qualcosa di nuovo e utile o farti capire concetti che non ti sono famigliari.

La lettura è anche espressione di determinati periodi di vita. Ci sono momenti in cui mi piace leggere fantasy o horror, ma anche periodi in cui mi piace leggere storie di viaggi (in particolare via mare) oppure favole per bambini, e spessissimo entro in libreria... guardo un libro che mi ispira senza sapere nulla di trama e autore...leggo le prime 5 o 6 righe e lo compro!

Direi che semplicemente mi piace e per quanto riguarda la lettura... che dire? Sono d'accordo con Woody Allen, leggo per legittima difesa!

In vista dell'autunno e delle prossime "fatiche" della ruotina quotidiana consiglio di regalare a se stessi e agli altri dei buoni compagni di viaggio... dei buoni libri.

Per chi regala libri il galateo presume delle maniere da osservare attentamente, una in particolare: "Come fare per la dedica". Ma che imbarazzo quando dobbiamo cercare una frase da scrivere sulla prima pagina! Mi spremo il cervello perchè deve essere assolutamente originale ed impensata. Ebbene, perchè cercare una frase inedita quando è tanto semplice mettere la sola firma "X a Y", la data e niente altro? La propria firma racchiude in sé mistero e un pizzico di sé stessi, fa nascere ricordi legati all'esperienze vissute con l'altra persona che riceve il regalo, lascia la giusta dose di mistero che ci libera anche da frasi posticce che a volte non ci appartengono...

Tornando a noi questa volta ho il piacere di presentare un Autore "giovane di penna", del nostro territorio Romagnolo, di cui un'opera tra quelle che vi suggerisco è ancora fresche di stampa. Abbiamo avuto il piacere di conoscere di persona Gabriele Mercati (questo è uno dei vantaggi nel curare una rubrica di libri), scrittore che ha una narrativa fluida e molto avvincente... Il suo genere? Narrativa storica, fantasy ma anche moderna; non vi nego che alla lettura di Matilda mi è tornato in mente la narrativa di Tolkien... I suoi libri sono un ottimo e originale regalo che vi permetterà di fare un'ottima figura, anticipando anche la critica letteraria che coronerà di successo la sua narrativa.

Buona lettura e al prossimo appuntamento!

“Fondare biblioteche è come costruire ancora granai pubblici, ammassare riserve contro l'inverno dello spirito che da molti indizi, mio malgrado, vedo venire.”

Memorie di Adriano - Marguerite Yourcenar

Incontri con l'autore

Appuntamento:
20 novembre 2014 - ore 18.00
Presentazione del libro **YING: il cinese e la ragazza**
Caffè Belli, Via Angioporto Guerrini, 9, Ravenna

L'autore devolverà il 20% dell'incasso a favore di AMRER Onlus per sostenere il progetto ECOSONOR.



Gabriele Mercati nasce nel 1948 a Ravenna, nella frazione "S. Pietro in Trento" dove trascorre gli anni della gioventù e attualmente vive a Porto Fuori - Ravenna.

Dopo aver conseguito la maturità per geometri, lavora come tecnico delle costruzioni e successivamente dopo una specifica specializzazione ha svolto mansioni di tecnico in informatica. Ora in pensione ha mantenuto la passione per l'informatica che è tornata ad essere un hobby, ha riscoperto l'agricoltura, suo secondo passatempo, essendo figlio di agricoltori.

La sua forte passione da sempre è la storia e i racconti di avventura; si scopre così anche un ottimo e abile scrittore. Negli ultimi anni scrive romanzi nei quali sposa fantasia e realtà, in un connubio armonioso e vibrante in cui si sposano anche tematiche di stretta attualità, come il ruolo della donna nella società, la crisi economica, il ruolo dei valori fondanti la società. Ha già scritto sei opere piuttosto corpose e avvincenti, e attualmente ha in stesura altri due lavori...

Tra le sue opere ricordiamo:

- *Pandemia, 2°* classificato ex aequo al concorso "Il Libro nel Cassetto", pubblicato con Edizioni Moderna di Ravenna
- *Matilda*, pubblicato da ABEditore di Milano in aprile 2014 è il primo libro della saga "Il Ducato dei Sette Castelli"
- *Ying, il cinese e la ragazza*, pubblicato in giugno 2014, con ABEditore

Quando qualcuno gli ha chiesto come gli sia venuta la passione di scrivere, ha risposto che l'ispirazione gli è venuta leggendo Ken Follett. Non si ritiene uno scrittore, ma semplicemente un racconta storie.

Altre notizie sono reperibili sul sito dell'autore www.edizioni.org
Email: vino_s@hotmail.com



Matilda: una donna moderna vissuta nel Medioevo

di Gabriele Mercati

Attraverso una narrazione fluida e avvincente, dove è sempre presente un connubio fra fantasia e realtà, l'autore ci catapulta in un terra lontana, facendoci sapientemente immergere in un oscuro Medioevo, laddove vivono Marco un giovane cavaliere e Matilda una fanciulla figlia di contadini.

In mezzo a tante vicissitudini, battaglie campali, assedi, nobili arroganti, nascerà fra i due un forte legame. Il loro amore, la voglia di giustizia e l'aiuto dei loro collaboratori porterà i due giovani a raggiungere alti livelli nella scala sociale. Matilda, la fanciulla che saprà trasformarsi da villica in donna colta e raffinata. Matilda la ragazza che diverrà l'energica e coraggiosa eroina che, sbaraglierà i prepotenti e che si ergerà a paladina in favore delle donne del suo tempo, da sempre oggetto di soprusi.

Nella narrazione si racconta la vita di un tempo che fu, il Medioevo: da molti considerato un periodo torbido, ma non per questo meno importante. Il romanzo fa parte della saga "Il Ducato dei Sette Castelli"

“Matilda trasporta il lettore in un medioevo parallelo, la trama è ben congegnata e avvincente, si legge tutto di un fiato!”



Ying: il cinese e la ragazza

di Gabriele Mercati

L'autore, attraverso una narrazione fluida e ricca di spinti genuini, ci fa immergere in uno spaccato di vita dei giorni nostri, dove le aziende chiudono, la disoccupazione aumenta, tante ragazze vengono vendute come schiave e costrette da gente immonda a vendere i loro giovani corpi. Unendo le loro forze Ying e Marika riusciranno a risorgere e a gettare un solido ponte verso il futuro?

Massima dell'autore: Ying è una parola cinese che significa "coraggio" ed è quello che per migliorare il mondo deve sorgere in ognuno di noi...

“Un romanzo che affonda la propria base narrativa nella nostra realtà attuale, dove la parola “crisi” purtroppo è entrata prepotentemente nel vocabolario comune, e i valori veri sono spesso sopiti, ma non dimenticati... un romanzo molto bello che supera il qualunquismo e si caratterizza per la sua storia fresca ed avvincente. Consigliato!!”



Una vita all'improvvisa

di Franca Rame e Dario Fo

All'apertura del sipario appaiono due ampi schermi sui quali sono proiettati un manifesto e una scenografia della commedia dell'arte. Entra in scena Franca. Comincia così la storia della vita di Franca Rame: una vita stracolma di esperienze che suo marito Dario, il figlio Jacopo, gli amici l'avevano ripetutamente invitata a raccontare, senza riuscire a vincere le sue resistenze. Finché un giorno Dario, aprendo il cassetto di un armadio, incappa in una grande busta di appunti. Curioso, di nascosto si fonda nella lettura: storie che raccontano di Franca bambina, della sua straordinaria famiglia di attori del teatro "all'italiana" le cui origini risalgono a cinque secoli fa, della carriera chiamata Balorda con cui si spostavano di piazza in piazza, dell'incontro con Dario, della loro vita e del loro lavoro teatrale comune, del successo di pubblico e della tormentata vicenda in Rai, dell'impegno sociale e politico, con spettacoli di denuncia - dalla corruzione alla mafia, dal golpe cileno alla morte di Pinelli -, delle battaglie e delle censure, dello stupro subito, fino all'impegno come senatrice. "Adesso provaci un pò a raccontarmi che non ce la fai a scrivere le tue storie! Queste cosa sono?!" le dice Dario sbattendo sul tavolo il malloppo. Discutono, litigano con accanimento, poi Franca sbotta: "E va bene, ci sto! Mi impegno a farne uno scritto da teatro... perfino un libro se vuoi! Però pretendo che tu mi dia una mano" Dario fa una risata e come un fulmine si mette a lavorare.

"Un libro semplicemente FANTASTICO! Per chi non conoscesse la storia di Franca Rame è assolutamente da leggere per entrare in contatto con un mondo che abbiamo appena lasciato alle porte, ma che non dobbiamo dimenticare perché ci aiuterà a comprendere e vivere meglio il nostro futuro... il tutto raccontato con una freschezza da "commedia dell'arte", davvero imperdibile!"



Il porto delle nebbie

di Georges Simenon

Il porto delle nebbie è ambientato a Ouistreham nella bassa Normandia. L'ispettore Maigret ci arriva perché sta accompagnando una persona, di lì originaria, trovata a Parigi colpita da amnesia. La cittadina ha un'economia legata essenzialmente all'attività del porto e all'interno nasconde - dietro una vita lenta e trascurabile - una fragilità umana e dei segreti imperscrutabili. Avviene un delitto e comincia l'indagine...

"Simenon si sente a suo agio in queste descrizioni carnali delle condizioni meteorologiche. Nel racconto la nebbia è fisica, materiale, opprimente, unisce tutta l'inchiesta; è un appannamento dell'esistenza, nella cui oscurità accadono i fatti delittuosi: "Una pace così profonda da sembrare minacciosa! Una pace calda e pesante."

"Un giallo d'autore, ho riscoperto Simenon quasi per caso in biblioteca, e ho preso sempre per caso questo romanzo che è il 15° di una lunghissima serie, che vi prenderà almeno per un paio di letture... si viene avvolti nella trama dello scrittore, che non si vorrà abbandonare, e si rimarrà affascinati dalla personalità dell'investigatore..."



I Pappagalli

di Filippo Bologna

Cosa succede se le tre stagioni dello scrivere s'incarnano in tre distinti personaggi? Prendete un ingenuo Esordiente a cui il successo ha dato alla testa, uno Scrittore affermato con qualche problema in famiglia, un Maestro al tramonto con gli acciacchi dell'età e fateli arrivare in finale al Premio letterario più ambito del paese. Sono narcisi, vanitosi, cinici. Cosa sono disposti a fare pur di vincere? Quanto lontano si possono spingere? E l'immortalità, si può pagare con la vita stessa?

Filippo Bologna torna con un romanzo ricco di colpi di scena, un apologo sulla vanità, una commedia nera, corale e dissacrante sui vizi del mondo letterario, che sono poi gli stessi della società italiana, su cui volteggiano misteriosi pappagalli neri.

Un grande libro, una goduria per la bravura, la perfidia, l'ironia, lo humour e una scrittura scoppiettante. C'è dentro il meglio della letteratura italiana (Piperno, Cappelli) ma anche il Martin Amis de L'Informazione per la sua acutezza nel descrivere i tic e il pathos tragicomico dei poeti e degli scrittori, le loro rivalità penose, le megalomanie, le piccole ossessioni e le grandi vanità del mondo letterario.



L'uragano d'un batter d'ali

di Tessa Sara

Quando torna a New York, dopo aver lasciato il Nevada, Sophie ha alle spalle una relazione fallita e tanta disillusione. Nella Grande Mela spera di ricostruirsi una vita e di dare un taglio a certi rapporti che l'hanno segnata, ferita, umiliata. Ma l'incontro con l'affascinante e ricco Adam Scott, stimola come non mai la sensualità di Sophie, suscitando in lei emozioni contrastanti a cui vorrebbe opporsi. Perché Adam è un uomo ambiguo, riluttante a qualsiasi legame sentimentale e abituato a sfogare i suoi più estremi istinti sessuali cambiando donna in continuazione. E Sophie ne è certa: sarà l'ennesima storia sbagliata. Eppure la sua volontà si piega, fino a cedere di fronte ai tentativi di seduzione di Adam. E tra i due si scatena una passione folle e senza limiti, fatta di amabili tormenti, conflitti aperti, brusche separazioni, crudeli vendette e dolcissimi ricongiungimenti... Lentamente e con tenacia, come una luce che penetra il buio, Sophie invade la solitudine di Adam, rendendolo vulnerabile dopo tanto tempo, ma finalmente vivo. Perché solo un amore tanto potente può costringere anche il più disincantato e cinico degli uomini a superare i propri limiti...

"Un romance scritto da un'italiana che fa concorrenza ai più famosi e pubblicizzati d'oltre oceano. Ok la storia non sarà proprio originalissima ma il libro è ben scritto, ti prende, non è mai banale neanche nell'immancabile lieto fine che forse andava arricchito un po'. Si legge piacevolmente... per gli appassionati del genere dispiacerà finirlo e abbandonare i protagonisti... cosa non di poco conto."



La questione morale

di Enrico Berlinguer

Roma, 28 luglio 1981. L'intervista rilasciata da Enrico Berlinguer a Eugenio Scalfari contiene una scudisciata che il giorno dopo farà sobbalzare i lettori della Repubblica e mezza classe politica italiana: "I partiti di oggi sono soprattutto macchine di potere e di clientela". Nessun leader, nel tempo della Prima Repubblica, con l'esclusione dell'antisistema Marco Pannella, aveva mai osato tanto. Sono passati trent'anni da quel giorno. Trent'anni di questione morale. Trent'anni di rabbia e di oblio. È stato esattamente trent'anni fa, che in un'estate calda Enrico Berlinguer ha coniato, in un'intervista che sarebbe entrata in tutti gli archivi, questa locuzione destinata a raccontare l'Italia di allora, quella di Mani pulite (che sarebbe arrivata undici anni più tardi) e, purtroppo, anche quella che stiamo vivendo, nel tempo dei pizzini, degli appalti facili, della P3 e della P4.

Sono passati trent'anni dalla scomparsa di Enrico Berlinguer, eppure il suo esempio e la sua tensione ideale e morale restano inalterati, continuando a ispirare grandi passioni politiche. Consigliato per essere meglio informati e capire l'attualità dei nostri giorni.



Il telefono senza fili

di Marco Malvaldi

"Ora, Ampelio, secondo lei io mi metto a parlare del caso qui, al bar, di fronte a tutto il paese?". "Come, tutto il paese? Ci siamo solo noi quattro". 'Appunto' confermò la commissaria. Ma in realtà tra la giovane commissaria Alice Martelli e i quattro vecchietti del BarLume s'è creato un feeling operativo. Il pettegolezzo come sistema investigativo trova una riconosciuta efficacia. È successo che Vanessa Benedetti è scomparsa. Venuta da fuori, dalla "lontana" Umbria, gestisce col marito Gianfranco, da cui ha divorziato per motivi fiscali, uno zoppicante agriturismo. Un giorno ordina chili e chili di carne, ma i tedeschi suoi ospiti pranzano regolarmente al Bocacito, il ristorante di uno dei pensionati. Poi svanisce nel nulla. Questo basta ai vecchietti per saltare al thriller: Vanessa uccisa dal marito che si è liberato del corpo. Tutte farneticazioni di anziani perdigiorno? A moltiplicare le ipotesi infinite che rimbombano nel BarLume, spunta una svolta imprevedibile. Atlante il Luminoso, un cartomante di successo, che aveva pronunciato da una televisione privata la sua preveggente verità sul caso Vanessa, viene ritrovato cadavere. Assassinio o suicidio? Nonostante la canicola a Pineta, i vecchietti del BarLume, con l'interprete investigativo delle loro maldicenze Massimo il barista, sono in forma smagliante per dissolvere ogni dubbio, con l'arma della battuta letale e della rissa verbale, nel loro nuovo mistero.

"Lo so, vi avevo già proposto i romanzi di Malvaldi e del Bar Lume... ma non resisto e voglio consigliarvi anche questa nuova "avventura" dei vecchietti di Pineta... davvero esilarante!!!"

contattaci

Vuoi condividere con noi un libro, una lettura, hai suggerimenti da darci?

Scrivici: ass.amrer@alice.it
oppure chiamaci allo 051.24.90.45

L'Associazione e i suoi Associati

L'arte, e la passione di un associato



Samantha Panaroni
AMRER Onlus
Associazione
Malati Reumatici
Emilia Romagna
samantha.panaroni@gmail.com

Cari lettori,

voglio presentarvi un'artista che ha esordito diversi anni fa con la prima copertina a tema del periodico AMRER... Mirko Bravi, ceramista del territorio di Pesaro. Fu una sperimentazione quella di abbinare le copertine ad opere di artisti che ha riscosso notevole successo dando vita anche a questa rubrica dedicata, e moltissime persone ci regalano opere e copertine uniche!

Vi presento in queste pagine una pillola del lavoro di questo giovane ceramista, una sua recentissima produzione di 4 "piatti" decorati che mi hanno davvero catturato! Il primo è dedicato alla figura della donna e all'ideale di bellezza, gli altri 3 sono dedicati al Rossini Opera-Festival che si tiene a Pesaro durante il periodo estivo in omaggio al compositore Gioachino Rossini.

Mi permetto con modestia di vestire l'abito del critico e di farvi una veloce presentazione del primo piatto "Evoluzione femminile" in quanto è il mio preferito...

Le altre 3 opere sono un pregevole omaggio al compositore Gioacchino Rossini e si ispirano ad alcune delle sue opere teatrali più conosciute: **La Gazza Ladra, Moisè et Pharaon, Il Viaggio a Reims**

L'artista

MIRKO BRAVI ha studiato ceramica all'Istituto d'Arte "F.Mengaroni" di Pesaro, per poi specializzarsi in scultura e restauro della ceramica, all'Istituto d'Arte "G. Ballardini" di Faenza (RA). Tutt'ora continua nelle sue esperienze di restauratore e scultore sia in Italia che all'estero, operando presso il suo studio a Pesaro in Via Pantano n.40.

E' socio ed è membro del Consiglio Direttivo dell'Associazione "Amici della Ceramica" di Pesaro.

PER CONOSCKERLO MEGLIO:

Tel. cellulare 333.3499447
E-mail: mirko.bravi@libero.it



"Evoluzione Femminile"



"Evoluzione femminile" è dedicato all'evoluzione iconografica femminile durante i secoli. Attraverso una reinterpretazione della bellezza del profilo di donna dal periodo rinascimentale al periodo Liberty, "aggiornata" con simboli stilizzati che richiamano l'universo femminile odierno Mirko Bravi ha sviluppato questa opera appositamente per il 3° Concorso Internazionale Biennale "Tra Tradizione e Modernità" riscuotendo un ottimo apprezzamento.

Le **scarpe** con lunghi tacchi e i **rossetti** diventano un decoro strumentale alla "bellezza" che rimane al centro dell'opera. I vari oggetti insinuati fra la capigliatura moderna della donna esaltano icone di femminilità: la **farfalla** allegoria della leggerezza e delicatezza, il **candelabro** simbolo di luce, di luminose idee e naturalmente di romanticismo, i **fiiori** stilizzati sono un chiaro richiamo al fascino e alla naturalezza, il **pacco regalo** allegorico cenno alla donna che si fa sorpresa e sa sorprendere sempre, infine la piuma come espressione dell'eros femminile che sa solleticare i desideri. La soluzione del monocromo bianco e blu intervallato dal graffito dello smalto che crea le figure al bordo, è frutto di una specifica ricerca stilistica di Bravi che ricorda la ceramica tradizionale graffita.



Omaggio all'opera di Gioachino Rossini



La Gazza Ladra - 2014

La Gazza Ladra

Gioachino Rossini
1817 - Melodramma

Di piacer mi balza il cor;
ah, bramar di più
non so:
e l'amante e il genitor
finalmente rivedrò
(Ninetta, Atto I - scena II - cavatina)

A questo seno
resa mi fia
qual figlia mia
io l'amerò,
Saprò corregger
i miei trasporti,
gli antichi torti
riparerò.
(Lucia - Atto II, scena XII - Aria)



Moise et Pharaon - 2014

Moise et Pharaon

Gioachino Rossini
1818 - Azione tragico sacra

Dal tuo stellato soglio,
signor, ti volgi a noi:
pietà de' figli tuoi,
del popol tuo pietà!
(Mosè - Atto III - Scena I - Preghiera)

È il ciel per noi sereno,
se pria fu avverso, e fiero:
ti calmerà, lo spero,
dolce, e soave amor.
(Faraone - Atto II, scena I - Duetto)



Il Viaggio a Reims

Il Viaggio a Reims

Gioachino Rossini
1825 - Opera buffa

Di vaghi raggi adorno,
in ciel risplende il sole;
sarà un sì ameno giorno
propizio ai viaggiator
(Madama Cortese - Scena III)

Si, di matti una gran gabbia
ben si può chiamar il mondo
forse appunto perch'è tondo
testa quadro non vi sta.
(Barone - Scena VIII)

Felicitazioni agli Sposi!

Un sincero augurio ad Emma e Ambrogio che il 21 giugno 2014 sono convolati a nozze e ci hanno mandato una foto dei primi momenti da sposati! AMRER con il suo Consiglio Direttivo e tutti i soci vogliono inviare loro tantissimi auguri affinché questo giorno sia l'inizio di un felice e lungo futuro insieme! ■



Un ringraziamento per il climatizzatore della sede di Bologna!

Affrontare l'estate in sede a Bologna è solitamente un "duro lavoro" per il caldo delle ore centrali della giornata... vogliamo ringraziare in queste pagine Marco di Bologna che ha pensato a noi e dopo aver testato di persona il "caldo clima" durante la ristrutturazione dei locali ci ha dotato di un condizionatore... vorrà mica dirci di lavorare qualche ora in più?! scherzi a parte un sincero ringraziamento per il suo pensiero e per il prezioso dono che rende ancora più accogliente la sede regionale. ■



DONAZIONI A FAVORE DEI MALATI REUMATICI

Per tutti coloro che desiderano sostenere le attività di AMRER Onlus a favore dei malati reumatici ricordiamo che è possibile eseguire le donazioni sui seguenti conti correnti:

- **CONTO CORRENTE POSTALE n. 12172409**
(con bollettino postale o tramite POSTAGIRO, oppure bonifico su IBAN – IT70 L076010240000012172409)
- **CONTO BANCARIO IBAN: IT 72 L 02008 02416 000002971809**



Bomboniere solidali

Se in occasione di un matrimonio, un battesimo, una comunione o qualsiasi altra ricorrenza da festeggiare vuoi fare un gesto d'amore per sostenere le attività dell'Associazione a favore dei malati reumatici contattaci:

studieremo assieme la bomboniera e la pergamena personalizzata.

Tel./Fax. 051.249045 - Cell. 3495800852
ass.amrer@alice.it – www.amrer.it



Da oggi donare è ancora più facile, puoi dare il tuo contributo anche con la carta di credito

Ricordiamo che le donazioni ad AMRER Onlus eseguite con strumenti bancari (versamenti su conto corrente poste o banca - carta di credito) sono detraibili dalle tasse fino ad un 26% di quanto versato.



L'Associazione e i suoi Associati

Un saluto a chi ci ha lasciato

Accanto ai momenti di gioia, la vita ci pone sul piatto della grande bilancia che la caratterizza anche i momenti di dolore come la perdita dei nostri cari... e' giusto ricordarsi e ricordare con lo stesso valore e peso anche di questi momenti preziosi che portano con se tanti ricordi e tanti momenti di vita.

AMRER e tutti gli associati si stringono attorno ai famigliari e ai cari delle persone che ci hanno lasciato.

Vogliamo salutare e ricordare in questo spazio **Ada Grazia**, che fu presidente di AMRER dal 2004 al 2006, **Annita Zanelli**, nostra socia da tanti anni, **Giuliana Farinelli**, presidente dell'associazione consorella del Lazio.

A tutti i familiari e loro cari le nostre più sentite condoglianze. Ringraziamo tutti coloro che, in memoria dei propri cari, hanno voluto fare una donazione ad Amrer Onlus aiutandoci così nella nostra opera di sostegno al malato reumatico. ■



Giuliana Farinelli

Cara Giuliana ti vogliamo ricordare con sincero affetto ed una foto in cui sorridente posi con il gruppo di volontari durante un appuntamento per l'associazione malati reumatici del Lazio che hai presieduto con onore tanti anni.

Ciao Giuliana.



Ada Grazia

Un caro saluto ad Ada, che per il suo grande impegno sociale ha contribuito a far crescere questa nostra Associazione con grande impegno e amore per il prossimo.

Grazie Ada a nome di tutta l'Amrer.



Annita Zanelli

La famiglia ci ha mandato parole cariche di forza e sentimento che condividere con tutti voi

"Annita ha sempre lottato e combattuto per affrontare la sua malattia, e le patologie ad essa collegate, a testa alta, con grande determinazione, serenità, forza e coraggio, cercando di mantenere una qualità di vita pienamente soddisfacente. La sua vitalità e la sua forza d'animo sono state di grande esempio per noi e tutti quelli che hanno avuto la fortuna di incontrarla e conoscerla, ed il vuoto che ha lasciato è incolmabile."

Melissa, Simonetta e Dante.

Con sincero affetto ci stringiamo attorno a tutti voi.

Canzone

*Ma adesso che viene la sera
ed il buio mi toglie
il dolore dagli occhi
e scivola il sole
al di là delle dune
a violentare altre notti:
io nel vedere quest'uomo
che muore,
madre, io provo dolore.
Nella pietà
che non cede al rancore,
madre, ho imparato l'amore".*

*Fabrizio De Andrè,
da "Il Testamento di Tito"*





Dal 1979 un impegno continuo
a favore dei Malati Reumatici

**Grazie al tuo aiuto potremo fare
sempre di più per tante persone!**

Tel e Fax 051 24.90.45 • Cell. 335 622.38.95
ass.amrer@alice.it • www.amrer.it