

# Malato Reumatico

il notiziario del



Giugno 2017  
Notiziario AMRER • Numero 46

*Periodico informativo*

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

**Assegno e pensione di disabilità:** tali prestazioni sono rivolte a persone con invalidità che abbiano svolto un minimo di attività lavorativa come dipendenti presso datori di lavoro privati (sono esclusi i dipendenti pubblici) oppure come lavoratori autonomi. » **Interno pagina 36**

## Atti e approfondimenti su Artriti Infiammatorie Croniche

**Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante**  
Dai fattori genetici e ambientali fino ai più aggiornati criteri per fare una diagnosi precoce.

*Interno pagina 14*

**Artriti non solo le articolazioni**  
Cuore, polmoni, cute e occhio approfondimenti dagli esperti.

*Interno pagina 24*

**Artrite Idiopatica Giovanile - AIG**

Tra le più frequenti malattie croniche dell'infanzia non costituisce una singola malattia, ma una sindrome con differenti eziologie. Conosciamola in dettaglio.

*Interno pagina 18*



### Registro farmaci e pazienti in Emilia Romagna

Presentato il primo registro pubblico da Regione e AMRER per favorire monitoraggio e appropriatezza a favore dei pazienti reumatici. » *Interno pagina 6 e 32*

### Esenzioni per patologia

**35.639 esenzioni attive  
in Emilia Romagna**

Cresce l'incidenza delle esenzioni per malattie reumatiche in regione. AMRER pubblica il report aggiornato al 31/12/2016. » *Interno pagina 12*



### Approfondimenti

**GRAVIDANZA E ARTRITI:** Counseling e chances terapeutiche appropriate per affrontare al meglio il lieto evento. » *Interno pagina 30*

### LA TERAPIA RIABILITATIVA NELLE ARTRITI:

Necessaria nell'approccio multidisciplinare per favorire la migliore presa in carico.

» *Interno pagina 34*



## 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 Rillevanza 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



Ricordiamo che anche quest'anno è possibile attribuire il

# 5x1000

ad AMRER inserendo nella dichiarazione dei redditi il codice fiscale:

**Cod. Fiscale 80095010379**

Un gesto molto importante per AMRER e per tutti i pazienti reumatici!

## Legenda

- Appuntamenti
- Attività svolte
- Articoli medici
- Approfondimenti e Interviste
- Diritti
- Il filo della storia
- Ricette
- Letture
- 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

Roberto Banzi - Annamaria Carparelli

Nadia Forlani - Guerrina Filippi

Emanuela Mislei - Maria Grazia

Piazza Liliana Presciuttini

Silvana Stefani - Marta Venerandi

### Coordinatore attività

Daniele Conti

### Si ringraziano per la collaborazione:

Olga Addimanda, Luca Cimino, Daniele Conti, Alessandro De Fanti, Monica Dabori, Melissa Padovan, Michele Giglio, Marcello Govoni, Valentina Lazzari, Stefano Masiero, Riccardo Meliconi, Massimo Morri, Maria Grazia Piazza, Samantha Panaroni Marco Sebastiani.

### Progetto grafico

Elisa Peron - [elisaperon.gd@gmail.com](mailto:elisaperon.gd@gmail.com)

### Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica

Editore Villa Verucchio" s.r.l.

[www.lapievepoligrafica.it](http://www.lapievepoligrafica.it)

Stampato il 19 giugno 2017

Tiratura 6500 Pezzi

Si ringrazia per il contributo non condizionato finalizzato alla pubblicazione degli atti convegno ottobre 2016:



## All'interno del Notiziario

- pg. 3 Editoriale
- pg. 4 **Attività svolta - convegni**  
**Convegno sulle Artriti Infiammatorie**  
Bologna D 29 ottobre 2016  
**Conferenza Stampa sul Registro Reumatologico**  
Bologna D 1 dicembre 2016  
**Convegno Cannabis Terapeutica**  
Bologna D 8 aprile 2017
- pg. 10 **Attività svolta - azioni di sensibilizzazione**  
**Partecipazioni pubbliche**  
Congresso SIR - Rimini  
**Progetto "Colora la sala d'attesa"**  
Reggio Emilia  
**Bilancio AMRER Onlus 2016**  
Bologna  
**Campagne di Natale e Pasqua**  
Regione Emilia Romagna
- pg. 12 **Esenzioni e nuovi LEA**  
Aggiornamento regionale e nazionale
- pg. 13 **Progetto Benessere Fibromialgia**  
Percorso di attività motoria in ambiente termale
- pg. 14 **Dai sintomi alla diagnosi precoce: artrite reumatoide**  
A cura di Marcello Govoni
- pg. 16 **Artrite Psoriasica e altre Spondiloartriti**  
A cura di Michele Giglio
- pg. 18 **Artrite Idiopatica Giovanile - AIG**  
A cura di Alessandro De Fanti
- pg. 21 **Artriti Infiammatorie Croniche: fattori genetici e ambientali**  
A cura di Riccardo Meliconi
- pg. 24 **Il ruolo del reumatologo nell'impegno cuore-polmone**  
A cura di Marco Sebastiani
- pg. 26 **Impegno cutaneo nell'Artrite Psoriasica**  
A cura di Massimo Morri
- pg. 28 **Le complicanze dell'occhio**  
A cura di Luca Cimino
- pg. 30 **Gravidanza in corso di Artriti**  
A cura di Melissa Padovan
- pg. 32 **Registro reumatologico regionale**  
A cura di Olga Addimanda
- pg. 34 **La terapia riabilitativa**  
A cura di Valentina Lazzari e Stefano Masiero
- pg. 36 **Invalidità ed handicap: "Assegno e pensione di invalidità"**  
A cura di Monica Dabori
- pg. 38 **I nostri consigli in cucina**  
L'estate è alle porte
- pg. 40 **Il corpo porta a spasso le idee**  
I consigli di lettura di Maria Grazia
- pg. 42 **L'arte e la passione di un'associata**  
A cura di Samantha Panaroni
- pg. 43 **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., Giovedì e Ven.

10.00/13.00

Sabato si riceve su appuntamento.

Tel. / Fax. 051 249045 - Cell. 335 6223895

[ass.amrer@alice.it](mailto:ass.amrer@alice.it) - [www.amrer.it](http://www.amrer.it)

## L'opera umana più bella è di essere utile al prossimo.



**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

Care amiche e cari amici,

ogni volta che devo riempire questo spazio faccio mente locale a tutte le attività che abbiamo svolto, alle domande che ci rivolgono le tante persone che si mettono in contatto con noi e da noi hanno risposte serie e puntuali. Ecco su questo voglio partire... voglio ringraziare i tanti volontari che fanno l'Associazione e con costanza dedicano il proprio tempo, impegno e amore attraverso AMRER a favore delle persone con malattie reumatiche. Non riuscirei ad elencarli tutti in questo spazio, ma posso dire loro grazie da parte mia e di tutta l'Associazione!

E' importante poter contare su un gruppo forte, autorevole e preparato a "lottare"... si a "lottare", perché il mio pensiero, dopo aver ringraziato loro, va alle sfide che abbiamo davanti!

Il 2017 è un anno impegnativo sotto tantissimi fronti e voglio condividere con voi alcune delle più stringenti. **Fibromialgia**: a costo di sembrare troppo concentrata su questo tema, voglio rimarcare il nostro impegno nel riconoscimento di questa Malattia o Sindrome che in Emilia Romagna, da recenti proiezioni, interessa oltre 50.000 persone. Finalmente a fine giugno avremo un **Documento di Consenso** da parte della regione che non risolverà in quanto tale i problemi, ma rappresenterà un riconoscimento della malattia, e così una prima piattaforma pubblica su cui poter lavorare ai servizi per i pazienti. La vera sfida consisterà nel supportare il cambiamento culturale di mentalità e approccio in coloro che prenderanno in carico le persone con questa patologia. Sarà un processo lungo che faremo assieme ai clinici e alle Istituzioni regionali per dare risposte serie e concrete... a fine giugno è prevista la pubblicazione del Documento, di cui ho potuto condividere in bozza. Avremo bisogno di tutta la squadra e di tanti volontari!!

Portando l'attenzione a temi più diffusi ed altrettanto

importanti devo subito far riferimento al piano delle cronicità, approvato a livello nazionale e ora da trasferire a livello regionale. Nel documento le Malattie Reumatiche sono state prese e incardinate come obiettivo specifico. L'attenzione verso la costruzione di modelli organizzativi per l'**Artrite Reumatoide** dovrà essere per noi una chiave di volta per richiedere un intervento organizzativo verso la codificazione delle **reti reumatologiche**. Definizione che può apparire astratta, ma che è di vitale importanza per permettere di mantenere attivi i servizi e migliorare presa in carico, approccio e accesso alle chances terapeutiche e riconoscimento dei diritti dei pazienti. Questa "modernizzazione" dei percorsi, attraverso PDTA e modelli organizzativi specifici per malattie croniche e per quelle diventate rare dovrà essere fortemente sostenuta da tutti noi... e non potremo esimerci dal portare all'amministratore il nostro punto di vista ed i bisogni dei pazienti.

**Chances Terapeutiche**: il 2017 è un anno che vede e vedrà progressivamente delle piccole rivoluzioni in questo campo... entreranno in gioco sempre più i **farmaci biotecnologici - biosimilari - small molecules - preparati galenici** come la **cannabis**



*Nulla di quello che accade all'uomo  
deve risultarci estraneo.*

**terapeutica**. Come pazienti c'è la possibilità di non riuscire ad orientarsi correttamente... e anche qui dovremo fare un'operazione di sensibilizzazione e affiancamento sia ai pazienti sia ai clinici affinché ci sia un processo condiviso di comunicazione e rispetto delle esigenze ed istanze di tutti.

Malattie rare: la **Sclerodermia** ha ricevuto un riconoscimento di **MALATTIA RARA** da parte del ministero... può sembrare un punto di arrivo... ma rappresenta solo l'inizio di un lungo, lunghissimo lavoro per far sì che i centri, che oggi erogano servizi di presa in carico, mantengano e anzi aumentino qualità e opportunità per i pazienti. Questa malattia, davvero subdola e severa, ha ancora molta strada davanti a sé per ricevere un giusto e corretto approccio. Occorre investire in supporto alle strutture, affinché si dotino di strumentazione e competenze organizzative appropriate, supporto ai pazienti, affinché possano trovare affiancamento fin dalla diagnosi e poi nella gestione della malattia... occorre in soldoni realizzare un processo di innovazione nella presa in carico e codificare i percorsi più appropriati.

In tutto questo macro-elenco delle aree su cui stiamo già lavorando, occorrerà fare anche un processo di **formazione ai volontari** che abbiamo appena avviato e che dovrà essere un nostro punto fermo per il prossimo semestre e per il prossimo anno, affinché si possa essere preparati e sempre più vicini a tutti voi sui singoli territori.

Quindi auguro a tutto lo "staff" di AMRER un buon lavoro, auguro a tutti voi di poter passare una serena estate, ormai alle porte, e ricordo l'importanza di continuare a sostenerci con **le iscrizioni ed i rinnovi** delle stesse per aumentare sempre di più il "peso" e la forza delle nostre richieste!

Buon Notiziario a tutti!

Guerrina Filippi ■

facebook



Segui le attività  
di AMRER  
anche su Facebook



[www.facebook.com/AmrerAssMalatiReumaticiEmilaRomagna](http://www.facebook.com/AmrerAssMalatiReumaticiEmilaRomagna)



Destina il  
**5x1000**  
a favore dei Malati Reumatici

AMRER onlus

Cod.Fiscale 80095010379

Tel./Fax 051 24.90.45 - Cell. 335 622.38.95  
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

## Rinnovo della quota sociale - Anno 2017

Ricordiamo agli associati l'importanza di versare la quota associativa per permettere di continuare a far fronte alle spese legate alla stampa e spedizione dei materiali.

**Quota Socio Ordinario 15,00 Euro**

**Quota Socio Sostenitore 30,00 Euro**

La ripartizione delle quote in soci ordinari e sostenitori vuole rendere possibile la ricezione del notiziario senza essere in difetto a chi ha bassi redditi invitando invece tutti gli altri a sostenere AMRER nell'affrontare le maggiori spese!



29 ottobre 2016 • Bologna • Aemilia Hotel

Convegno nazionale sulla artriti infiammatorie croniche

## Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica e altre Spondiloartropatie



In occasione della giornata nazionale dedicata alla sensibilizzazione sulle malattie reumatiche AMRER ha voluto fare il punto sulle più severe forme di artriti e spondiloartriti con i professionisti socio-sanitari.

Vi riportiamo qui un report fotografico della giornata, e all'interno di questo numero gli atti del convegno, che ha visto riunirsi più di 250 persone interessate da malattie infiammatorie croniche, famigliari e medici in formazione!

Un ringraziamento particolare a tutti i relatori e a tutti i volontari che hanno reso possibile questo evento!

### Alcuni scatti della giornata: i relatori



Alessandro De Fanti  
Reumatologia Pediatrica - Aosp. S. Maria Nuova di Reggio Emilia



Annamaria Marata  
Politiche del Farmaco - Regione Emilia Romagna



Carlo Salvarani  
Reumatologia - Aosp. S. Maria Nuova di Reggio Emilia



Clodoveo Ferri  
Reumatologia - Policlinico di Modena



Melissa Padovan  
Reumatologia - Aosp. S. Anna - Cona di Ferrara



Michele Giglio  
Reumatologia - Aosp. S. Carlo di Potenza



Ester Giaquinto  
Nutrizione Clinica - Ausl di Romagna - Osp. Bufalini di Cesena



Gianluigi Baiocchi  
Reumatologia - Aosp. S. Maria Nuova di Reggio Emilia



Luca Cimino  
Oculistica - Aosp. S. Maria Nuova di Reggio Emilia



Riccardo Meliconi  
Reumatologia Ist. Ortopedico Rizzoli di Bologna



Massimo Reta  
Reumatologia - Ausl di Bologna - Osp. Maggiore



Nazzarena Malavolta  
Reumatologia - Aosp. Policlinico S. Orsola di Bologna



Marcello Govoni  
Reumatologia - Aosp. S. Anna - Cona di Ferrara



Marco Sebastiani  
Reumatologia - Policlinico di Modena



Massimo Morri  
Ausl di Romagna - Osp. Infermi di Rimini



Valentina Lazzari  
Riabilitazione Ortopedica - AOSP di Padova



Olga Addimanda  
Reumatologia Ist. Ortopedico Rizzoli di Bologna



Alessandra Bezzi  
Reumatologia Ausl di Romagna - Osp. Infermi di Rimini



Alcuni scatti della giornata: pubblico e volontari al lavoro



Andrea Longanesi  
Direzione Sanitaria Ausl  
Bologna



Referente AD Arte Congressi



Daniele Conti e Guerrina Filippi  
AMRER Onlus



Guerrina Filippi  
Presidente AMRER Onlus



Bologna • 1 dicembre 2016 • Conferenza Stampa • Palazzo D'Accursio

## Malattie Reumatiche: presentato il primo Registro Reumatologico pubblico dell'Emilia-Romagna



**Attivo il primo Registro pubblico dei pazienti con artrite reumatoide in trattamento, realizzato grazie alla partnership tra la Regione Emilia-Romagna, AMRER - Associazione Malati Reumatici Emilia-Romagna e la Rete reumatologica del territorio.**

**Il Registro permetterà di raccogliere i dati sull'impatto delle terapie biologiche nella vita reale migliorando i percorsi di cura e la qualità di vita dei pazienti con malattie reumatiche.**

**Bologna, 1 dicembre 2016** – Una mappa dettagliata, capillare, aggiornata sulla storia clinica e il percorso di cura di migliaia di pazienti con artrite reumatoide, malattia reumatica invalidante. Obiettivo principale: andare oltre i risultati degli studi clinici e capire l'impatto che hanno nella vita reale dei pazienti i nuovi farmaci biologici, misurarne l'appropriatezza d'uso, comprendere il fabbisogno terapeutico del territorio.

L'Emilia-Romagna è la prima Regione italiana ad aver attivato un **Registro pubblico Reumatologico** dedicato per ora ai pazienti con artrite reumatoide in trattamento e dal prossimo anno allargato anche ai pazienti con spondilite anchilosante classica, spondiloartrite assiale e artrite psoriasica. Una risorsa utile ai pazienti, ai quali assicurerà terapie sempre più su misura delle loro caratteristiche, ai decisori, che avranno informazioni fondamentali per programmare interventi e scelte di politica sanitaria aderenti ai bisogni della popolazione, agli specialisti, che potranno confrontare i casi clinici sulla base di parametri omogenei.

Il Registro, presentato oggi a Bologna, è stato realizzato grazie a una partnership d'eccellenza tra la Regione Emilia-Romagna, che lo ha validato, l'Associazione Malati Reumatici Emilia-Romagna (AMRER) e tutti i Centri della Rete reumatologica della Regione.

«Le malattie reumatiche rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Nazionale e per le Sanità regionali. Uno degli obiettivi che da tempo abbiamo perseguito è quello di garantire un livello di omogeneità dei servizi su tutto il territorio in termini di accesso alle varie opzioni terapeutiche, anche quelle più innovative in termini di appropriatezza – dichiara **Sergio Venturi**, Assessore alle Politiche per la

Salute della Regione Emilia-Romagna – da questo punto di vista, il Registro reumatologico non è semplicemente uno strumento per l'appropriatezza terapeutica, utile a chi ha il compito di programmare l'offerta sanitaria, ma servirà anche a migliorare la qualità assistenziale, dandoci informazioni su aspetti di analisi epidemiologica: come vengono trattati i pazienti, con quale tipo di trattamento, con quale tipo di assistenza».

Secondo dati recenti (ISTAT) circa un italiano su 10 (8-10% della popolazione) convive con una delle oltre 120 diverse forme di malattie reumatiche che comprendono sia patologie come artrosi, reumatismi extrarticolari, osteoporosi, che forme a carattere infiammatorio o a genesi autoimmunitaria come l'artrite reumatoide. In Emilia-Romagna sono circa 34.000 i pazienti con malattia reumatica, circa 13.000 quelli con artrite reumatoide.

Oltre ai dati di efficacia e sicurezza dei farmaci nella vita reale post studio clinico, il Registro Reumatologico, scaturito da un Progetto di Ricerca Finalizzata Università/Stato-Regioni su proposta dell'UOC di Reggio Emilia, misura alcuni indicatori indiretti legati alla qualità della vita che rispecchiano il livello di disabilità.

«Il valore clinico di questo Registro è importantissimo per una serie di motivi: ci permette di valutare l'appropriatezza terapeutica per un determinato agente biotecnologico e di valutare l'efficacia dei farmaci nella vita reale, al di là dei criteri molto rigorosi di inclusione dei trial clinici; inoltre, in quanto Registro prospettico ci dà la possibilità di valutare la sicurezza dei farmaci nel lungo periodo – commenta **Carlo Salvarani**, Direttore SC di Reumatologia all'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia – i dati raccolti serviranno per verificare e valutare la sicurezza dei farmaci confrontandoli tra di loro, studiare sottogruppi di pazienti non considerati nei trial clinici, fornire ai reumatologici parametri di valutazione omogenei dei pazienti con artrite reumatoide, spondilite anchilosante classica, spondiloartrite assiale e in futuro anche artrite psoriasica».

Grazie al Registro, sono già disponibili alcune importanti indicazioni sul trattamento dell'artrite reumatoide, relativi al primo anno d'osservazione su 1.157 pazienti con artrite reumatoide

seguiti per 12 mesi in 13 Centri reumatologici dell'Emilia-Romagna divisi in tre gruppi: pazienti con AR di nuova diagnosi, pazienti con AR ad alta attività di malattia che iniziavano un biologico e pazienti con AR ad alta attività di malattia che continuavano il farmaco di fondo non biologico. Due le principali e più importanti evidenze: la risposta è tanto migliore quanto più precoce è il trattamento e, nel lungo termine, la risposta è migliore nei pazienti in terapia con i farmaci biologici rispetto a quelli trattati con i farmaci di fondo tradizionali; ottimo anche il profilo di sicurezza in quanto non ci sono differenze rispetto a infezioni e neoplasie tra farmaci biologici e farmaci tradizionali.

La tempestività del trattamento è un fattore chiave nella gestione delle malattie reumatiche: «Nella nostra Regione per rispondere al bisogno di identificare e trattare tempestivamente alcune patologie reumatiche, come ad esempio l'artrite reumatoide, la maggior parte dei Centri reumatologici ha istituito ambulatori dedicati, le cosiddette "Early Arthritis Clinic", specificatamente finalizzate alla diagnosi precoce, ai quali si accede attraverso percorsi agevolati – osserva **Marcello Govoni**, Direttore Dipartimento di Reumatologia, AOU Arcispedale Sant'Anna di Ferrara (località Cona) – le caratteristiche eterogenee delle malattie reumatiche e la loro complessità richiedono una presa in carico che tenga conto soprattutto della cronicità, trattandosi di malattie che perdurano nel tempo, gravate da un rilevante impatto in termini di potenziale disabilità e penalizzazione della qualità della vita dei pazienti, se non adeguatamente e precocemente trattate».

La convivenza quotidiana con una malattia reumatica è resa problematica dal dolore, sintomo principale, dalla scarsa comprensione che il paziente trova in ambito familiare, sociale e lavorativo e anche dalla limitata informazione su queste patologie che porta molti pazienti a informarsi attraverso Internet. Anche i pazienti di età più avanzata ricorrono alla rete per cercare informazioni e trovano risposte non certificate e validate, che spesso inducono in errore, sviando dalle proposte e dalle opzioni terapeutiche ufficiali.

Il Registro è una grande opportunità

per tutti i pazienti e potrà contribuire ad aumentare l'informazione su queste patologie, a farli uscire dall'isolamento, a trovare risposte terapeutiche che tengano conto delle loro esigenze specifiche. AMRER supporterà questo strumento con attività di sensibilizzazione volta a far conoscere l'iniziativa ai pazienti e a chiedere loro di acconsentire alla condivisione dei dati clinici.

«Il Registro regionale dei pazienti con malattia reumatica in trattamento è un tassello importantissimo per migliorare il percorso di cura e, quindi, la qualità della vita dei pazienti – sottolinea **Daniele**

**Conti**, Responsabile Area Progetti di AMRER Onlus – *questi ultimi devono autorizzare il trattamento dei propri dati ed è necessario che siano consapevoli dell'importanza e delle opportunità che questo strumento offre nel migliorare la presa in carico della malattia e della persona con malattia reumatica*».

Sono già "in cantiere" una serie di eventi locali denominati "Incontri Reumatologici" che vedranno coinvolte tutte le strutture della regione Emilia-Romagna con la collaborazione dei clinici dei rispettivi territori, per promuovere l'informazione sul tema Farmaci e Malattie Reumatiche e spiegare l'importanza del Registro.

### **I Centri della Rete reumatologica del territorio emiliano-romagnolo coinvolti nel Registro:**

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Piacenza, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, Azienda USL – Ospedale Maggiore, Istituto Ortopedico Rizzoli e Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Azienda USL della Romagna (sedi di Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna), Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. ■

### **Alcuni scatti della conferenza stampa**



### **RASSEGNA STAMPA: Raggiunti oltre 13 mln di lettori**





Bologna • 8 aprile 2017 • Assemblea Annuale • Ospedale Maggiore di Bologna

## Cannabis terapeutica: legale e rimborsata in Emilia Romagna e altre 10 Regioni, ma mancano regole chiare e informazione. A Bologna il primo convegno italiano sul tema

Scarseggiano regolamentazione, conoscenza e informazioni corrette sull'uso della cannabis terapeutica nelle 11 Regioni dove è rimborsata dal SSN. Tra queste l'Emilia Romagna, dove una legge e una delibera regionali sanciscono l'accesso a carico del SSN per questa importante opzione di cura del dolore cronico.

Pazienti e cittadini hanno "fame" di notizie validate e regole chiare. AMRER Emilia Romagna ha promosso "Cannabis terapeutica e dolore cronico", il primo convegno in Italia organizzato per sensibilizzare l'opinione pubblica su questo rilevante tema di salute, aprire un confronto e creare un'alleanza con istituzioni, medici, farmacisti e pazienti reumatici.

**Bologna, 10 aprile 2017** – In Italia l'uso della cannabis terapeutica è legalizzato dal 2013. Oggi sono 11 le Regioni italiane nelle quali la cannabis per uso medico è a carico del Servizio Sanitario Regionale, tra queste l'Emilia Romagna. Una legge regionale e una delibera di Giunta hanno dato indicazioni in merito ai preparati vegetali a base di cannabis nel territorio emiliano-romagnolo. Tutto questo mentre è stata autorizzata da gennaio 2017 la produzione di Stato della cannabis terapeutica (Fm2) da parte dell'Istituto chimico e farmaceutico militare di Firenze.

I pazienti, in particolare i pazienti reumatici afflitti spesso da dolore cronico, come i fibromialgici, sono confusi; manca un'adeguata conoscenza sull'argomento anche da parte di medici e farmacisti e le notizie, che in molti reperiscono sul web, sono frammentarie e il più delle volte non corrette. AMRER, l'Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna, ancora una volta si è fatta portavoce di un bisogno non soddisfatto e ha promosso nell'ambito del primo Convegno italiano "Cannabis terapeutica e dolore cronico", la **Tavola rotonda "Cannabis terapeutica: una possibile risposta al dolore cronico"**. Grande l'affluenza di pubblico ed esperti del settore all'incontro, il cui obiettivo è stato quello di aprire un confronto tra tutti i protagonisti della filiera regionale coinvolti su questo importante tema di salute pubblica per dare risposte e indirizzi chiari ai pazienti.

*«Nonostante la legge nazionale del 2013, la legge e una delibera regionali, che in Emilia Romagna stabiliscono l'accesso alla cannabis terapeutica a carico del SSR per i pazienti con alcune forme di dolore cronico, l'utilizzo di questa opzione terapeutica è ancora basso rispetto al fabbisogno – afferma Marco Bertolotto, Terapia antalgica USL 2 di Savona – i medici che sanno usare la cannabis terapeutica sono pochi e i farmaci di cui disponiamo per combattere il dolore cronico non sono tanti. È noto che la cannabis per uso medico funziona molto bene a bassi dosaggi per molteplici patologie, tra cui alcune tipologie di dolore cronico, e che i pazienti che se ne possono giovare sono di tutte le età, dai giovanissimi agli anziani. Diversi studi sono stati condotti negli anni sull'artrite reumatoide, sull'artrite psoriasica e su alcune forme di fibromialgia associata a dolori articolari diffusi. In questi casi le evidenze confermano l'effetto di modulazione della cannabis sul sistema immunitario e la sua azione riguardo il deficit del sistema cannabinoide endogeno. Avere un'arma terapeutica naturale come la cannabis ad azione antinfiammatoria e antidolorifica che agisce sia a livello centrale sia periferico, potrebbe essere una chance davvero importante per i pazienti reumatici e i reumatologi».*

La legge regionale ER n.11 risale al 2014, a due anni dalla sua approvazione è arrivata la delibera approvata dalla Giunta regionale il 1° agosto 2016 con la quale è stato aggiornato il Prontuario terapeutico regionale con l'inserimento dei preparati vegetali a base di cannabis sativa.

*«La delibera regionale 1250 definisce gli usi medici dei preparati vegetali a base di cannabis a carico del SSR: per la riduzione del dolore associato a spasticità nella sclerosi multipla e per la riduzione del dolore neuropatico cronico, solo nei casi resistenti alle terapie convenzionali – dichiara Ester Sapigni, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia Romagna – in tutti gli altri usi clinici il cittadino/paziente può avere la prescrizione ma a suo carico; inoltre, la delibera stabilisce che tutti i medici possono prescriberla ma con ricetta informatizzata tramite accesso alla piattaforma SOLE. Il percorso che*

*ha portato a questa delibera è stato sicuramente ampio e multidisciplinare e la distribuzione sul territorio ne è il punto di forza».*

Uno studio del 2013 condotto da van Hecke e colleghi evidenzia che il dolore cronico non oncologico colpisce il 20% degli europei, e un recente studio italiano riporta una stima della prevalenza del dolore cronico (superiore a 3 mesi) pari al 21,7% dell'intera popolazione italiana, il che corrisponde a circa 13 milioni di persone. Il dolore cronico è spesso associato alle malattie reumatiche come le artriti, le osteoartrosi e la fibromialgia, dove la sintomatologia dolorosa può, in certi casi, diventare malattia nella malattia.

*«L'utilizzo della cannabis terapeutica potrà senz'altro occupare una posizione nella terapia del dolore nelle malattie reumatiche assumendo un ruolo importante – sottolinea Riccardo Meliconi della Reumatologia IOR di Bologna – al momento disponiamo di una sufficiente mole di prove di efficacia sul dolore neuropatico mentre i dati su artriti e artrosi non hanno ancora la robustezza e il peso necessari a un uso routinario della cannabis terapeutica. Tuttavia il grande interesse da parte dei pazienti reumatici nei riguardi di questa opzione terapeutica e la presenza di una legge e di una delibera regionali impongono a noi medici di utilizzarla nella pratica clinica su grandi numeri e su diversi sottogruppi di pazienti partendo dai dosaggi più bassi, al fine di valutare i risultati e la reale efficacia».*  
*«Abbiamo diversi farmaci a disposizione per la cura del dolore – spiega Stefania Taddei, Anestesista Rianimatore e Algologa e Presidente Comitato Ospedale Territorio senza dolore AUSL Bologna – spesso la "ricetta" giusta è la loro combinazione (approccio multifarmacologico) o la combinazione con tecniche antalgiche specifiche (approccio multimodale). Nel nostro Paese è ancora troppo elevato l'abuso dei farmaci antinfiammatori e troppi i pregiudizi sull'utilizzo dei farmaci oppiacei. Per un miglioramento della situazione è necessaria una maggiore sensibilizzazione e cultura sulla diagnosi e trattamento del dolore, oltre a un approccio multifarmacologico, multimodale e soprattutto multidisciplinare con una piena presa*



*in carico delle persone, in continuità Ospedale-Territorio».*  
Dal mese di gennaio 2017 è iniziata la produzione di cannabis sativa ad uso medico in Italia; il prodotto chiamato Fm2 viene preparato presso l'Istituto chimico e farmaceutico militare di Firenze dietro autorizzazione dei Ministeri della Salute e della Difesa. Un passo in avanti che merita chiarimenti sull'efficacia, sugli effetti collaterali, sulle interazioni con altri farmaci nonché sulle dosi, le modalità e i tempi di somministrazione della cannabis terapeutica nei pazienti affetti da malattie reumatiche, in particolare i fibromialgici.

«*La fibromialgia rappresenta una sfida sia per le conoscenze limitate riguardo la sua eziologia sia per la scarsa risposta clinica ai trattamenti farmacologici convenzionali* – osserva **Nazzarena Malavolta**, Reumatologia AOSP Policlinico Sant'Orsola di Bologna – *questo è il motivo per cui a livello regionale si è avvertita la necessità di costituire un Gruppo tecnico di lavoro al fine di condividere dati epidemiologici, programmare una sorveglianza e formulare risposte sulla gestione assistenziale e organizzativa dei pazienti fibromialgici. Rispetto ai farmaci tradizionali utilizzati per il dolore, la percentuale di pazienti che segnala miglioramenti è molto modesta, è necessario quindi un*

*approccio multimodale anche con terapie alternative, come la cannabis terapeutica, sulla quale cominciamo ad avere alcune valutazioni incoraggianti».*

Il percorso per accedere all'uso medico della cannabis non è semplice, malgrado i criteri fissati dalla legge regionale 2014 e dalla delibera di Giunta 1250. È ancora carente la necessaria sensibilizzazione da parte delle Istituzioni e dell'opinione pubblica sull'utilizzo della cannabis per uso medico. Le associazioni dei pazienti si stanno mobilitando perché il diritto a questa opportunità terapeutica non venga più negato ma la strada da fare è ancora lunga.

«*Come paziente utilizzatrice di cannabis terapeutica ho incontrato tante difficoltà e ho avuto modo di sperimentare in prima persona gli ostacoli che si frappongono tra i pazienti e l'accesso all'utilizzo della cannabis terapeutica, ostacoli che dobbiamo superare: a cominciare dall'informazione e dalla conoscenza del tutto carenti sul territorio regionale* – commenta **Elisabetta Biavati** di Weed you and me Gruppo Cannabis Terapeutica – *criticità che spingono il paziente e la famiglia ad un faticoso e costoso pellegrinaggio alla ricerca di notizie su internet per trovare medici e centri ai quali potersi affidare. Purtroppo la classe medica, a cominciare dai medici di medici generale, non è*

*preparata e prevalgono ancora tanti tabù sulla cannabis terapeutica».*

Dopo l'emanazione della delibera 1250 che ha regolamentato la prescrizione della cannabis ad uso medico a carico del SSR e a carico del paziente, si è scatenato il caos informativo da parte dei pazienti reumatici che, bypassando il farmacista e il medico, si rivolgono alla rete per trovare consigli e informazioni, purtroppo spesso non corretti e validati. «*La situazione è critica* – dice **Daniele Conti**, Responsabile Area progetti AMRER Onlus – *dobbiamo lavorare molto sulla formazione pubblica, specie sui medici di famiglia, prima interfaccia del paziente che ha un bisogno immediato legato al dolore, e sugli specialisti, in modo che possano prescrivere la cannabis terapeutica secondo criteri appropriati e fare in modo che non ci siano differenti velocità di accesso sul territorio. È necessario per questo responsabilizzare il pubblico riguardo le indicazioni di utilizzo. Vorremmo come AMRER proporre alle Istituzioni e agli enti pubblici una partnership per aprire un dialogo su questa tematica e condividere le criticità e i dubbi legati sia all'accesso sia alla fruizione di questa chance terapeutica, cercando di costruire insieme un percorso condiviso per dare risposte corrette e appropriate ai bisogni dei pazienti».* ■

### Alcuni scatti del convegno (Foto Maria Novella De Luca)



da sx: Marco Bertolotto, *Terpia del Dolore Savona* - Ester Sapigni, *RER* - Stefania Taddei, *Ausl Bologna*



da sx: Elisabetta Biavati, *paziente* - Riccardo Meliconi *Istituto Ortopedico Rizzoli*

### RASSEGNA STAMPA: Raggiunti oltre 13 mln di lettori



**Alcuni scatti delle attività svolte**

**Congresso Società Italiana di Reumatologia • SIR 2016**

AMRER Onlus ha partecipato con un proprio desk informativo al congresso della Società Italiana di Reumatologia, un'occasione di formazione e condivisione reciproca tra pazienti e medici.



**Nuovo presidente SIR**

Salutiamo e auguriamo buon lavoro al nuovo presidente SIR Prof. **Mauro Galeazzi** – Cattedra di Reumatologia di Siena, succeduto nell'incarico al Dr. Ignazio Olivieri che ringraziamo per il prezioso lavoro svolto!



**Referente SIR Emilia Romagna**

Per l'Emilia Romagna è stata nominata all'unanimità da parte dei colleghi reumatologi la Dr.ssa **Nazzarena Malavolta** – Responsabile del Servizio di Reumatologia del Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, cui va tutta la nostra stima e augurio di buon lavoro!



da sx: Guerrina Filippi, Silvia Tonolo (ANMAR), e Martina Venerandi

**Alcuni scatti delle attività svolte**

**Progetto “Colora la sala d’attesa” realizzato da Re.Ma.Re Onlus**

Con piacere segnaliamo una bella tappa raggiunta dall'associazione Re.MA.Re. Onlus che si occupa dei bambini e adolescenti con reumatismo infiammatorio cronico con sede a Reggio Emilia. In febbraio 2017 è stata inaugurata la nuova sala d'attesa presso la Reumatologia Pediatrica del Santa Maria Nuova di Reggio Emilia per permettere ai nostri giovani ragazzi/e di avere un posto accogliente dove attendere le visite e gli appuntamenti con i medici!

I nostri complimenti e il nostro supporto al gruppo di volontari di Re.Ma.Re. che con tenacia porta avanti iniziative importanti e di valore!



AMRER Onlus • C.F. 80095010379 • Via Gandusio, 12 • 40128 Bologna

**Bilancio Sintetico • Situazione economico / patrimoniale**

SITUAZIONE DI CASSA dal 1/01/2016 al 31/12/2016

ENTRATE	
Quote associative Donazioni e lasciti testamentari	€ 37.894,00
Contributi da Aziende Private	€ 40.415,50
Raccolte Fondi	€ 4.827,00
Ripartizione 5x1000 (rif. anno 2013)	€ 45.879,99
Interessi bancari e postali	€ 834,82
Altre	€ 617,35
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€ 130.468,66</b>

USCITE	
Spese dirette per servizi offerti (stampati, pubblicità, grafiche, spedizioni vs soci e pazienti etc)	€ 36.847,21
Risorse umane (personale interno e collaborazioni esterne)	€ 43.912,09
Rimborsi spese ai volontari	€ 4.685,05
Viaggi e trasferte	€ 2.419,79
Costi vivi raccolte fondi	€ 4.238,40
<b>TOTALE USCITE</b>	<b>€ 92.147,54</b>

**AVANZO ESERCIZIO ANNO 2016**

ENTRATE	€ 130.468,66
USCITE	€ 92.147,54
<b>AVANZO DI ESERCIZIO</b>	<b>€ 38.321,12</b>

Si informano tutti gli associati che è possibile consultare l'intero bilancio presso i locali dell'Associazione:  
Via Gandusio, 12 – 40128 Bologna,  
previo appuntamento con la Tesoriera Martina Venerandi

## Alcuni scatti delle attività svolte

# Campagna Natale e Pasqua Solidale con AMRER Onlus

Riportiamo qui un report fotografico delle azioni realizzate nei periodi di Natale e Pasqua in cui abbiamo unito manifestazioni e raccolte fondi per supportare la Reumatologia dell'Ospedale Maggiore nell'obiettivo di acquistare un capillaroscopio per i pazienti con Sclerodermia... obiettivo quasi raggiunto!!!



I volontari al lavoro - Cesena - Reggio Emilia - Modena - Bologna



Gruppo AMRER Cesena



Gruppo AMRER Cesena



Gruppo AMRER Cesena



Gruppo AMRER Cesena



Gruppo AMRER Cesena



Volontari di Reggio Emilia – Arcispedale S Maria Nuova



Volontari di Modena – Policlinico



Volontari di Bologna – Ospedale Maggiore

## Alcuni scatti delle attività svolte

# Concerto al Castello di Verucchio

Anche attraverso la musica abbiamo creato un momento di sensibilizzazione e aggregazione importante che ha visto un'ampia partecipazione al concerto! Un particolare ringraziamento al Gruppo Corale Strumentale "Laura Benizzi" di Rimini per averci offerto questo magico momento aggregativo e un ringraziamento alla ProLoco di Verucchio che messo a disposizione la Rocca Malatestiana con la sua splendida sala del castello!



## Alcuni scatti delle attività svolte

# Termalismo attivo • Riolo Terme • 8 aprile 2017

Lo svolgere attività motoria e di recupero funzionale/prevenzione in ambiente termale rappresenta sicuramente un campo di sviluppo su cui come Associazione vogliamo investire per offrire sempre maggiori opportunità ai pazienti che



soffrono di malattie reumatiche. L'Associazione Europea dei Pazienti e Fruitore dei Centri Termali (EAPTC, [www.eaptc.net](http://www.eaptc.net)) ha realizzato in aprile un convegno sul tema a cui AMRER è stata chiamata a portare la sua esperienza del progetto Benessere grazie all'intervento di Erica Lenzi che sta seguendo per noi questa importante attività! Il confronto reciproco con le esperienze europee ci aiuterà a crescere verso la giusta direzione!

## Aggiornamento dati sulle malattie reumatiche in Emilia Romagna al 31/12/2016

# Esenzioni attive per malattie reumatiche in Emilia Romagna

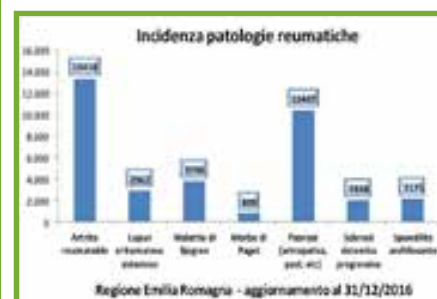
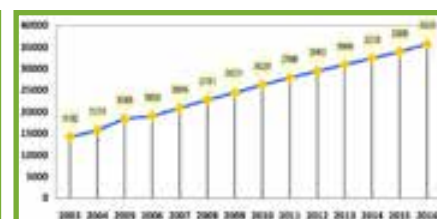
AMRER Onlus ogni anno monitora e aggiorna il numero delle esenzioni attive per i 7 codici patologie che rientrano nell'elenco delle malattie croniche invalidanti della famiglia "malattie reumatiche" sul territorio della Regione Emilia Romagna. Questa attività è importante per monitorare l'incidenza delle stesse e il peso certificato delle malattie reumatiche a livello istituzionale e amministrativo. Ricordiamo che i dati sottostimano il reale impatto in quanto monitorano una parte dell'esistente, ma rappresentano il numero minimo certificato sotto il quale non si scende!



**Al 31 dicembre 2016 sul territorio della Regione Emilia Romagna i numeri sono i seguenti:**

**35.639 esenzioni attive / persone • 68% Femmine / 32% Maschi • 59% in età lavorativa tra i 18 e i 65 anni • 560 i pazienti in età pediatrica**

Codice e descrizione della patologia cronica ed invalidante	Femmine				Maschi				Totale			
	< 18 anni	> 18 e < 65 anni	> 65 anni	totale	< 18 anni	> 18 e < 65 anni	> 65 anni	totale	< 18 anni	> 18 e < 65 anni	> 65 anni	totale
306 Artrite reumatoide	351	4.942	4.778	10.071	119	1.588	1.640	3.347	470	6.530	6.418	13.418
328 Lupus eritematoso sistemico	15	1.966	566	2.547	9	306	100	415	24	3.272	666	2.962
330 Malattia di Sjogren	2	1.745	1.789	3.536	1	114	139	254	3	1.859	1.925	1.790
337 Morbo di Paget	-	49	271	320	-	77	412	489	-	126	683	809
345 Prezziati (artrite patologica, postolosa, gotta, tofaleumatica)	28	3.438	1.518	5.024	18	3.864	1.542	5.423	46	7.322	1.875	10.447
347 Sclerosi sistemica (progressiva)	5	975	564	1.547	7	120	74	201	12	1.068	936	2.638
354 Spodilite anchilosante	3	870	115	1.008	2	943	179	1.124	5	1.516	334	2.175
<b>Totale</b>	<b>464</b>	<b>14.071</b>	<b>9.941</b>	<b>28.376</b>	<b>136</b>	<b>7.082</b>	<b>4.113</b>	<b>11.261</b>	<b>560</b>	<b>21.853</b>	<b>14.096</b>	<b>35.639</b>
				<b>68%</b>				<b>32%</b>		<b>1,60%</b>	<b>59,00%</b>	<b>39,40%</b>



## Aggiornamento

# Nuovi Lea per malattie reumatiche

La Giunta della Regione Emilia Romagna con Delibera Num. 365 del 27/03/2017 recepisce il decreto ministeriale in relazione ai Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per i pazienti con malattia reumatica - i cui codici di esenzione rientrano nell'elenco delle patologie croniche invalidanti - viene stabilita con decorrenza **1° giugno 2017**, l'avvio dell'applicazione delle indicazioni contenute nel nuovo "Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti" per l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie per le persone affette da malattie croniche e invalidanti (articolo 53 del DPCM 12 gennaio 2017).

**L'articolo 5 - stabilisce inoltre per i residenti in Regione Emilia Romagna - di confermare quanto disposto con propria deliberazione n. 2101 del 23 settembre 2012 "Prestazioni ulteriori ed integrative a favore di pazienti affetti da malattie reumatiche di cui al D.M. n.329/99 e ss.mm. Esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria".**

Vengono quindi mantenute le prestazioni in esenzione previste a seguito del grande lavoro svolto in collaborazione con AMRER Onlus e classificate come Extralea - in attesa dell'aggiornamento successivo del ministero.

Un grande riconoscimento per tutti i pazienti con Malattia Reumatica. Stiamo lavorando per reimpostare le tabelle aggiornate che condivideremo prima dell'entrata in vigore della normativa (Giugno/Ottobre 2017).

AMRER - assieme alle altre associazioni pazienti e alle società scientifiche - sta lavorando per far recepire a livello nazionale gli aggiornamenti cosicché siano validi per tutti i pazienti a livello nazionale.

La delibera regionale 365 - del 27/03/2017 è scaricabile sul sito [www.amrer.it](http://www.amrer.it)

### ESENZIONI PER MALATTIE REUMATICHE IN EMILIA ROMAGNA



### A livello nazionale

AMRER, ANMAR e APMAR hanno avviato una collaborazione sul tema delle prestazioni in esenzione per le malattie reumatiche al fine di fare fronte comune e trasferire le esperienze locali a livello nazionale sottoscrivendo una lettera al Ministero della Salute. Work in progress...

# Percorsi alle terme per reumatismi extra-articolari

## Progetto Benessere Fibromialgia 2017

Il Progetto Benessere rappresenta un'attività promossa dall'Associazione AMRER per favorire protocolli e percorsi di educazione motoria per pazienti fibromialgici con l'obiettivo di **migliorare la sintomatologia dolorosa legata alla Sindrome Fibromialgica attraverso attività in ambiente termale.** ■



### Progetto Benessere Fibromialgia 2017

Il percorso si svolge in 12 giornate (3h / giorno – gruppi max 8 persone) con cicli di attività in ambiente termale che prevedono ginnastiche in acqua termale, tecniche di rilassamento (massaggi e respirazione), trattamenti osteopatici e momenti informativi per conoscere e imparare a gestire al meglio la malattia. Il percorso è il risultato di un lavoro di verifica e "sperimentazione" in collaborazione con l'U.O.C. di Reumatologia di Ferrara. Da rilevazioni gli effetti benefici perdurano in maniera rilevante su un arco temporale di 60 gg. dal termine del percorso. Il progetto Benessere 2017 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

3 aprile – 14 aprile 2017  
 24 aprile – 5 maggio 2017  
 15 maggio – 26 maggio 2017\* (turno pomeridiano)  
 5 giugno – 16 giugno 2017  
 31 luglio – 11 agosto 2017  
 14 agosto – 26 agosto 2017  
 18 settembre – 29 settembre 2017  
 2 ottobre – 13 ottobre 2017  
 16 ottobre – 27 ottobre 2017  
 30 ottobre – 10 novembre 2017  
 13 novembre – 24 novembre 2017

Tutti i gruppi si terranno con il seguente orario 08.30 – 13.00. L'impegno giornaliero sarà di massimo 3 ore/die.

**Criteri di inclusione:** diagnosi di Fibromialgia - 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).

**Contributo spese** per le attività nei 12 gg è pari a **280 €**

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

*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 349.5800852 in orario ufficio

## Le Cure Termali e il Sistema Sanitario Nazionale

Tutti i cittadini possono fruire di un ciclo di cure termali a carico del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la ASL scegliendo liberamente lo stabilimento termale più indicato e convenzionato. L'erogazione delle cure termali è garantita per le patologie indicate nell'elenco approvato con decreto del Ministro della Sanità del 15 dicembre 1994 (art. unico D.M. 22 marzo 2001; art. 4, 1° comma, L. 323/2000).

Rientrano nell'elenco delle patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali le:

**Malattie reumatiche nelle forme:**

- Osteoartrosi ed altre forme degenerative  
 - Reumatismi extra-articolari (es. *Sindrome Fibromialgica*)

**Malattie dermatologiche:**

- Psoriasi (esclusa la forma pustolosa, eritrodermica)

- Eczema e dermatite atopica (esclusa la forma acuta vescicolare ed essudativa)

- Dermatite seborroica ricorrente

Per ottenere il diritto d'accesso alle cure si deve essere in possesso di un certificato di richiesta rilasciato dal proprio medico curante (*classica ricetta rossa*) o da uno specialista in una delle

patologie trattate.

In ricetta rossa andrà specificata la patologia per cui si richiede la cura termale e la prescrizione della prestazione, come ad esempio:

- ciclo di bagni e fanghi (12 Fanghi e 12 Bagni terapeutici)

- ciclo di bagni (12 Bagni terapeutici)

- ciclo di cura delle vasculopatie periferiche (in caso di diagnosi di insufficienza venosa cronica)

**Ogni anno sarà così possibile usufruire di 1 ciclo di 12 cure.** Un secondo ciclo dentro l'anno solare è ammesso solo in determinati casi: per es. invalidità civile > 67%

Il Ticket da versare al momento della visita allo Stabilimento Termale è di € 50 (età da 6 a 64 anni) o di € 3,10 (fino a 5 anni e oltre i 65, con reddito familiare fino a € 36.151,98).

Tenendo ben in mente la molteplicità e complessità delle patologie reumatiche, che possono presentarsi con differenti stadi di attività, se si vuole usufruire delle Cure Termali **è necessario si proceda in seguito al consiglio e confronto con lo specialista che ci ha in cura.**

**Ricordiamo che rientrano nelle malattie reumatiche per cui sono prescrivibili le cure termali:**

- Osteoartrosi / Artrosi diffuse
- Osteoporosi ed altre forme degenerative
- Reumatismi infiammatori (in fase di quiescenza) es. Artrite Reumatoide, Spondiloartriti
- Reumatismi extra-articolari (*Sindrome Fibromialgica*)
- Periartrite / Fibrosite / Fibromiositi
- Discopatia senza emiliazione e senza sintomatologia da irritazione o da compressione nervosa
- Cervicalgie di origine reumatica
- Tendiniti e Lombalgie di origine reumatica...



## Dai sintomi alla diagnosi precoce: artrite reumatoide



**Marcello Govoni**  
UOC di Reumatologia  
Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara  
Arcispedale Sant'Anna di Cona  
gvl@unife.it



Quando si parla di **artrite reumatoide** ci si riferisce ad una **malattia infiammatoria cronica** (cioè persistente) che coinvolge prevalentemente, anche se non esclusivamente, le articolazioni.

Se non adeguatamente e tempestivamente trattata, la malattia può portare a danni permanenti, disabilità funzionale e – nelle forme più gravi – anche ad un aumento di mortalità.

**Non conosciamo ancora la causa dell'artrite reumatoide**, ma sappiamo che si tratta di una **malattia autoimmunitaria** nella quale un alterato funzionamento del sistema immunitario determina lo sviluppo di una infiammazione persistente dei tessuti articolari ed in particolare della membrana sinoviale (sinovite o panno reumatoide). Una caratteristica che contraddistingue questo tipo di infiammazione è la sua propensione a danneggiare le articolazioni (erosioni), un fenomeno che inizia precocemente già nelle prime fasi della malattia.

Si può ormai considerare come un dato acquisito il fatto che un **intervento terapeutico precoce** rappresenta la strategia vincente, capace di rallentare e talvolta anche di arrestare l'evoluzione della malattia e lo sviluppo del danno radiologico. Il concetto di "finestra di opportunità" sta proprio ad indicare che nelle fasi precoci della malattia (solitamente entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi) l'inizio della terapia è in grado di generare i benefici maggiori, anche con farmaci convenzionali, in una quota significativa di pazienti.

La **diagnosi precoce** è dunque il punto fondamentale perché la battaglia contro la malattia abbia possibilità concrete di essere vin-

ta. Ma quali sono i **segni ed i sintomi precoci** della malattia **che non devono essere trascurati né sottovalutati**? Innanzi tutto il **dolore articolare** (artralgia).

Particolare attenzione deve essere rivolta ai seguenti aspetti del **dolore articolare**: quando è **persistente**, dura cioè più di 3-4 settimane, anche in una sola articolazione; quando si accompagna a **rigidità articolare mattutina** con un fastidioso impaccio nei movimenti al risveglio, che si protrae oltre i 30 minuti; quando si associa a **gonfiore dell'articolazione**; quando questi segni e sintomi sono presenti in più articolazioni e se c'è una familiarità per artrite reumatoide (nel caso ad esempio, di un parente di primo grado che ha avuto o soffre della stessa malattia).

Per facilitare la diagnosi precoce dell'artrite reumatoide, a partire dalla metà degli anni '90 in molti paesi – soprattutto del nord Europa, ma successivamente anche in Italia - sono stati istituiti degli ambulatori dedicati (Early Arthritis Clinics, letteralmente "cliniche per la diagnosi e terapia delle artriti in fase iniziale") strettamente collegati con o all'interno di unità operative reumatologiche specializzate nella valutazione dei pazienti con sintomi iniziali di artrite. Questa tipologia di strutture sono ormai capillarmente diffuse in tutti i centri reumatologici della regione.

I servizi che questi ambulatori devono poter offrire ai pazienti sono:

- Visita specialistica in tempi brevi.
- Rapido e semplice accesso.
- Valutazione «globale» da parte di un team specialistico esperto.



Fig. 1. Benefici della diagnosi e di un intervento terapeutico precoci



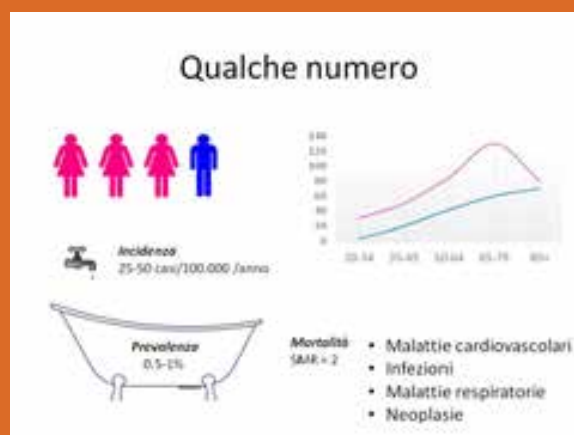
Fig. 2. Check points da presidiare per garantire il corretto percorso dei pazienti con artrite in fase precoce

- Tutti gli esami necessari (esami del sangue, radiografie, Ecografie, Risonanza magnetica...).
- Valutazione dei fattori prognostici.
- «Menu'» terapeutici personalizzati, orientati alla strategia «Treat to target», termine che identifica un atteggiamento terapeutico finalizzato a raggiungere obiettivi pre-determinati (nel caso delle forme di recente insorgenza: la remissione clinica) ed il suo continuo adattamento in caso di non raggiungimento.
- Controlli ravvicinati per valutare risultati ed effetti collaterali: «Tight control» termine che indica una sorveglianza del paziente più stretta, non basata su appuntamenti fissi, ma sulle reali necessità del paziente, potendo prevedere anche controlli mensili nelle fasi iniziali del trattamento.
- Consulenza per il paziente, i familiari e i medici di medicina generale.

Presso la UOC di Ferrara, come risultato di un progetto di ricerca finanziato dalla RER al quale hanno partecipato tutti i centri reumatologici della Regione, dal 2009 è stata istituita ed è pienamente operativa una "Early Arthritis Clinic" alla quale sino ad ora sono afferiti circa 430 pazienti. Di questi, oltre 200 sono stati riconosciuti come affetti da una forma di artrite reumatoide in fase iniziale che sono stati prontamente avviati ad un programma terapeutico finalizzato al raggiungimento di un rapido controllo della malattia. I risultati sono molto incoraggianti avendo dimostrato che in una ampia percentuale di pazienti (circa il 67 %) entro un anno è stato raggiunto uno stato di remissione clinica, ovvero l'assenza di sintomi e segni clinici percepibili della malattia. In un altro 15 % è stato raggiunto uno stato di bassa attività di malattia compatibile con una buona qualità di vita del paziente. Un altro dato significativo è la riduzione del numero di pazienti che – per un raggiunto stato di controllo ottimale della malattia – ha avuto necessità di fare ricorso a farmaci biologici entro 2 anni dall'esordio, rispetto a quanto avveniva qualche anno fa (17 % verso 29 %). Tutto ciò è stato possibile grazie alla costruzione di un percorso dedicato in grado di garantire un rapido accesso del paziente al centro specialistico ed una presa in carico da parte di un team di specialisti esperti che hanno applicato sistematicamente i principi di base delle strategie terapeutiche ritenute attualmente lo standard di cura da parte di tutte le principali raccomandazioni nazionali ed internazionali.

Sebbene il percorso per il paziente con artrite in fase iniziale sia stato ormai delineato, non mancano possibilità di ulteriore miglioramento al fine di garantire in modo più capillare un accesso alle cure a tutti i pazienti che ne hanno reale necessità. Si tratta di alcuni "check points" che se opportunamente presidiati e controllati potranno contribuire a implementare l'efficacia. Tra questi è fondamentale **l'informazione ed educazione dei pazienti** sui sintomi iniziali della malattia (soprattutto se in famiglia la malattia è già apparsa). In questo ambito le associazioni dei malati e gli specialisti reumatologi di riferimento hanno svolto e continuano a svolgere un ruolo di primaria importanza nel fornire un'informazione appropriata e scientificamente corretta. Un secondo punto molto importante è la **formazione del medico di medicina generale**, che solitamente è il primo al quale si rivolge il paziente; a loro deve essere garantito un adeguato aggiornamento in tema di diagnosi precoce delle malattie reumatiche ed in particolare dell'artrite reumatoide al fine di incrementare la loro capacità di intercettare quei segni e sintomi che potrebbero rivelare la malattia nelle sue fasi iniziali. Perché il percorso assistenziale sia realmente efficace ed efficiente è necessario che i centri specialistici, gli ambulatori dedicati, ovvero le early arthritis clinic, siano organizzate in modo da garantire nei fatti un rapido accesso (max 7-10 giorni dalla richiesta di appuntamento) attraverso percorsi dedicati e facilitati, giacché il fattore tempo è cruciale. Infine, una volta che il paziente è stato preso in carico, è fondamentale coinvolgere e condividere con il paziente il programma terapeutico stabilito al fine di garantire la maggiore aderenza terapeutica possibile. Quest'ultima infatti è – purtroppo – ancora sub ottimale e il suo incremento può portare a sensibili miglioramenti in termini di efficacia e sicurezza dei trattamenti. ■

## Alcune slides della presentazione realizzata



Atti convegno **Artriti Infiammatorie Croniche – Ottobre 2016**

## Artrite Psoriasica e altre Spondiloartriti: dai sintomi alla diagnosi precoce.



**Michele Gilio**

Dip di Reumatologia della Regione Basilicata  
Ospedale San Carlo – Potenza  
michelegilio@gmail.com



Rispetto ad altre malattie reumatologiche il concetto di Spondiloartrite è stato formulato abbastanza recentemente. Esso venne proposto nella seconda metà dello scorso secolo da due ricercatori inglesi della Università di Leeds, Moll e Wright, i quali suggerirono che alcune malattie infiammatorie croniche articolari, fino ad allora ritenute varianti dell'Artrite Reumatoide (AR), potevano essere raggruppate insieme per delle comuni caratteristiche cliniche. A tale gruppo diedero il nome di **Spondiloartriti sieronegative**, valorizzando così il prevalente interessamento di **rachide, entesi, articolazioni periferiche** e la **negatività** per il **fattore reumatoide**, che invece è più frequentemente positivo nell'AR; rispetto a tale patologia mancano anche i caratteristici noduli sottocutanei. Al gruppo delle spondiloartriti appartengono: la **Spondilite Anchilosante Primitiva**, l'**Artrite Psoriasica**, l'**Artrite reattiva**, l'**Artrite associata alle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali**, le **Spondiloartriti Indifferenziate**. La **Spondilite Anchilosante**, la più rappresentativa delle spondiloartriti, è una malattia infiammatoria che interessa prevalentemente la colonna vertebrale e che evolvendo può determinare danni irreversibili che riducono la mobilità del rachide. Si parla di spondilite anchilosante primitiva quando essa non è associata alla psoriasi o alle malattie intestinali. L'**Artrite reattiva** che si manifesta nelle persone che hanno avuto nelle 4 settimane precedenti l'esordio dei sintomi articolari una infezione alle vie urinarie (solitamente da clamidia) o una infezione al tratto gastro enterico (prevalentemente da Yersinia e Salmonelle). Nel novero delle spondiloartriti rientrano anche l'**Artrite associata alle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)**, (*colite ulcerosa e il morbo di Crohn*) ed infine quelle forme di spondiloartriti che non rientrano in nessuna di queste 4 categorie e che perciò vengono definite con il termine "*indifferenziate*". La forma più frequente fra le spondiloartriti è rappresentata dalla **Artrite psoriasica**. Essa è una malattia infiammatoria cronica che colpisce le articolazioni periferiche, i punti di inserzione di legamenti e tendini sull'osso (entesi) e la colonna vertebrale. Generalmente insorge tra i 30 ed i 50 anni. Maschi e femmine ne sono affetti in egual misura e non c'è alcuna relazione fra l'estensione della psoriasi e la gravità dell'artrite. Segno clinico caratteristico della malattia è il "dito a salsicciotto" (dattilite) che si manifesta con dolore e gonfiore globale di uno o più dita delle mani e/o dei piedi. Frequentemente è presente dolore intenso e persistente a livello del calcagno, sia della parte inferiore (fascite plantare) che posteriore (tendinite achillea) dove può coesistere anche gonfiore. La malattia può inoltre causare dolore, gonfiore e calore alle articolazioni (artrite), dolore lombare di tipo infiammatorio caratterizzato da un esordio insidioso (non si ricorda il momento preciso in cui è esordito il dolore), durata superiore a tre mesi, peggiorato dal riposo e migliorato dal movimento. Altro sintomo tipico è la sciatica mozza alternante che si presenta con dolore gluteo, irradiato alla superficie posteriore della coscia fino al ginocchio e che può coinvolgere alternativamente entrambi i lati. La ampia variabilità clinica dell'artrite psoriasica ha comportato la proposta di vari sistemi classificativi. Il primo tentativo di classificare tale forma di artrite in base alle manifestazioni cliniche è stato fatto da Moll e Wright. I sottogruppi identificati erano cinque: (1) oligoartrite asimmetrica, (2) poliartite simil-reumatoide, (3) artrite prevalentemente delle interfalangee distali, (4) artrite mutilante, (5) artrite dello scheletro assiale. Per avere un'idea più razionale e che tenga conto della appartenenza della artrite psoriasica al gruppo delle Spondiloartriti è possibile suddividere idealmente i sottogruppi clinici in forme prevalentemente artritiche (oligo o poli-articolari), forme con prevalente interessamento delle entesi e forme con prevalente interessamento della colonna vertebrale; ovviamente i quadri descritti possono sovrapporsi fra loro. In tutte le forme è prevista la comparsa della dattilite che in alcuni casi, ne costituisce la manifestazione prevalente.

Per la diagnosi di artrite psoriasica all'esame clinico-anamnestico possono essere d'aiuto anche gli esami radiologici, mentre non esistono test di laboratorio specifici per questa malattia; la negatività degli anticorpi indicativi di artrite reumatoide e l'incremento degli indici aspecifici di flogosi (nel 40-60 % dei casi) sono indizi che possono contribuire a definire la diagnosi. Peraltro, il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-citrullina possono essere positivi in circa il 5% dei pazienti con artrite psoriasica. Nella pratica clinica quotidiana un paziente che presenta artrite e/o entesite e/o interessamento della colonna e/o dattilite e con storia personale o familiare di psoriasi ha una alta probabilità di avere un'artrite psoriasica. Formulare la diagnosi non è sempre semplice, soprattutto nei casi in cui la malattia articolare si presenta in maniera subdola (sintomatologia sfumata, quadro con esclusivo interessamento delle entesi o della colonna vertebrale). E' da ricordare inoltre la possibilità che la malattia potrebbe decorrere in modo asintomatico ed essere diagnostica solo per il riscontro casuale di alterazioni articolari evidenziate all'esame radiografico convenzionale (cosiddetta artrite psoriasica occulta). Nella valutazione clinica del paziente bisogna sempre cercare la psoriasi anche in zone nascoste (ombelico, cuoio capelluto, solco retroauricolare, perineo); inoltre in circa il 10-15% dei casi la psoriasi compare dopo l'artrite o, talvolta, può non manifestarsi mai (artrite psoriasica sine psoriasi). Considerato l'ampio spettro clinico che tale forma di artrite presenta, sono stati proposti molti criteri classificativi al fine di rendere omogenei i gruppi di pazienti reclutati in caso di studio.

I più recenti criteri classificativi per la spondiloartrite assiale e periferica, proposti dal gruppo internazionale per lo studio delle spondiloartriti (ASAS), includono anche l'artrite psoriasica e possono quindi essere utilizzati per classificare questa malattia. Fino ad oggi i criteri classificativi più usati sono stati i criteri CASPAR, formulati nel 2000; essi sono considerati come lo strumento clinico migliore per classificare un paziente con artrite psoriasica, hanno infatti una elevata sensibilità e specificità non solo nei pazienti con malattia di lunga durata ma anche in quelli con artrite in fase iniziale. Fondamentale per arrestare la progressione della malattia è il **tempestivo inizio della terapia** che passa quindi per una **diagnosi precoce**. Per tale scopo non esistono esami di laboratorio specifici ma sono essenziali la raccolta anamnestica e la visita medica da parte del reumatologo e dall'uso, in casi particolari, della ecografia o della risonanza magnetica. La terapia prevede oltre ai farmaci anti-infiammatori non steroidei, l'uso dei cosiddetti "**farmaci di fondo tradizionali**" (**Sulfasalazina, Methotrexate, Ciclosporina, Leflunomide**). Nel caso di risposta inadeguata o di intolleranza ad essi trovano oggi impiego i farmaci biotecnologici, più noti come "biologici" (**Infliximab, Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Certolizumab pegol, Ustekinumab**) e "small molecules" (**Apremilast**). Efficacia e sicurezza collocano questi farmaci in una posizione di superiorità rispetto alla terapia tradizionale, tuttavia il loro costo elevato ne limita l'utilizzo a casi selezionati. Per valutare la risposta alla terapia, la sua tollerabilità e sicurezza è opportuno che i pazienti vengano sottoposti a periodici controlli specialistici e degli esami di laboratorio. Le spondiloartriti non sono malattie rare, hanno delle manifestazioni cliniche comuni e il loro riconoscimento è indispensabile per la diagnosi precoce. E' importante sensibilizzare i medici di medicina generale sui sintomi (cos'è la lombalgia infiammatoria, la dattilite, l'entesite, l'uveite), poiché se riconosciuti all'esordio permettono di indirizzare rapidamente il paziente al reumatologo per formulare così una diagnosi precoce. La diagnosi precoce, il monitoraggio clinico ed una terapia appropriata, al passo con il progresso scientifico, consentono di gestire adeguatamente tali patologie nella loro globalità restituendo al paziente il diritto ad una qualità della vita all'altezza delle aspettative personali e non condizionata dalla malattia. ■



# Alcune slides della presentazione realizzata

Manifestazioni cliniche	
<b>I. MANIFESTAZIONI IPOCOLOGICHE/SCHELETRICHE</b>	
<b>LOCALI</b>	<b>PERIFERICHE</b>
Sacralite (flutto ck pain)	Artrite
Spondilite (inf. spine pain)	Entesite (AC/MP)
	Tenosinovite + dattilite
	Borsite
<b>II. MANIFESTAZIONI EXTRA-ARTICOLARI ED EXTRA-TENDINEE</b>	
<b>Oculari</b>	congiuntivite (P/A) ed uveite anteriore acuta
<b>Cardiache</b>	insufficienza aortica, distacco della cuspide
<b>Pulmonari</b>	interessamento apicale, interstizio-patia
<b>Intestinali</b>	M. Crohn, IBD, IBD subclinica
<b>Neurologici</b>	Miopatia da IgA ed Amiloidosi
<b>Ginecologiche</b>	uveite, borsite, cervice
<b>Cutanei</b>	psoriasi, eritema nodoso, psoriasi gangrenosa



Lombalgia infiammatoria		
<b>Cain et al.<sup>1</sup></b>	<b>Rubalab et al.<sup>2</sup></b>	<b>BP experts (ASAS)<sup>3</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>age at onset &lt; 40 yrs</li> <li>duration of back pain &gt; 2 months</li> <li>insidious onset</li> <li>morning stiffness</li> <li>improvement with exercise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mean stiffness &gt; 30 min</li> <li>improvement with exercise, not with rest</li> <li>awakening at 2/4 half of the night because of pain</li> <li>alternating buttock pain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>age at onset &lt; 40 yrs</li> <li>insidious onset</li> <li>improvement with exercise</li> <li>no improvement with rest</li> <li>pain at night (with improvement with physical)</li> </ul>
<b>IBP if 4/5 are present.</b>	<b>IBP if 2/4 are present.</b>	<b>IBP if 4/5 are present.</b>
<small>1. Cain et al. 2001. 1077-1087. 2. Rubalab M et al. Arthritis Rheum. 2005; 48: 166-70. 3. Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2005; 14: 144-149.</small>		

- ### AP: manifestazioni cliniche
- Entesite
  - Dattilite
  - Artrite periferica
    - Interessamento prevalente delle IFD
    - Mutilante
    - Poliarticolare
    - Oligoarticolare
  - Spondilite

- ### AP: laboratorio
- Non esistono test di laboratorio "diagnostici" per l'AP
  - La negatività del fattore reumatoide aiuta nella diagnosi. Comunque, una positività a basso titolo è presente nel **5-16%** dei pazienti con AP
  - La VES e la PCR sono elevate nel **40-60%** dei casi, soprattutto in quelli con pattern poliarticolare
  - L'iperuricemia, presente nel **10-20%** dei pazienti, correla con la severità dell'impegno cutaneo. DD gotta vs AP

### Ecografia

- Rappresenta la metodica meno invasiva e più sensibile nel rilevare precocemente il coinvolgimento flogistico dell'entesi periferiche
- L'ecografia ad alta risoluzione combinata con il power doppler rappresenta una metodica sensibile nel rilevare la sinovite nelle articolazioni periferiche

### RM

- Utile nell'identificazione di un'entesite
- Consente di identificare tutte le alterazioni tipiche della flogosi articolare periferica
- Limiti: disponibilità e costo

- ### Spondiloartriti: messaggi chiave
- Non sono malattie rare
  - Il quadro clinico d'esordio è spesso di difficile identificazione
  - Possono e devono essere diagnosticate precocemente, anche prima che le lesioni radiografiche siano presenti
  - La diagnosi e la gestione terapeutica del paziente con spondiloartriti richiede una stretta collaborazione tra MMG, reumatologo e le altre figure specialistiche coinvolte nella gestione delle manifestazioni extra-scheletriche
  - NECESSITA' DI UNA DIAGNOSI PRECOCE: PERCHE'?**
    - Sempre più dati dimostrano un'associazione con un significativo danno articolare
    - perdita di funzione con un impatto negativo sulla GoL e la capacità lavorativa
    - Recente disponibilità di farmaci (farmaci biotecnologici) potenzialmente in grado di bloccare l'evoluzione della malattia
    - Interesse sempre crescente verso la diagnosi precoce al fine di intraprendere tempestivamente trattamenti efficaci in grado di modificare la progressione della malattia

# L'artrite idiopatica giovanile - AIG



**Alessandro De Fanti**

SSD di Reumatologia Pediatrica e dell'Adolescenza  
Azienda Osp. IRCSS - S. Maria Nuova - Reggio Emilia  
defanti.alessandro@asmn.re.it



Secondo la classificazione corrente nell'Artrite Idiopatica Giovanile – AIG vengono incluse tutte le artriti croniche ad eziologia ignota, della durata di almeno 6 settimane, ad esordio nell'infanzia e nell'adolescenza, entro il compimento del sedicesimo anno d'età. La AIG costituisce una delle più frequenti malattie croniche dell'infanzia e costituisce la più frequente malattia reumatica dell'infanzia. Ha un'incidenza di 7-21 casi/100.000 bambini per anno, una prevalenza di 121-220 casi ogni 100.000 bambini.

Non costituisce una singola malattia, ma una sindrome con differenti eziologie.

Nella sua patogenesi si riconosce una componente immuno-flogistica che si suppone possa essere attivata da un antigene esterno in un bambino con una specifica predisposizione immunogenetica.

La AIG costituisce, inoltre, una importante causa di

invalidità; in particolare la AIG oligoarticolare, ANA positiva, appannaggio della più tenera età, è gravata da un'alta incidenza di uveite autoimmune, che se non correttamente trattata può indurre a cecità. L'uveite è una complicanza che interessa fino al 20% della AIG.

Tutte le articolazioni possono essere colpite, anche le articolazioni temporo-mandibolari con l'insorgenza di importanti dismorfismi della mandibola e le ben immaginabili conseguenze sulla masticazione e sull'aspetto estetico.

Attualmente la classificazione in uso è quella della *International League of Associations for Rheumatology (ILAR)*:

- Artrite sistemica (10-20%)
- Oligoartrite (50-75%)
  - persistente
  - estesa (quando la AIG coinvolge più di quattro

## ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG)

**DEFINIZIONE**

**ARTRITE** in una o più articolazioni :  
Tumefazione o versamento, oppure 2 o > dei seguenti sintomi :

- dolore (tenderness/pain of motion )
- limitazione dell' escursione articolare
- calore della cute sovrastante l' articolazione

**DURATA** per un periodo > 6 settimane

**ESORDIO** in un soggetto di età < 16 anni

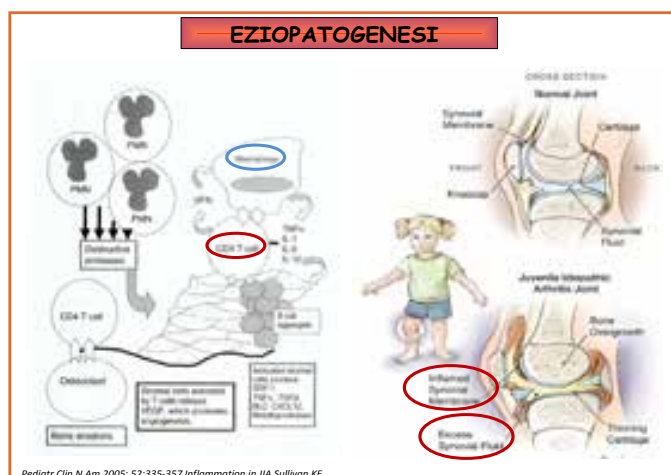
**CAUSA** sconosciuta

**CRONICA**

**GIOVANILE**

**IDIOPATICA**

KARL EDMONDSON, 2001; J Rheumatol, 2006; 33: 390-92



- articolazioni dopo sei mesi dalla diagnosi)
- Poliartrite FR negativo (30%)
  - Poliartrite FR positivo (5%)
  - Artrite Entesite
  - Artrite Psoriasica
  - Altre Artriti (non classificabili)

Il maggior picco di età di insorgenza di malattia è compreso fra 1 e 3 anni, sono percentualmente più colpite le bambine e la forma oligoarticolare presenta l'incidenza maggiore di casi.  
Un secondo picco di malattia si manifesta intorno ai 9 anni e vi è una distribuzione uguale fra maschi e femmine.

Le forme sistemica e poliarticolare non presentano un picco d'insorgenza; nella forma sistemica però vi è un lieve aumento di frequenza dopo i quattro anni di età.

La terapia si avvale dei **FANS** (naproxene, ibuprofene, flurbiprofene, indometacina), che però non modificano il decorso della malattia, ma che comunque possono determinare un sollievo liberando il bambino dal dolore. Gli **steroidi** per infiltrazione articolare (*triamcinolone esacetone*) sono molto utilizzati in età pediatrica, specialmente nelle forme mono e oligoarticolare, al fine di evitare l'esposizione dei giovani pazienti agli steroidi sistemici. Gli steroidi in età pediatrica, se usati per lungo tempo, possono determinare effetti metabolici (quali iperglicemia, ipertensione, aumento del colesterolo e dei trigliceridi, aumento del peso) e arresto dell'accrescimento staturale-ponderale. In

età pediatrica gli steroidi per via sistemica vengono quindi utilizzati sempre per ridotti periodi di tempo, come farmaco ponte, fino a che i **DMARDs** (*Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs o farmaci di fondo*) non cominciano ad esplicare la loro azione.


Il principale DMARDs utilizzato in età pediatrica è rappresentato dal **metotrexato**. Questo farmaco spesso modifica in senso importante il decorso della malattia permettendo al bambino una vita assolutamente simile a quella dei coetanei prevenendo l'instaurarsi di danni articolari.

Qualora questi farmaci non siano sufficienti ad arrestare l'andamento della malattia, è possibile utilizzare anche in età pediatrica, come nell'adulto, i **farmaci biologici** – prodotti attraverso tecniche di ingegneria genetica – che sono rappresentati dalle classi degli **anti TNF** (**etanercept, infliximab e adalimumab**), dai farmaci **anti-interleuchina-6** (**tocilizumab**) e dagli inibitori del legame fra il linfocita T e il linfocita B (**abatacept**). È possibile inoltre utilizzare, nella forma sistemica, farmaci biologici come quelli anti-interleuchina 1 (**anakinra** e **canakinumab**) e anti-interleuchina 6 (**tocilizumab**).

Nei casi che si dimostrano refrattari alla terapia con farmaci immunomodulanti tradizionali (metotrexato), oppure se la malattia si presenta particolarmente aggressiva è possibile valutare, anche in prima opzione terapeutica, un'associazione fra metotrexato e farmaci biotecnologici anti TNF.

### ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG)

CLASSIFICAZIONE



• Sistemica	10-20 %
• Oligoarticolare	50-60 %
• <b>Persistente</b> ≤ 4 articolazioni nei primi 6 mesi	
• <b>Estesa</b> > 5 articolazioni dopo i primi 6 mesi	
• Poliarticolare <b>FR +</b>	10 %
• Poliarticolare <b>FR -</b>	20 %
• Artrite con Entesite (ERA)	1-7 %
• Psoriasica	2-15 %
• Indifferenziate	11 %

Petty RE, Classification criteria for JIA: Durban, 1997. J Rheumatol 1998

### AIG SISTEMICA (STILL'S DISEASE)

#### RASH



- MACULARE ERITEMATOSO COLOR SALMONE
- EVANESCENTE
- AL TRONCO ED ESTREMITA' o MIGRANTE
- FENOMENO DI KOEBNER





### AIG OLIGOARTICOLARE

- ✓ **ARTRITE ASIMMETRICA 1- 4 articolazioni** (>> ginocchio)
- ✓ 30-50 % monoartrite (ginocchio, caviglia)
- ✓ >> Femmine (F:M=5:1)
- ✓ Esordio precoce < 6 anni
- ✓ **DOLORE RARO e MODESTO** > rigidità mattutina e limitazione funzionale
- ✓ Laboratorio poco significativo

**ANA POSITIVA (75-85%)**

### COMPLICANZA

#### UVEITE CRONICA ANTERIORE

Nel 30-40 % dei casi di AIG oligo, >> ANA +  
Entro 5-7 anni  
A volte può presentarsi prima dell'esordio dell'AIG




**ASINTOMATICA**

STRETTO FOLLOW-UP OCULISTICO  
SE NON DIAGNOSTICATA → limitazione irreversibile acuità visiva

GLAUCOMA

SINECHIE

CATARATTA

CHERATOPATIA A BANDELLETTA




In età pediatrica la percentuale di **remissione di malattia**, secondo uno studio retrospettivo Italiano del 2003 che coinvolge una ampia coorte di bambini affetti da AIG e che ha previsto un follow up della durata di 10 anni, varia dal 29% della forma sistemica al 43% della forma oligoarticolare persistente.

Attualmente il bambino affetto da AIG, se sottoposto a terapie adeguate, attraverso una presa in carico in grado di garantire un approccio multidisciplinare con la presenza di un team esperto (*pediatra reumatologo, reumatologo, oculista esperto in malattie autoimmuni oculari, fisiatra, ortopedico, psicologo, infermiera, assistente sociale*) può avere una buona qualità di vita e con le stesse prospettive di autonomia e di inserimento sociale dei suoi coetanei.

Nella presa in carico dei giovani pazienti in età pediatrica occorre avere particolare attenzione all'aspetto della *Transition of Care* (*letteralmente Transizione delle Cure*). Il giovane paziente nell'ambito del processo terapeutico e di crescita dovrà essere accompagnato al naturale passaggio verso servizi orientati all'adulto. L'organizzare un modello di presa in carico ponendo l'attenzione sull'aspetto di "Transition of Care", programmandola intorno ai 13-14 anni, con l'attenzione al contesto e ai bisogni del giovane individuo permetterà di ridurre al minimo il numero di pazienti che smettono di curarsi a causa del vissuto traumatico dell'abbandono, caratteristico del giovane adulto, nel momento del distacco dalla realtà pediatrica. ■

**ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG)**

 **RED FLAGS**

-  **DIAGNOSI DI AIG → CLINICA DI ESCLUSIONE**
-  Tumefazione articolare, scarso dolore, impaccio motorio soprattutto mattino
-  **7 SOTTOTIPI**
  - FORMA SISTEMICA = difficile diagnosi
  - FORMA POLIARTICOLARE FR + :
  - PROGNOSI PEGGIORE (simile all'adulto)
  - FORMA OLIGOARTICOLARE > frequente, prognosi migliore



**ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE (AIG)**

 **RED FLAGS**

-  ANA POSITIVITA' ISOLATA NON SIGNIFICATIVA
-  OLIGOARTRITE, ESORDIO PRECOCE, SESSO FEMMINILE, ANA + **ALTO RISCHIO DI UVEITE CRONICA**
-  OLIGOARTRITE, ESORDIO TARDIVO, SESSO MASCHILE → > HLA B 27 +




**Tabella. Emilia Romagna – Esenzioni attive al 31.12.2016 rilasciate a minori di 18 anni**

Codice e descrizione della patologia cronica ed invalidante	Minori di 18 anni di età											FEMMINE	MASCHI	TOTALI
	AUSL Piacenza	AUSL Parma	AUSL Reggio Emilia	AUSL Modena	AUSL Bologna	AUSL Imola	AUSL Ferrara	AUSL Romagna Ravenna	AUSL Romagna Forli-Cesena	AUSL Romagna Rimini				
006 Artrite reumatoide	20	45	73	74	73	21	42	47	46	29	351	119	470	
028 Lupus eritematoso sistemico	1	1	7	4	3	1	1	1	1	4	15	9	24	
030 Malattia di Sjogren	.	1	.	2	.	.	.	.	.	.	2	1	3	
045 Psoriasi (artropatica, pustolosa grave, eritrodermica)	7	13	8	4	3	1	2	1	2	5	28	18	46	
047 Sclerosi sistemica (progressiva)	.	2	4	2	.	.	.	2	2	.	5	7	12	
054 Spondilite anchilosante	.	.	2	.	.	1	1	.	.	1	3	2	5	
<b>Totali</b>	<b>28</b>	<b>62</b>	<b>94</b>	<b>86</b>	<b>79</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>404</b>	<b>156</b>	<b>560</b>	

## EMILIA ROMAGNA Strutture di riferimento - UO Reumatologia Pediatrica

**Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) di Reumatologia Pediatrica e dell'Adolescenza**

**Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia**

Sito internet: [www.asmn.re.it](http://www.asmn.re.it)

Indirizzo e-mail: [reumatologia.pediatria@asmn.re.it](mailto:reumatologia.pediatria@asmn.re.it)

Contatti: Ambulatorio di Reumatologia Pediatrica  
Tel. 0522.296094

Segreteria Dip. Materno-Infantile  
Tel .0522.296202



## Atti convegno Artriti Infiammatorie Croniche – Ottobre 2016

# Artriti infiammatorie croniche: fattori genetici e ambientali



**Riccardo Meliconi**

SSD Medicina e Reumatologia  
Istituto Ortopedico Rizzoli - Università di Bologna  
riccardo.meliconi@ior.it

Testo liberamente tratto dall'intervento eseguito durante l'incontro,  
trascrizione a cura di Erica Lenzi e Daniele Conti

Che cos'è un gene e soprattutto quale ruolo "gioca" in caso di alterazioni tali da portare una maggiore suscettibilità verso alcune malattie reumatiche non è cosa semplice da descrivere in poche battute.

Il corpo umano è formato da circa 100.000 miliardi di cellule, ognuna delle quali contiene nel suo nucleo 46 cromosomi organizzati in 23 coppie, in cui vi sono memorizzate tutte le informazioni biologiche necessarie per costruire e determinare tutte le funzioni di un individuo. Ogni cromosoma è essenzialmente costituito da una sequenza di geni detta DNA, attorcigliati secondo una struttura a doppia elica. Le 23 coppie di cromosomi compongono il genoma umano in cui sono memorizzati circa mezzo milione di dati in grado di descrivere il quadro genetico dell'individuo

Il patrimonio genetico è quindi costituito da una lunga serie di istruzioni scritte in un codice (*il codice genetico*) costituito da 4 basi:

- A • Adenina**
- T • Timina**
- G • Guanina**
- C • Citosina**

che si uniscono, in un determinato ordine, al fine di formare le "parole" che costruiranno l'organismo, cioè una lunga catena a doppia elica in cui le coppie di basi (A-T e G-C) tengono uniti i due filamenti del DNA.

Nel DNA è codificata l'informazione per la sintesi delle proteine e in particolare ogni gene codifica per una determinata proteina. Il codice scritto nel gene viene letto in un processo che porta alla sintesi di una molecola di RNA messaggero ("trascrizione"). Il codice trascritto nella molecola di RNA messaggero viene tradotto in una molecola proteica in un processo detto "traduzione": il codice genetico viene perciò "tradotto" in codice amminoacidico.

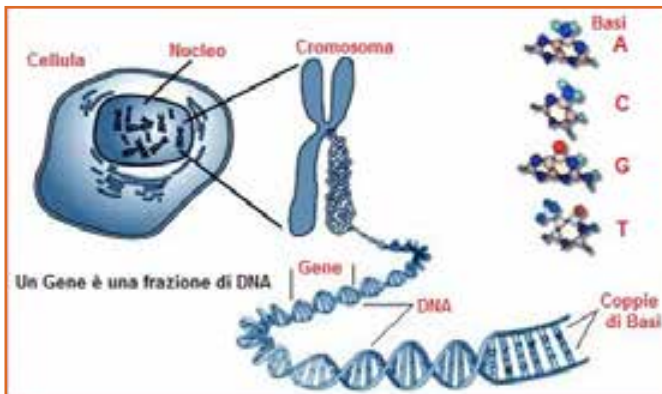


Fig. 1. Dal DNA alla cellula

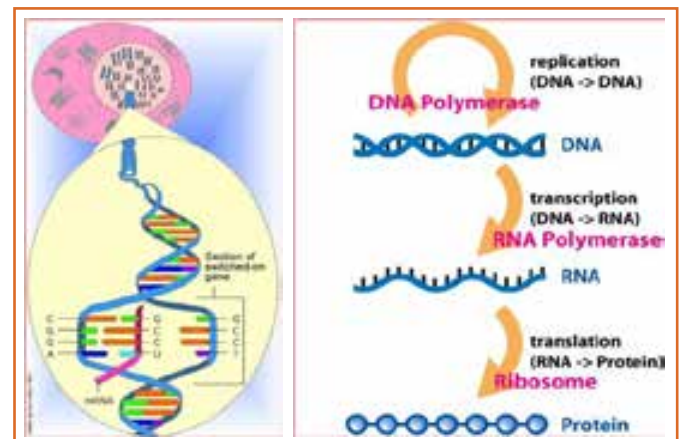


Fig. 3. Dal DNA alla proteina

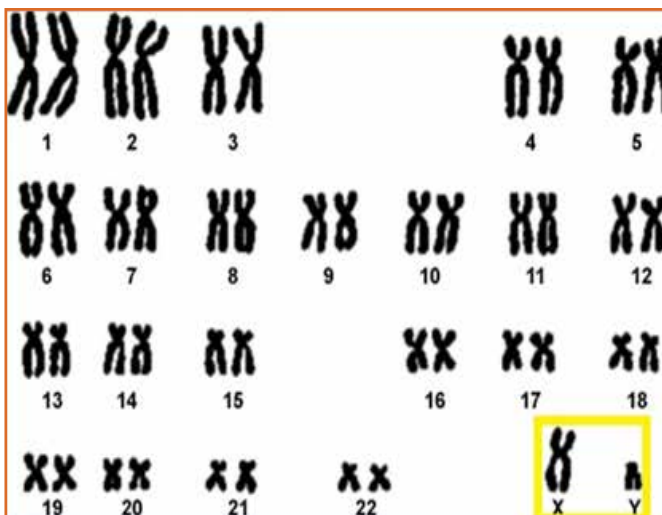


Fig. 2. Le 23 coppie di cromosomi che compongono il genoma umano

Nel DNA possono esserci variazioni nella sequenza genetica che differiscono da individuo a individuo. Queste variazioni sono normali e possono determinare i tratti caratteristici di un individuo, come il colore degli occhi, ma anche la predisposizione o meno a sviluppare una malattia.

In molte malattie, soprattutto quelle croniche, possiamo trovare una serie di sequenze di variazioni dei geni che possiamo definire, in estrema sintesi, "polimorfismi" e "mutazioni"; nel nostro caso ci concentreremo sul polimorfismo.

Si definisce "polimorfismo" la presenza in un gruppo di individui di 2 o più forme (chiamate "alleli" o "varianti") di un gene. Per ricadere nella definizione di polimorfismo l'allele raro deve avere una frequenza nella popolazione di almeno 1%, una frequenza quindi abbastanza comune (la "mutazione" ha una frequenza inferiore a 1%).

I polimorfismi possono essere **silenti**, ossia non avere effetti apprezzabili sul fenotipo (*che rappresenta l'insieme di tutte le caratteristiche osservabili in un organismo: morfologia, sviluppo, proprietà biochimiche e comportamentali*), oppure **funzionali**, ossia possono determinare delle modifiche per cui la proteina o non funziona o funziona poco o funziona troppo. Nel progetto "genoma umano", con cui si è codificato e dato lettura di tutti i geni del genoma umano, sono stati identificati migliaia di polimorfismi, tale per cui la loro presenza possiamo definirli una condizione fisiologica del nostro genoma.

I polimorfismi possono essere dovuti a sostituzioni, inserzioni o a delezioni di singole basi. Queste variazioni cambiano la lettura del gene e questo cambiamento si può presentare in una percentuale di popolazione.

Determinati geni hanno un peso sulla suscettibilità di determinate "malattie reumatiche" molto maggiore rispetto ad altri e tra questi possiamo sicuramente citare il "**Complesso maggiore di istocompatibilità**" o, in inglese, "**Major Histocompatibility Complex**" (**MHC**). Il complesso maggiore di istocompatibilità rappresenta un gruppo di geni polimorfici costituito da 30 unità localizzato nell'uomo sul Cromosoma 6, dove prende il nome di "**Human leukocyte antigen**", la cui sigla è "**HLA**".

I più conosciuti prodotti della codifica di questi geni - tipici del complesso MHC - sono **proteine** che, in cellule tissutali nucleate infettate, legano molecole tipiche del patogeno e le espongono sulla membrana cellulare. Prendono così funzione di antigeni che rendono visibili le cellule infette ai recettori dei linfociti T, cellule del sistema immunitario.

Tra i prodotti della combinazione di questi geni ci sono poi importanti molecole quali le frazioni del Complemento e le proteine appartenenti alla famiglia del TNF - "**Tumor Necrosis Factor**" (Fattore di Necrosi Tumorale). Queste molecole sono coinvolte nel complesso meccanismo di alterazione del sistema immunitario alla base delle malattie reumatiche.

**La presenza di questi complessi di geni, le associazioni di antigeni e dei prodotti che ne conseguono, non rappresentano di per sé un quadro patologico, ma una predisposizione alla malattia stessa.** Scendendo nel concreto, possiamo oggi dire che il peso dell'ereditarietà genetica su queste malattie è presente. Focalizzandoci sull'**Artrite Reumatoide (AR)**, avere un'anamnesi familiare positiva, ossia avere un parente stretto che ha Artrite Reumatoide, aumenta la percentuale di probabilità di avere un quadro genetico più predisposto all'alterazione presente nel quadro di malattia - **che non significa avere o trasmettere la malattia stessa.** Il rischio varia poi in base anche alle forme di malattia sieronegativa (20%) o sieropositiva (40/60%) ossia le forme che presentano un riscontro in termini laboratoristici o meno (di positività o negatività a fattore reumatoide ed anticorpi anticitrullina). Nell'AR possiamo identificare anche un particolare polimorfismo (HLA-DRB1) che presenta una maggiore suscettibilità di sviluppo di malattia rispetto agli altri. Stesso discorso è possibile farlo per la **Spondilite Anchilosante** rispetto all'antigene HLA-B27, che troviamo maggiormente presente nel patrimonio genetico dei soggetti che hanno sviluppato la malattia, fermo restando che la sua presenza non corrisponde all'evoluzione futura della malattia stessa.

Proprio di questo antigene è interessante osservarne la frequenza di presenza che è differenziata in base

alla distribuzione della popolazione sul pianeta. Appare presente maggiormente nel patrimonio genetico delle popolazioni indigene del nord del pianeta fino ad arrivare ad una sua completa assenza nelle popolazioni indigene delle regioni del sud - Australia, Sud America, Sud Africa. Questo discorso poi si perde in termini di presenza o meno di malattia, anche per il complessivo intreccio evolutivo del patrimonio genetico tra la popolazione mondiale. Tuttavia è interessante notarne le differenti frequenze di espressività di malattia in termini di gravità.



Fig. 4. Prevalenza dell'antigene HLA-B27 nelle popolazioni indigene (%) - Fonte: Dati adattati da Kham - Fonte: "Ermann J, The Rheumatologist, 2016"

Altro fattore importante da analizzare è il **fattore ambientale**, una determinante su cui possiamo più facilmente agire rispetto al nostro patrimonio genetico. Il più importante fattore ambientale che oggi possiamo classificare come fattore di rischio è il **fumo**. Il fumo è un fattore di rischio per l'Artrite Reumatoide ed altre forme di artriti, e presenta anche la criticità di far rispondere meno alle terapie in utilizzo per l'AR stessa. Come per il fumo ci sono poi studi che hanno correlato l'inalazione di polveri, tipo quelle di **silice**, a fenomeni di genotossicità correlate allo sviluppo di patologie autoimmuni come l'Artrite Reumatoide.

Un ruolo interessante correlato alla malattia è stato riscontrato anche in capo a dei batteri che noi ospitiamo nel nostro corpo: si parla di **Microbioma**. Con il termine "microbioma" si intende l'insieme del patrimonio genetico e delle interazioni ambientali della totalità dei microrganismi di un ambiente definito, come può essere un intero organismo (per esempio, un essere umano) o parti di esso (per esempio, l'intestino o la cute). Il nostro corpo vive in simbiosi con tantissimi organismi in vari "settori" come il cavo orale, l'intestino, molti sono presenti anche a livello bronchiale. Il nostro organismo lavora in simbiosi con questi batteri, che producono al suo interno proteine anche in misura maggiore rispetto al nostro stesso organismo e tutto questo è fisiologico, normale. Questi batteri, che sono dentro di noi, sono divisi in vari gruppi: ci sono i "**simbionti**", che possiamo considerare alleati, i "**commensali**", che possiamo considerare neutri, e poi ci sono i "**patobionti**" che sono quelli che invece possono provocare, stimolare l'infiammazione. In un individuo normale tutte queste popolazioni sono in equilibrio. E' possibile però che si verifichi un "disequilibrio" con un surplus di batteri patogeni per esempio, e può avvenire uno sbilanciamento ed innescarsi l'infiammazione. Negli ultimi 10 anni si è cominciato a studiare attentamen-

te il ruolo e le interazioni di questi batteri a livello del cavo orale ed anche a livello dell'intestino abbinati all'insorgenza dell'infiammazione che può portare ad una evidenza clinicamente di artrite.

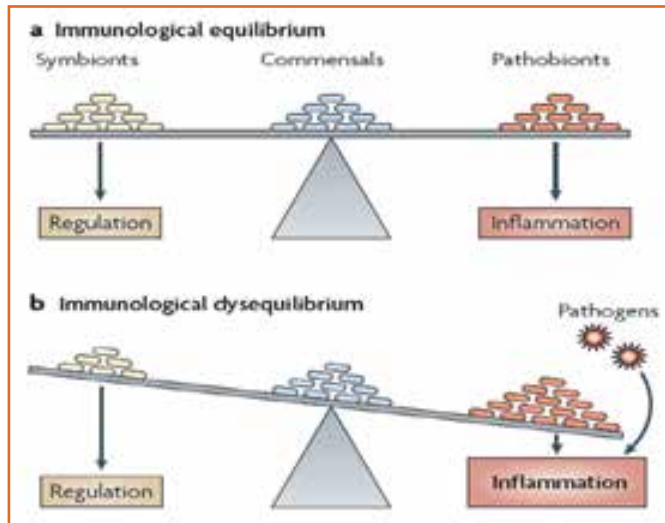


Fig. 5. Alterazione della risposta immune associata a disbiosi del microbiota • Fonte: "Round JL & Mazmanian SK, Nat Rev Immunol. 2009"

secondo un recente schema pubblicato sulla rivista Lancet – dobbiamo partire da una situazione di **predisposizione genetica**, poi si prendono in considerazione i **fattori ambientali** come il **fumo** ed i **batteri**, che determinano un inizio di modificazione degli stessi geni implicati nel processo infiammatorio, per poi arrivare a parlare di **autoimmunità generale**, cioè la presenza di auto-anticorpi. In questo complesso quadro possiamo ipotizzare un esordio di futura artrite.

Nell'analizzare un'associazione tra fattori ambientali e l'insorgere di **Artrite Psoriasica** possiamo citare: il **lavoro pesante** (esempio sollevare pesi superiori ai 50kg/ora), le **lesioni traumatiche**, le **infezioni severe**, dati discordanti invece ci sono circa il ruolo del fumo. Dagli studi appare invece che **non vi sia una correlazione tra la durata e la severità della psoriasi con l'insorgenza dell'artrite e la sua severità**; la **terapia ormonale o sostitutiva o contraccettiva** non ha una correlazione per quanto riguarda l'insorgenza dell'Artrite Psoriasica. Un ruolo importante invece è ricoperto dall'**indice di massa corporea**, ossia dal **peso**. L'**obesità** si è dimostrato un fattore di rischio per tutte le forme di artrite e uno studio recente ha messo in chiara correlazione l'aumento dell'indice di massa corporea, in soggetti con presenza di psoriasi, con un maggiore a rischio di insorgenza di artrite nel tempo. ■

Riassumendo quando parliamo di patogenesi (meccanismo di avvio) dell'Artrite Reumatoide –

**Percorso dell'Artrite Reumatoide**

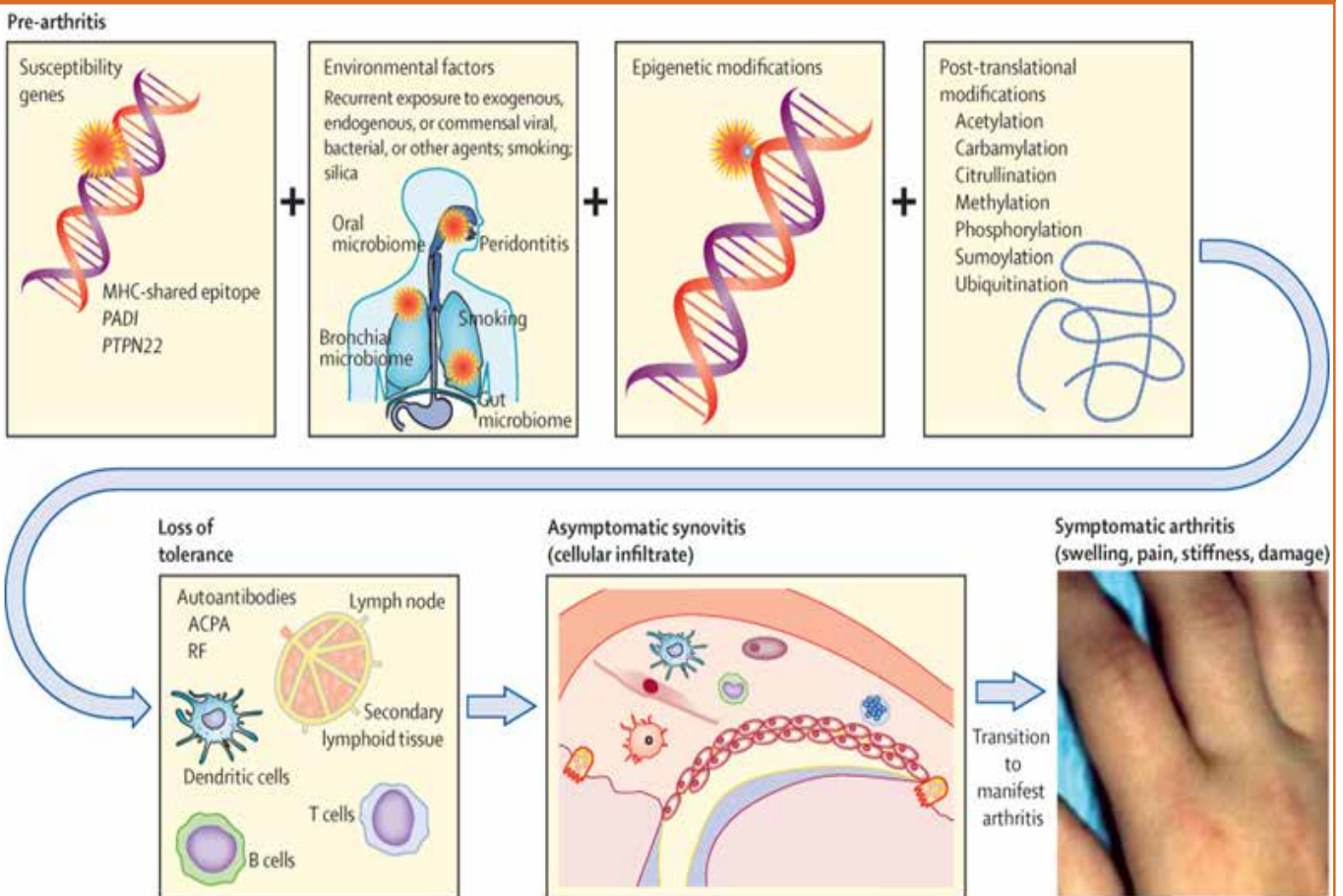


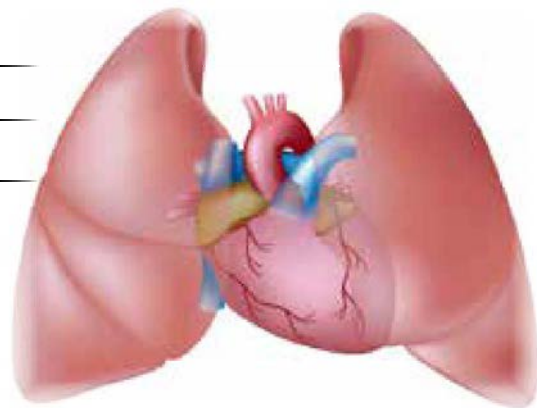
Fig. 6. Percorso dell'Artrite Reumatoide: In una serie geneticamente predisposta con i geni di suscettibilità, insulti ambientali, modificazioni epigenetiche, e modifiche post-traslazionali possono portare alla perdita di tolleranza con conseguente sinovite asintomatica, in ultima analisi, ad una artrite clinicamente evidente. ACPA = autoanticorpi contro peptidi citrullinati. RF = fattore reumatoide. • Fonte: "Smolen JS, et al, Rheumatoid arthritis, Lancet 2016"

## Il ruolo del reumatologo nell'impegno cuore-polmone



**Marco Sebastiani**

UOC Reumatologia • Azienda Policlinico di Modena  
Università di Modena e Reggio Emilia  
marco.sebastiani@unimore.it



Le malattie cardiovascolari e l'interessamento polmonare sono fra le condizioni che più possono compromettere la prognosi dei pazienti con artropatie infiammatorie croniche.

In particolare le complicanze cardiovascolari appaiono incrementate sia nell'artrite reumatoide (AR), sia nelle spondiloartriti sieronegative, quali l'artrite psoriasica e la spondilite anchilosante.

Insieme, le complicanze cardiovascolari e polmonari rappresentano la principale causa di mortalità nei pazienti con AR, essendo responsabili complessivamente di almeno il 60% dei decessi.

### Rischio cardiovascolare

Nei pazienti con artropatia infiammatoria cronica si osserva un'aumentata incidenza di eventi cardiovascolari (in primo luogo infarto del miocardio e ictus) che non sono giustificabili solo considerando i fattori di rischio tradizionali (fumo, obesità, sedentarietà, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito tipo 2). In tal senso è stato recentemente scoperto che l'infiammazione, misurabile attraverso il dosaggio della proteina C reattiva (PCR) rappresenta di per sé un fattore di rischio indipendente e quindi il principale punto di connessione fra poliartriti croniche e malattie cardiovascolari.

E' pertanto evidente che un adeguato controllo dell'artrite consentirà anche di ridurre il rischio cardiovascolare. Uno scarso controllo dell'artrite, definibile come un aumento dei valori di PCR, sembra determinare un aumento del rischio cardiovascolare individuale a 10 anni del 50%.

Vista l'importanza di questa problematica la società europea di reumatologia (EULAR) raccomanda una valutazione del rischio cardiovascolare in tutti i pazienti affetti da artropatia infiammatoria cronica.

L'EULAR consiglia inoltre la sospensione del fumo ed una riduzione del cortisone al dosaggio più basso possibile. Infine, non essendo stato ancora completamente definito il ruolo degli antinfiammatori (FANS) tradizionali e o COX2 selettivi (COXib) rispetto al rischio cardiovascolare, l'EULAR raccomanda cautela nella loro prescrizione, in particolare nei pazienti con patologie cardiovascolari documentate o in presenza di altri fattori di rischio. Numerosi studi clinici hanno evidenziato come i FANS possano favorire l'insorgenza di uno stato ipertensivo o peggiorare uno preesistente, aumentare la ritenzione idrica, indurre

un'insufficienza renale o peggiorare situazioni latenti di scompenso cardiaco.

In ogni caso, non tutti i FANS in commercio hanno lo stesso effetto sull'apparato cardiovascolare, il naprossene ad esempio non sembra interferire con l'azione antiaggregante dell'acido acetilsalicilico, mentre l'ibuprofene sembrerebbe antagonizzarla. I più recenti COXib invece sembrerebbero non solo contrastare l'effetto dell'aspirina, ma anche essere capaci di indurre direttamente un aumento del rischio trombotico.

Fra gli altri farmaci comunemente utilizzati in corso di malattie infiammatorie croniche i corticosteroidi sono associati ad un aumento dose-dipendente del rischio di eventi cardiovascolari, soprattutto nei pazienti più anziani. L'effetto sfavorevole di questi farmaci potrebbe essere spiegato dalle loro azioni sull'assetto lipidico (aumento del rapporto colesterolo totale/colesterolo HDL), sul metabolismo glucidico e sulla pressione arteriosa. Per minimizzare questo effetto è evidente che gli steroidi andrebbero utilizzati, come consigliato dall'EULAR, al dosaggio più basso e per il più breve tempo possibile.

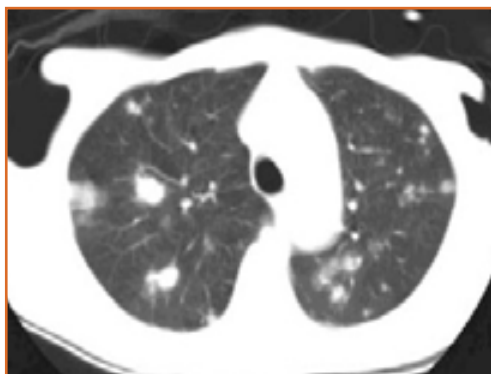
La riduzione della flogosi da parte dei farmaci di fondo ha invece sicuramente un effetto favorevole. Fra questi, il metotressato pare possa avere un benefico effetto sul rallentamento della progressione delle lesioni vascolari grazie alla sua spiccata attività antinfiammatoria. Ha infatti mostrato di ridurre i marker di infiammazione come PCR, interleuchina-6, TNF- $\alpha$  senza particolari effetti sulla funzionalità piastrinica, sui livelli sierici di lipidi e sulla resistenza all'insulina. D'altro canto, anche un effetto potenzialmente sfavorevole come l'incremento dell'omocisteina può essere facilmente neutralizzato dalla concomitante somministrazione di acido folico.

La leflunomide, nonostante una spiccata attività antinfiammatoria e l'assenza di un'interazione diretta con i farmaci antiaggreganti, può talora determinare rialzo della pressione arteriosa, e quindi va prescritta con cautela nei soggetti cardiopatici.

Anche i farmaci biotecnologici, con il loro importante effetto antinfiammatorio, riducono sensibilmente il rischio cardiovascolare, anche se si tratta comunque di farmaci che necessitano di uno stretto monitoraggio. I farmaci anti-TNF- $\alpha$  e il rituximab sono controindicati nello scompenso cardiaco avanzato (di grado NYHA III/IV), mentre nei pazienti in



**Fig. 1. Versamento pleurico in corso di artrite reumatoide**



**Fig. 2. Noduli reumatoidi multipli simulanti delle lesioni metastatiche polmonari**



**Fig. 3. Interstiziopatia polmonare evidenziata alla TC del torace in un paziente con artrite reumatoide**



terapia con tocilizumab è raccomandato uno stretto controllo dei lipidi, anche se l'aumento del colesterolo che di solito si osserva durante la terapia non sembrerebbe associarsi ad un incremento degli eventi cardiovascolari maggiori.

Abatacept è uno dei farmaci più utilizzati nei pazienti cardiopatici in quanto non associato ad un aumento del rischio cardiovascolare, mentre per quanto concerne ustekinumab si è osservata recentemente una dubbia associazione con eventi cardiovascolari maggiori, anche se i dati sono discordanti e dovrebbero essere confermati in studi clinici ad hoc.

Di particolare interesse, l'Istituto Superiore di Sanità ha sviluppato un progetto definito "Progetto Cuore" per la prevenzione del rischio cardiovascolare, istituendo un sito internet all'indirizzo <http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>, dove ognuno può calcolare il proprio rischio cardiovascolare a 10 anni.

### L'interessamento polmonare

Fra le diverse artropatie infiammatorie l'interessamento polmonare caratterizza principalmente l'artrite reumatoide, dove è particolarmente frequente e dove si può manifestare con modalità cliniche molto diverse (tabella 1).

La maggior parte di queste manifestazioni pongono problemi di diagnosi differenziale fra l'AR e altre possibili cause. Ad esempio nel caso del versamento pleurico (figura 1) è importante distinguere le forme associate ad AR da quelle causate da infezioni o neoplasie, per le ovvie implicazioni terapeutiche e prognostiche che una corretta diagnosi differenziale può determinare.

In corso di AR un versamento pleurico si ritrova fino al 70% dei casi in studi autoptici, è più frequente nei maschi con età superiore a 35 anni, è più spesso monolaterale e può associarsi a versamento pericardico. Nonostante ciò solo una minoranza dei pazienti (meno del 5%) è sintomatica e quindi il versamento è spesso riscontrato casualmente in corso di indagini radiologiche o solo sospettato durante l'esame obiettivo.

Problematiche di diagnosi differenziale ancora più importanti sono date dai **noduli reumatoidi** (figura 2), solitamente asintomatici, e che possono essere evidenziati in corso di indagini radiologiche, simulando neoplasie o infezioni polmonari (in caso di noduli singoli) o lesioni neoplastiche metastatiche (in caso di noduli multipli). Non sempre le metodiche radiologiche consentono di arrivare ad un corretto inquadramento diagnostico ed in questo caso può essere necessario ricorrere alla biopsia polmonare per ottenere una diagnosi conclusiva.

L'**interstiziopatia polmonare** (figura 3) rappresenta infine la più importante fra le complicanze dell'AR a carico del polmone. Si tratta di un gruppo eterogeneo di disordini del parenchima polmonare caratterizzati da flogosi e fibrosi alla TC del torace ad alta risoluzione. L'interstiziopatia ha una frequenza non del tutto nota (verosimilmente intorno al 20% dei pazienti), compare più spesso fra la quinta e la sesta decade di vita e nelle malattie di lunga durata. I meccanismi che portano allo sviluppo dell'interstiziopatia non sono chiari, ma il fumo di sigaretta sembra avere un ruolo importante. La malattia decorre spesso asintomatica, ma talora può essere aggressiva e condizionare pesantemente la prognosi, progredendo fino all'insufficienza respiratoria.

Purtroppo non esistono ad oggi terapie sicuramente efficaci e la diagnosi è spesso tardiva in quanto possibile solo attraverso la TC, mentre la radiografia tradizionale è poco indicativa, perché solitamente sottostima l'entità del danno polmonare.

Per tutti questi motivi è necessario che la visita reumatologica comprenda anche l'esame obiettivo del torace e sarebbe opportuno che tutti i pazienti affetti da AR eseguano periodicamente una spirometria, esame non invasivo e facilmente ripetibile, che potrebbe evidenziare iniziali alterazioni della funzione respiratoria anche in pazienti altrimenti asintomatici.

In conclusione, il paziente con poliartrite cronica richiede un approccio multidisciplinare, che comprenda, fra gli altri, cardiologo, pneumologo, radiologo, chirurgo toracico ed anatomo-patologo. Il ruolo del reumatologo è quello di valutare il paziente nella sua integrità e di guidarlo nella valutazione dell'impegno sistemico della sua malattia, indirizzandolo correttamente allo specialista quando ritenuto necessario, senza limitarsi alla sola valutazione dell'impegno articolare. ■

## Alcune slides della presentazione realizzata



### Raccomandazioni EULAR sulla gestione del rischio cardiovascolare nei pazienti con artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondilite anchilosante

L'artrite reumatoide va considerata come una condizione ad alto rischio di sviluppo di malattie CV. Questo rischio sembrerebbe legato sia all'aumento dei tradizionali fattori di rischio CV che dell'infiammazione.

Per ridurre il rischio CV è necessario un adeguato controllo dell'attività di malattia.

È raccomandata una valutazione del rischio CV utilizzando le LG nazionali per tutti i pazienti con AR e va rivalutata ogni anno anche nei pazienti con ApS e SA.

Non è stato ancora completamente definito il ruolo dei FANS tradizionali e dei COXib sul rischio CV. Si raccomanda cautela nella prescrizione in particolare nei pazienti con rischio CV documentato o in presenza di fattori di rischio CV.

I corticosteroidi vanno utilizzati al minor dosaggio possibile.

Si raccomanda la sospensione del fumo.

### L'interessamento polmonare

Principali manifestazioni cliniche a carico dell'apparato respiratorio. In rosso le manifestazioni più frequentemente osservate.

Impegno parenchimale	Noduli
<b>Interstiziopatia polmonare</b>	<b>Noduli reumatoidi</b>
<b>Impegno pleurico</b>	Sindrome di Caplan
<b>Versamento pleurico</b>	<b>Coinvolgimento vascolare</b>
Pneumotorace	Vasculite reumatoide
Fistola broncopleurica	Iperensione polmonare
Sindrome del polmone intrappolato	<b>Altro</b>
<b>Ostruzione delle vie aeree</b>	Tossicità da farmaci
Artrite ciroartrite	Infezioni
Bronchiectasie	Neoplasie
Bronchite follicolare	Ristringimento della gabbia toracica
Bronchiolite obliterante	Malattia tromboembolica

Atti convegno **Artriti Infiammatorie Croniche – Ottobre 2016**

## L'impegno cutaneo nell'Artrite Psoriasica



**Massimo Morri**

UO dermatologia – Ausl Romagna  
Ospedale Infermi di Rimini  
massimo.morri@auslromagna.it

Testo liberamente tratto dall'intervento eseguito durante l'incontro,  
trascrizione a cura di Erica Lenzi e Daniele Conti



La Psoriasi rappresenta una malattia infiammatoria cronica della cute con decorso cronico-recidivante, in cui fasi di esacerbazione si alternano a fasi di remissione di durata variabile. Sebbene possa suonare pleonastico è comunque importante ribadire che non è una malattia contagiosa.

La sua incidenza varia tra 2-4 % della popolazione mondiale, è più frequente nella razza caucasica, colpisce in egual misura entrambi i sessi ed ogni età può essere colpita dal bambino alla persona anziana. Possiamo identificare due picchi di incidenza, uno sui 20-30 anni e l'altro sui 50-60. Statisticamente possiamo rilevare come più precoce è l'esordio più severa è la malattia.

Spesso i pazienti ci chiedono quale sia la **causa della psoriasi**. A questa domanda non è possibile dare una risposta semplice poiché non esiste una causa specifica. La psoriasi è una malattia multifattoriale, le cui cause sono da ricercare nel combinato di fattori genetici e fattori ambientali, che assieme si compendiano nel concetto di autoimmunità. Nel paziente con psoriasi il sistema immunitario si ritorce contro componenti del suo stesso organismo provocando dei danni, una risposta immunitaria abnorme, nel caso della psoriasi, verso antigeni cutanei che non sono stati correttamente identificati. Troviamo fattori ambientali che facilitano l'insorgenza della psoriasi o che scatenano la malattia partendo da una base genetica in potenza predisposta, facendo attivare la malattia vera e propria.

Il primo fattore è quindi la **familiarità/predisposizione genetica**, su cui ovviamente non possiamo agire. Ci sono invece altri fattori su cui possiamo e dobbiamo attivarci per prevenirne gli effetti diretti e indiretti. Tra questi abbiamo l'**indice di massa corporea**: il peso corporeo, quando diventa sovrappeso, risulta incidere negativamente sull'efficacia delle terapie. Altro fattore è il **consumo di alcool** e il **fumo di sigaretta**, quest'ultimo in particolare entra in gioco nella variante palmo plantare e soprattutto nella forma pustolosa. Un ruolo negativo lo svolgono anche gli **eventi stressanti**, ovviamente se possibile da evitare.

Recentemente si sta portando l'attenzione su l'**aspetto alimentare** come **fattore protettivo**. La dieta, sottovalutata negli ultimi 20 anni, sembra invece giocare un importante ruolo di prevenzione, soprattutto quando è ricca di acidi grassi polinsaturi e di altri antiossidanti e di vitamine. Una dieta ricca di frutta fresca, a base di vegetali con eventuali aggiunte di pesce sembra essere protettiva non solo per la psoriasi, ma anche per molte altre malattie autoimmuni e non autoimmuni. Anche i **raggi ultravioletti** sono una forma protettiva, possiamo dire quasi terapeutica.

Nel corso della vita ci possono essere dei "fattori scatenanti" la malattia, qualche cosa – possiamo dire – che può attivare la malattia e tra questi si devono evidenziare le **infezioni**, che sono un evento classico. In particolare le infezioni delle alte vie respiratorie, le faringiti streptococciche, che possono indurre generalmente la psoriasi guttata prevalentemente riscontrabile nella popolazione pediatrica; ma possiamo registrare anche altre infezioni.

Tra i fattori scatenanti possiamo riscontrare anche alcuni **farmaci**, sebbene si sia progressivamente ridimensionato questo timore, come anche alcuni **eventi stressanti** o **traumi locali della cute** (termici, meccanici, chimici) che possono indurre la formazione di placche psoriasiche (es. *fenomeno di Koebner*). Anche le **radiazioni ultraviolette**, quando ci si espone eccessivamente alle stesse e producono un'ustione cutanea possono paradossalmente scatenare la psoriasi invece che curarla.

Quando parliamo di psoriasi stiamo parlando di una malattia dell'intero organismo e non solo della cute. Possiamo oggi affermare con certezza questo perché abbiamo rilevato come in presenza di psoriasi si trovino associati anche indici di infiammazione attivi come la VES, la PCR e la presenza di alcune citochine pro-infiammatorie. In alcuni casi abbiamo poi anche il coinvolgimento articolare – ecco la artrite psoriasica. Si è poi rilevato come i pazienti con psoriasi traggano benefici da farmaci immunosoppressivi, dicendoci anche empiricamente come sia coinvolto tutto l'organismo e non solo la cute.

Recentemente si sta prestando molta attenzione anche all'associazione della psoriasi con Sindromi Metaboliche. Si sta studiando molto l'associazione con diabete, ipertensione arteriosa, obesità e aumento dei grassi nel sangue in quanto risultano essere statisticamente più frequenti nella popolazione con psoriasi rispetto a popolazioni di individui sani. Correlati ci sono poi un aumento della frequenza di eventi negativi di tipo cardio-vascolare e sarà interessante capire perfettamente se le terapie, soprattutto le nuove terapie biologiche, saranno in grado, oltre che di curare la pelle, di invertire questa tendenza proprio sugli eventi cardiovascolari, anche se è ancora troppo presto per esprimere un parere definitivo su questo aspetto.

La psoriasi può avere un'ampia varietà di distribuzione sul corpo, e manifestarsi localizzata in alcune aree o diffusa in tutto il corpo. Di solito è simmetrica e risparmia l'area del volto. Sebbene si pensasse che non desse prurito, oggi sappiamo che in più della metà dei pazienti invece da un fortissimo prurito tanto da indurre a lesionarsi la cute.

Questa malattia è nettamente impattante anche sotto l'aspetto della qualità della vita stessa per il paziente. Ci sono alcuni studi che presentano come nei pazienti con psoriasi la qualità della vita sia compromessa ad altissimo livello e arrivando a testimoniare impatti di gravità simili a quelli dei pazienti con diabete e tumore. Per valutarne in modo oggettivo l'impatto esistono delle scale come il PASI ("*Psoriasis Area and Severity Index*"), che basa il proprio calcolo valutando eritema, desquamazione ed infiltrazione e percentuale di superficie corporea interessata. In base poi a dei valori numerici calcolati con degli algoritmi possiamo distinguere le forme lievi/moderate da quelle moderate/gravi fino a quelle gravi, correlando per ciascuna un approccio terapeutico appropriato.

In base alla severità della malattia si appropria uno schema terapeutico graduale che parte da emollienti a terapie locali, per poi passare alla fototerapia e alle terapie sistemiche (tradizionali e biotecnologiche).

Le **terapie locali** a loro volta possono essere associate alla terapia sistemica, soprattutto per trarne il maggiore beneficio in caso di forme particolarmente resistenti. I **corticosteroidi** topici fanno la parte del leone tra le terapie "locali", in quanto hanno il vantaggio di essere facili da usarsi, efficaci e di essere disponibili in varie formulazioni che possono essere adattate a diverse situazioni (es. creme, unguenti etc). Qualche svantaggio lo registriamo per esempio nella perdita di efficacia nel tempo (*cd. tachifilassi*) o nel presentarsi di effetti secondari, come l'assottigliamento della pelle (*cd. atrofia*) a seguito di un ampio utilizzo prolungato nel tempo, oppure la dilatazione di piccoli vasi sanguigni, generalmente superficiali, i quali assumono l'aspetto di arborescenze sinuose di colore rosso vivo o rosso-blauastro e divengono visibili oltre l'epidermide (*cd. teleangectasie*).

Un'altra categoria di farmaci ad uso locale molto utilizzati dai pazienti con psoriasi sono i **derivati della vitamina D**: calcipotriolo, il tacalcitolo, il calcitriolo. Questi sono abbastanza piacevoli da usare e sono più sicuri rispetto ai cortisonici in termini di comparsa di effetti indesiderati. Hanno lo svantaggio di essere più lenti ad agire sebbene non perdano poi efficacia nel tempo, ma richiedono più somministrazioni giornaliere. L'effetto collaterale più frequente può essere l'irritazione. Possiamo osservare anche un vantaggio e miglioramento dell'efficacia nell'utilizzo associato dei preparati con vitamina D e i corticosteroidi, in grado contemporaneamente anche di ridurre gli effetti secondari.

Uno step successivo è sicuramente la **fototerapia**, una modalità terapeutica che utilizza i raggi ultravioletti (UVB, UVA o varie combinazioni) per il trattamento di alcune patologie dermatologiche. La fototerapia con UVB utilizza la radiazione ultravioletta di tipo B (lunghezza d'onda 290-320 nm), e non necessita della somministrazione di farmaci fotosensibilizzanti (psoraleni). Oggi l'UVB a banda stretta (lunghezza d'onda 311-313 nm) è diventata la prima scelta per la maneggevolezza e la scarsità di effetto collaterali. Possono essere utilizzati anche in gravidanza, possono essere utilizzati anche nella popolazione pediatrica, sempre che il bambino riesca a stare già in piedi chiuso dentro la cabina in cui si fa la fototerapia.

Altra modalità la **fototerapia** (PUVA) che è una modalità terapeutica che utilizza i raggi ultravioletti in associazione ad una sostanza chimica fotosensibilizzante.

Le tecniche di fototerapia hanno dei limiti in termini di disponibilità dei servizi erogatori, di impegno temporale, alcune manifestazioni di tumori cutanei anche se sono scarsi gli studi in tal senso sono pochi. Alcune manifestazioni collaterali possono poi essere indotti anche dagli psoraleni – le sostanze chimiche fotosensibilizzanti sopra citate.

Quando le terapie locali non risultano sufficienti, oppure la malattia si presenta in forma moderata severa, è opportuno pensare ad una terapia sistemica. Diverse le chance a disposizione con diverse forme di somministrazione, sia per via orale sia per via iniettiva. Tre i farmaci di riferimento: **methotrexate**, **ciclosporina** e **acitretina**.

I primi due sono farmaci immunosoppressori il terzo agisce sulla proliferazione e differenziazione delle cellule della pelle. La scelta nel loro utilizzo varia in base alle strategie che vogliamo o possiamo mettere in campo in base al paziente che dobbiamo trattare e ai fattori di base che ci troviamo davanti. La Ciclosporina ha la caratteristica di avere una buona rapidità di azione, il Methotrexate di essere la scelta migliore in caso di compromissione artropatia, l'Acitretina, in mono terapia poco efficace si usa associata ad altri per potenziarne l'azione. In quanto farmaci tutti hanno vari livelli di "tossicità", da conoscere e bilanciare in base al paziente caso per caso. Per il methotrexate occorre avere attenzione alla sua tossicità epatica, la ciclosporina all'induzione di aumento della pressione e dei grassi nel sangue, l'acitretina oltre ai trigliceridi ha anche la caratteristica di essere teratogeno (non indicato quindi in caso di gravidanza). Queste le criticità che non fanno deprezzare il loro valore come farmaci, ma conoscendone i potenziali effetti avversi richiedono un attento monitoraggio periodico per anticipare eventuali affetti indesiderati.

Questi farmaci poi possono essere variamente associati tra loro e con tecniche di foto(chemio) terapia.

Se i farmaci sistemici appena citati non risultassero sufficientemente efficaci oggi possiamo contare sui farmaci biotecnologici, che rappresentano una chance importante ed efficace. Il loro utilizzo non ha ripercussioni dirette sui singoli organi, e vanno a modulare il sistema immunitario attraverso le citochine per interrompere la catena che porta allo sviluppo dell'infiammazione e della psoriasi, nel nostro caso.

In Emilia Romagna sono state redatte delle linee guida per l'utilizzo degli stessi, in base a criteri di appropriatezza e severità di malattia, solitamente dopo il fallimento di una terapia cosiddetta tradizionale, oppure presentare controindicazioni alle terapie di prima scelta e quindi accedere ai biotecnologici direttamente.

Tra i biotecnologici possiamo citare Infliximab, Etanercept, Aalimumab, Ustekinumab e recentemente entrati in commercio e a breve in distribuzione anche Secukinumab e Apremilast – quest'ultimo innovativo per la possibilità di somministrazione per via orale. ■

## Alcune slides della presentazione realizzata



### Psoriasi: fattori di rischio e protettivi

**Fattori di rischio:**

- ▶ Familiarità
- ▶ Indice di massa corporea
- ▶ Consumo di alcool
- ▶ Fumo di sigaretta (ept. con psoriasi pustulosa palmo-plantare)
- ▶ Eventi di vita stressanti

**Fattori protettivi:**

- ▶ Dieta ricca di acidi grassi polinsaturi (PUFA)
- ▶ Dieta ricca di frutta fresca, pomodori e carote
- ▶ Esposizione alle radiazioni ultraviolette

### Psoriasi: fattori scatenanti

- ▶ **INFEZIONI ACUTE:** la psoriasi guttata è indotta da faringite streptococcica o dermatite perianale streptococcica; infezioni da virus varicella-zoster
- ▶ **FARMACI:** sali di litio, interferoni, beta-bloccanti, antimalarici, FANS, altri.
- ▶ **EVENTI DI VITA STRESSANTI**
- ▶ **TRAUMI LOCALI** (fenomeno di Koebner)
- ▶ **RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE** (Psoriasi fotosensibile)

Rev. JM. "Journal of the American Academy of Dermatology" 2007; 57(1):10-14  
Tashiro N et al. "Dermatologia" 1998; 102:33-41  
Stamoniou G. "Dermatologia" 2000; 106:100-104  
Muller W et al. "British Journal of Dermatology" 2005; 152:388-393



Atti convegno **Artriti Infiammatorie Croniche – Ottobre 2016**

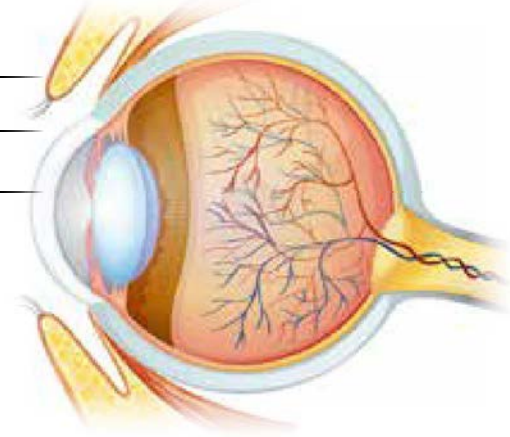
## Le complicanze dell'occhio nelle artriti infiammatorie croniche



**Luca Cimino**

SS di oculistica per le uveiti ed infiammazioni oculari  
Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia  
cimino.luca@asmn.re.it

Testo liberamente tratto dall'intervento eseguito durante l'incontro,  
trascrizione a cura di Erica Lenzi e Daniele Conti



L'oculistica è una branca che nasce nell'area chirurgica e la cogestione di pazienti con reumatismo infiammatorio assieme al reumatologo richiede un percorso di "educazione" e formazione affinché si acquisisca un "linguaggio" e una strategia di reale e fattiva collaborazione. In questo campo è importante lavorare assieme per cercare prima una diagnosi e poi una corretta impostazione terapeutica. Nel campo dell'oculistica in questi anni si sono fatti molti passi avanti nella diagnosi e nel monitoraggio per avere strumenti e criteri di valutazione oggettivi per valutare la progressione della malattia e la risposta agli approcci terapeutici locali o sistemici proposti. Avere dati oggettivi è fondamentale per valutare in maniera obiettiva l'andamento della malattia, e capire anche quando è opportuno trattare in maniera più importante il paziente, soprattutto nei casi in cui sono coinvolti i bambini. Nell'artrite idiopatica giovanile il coinvolgimento oculare è sicuramente una sfida – la diagnosi può presentarsi incerta sia dal punto di vista oculistico che interdisciplinare – molti farmaci a disposizione sono considerati off label, ossia senza una indicazione specifica, e quindi l'approccio multidisciplinare aiuta a mutare e a far crescere l'esperienza dei professionisti per trattare al meglio questi casi che sono complicati. Si pensi all'utilizzo del cortisone nelle uveiti, come anche della ciclosporina. Le strategie terapeutiche devono basarsi però anche sulla considerazione degli effetti collaterali sul lungo periodo. L'attenzione per esempio a risparmiare l'uso di cortisone su giovani pazienti, riducendone l'esposizione a possibili effetti collaterali di un uso prolungato, ci ha portato a mutuare l'esperienza dei reumatologi con l'uso dei biotecnologici, oggi utilizzati con più maneggevolezza che in passato.

Le tre patologie in cui diventa ottimale l'approccio interdisciplinare tra oculista e reumatologo sia per la diagnosi sia per la terapia sono le **uveiti HLA-B27 correlata**, le **uveiti legate alla malattia di Behcet** e le **uveiti nell'artrite idiopatica giovanile**.

I sintomi classici dell'uveite, intesa come infiammazione intraoculare, sono l'**occhio arrossato**, aspetto che può non esserci nell'artrite idiopatica giovanile, la **fotofobia**, cioè la maggiore sensibilità alla luce, la presenza di lucine nel campo visivo come mosche volanti e poi dei **segnali clinici** che siamo in grado di valutare quando visitiamo il paziente con il microscopio. In due anni a Reggio Emilia da ottobre 2013 a ottobre 2015 abbiamo visto 990 pazienti con uveite e l'età media alla diagnosi finale è di 43 anni e abbiamo rilevato un ritardo diagnostico importante dall'esordio dei sintomi pari a quattro anni.

Fra tutte le uveiti quella più frequente è l'**uveite anteriore**, che coinvolge l'iride nella parte anteriore dell'occhio ed è meno dannosa per la vista. Questa forma è quella più frequentemente associata alle patologie reumatiche come la spondilite anchilosante e l'artrite psoriasica. L'uveite B27 rappresenta la terza causa di uveiti specifiche più frequenti nella ns. casistica. Nell'uveite anteriore la parte interessata è la parte anteriore dell'occhio e l'infiammazione è localizzata nella zona tra iride e cornea. L'oculista nel fare un esame clinico con il microscopio deve cercare di individuare se è interessata o meno la parte posteriore, in quanto l'uveite posteriore rappresenta il caso con prognosi più severa perché viene interessata la retina e c'è una maggiore probabilità di riduzione della vista.

L'oculista deve capire come si presenta clinicamente l'uveite in quanto questo può aiutare a corroborare l'ipotesi diagnostica della patologia sistemica anche in fase precoce. Un'uveite non granulomatosa, con arrossamento alternato degli occhi – non in tutti e due ma in uno solo – in presenza di un HLA B27 positivo ci deve far presupporre la presenza di forme artritiche e spondilitiche. Quando ci avviciniamo al paziente è importante quindi chiedere se ci sono delle possibili sintomatologie extra-oculari così dopo l'esame obiettivo possiamo inviarlo al reumatologo per proseguire eventualmente l'iter diagnostico. La presenza dell'antigene HLA-B27 è infatti correlato alla possibilità di un maggiore coinvolgimento uveitico e questo può essere un campanello di allerta e di manifestazione precoce di malattia che ci deve portare a suggerire al paziente una visita reumatologica se questi viene da noi come prima consulenza.

Una cosa importante è anche valutare i casi limite, quando per esempio non si risponde al trattamento proposto occorre una rivalutazione precisa che si basi e giovi della collaborazione tra oculista e reumatologo per pesare la congruità del caso con l'ipotesi diagnostica stessa e arrivare ad una diagnosi precisa. Una collaborazione interdisciplinare è fondamentale nella gestione sia diagnostica che terapeutica delle uveiti, che può essere cogestita. Per esempio le uveiti anteriori nella maggior parte dei casi se associate al B27, senza un coinvolgimento extra-oculare, sono soltanto di interesse oculistico, e vengono gestite con la terapia locale. Quando c'è un coinvolgimento extra-oculare in ambito reumatologico la terapia sistemica condivisa con il reumatologo è praticamente efficace sia per la gestione reumatologica oggi che per la parte oculistica e quindi se ne occupa solitamente il reumatologo, con il supporto dell'oculista al bisogno. ■

# Alcune slides della presentazione realizzata

## PROGRESSO STRAORDINARIO NELLA GESTIONE CLINICA DELLE UVEITI NEGLI ULTIMI 20 ANNI!

### PROGRESSI NELLA DIAGNOSI e MONITORAGGIO

- Analisi di laboratorio
  - IGRA (Interferon gamma release assay)
  - ANALISI DEI FLUIDI INTRA-OCULARI
- Laser flare photometry
- Imaging
  - ICG
  - AUTOFLUORESCENZA
  - OCT (EDI)
- Progressi nella nomenclatura e definizione delle patologie
- Nuove entità

## PROGRESSO STRAORDINARIO NELLA GESTIONE CLINICA DELLE UVEITI NEGLI ULTIMI 20 ANNI! PROGRESSI NELLA TERAPIA E NEL MONITORAGGIO

- TERAPIA LOCALE
- TERAPIA INTRA-OCULARE
  - Devices
  - Triamcinolone
  - Anti-VEGF
- NUOVI IMMUNOSOPPRESSIVI
  - Micofenolato Mofetile
- AGENTI BIOLOGICI
  - Infliximab
  - Adalimumab
  - Interferon

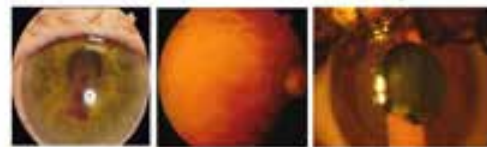
## Cosa l'oculista ha imparato dal reumatologo

- Se non ci fosse il confronto, mancherebbe uno stimolo a migliorarsi
- Linguaggio uniforme
- Importanza delle classificazioni nell'inquadramento clinico
- Terapie sistemiche
  - Gestione della tp steroidea (tp di supporto: vit D, alendronati etc...)
  - Utilizzo dei farmaci immunomodulatori, risparmiatori di steroide
  - "The mission is the remission"
  - Embricazione tp
  - Gestione e monitoraggio degli effetti collaterali

## APPROCCIO INTERDISCIPLINARE OCULISTA-REUMATOLOGO

### UVEITI NON GRANULOMATOSE

UVEITI HLA-B27 associate      MALATTIE RELATE      ARTRITE IDIOPATICA CROMIUMALE



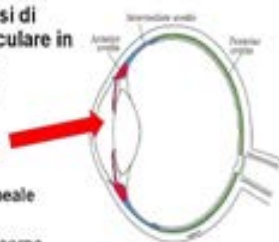
## Il ruolo dell'oculista

- Sintomi e segni clinici
- Tipo anatomico di uveite
- Tipo clinico
- Quanto è infiammato l'occhio
- Terapia topica e locale
- Terapia sistemica condivisa

## Uveite Anteriore (UA): definizione

L'UA comprende i casi di infiammazione intraoculare in cui la maggior parte dell'infiammazione è localizzata:

- In Camera Anteriore:
  - Cornea
  - angolo Iridocorneale
  - Iride
  - Pars plicata del corpo ciliare



## QUANDO ESEGUIRE L'HLA B27?

- UVEITE ANTERIORE
  - ESORDIO ACUTO
  - NON-GRANULOMATOSA
  - MONOLATERALE ALTERNANTE
- DEVONO ESSERE PRESENTI QUESTI 4 CRITERI

## WORK-UP DELLE UVEITI NON GRANULOMATOSE



## Atti convegno Artriti Infiammatorie Croniche – Ottobre 2016

### Gravidanza in corso di artriti



**Melissa Padovan**

UOC di Reumatologia  
Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara  
Arcispedale Sant'Anna di Cona  
pdmvss@unife.it



Le malattie autoimmuni e la gravidanza possiamo affermare che si influenzano reciprocamente, a volte con effetti positivi, altre volte con effetti potenzialmente negativi. Rispetto ad altre malattie reumatologiche con maggiori implicazioni negative in corso di gravidanza, come le connettiviti e la sindrome da anticorpi antifosfolipidi, le artriti croniche non sembrano correlarsi ad un particolare rischio di complicanze materno-fetali in gravidanza.

Classicamente si ritiene, peraltro, che la donna affetta da artrite reumatoide goda di un particolare periodo di grazia durante la gravidanza, durante il quale la malattia rimane silente nel 70% dei casi. In realtà non è sempre così e ci sono casi in cui occorre trattare la malattia anche in gravidanza, specie nelle forme spondiloartriche e psoriasiche. Il motivo per cui la gravidanza determinerebbe una riduzione dell'attività dell'artrite non è del tutto noto. Tra le ipotesi più accreditate segnaliamo: il cambio dell'assetto ormonale, la diversità genetica presentata dal feto, che contiene geni paterni estranei alla madre, e lo spostamento fisiologico del sistema immunitario verso un assetto anti-infiammatorio. I linfociti T helper in gravidanza determinano una ridotta produzione di citochine pro-infiammatorie come il TNF alfa e la IL-1 e una maggiore produzione di citochine anti-infiammatorie. Il puerperio, cioè il periodo subito dopo il parto, rappresenta invece un momento fortemente a rischio di recidiva dell'artrite che, spesso, si presenta più attiva di prima e qualche volta scarsamente responsiva alle terapie che prima risultavano efficaci. In questi casi la donna può trovarsi nelle necessità di rinunciare all'allattamento al seno per poter riprendere quanto prima una terapia efficace.

C'è unanime accordo in ambito scientifico sul fatto che la gravidanza vada affrontata in un momento in cui l'artrite sia in remissione, o quanto meno scarsamente attiva, stabilizzata sia dal punto di vista clinico che terapeutico da almeno 6 mesi. Quindi occorre organizzarsi per tempo, gestendo al meglio la problematica che maggiormente richiede attenzione nel gestire la gravidanza in corso di artrite cioè la terapia farmacologica.

Il Counselling pre-concezionale costituisce il momento fondamentale di questo programma e consente di attuare al meglio tutte le riflessioni e strategie finalizzate all'instaurarsi di una gravidanza serena in un moderno concetto di "family planning". Durante il counselling la coppia riceve informazioni utili a capire i risvolti della malattia e della terapia sulla gravidanza. Inoltre, il medico valuta lo stato di attività della malattia e prende in considerazione le possibili opzioni terapeutiche valide in considerazione del programma di gravidanza. La gravidanza può essere sconsigliata o posticipata perché vi è la necessità di ridurre l'attività di malattia mediante l'impiego di farmaci efficaci ma teratogeni (che possono determinare malformazioni embrionali o fetali) e comunque con effetti tossici in gravidanza. Alcuni farmaci possono essere sospesi al test di gravidanza positivo, altri necessitano di una sospen-

sione preventiva prima di cercare la gravidanza. In qualche caso occorre sospendere il farmaco anche molti mesi prima del concepimento e nel frattempo valutare l'adozione di farmaci alternativi, se ve ne sono, la cui efficacia andrà comunque valutata prima di cercare la 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.

Nel caso in cui sia l'uomo ad avere la malattia e a porsi il problema di come gestire la terapia valgono le stesse regole di sospensione preventiva in uso per la donna; certo non si porrà il problema di sospendere i farmaci al test di gravidanza positivo, visto che non sarà lui a portare "il pancione".

**Tabella riassuntiva sui tempi di sospensione preventiva dei più comuni farmaci anti-reumatici.**

Farmaco	Compatibilità con la gravidanza	Sospensione
<b>FARMACI CONVENZIONALI</b>		
Cortisone	SI	
FANS	SI (I-II trimestre)	III trimestre
Coxib	NO	Al concepimento
Salazopirina	SI	
Ciclosporina	SI	
Plaquenil	SI	
Azatioprina	SI	
Metotrexate	NO	3-6 mesi prima
Leflunomide	NO	2 anni prima ( wash out)
<b>BIOLOGICI</b>		
antiTNF	SI	Al concepimento
Anakinra	SI	Al concepimento
Abatacept	NO	3-6 mesi prima
Tocilizumab	NO	3-6 mesi prima
Rituximab	NO	12 mesi prima
Ustekinumab	NO	4-6 mesi prima
Belimumab	NO	3-6 mesi prima

**Tali indicazioni vengono continuamente riviste sulla base degli aggiornamenti scientifici disponibili**

E' buona norma, inoltre, considerata la frequente associazione con altre condizioni autoimmuni, ricercare, prima di intraprendere una gravidanza, autoanticorpi quali:

1. ANA, antiENA (Ro/SSA e La/SSB). La loro presenza correla con alcune complicanze fetali. 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 connettivi 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.

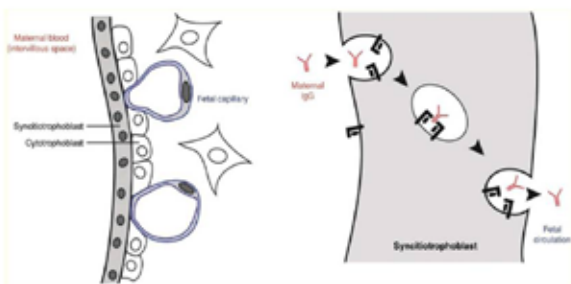
2. Anticorpi anti antifosfolipidi (anti-cardiolipina, Lupus anti-coagulant (LAC) e anti-Beta2 glicoproteina I). La presenza di questi anticorpi correla con un altro tipo di complicanze come l'aborto, la morte fetale e l'eclampsia. Potrebbe essere necessario associare un anti-aggregante delle piastrine, come la cardioaspirina, e/o eparina per via sottocutanea per tutta la durata della gravidanza e nel periodo dopo il parto.

In conclusione:

- Occorre affrontare l'argomento in tutti i pazienti in età fertile
- E' utile ( indispensabile!) pianificare la gravidanza ("family planning")
- Ogni aggiustamento di terapia deve tenere conto della sfera riproduttiva
- La valutazione della malattia e il trattamento della mamma prima, durante e dopo la gravidanza deve avere lo scopo di mantenere la remissione/bassa attività di malattia e di ridurre i rischi materni e fetali
- Le decisioni sono basate sull'accordo tra il reumatologo, il ginecologo e il paziente e qualsiasi altra figura coinvolta nel percorso di cura. ■

### Passaggio di IgG ad opera dell'Fc receptor placentare

I biologici con frammento Fc sono trasferiti al feto attraverso un trasporto attivo trans-placentare



Hazes J et al. Rheumatology 2011;50:1955

## Alcune slides della presentazione realizzata



### I farmaci necessari – utili devono essere proseguiti in gravidanza

La paziente che pianifica la gravidanza deve passare prima del concepimento alla terapia di mantenimento che utilizzerà durante la gravidanza

#### OBIETTIVI

- Mantenere la remissione/bassa attività di malattia
- Prevenire riacutizzazioni e aumento del danno
- Favorire la salute del feto e del neonato

- La decisione è influenzata da:
- valutazione del grado di rischio materno-fetale (counseling)
  - decisione della paziente

**NON sospendere tutta la terapia prima del concepimento o nel primo trimestre**

Østensen M, et al. Rheumatology 2011;50:651-664  
Østensen M, et al. Lupus 2004;13(5):746-50

### ... e nell'uomo affetto da artrite che desidera figli ?



- Pochi studi disponibili
- Salazopirina può ridurre la fertilità maschile ( oligospermia transitoria)
- Valgono le stesse regole di sospensione preventiva in uso per la donna ... ma non deve sospendere al test di gravidanza positivo



Vikki K 2015. Scand J Rheum  
Ekgren D et al. J Rheumatol 2011;38:539  
Østensen M et al. Arthritis Res Ther. 2006;8:209

**Atti convegno Artriti Infiammatorie Croniche – Ottobre 2016**

## **Registro farmaci e pazienti: l'esperienza in regione Emilia Romagna**



**Olga Addimanda**

SSD Medicina e Reumatologia  
Istituto Ortopedico Rizzoli - Università di Bologna  
olga.addimanda@ior.it



I Registri, che possono essere Nazionali o, come nel caso dell'Emilia Romagna, Regionali, sono studi osservazionali di popolazione. Solitamente sponsorizzati dalle società di Reumatologia, indipendentemente dalle aziende farmaceutiche, si impegnano a criteri di monitoraggio clinici, laboratoristici e terapeutici rigorosi ed imparziali

Negli ultimi 10 -20 anni sono stati creati registri per lo studio delle Artriti [Artrite Reumatoide (AR) ma anche Spondiloartriti (SpA) – Artrite Psoriasica (APs) e Spondilite Anchilosante (SA)] ed il trattamento con farmaci biotecnologici: tra questi meritano di essere citati il registro Canadese (*Canadian Multicenter Prospective Observational Registry*) in cui sono stati inseriti più di 1500 pazienti affetti da AR, AS, APs, il registro Britannico (*British Society for Rheumatology Biologics Register* con 20494 pazienti inseriti), il registro Portoghese (*Rheumatic Diseases Portuguese Register Reuma* con inseriti 3438 pazienti affetti da AR, AS, APs ed artrite idiopatica giovanile - JIA), il registro Danese (*Danish Nationwide DANBIO registry*, 13721 pazienti), il registro Svedese (*Swedish Biologics Register/ Anti-Rheumatic Therapy in Sweden – ARTIS – 27990* pazienti) ed il registro Norvegese (*Norway Biologics Register – NOR-DMARD* con 6518 registrati nel 2010 di cui 3400 in terapia con farmaci biotecnologici all'aggiornamento del 2014)

Nel **2009** è stato finanziato dal **Ministero della Salute un Progetto di Ricerca Finalizzata** che prevedeva la creazione di un registro di popolazione in Emilia Romagna in cui venissero inseriti i pazienti affetti da AR; in tale progetto sono state coinvolte le diverse unità operative con attività reumatologica presenti in Emilia Romagna (Azienda Ospedaliera di REGGIO EMILIA, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Azienda USL di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda USL– Ospedale Maggiore, Istituto Ortopedico Rizzoli ed Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda USL di Romagna (Forlì, Cesena, Rimini, Ravenna) oltre all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

In tale studio prospettico di popolazione sono inclusi:

- Tutte le nuove diagnosi di AR
- Tutti i pazienti con AR che iniziano o cambiano un farmaco biotecnologico (bDMARDs)
- Tutti i pazienti con diagnosi di AR anche pregressa, ma con attività elevata di malattia che continuano terapia con farmaci immunosoppressori tradizionali (cDMARDs)

Per i pazienti inseriti è prevista la raccolta di dati di follow-up dopo 3, 6 e 12 mesi dall'inserimento, quindi ogni 12 mesi.

Tale progetto ha l'obiettivo di permettere lo sviluppo di uno studio epidemiologico osservazionale per i pazienti con AR, di studiarne la prevalenza e l'incidenza, oltre a monitorare l'efficacia clinica, la prevenzione di danno articolare e la sicurezza dei farmaci biotecnologici, di monitorare il rispetto delle linee guida / raccomandazioni per il trattamento dell'AR proposte dalla "Regione Emilia Romagna", e di studiare la relazione tra fattori di rischio ambientali (ad esempio abitudine tabagica) e fattori genetici nel determinare gravità di malattia e risposta a terapia.

I dati raccolti ed inseriti, nel rispetto dell'anonimato, prevedono **dati anagrafici** (luogo e data di nascita, sesso, razza, lavoro, abitudine tabagica), **dati clinici** (esordio di malattia, numero di articolazioni coinvolte – dolenti e tumefatte, BMI, esami di laboratorio - VES, PCR, FR, ACPA - valutazione di attività di malattia), **dati strumentali** (radiografia convenzionale, ecografia articolare, risonanza magnetica), **comorbidità** (ipertensione arteriosa, Cardiopatia Ischemica Cronica, Dislipidemia, Diabete Mellito, Insufficienza Renale, Epatopatia, Infezioni croniche - HBV/HCV/HIV/TB, Neoplasie, Malattie Demielinizzanti) ed **eventi avversi in corso di terapie** (Infezioni, Neoplasie, Reazione a farmaco immunosoppressore tradizionale - cDMARD e/o biotecnologico - bDMARD, ...).

L'arruolamento dei pazienti, iniziato il 1° aprile del 2012 ha portato, al 31 gennaio 2015, all'inserimento di 1157 pazienti; di questi 433 (37.4%) erano nuove diagnosi di AR, 506 (43.7%) AR pregresse che iniziavano o cambiavano un farmaco biotecnologico, 218 (18.9%) AR pregresse con elevata attività di malattia (DAS28 $\geq$ 4.2) che non facevano terapia con farmaci biotecnologici ma proseguivano con cDMARDs. Le analisi effettuate hanno evidenziato come, al basale, 818 pazienti (75.3%) fossero non fumatori, 865 (79.6%) donne e 487 (47.9%) con un BMI (*ndr. indice di massa corporea*)  $\geq$  25; 774 (76.8%) erano positivi per anticorpi anti peptidi ciclici citrullinati (anti-CCP) e 790 (76.6%) erano positivi per FR (*ndr. fattore reumatoide*). Dei pazienti arruolati, inoltre, 597 (64.1%) avevano un valore di Health Assessment Questionnaire (*questionario di valutazione sulla salute del paziente*)  $\geq$  1. Le indagini strumentali hanno inoltre evidenziato, sempre in merito ai dati raccolti al basale, la presenza di sinovite attiva (con ecografia e/o RM) in 763 (65.9%) pazienti ed erosioni articolari in 493 (42.6%) (Tabella 1)



**Tab.1**  
Dati demografici e clinici al basale nei 3 gruppi di pazienti

DATI DEMOGRAFICI E CLINICI AL BASALE				
	GRUPPO 1 AR di nuova diagnosi 414 (38.1%)	GRUPPO 2 AR di vecchia diagnosi, bDMARDS 477 (43.9%)	GRUPPO 3 AR di vecchia diagnosi, cDMARDS 196 (18.0%)	p-value
Età all'inserimento, (mediana, min-max)	59.0 (17.0 – 88.0)	57.0 (18.0 – 87.0)	64.0 (22.0 – 84.0)	<b>0.0002</b>
Sesso femminile, N° (%)	313/414 (75.6)	402/477 (84.3)	150/196 (76.6)	<b>0.003</b>
BMI≥25, N° (%)	180/395 (45.6)	217/461 (47.1)	90/160 (56.3)	0.065
BMI≥30, N° (%)	63/395 (15.9)	65/461 (14.1)	25/160 (15.6)	0.734
Fumo, N° (%)	112/414 (27.1)	117/477 (24.5)	40/196 (20.4)	0.204
ACPA +, N° (%)	288/400 (72.0)	337/431 (78.2)	149/177 (84.2)	<b>0.004</b>
FR +, N° (%)	291/407 (71.5)	349/443 (78.8)	150/181 (82.9)	<b>0.004</b>
HAQ ≥1, N° (%)	186/366 (50.8)	330/446 (74.0)	81/120 (67.5)	<b>&lt;0.001</b>

Le indagini effettuate al follow-up a dodici mesi dall'arruolamento hanno dimostrato una maggiore percentuale di pazienti senza risposta clinica al trattamento nel gruppo delle AR di vecchia data, con elevata attività di malattia ma che non effettuavano terapia con bDMARDS, se confrontate con i pazienti che facevano terapia con bDMARDS o con le AR di nuova diagnosi (Tabella 2). Al contrario veniva evidenziata una maggiore percentuale di pazienti con risposta ai trattamenti (sia moderata che buona) e di remissione nel gruppo delle AR di nuova diagnosi e nelle AR che iniziavano o cambiavano bDMARD (Tabella 2).

**Tab.2 FOLLOW-UP A 12 MESI NEI 3 GRUPPI DI PAZIENTI**

CARATTERISTICHE CLINICHE AL FOLLOW-UP (N%)	GRUPPO 1 – NUOVE AR	GRUPPO 2 – AR INIZIO BIO	GRUPPO 3 – AR DAS28≥4.2 NO BIO	p-value
SINOVITE ATTIVA	4/183 (2.2)	3/37 (8.1)	2/44 (4.5)	<b>&lt;0.001**</b>
NUOVE BROSIOSI	13/190 (6.8)	17/82 (20.8)	14/43 (32.6)	<b>0.006*</b>
ASSENZA DI RISPOSTA EULAR	49/343 (14.3)	103/409 (25.2)	41/184 (22.3)	<b>0.0004</b>
RISPOSTA EULAR MODERATA	44/343 (12.8)	53/409 (13.0)	15/184 (8.2)	<b>0.0004</b>
BUONA RISPOSTA EULAR	224/343 (64.9)	253/409 (61.9)	89/184 (48.5)	<b>0.0004</b>
REMSSIONE/BASSA ATTIVITA' DI MALATTIA	244/343 (71.1)	249/409 (60.9)	79/184 (42.9)	<b>&lt;0.001</b>

Effettuate quindi analisi multivariate, in cui venivano inseriti i diversi fattori di rischio e venivano valutati i tre gruppi di pazienti, si evidenziava una **probabilità due volte maggiore sia di risposta moderata che di buona risposta per le AR di nuova diagnosi e per quelle che facevano terapia con bDMARDS rispetto alle AR di vecchia data in terapia con cDMARDS** (Tabella 3). Infine, dai dati estrapolati dal registro, è stata valutata l'incidenza di eventi avversi nei tre gruppi di pazienti: la percentuale di eventi avversi segnalati è maggiore nel gruppo in trattamento con farmaci biotecnologici (58.1%) paragonato alle AR di nuova diagnosi (25.8%) o delle AR di vecchia data in terapia con

**Tab. 3 ANALISI MULTIVARIATE: RISULTATI**

RISPOSTA MODERATA, SECONDO CRITERI EULAR		
	RISK RATIO	P
AR con DAS28 ≥4.2 che iniziano biologico	1.65	0.16
Nuove diagnosi di AR	2.49	0.01
RISPOSTA BUONA, SECONDO CRITERI EULAR		
	RISK RATIO	P
AR con DAS28 ≥4.2 che iniziano biologico	2.00	<0.0005
Nuove diagnosi di AR	2.20	<0.0005

cDMARDS (16.1%), ma tale incremento è legato prevalentemente alle reazioni cutanee minori, solitamente nella sede di inoculo del farmaco stesso (Tabella 4). Da notare come le infezioni siano maggiori nei due gruppi che sono caratterizzati da malattia di lunga durata, siano essi in terapia con bDMARDS (22.2%) o cDMARDS (20%); allo stesso modo non si evidenzia un aumento degli eventi neoplastici nei pazienti in terapia con bDMARDS (1.9%), bensì una più alta incidenza nei pazienti con AR in fase di elevata attività di malattia ed in terapia con cDMARDS (6.7%) - (Tabella 4)

**Tab. 4 EVENTI AVVERSI**

GRUPPO	TIPO DI EVENTO	EVENTI AVVERSI, n° (%)
AR di NUOVA DIAGNOSI	INFEZIONI	24/93 (25.8)
	REAZIONE A DMARD	1/24 (4.2)
	REAZIONE A BIOLOGICO	0
	NEOPLASIA	1/24 (4.2)
	ALTRO	6/24 (25)
	AR di BIOLOGICO	
AR con DAS28≥4.2 in TERAPIA con DMARD TRADIZIONALI	INFEZIONI	12/34 (35.3)
	REAZIONE A DMARD	1/34 (3.0)
	REAZIONE A BIOLOGICO	16/34 (47.1)
	NEOPLASIA	1/34 (3.0)
	ALTRO	22/34 (64.7)
	AR con DAS28≥4.2 in TERAPIA con DMARD TRADIZIONALI	
AR con DAS28≥4.2 in TERAPIA con DMARD TRADIZIONALI	INFEZIONI	8/15 (53.3)
	REAZIONE A DMARD	5/15 (33.3)
	REAZIONE A BIOLOGICO	2/15 (13.3)
	NEOPLASIA	1/15 (6.7)
	ALTRO	4/15 (26.7)

I nostri dati confermano pertanto quanto già visto in altri registri ed in particolare evidenziano:

- una maggiore efficacia di una terapia iniziata precocemente, così come della terapia con farmaci biotecnologici rispetto ai DMARDS tradizionali**
- assenza di maggiore incidenza di eventi avversi infettivi o neoplastici nei pazienti che effettuano terapia con farmaci biotecnologici.** ■

### Bibliografia essenziale

- 1) Payet S et al, Arthritis Care Res 2014;66:1289-95.
- 2) Cobo-Ibañez T et al, Rheumatol Int 2014;34:953-61.
- 3) Thome C et al, Arthritis Care & Res 2014;66:1142-1151.
- 4) Mercer LK et al, ARD 2015;74:1087-1093.
- 5) Martins FM et al, Rheumatology 2015;54:286-291.
- 6) Humphreys JH et al, Arthritis Care & Res 2014;66:1296-1301.
- 7) Sørensen J et al, ARD 2015;74:e12.
- 8) Hellgren K et al, A&R 2014;66:1282-1290.
- 9) Sandberg MEC et al, ARD 2014;73:2029-2033.
- 10) Codreanu C et al, Biologics 2015;9:1-6.

## La Terapia Riabilitativa nelle Artriti Infiammatorie Croniche



**Valentina Lazzari**  
UOC di Riabilitazione Ortopedica  
Università-Azienda Ospedaliera di Padova  
lazzari.valentina83@gmail.com



**Stefano Masiero**  
UOC di Riabilitazione Ortopedica  
Università-Azienda Ospedaliera di Padova  
stef.masiero@unipd.it

I pazienti con artrite e spondiloartrite necessitano di una presa in carico precoce con approccio multidisciplinare (medico, fisioterapista, terapeuta occupazionale...) che vede l'associazione della terapia farmacologica alla terapia non farmacologica. Per ottenere i migliori risultati in termini di efficacia è importante che sin dalle prime fasi della malattia i due tipi di trattamento siano complementari.

La scelta dell'approccio terapeutico deve basarsi sulle manifestazioni cliniche di malattia presenti all'esordio, sulla gravità dei sintomi e su altri fattori individuali, quali le aspettative del singolo paziente.

Il trattamento riabilitativo ha lo scopo di controllare la sintomatologia dolorosa, ridurre la rigidità articolare, mantenere e migliorare la mobilità delle diverse articolazioni e della colonna, promuovere l'autonomia nelle attività di vita quotidiana e mantenere una buona condizione psico-fisica globale e un'ottimale capacità di relazione e di partecipazione sociale e quindi la miglior qualità di vita.

Per poter ottenere questi risultati è indispensabile promuovere l'educazione del paziente e l'esercizio terapeutico.

### Educazione

L'educazione fornisce al paziente gli strumenti necessari per gestire in autonomia la propria patologia, aumentando l'aderenza al trattamento, riducendo paure, preoccupazioni e errate convinzioni permettendo di migliorare l'efficacia del trattamento.

È per questo importante definire un programma educativo che risponda al meglio alle esigenze dei pazienti con malattie reumatiche, fornendo informazioni sulla natura e sull'evoluzione della patologia, su tutte le possibilità terapeutiche, oltre che sulle norme di igiene posturale e comportamentale, che costituiscono un vero e proprio atto terapeutico in grado di migliorare la qualità di vita.

### Esercizio terapeutico

È stato scientificamente provato che l'esercizio fisico rappresenta un approccio valido nel ridurre i sintomi secondari alle artriti e spondiloartriti e nel migliorare lo stato di salute generale del paziente.

Il programma di esercizi deve essere personalizzato in base al grado di compromissione muscoloscheletrica e dovrebbe essere praticato regolarmente rispettando la soglia del dolore.

Gli esercizi possono essere proposti in ambienti specializzati e sotto la supervisione del fisioterapista o eseguiti a casa in autonomia. Il programma può comprendere esercizi specifici di mobilitazione, allungamento muscolare, rinforzo muscolare, esercizi di equilibrio e proprioccezione ed esercizi posturali, oltre che esercizi aerobici utili a favorire il miglioramento della capacità cardiorespiratoria e della tolleranza allo sforzo.

In associazione devono essere eseguiti esercizi specifici respiratori per prevenire eventuali alterazioni di mobilità della gabbia toracica, del trofismo muscolare dei muscoli inspiratori, espiratori ed accessori. Di seguito (Fig.1 e 2) vengono riportati alcune proposte di esercizi da eseguire in autonomia o su supervisione del fisioterapista. Gli esercizi possono essere eseguiti a secco o in acqua.

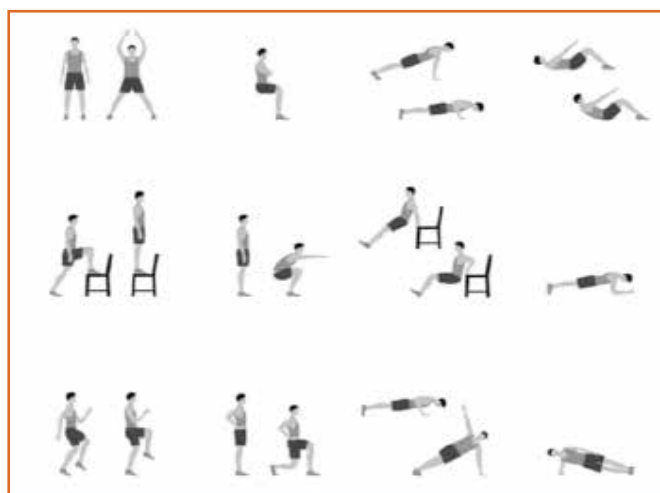


Fig. 1. Esercizi di mobilità



Fig. 2. Esercizi di stretching e mobilità

La riabilitazione in ambiente acquatico permette l'esecuzione di esercizi in scarico completo anche nelle fasi acute di malattia permettendo al paziente di ottenere miglioramenti in termini di riduzione della sintomatologia algica, recupero della funzione e miglioramento della qualità di vita.

Anche la terapia in ambiente termale è considerata efficace nel trattamento delle spondiloartriti sia nella gestione del dolore sia nella riduzione dell'infiammazione e dei fattori immunosoppressivi. Oltre agli esercizi fisici specifici è importante che il paziente mantenga una vita attiva, promuovendo una costante attività fisica generale.

### Terapie fisiche

Principalmente utilizzate a scopo antalgico e decontratturante, possono essere associate ad un programma di esercizio fisico al fine di migliorarne l'efficacia. Tra le terapie fisiche vengono proposte le TENS, le correnti diadinamiche ed interferenziali, gli ultrasuoni, laser terapia a bassa energia e la termoterapia esogena solo in fase post acuta. ■

# Alcune slides della presentazione realizzata



## Programma riabilitativo

**Valutazione pre trattamento:**

- identificazione del coinvolgimento anatomico e funzionale
- fase della malattia
- Impatto sulla partecipazione sulla qualità di vita

**Non è generalizzabile e necessita di personalizzazione del programma**

**Il programma riabilitativo andrà modulato in base a:**

- realtà clinica del singolo paziente
- necessità e richieste del paziente
- fase della malattia (acuta/subacuta/cronica)

## Obiettivi del trattamento riabilitativo

- Controllare e ridurre la sintomatologia dolorosa e l'infiammazione
- Mantenere e/o Incrementare la forza e la resistenza muscolare e/o correggere l'ipotoniotropia muscolare
- Prevenire la rigidità e le deformità articolari
- Mantenere l'escursione articolare (R.O.M.)
- Destruire i compensi posturali e correggere gli atteggiamenti viziati
- Mantenere/Migliorare la funzione respiratoria
- Incrementare/compensare l'autonomia nelle ADL (Activity Daily Living)
- Raggiungere e mantenere la massima capacità funzionale
- Migliorare la qualità di vita

## Esercizio: raccomandazioni

**Valutazione:** la prescrizione dell'esercizio deve essere preceduta da una coerente e corretta valutazione per identificare quale tipologia è maggiormente indicata per quel singolo paziente

**Monitoraggio:** dopo la valutazione iniziale è importante monitorare l'andamento dell'esercizio e la sua efficacia almeno una volta l'anno o comunque in base alla sintomatologia del paziente

**Sicurezza:** è importante valutare caso per caso per definire al meglio qual è l'esercizio più adeguato per ciascuna condizione clinica.

**Gestione della malattia:** l'esercizio è complementare all'assunzione di terapia farmacologica e ne può aumentare l'efficacia.

## Esercizio: raccomandazioni

**Esercizi specifici per la mobilità:** è importante mantenere la migliore mobilità delle articolazioni e della colonna

**Altri esercizi:** esercizi cardio respiratori, esercizi di forza, allungamento muscolare, esercizi per l'equilibrio sono ugualmente importanti nel paziente con spondiloartrite.

**Attività fisica:** deve essere incoraggiata per promuovere lo stato di salute generale (B). Non assecondare una vita sedentaria.

**Dosaggio:** frequenza, intensità e durata dell'esercizio devono essere tarate sul singolo individuo. È importante favorire la progressione dell'esercizio.

## Esercizio: raccomandazioni

**Adesione:** è importante che il paziente sia in grado di autogestire il proprio programma di esercizi

**Setting:** il paziente può scegliere in quale tipo di setting eseguire gli esercizi (in gruppo, in acqua). L'importante è che continui il trattamento anche a casa.

## Esercizio: raccomandazioni

Il diagramma mostra tre componenti chiave dell'esercizio: "Esercizi specifici (terapia)", "Rinforzo, esercizi cardio respiratori (terapia)" e "Attività fisica (prevenzione)". Queste sono unite da un segno di più (+) a una scatola che indica "Terapia farmacologica", accompagnata da un'immagine di diverse pillole.

## Setting: dove si possono svolgere queste attività?

**ACQUA**

→ Drenaggio di edemi e versamenti

- riduce i microtraumatismi articolari e muscolari e il rischio conseguente di riacutizzare la flogosi e il dolore
- contrasta gli effetti della forza di gravità con facilitazione motoria nell'esecuzione dei movimenti
- Più facile incremento dell'escursione articolare
- riduzione delle afferenze propriocettive; adattamenti sensoriali e motori per il controllo del movimento e dell'equilibrio
- stimolazione reazioni aggiustamento posturale
- Miglior controllo del dolore
- più intenso lavoro muscolare
- riduzione alla deambulazione

## Due istituti fruibili da dipendenti privati e autonomi

### Assegno e Pensione di invalidità



**Monica Dobori**  
Patronato INCA-CGIL Modena  
monica\_dobori.cgiler@er.cgil.it



La legge 222 del 1984 ha introdotto l'istituto dell'**assegno ordinario di invalidità** e la **pensione di invalidità**.

Tali prestazioni sono rivolte ad **invalidi che abbiano svolto un minimo di attività lavorativa** come **dipendenti** presso datori di lavoro **privati** (sono esclusi i dipendenti pubblici) oppure come **lavoratori autonomi**.

Si differenziano quindi dalle prestazioni legate al riconoscimento dell'invalidità civile, che invece non richiedono nessun requisito contributivo ma dipendono da una valutazione sanitaria e reddituale.

Si considera invalido, ai sensi della citata legge dell'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, a meno di un terzo. La definizione dell'invalidità sostituisce il concetto di capacità di guadagno (vigente prima della legge 222) con quello di capacità di lavoro: ciò significa che il giudizio di invalidità deve essere rapportato alla sola validità fisio-psichica dell'assicurato ed alle sue attitudini, **con esclusione dei fattori socio - economici**. La riduzione della capacità di lavoro deve essere valutata con riferimento alle occupazioni confacenti, alle attitudini dell'assicurato tenendo conto, cioè, dei fattori soggettivi (età, sesso, esperienza professionale, preparazione culturale, ecc.) che servono a determinare le attitudini del richiedente la prestazione e del lavoro precedentemente svolto dal quale deve svilupparsi l'indagine relativa ai lavori affini espletabili.

L'espressione "occupazioni confacenti" deve intendersi riferita sia ad attività di natura subordinata che autonoma.

Il diritto all'assegno di invalidità sussiste anche nei casi in cui la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo preesista al rapporto assicurativo purché vi sia stato successivo aggravamento o siano sopraggiunte nuove infermità.

L'**assegno ordinario di invalidità** è previsto dall'articolo 1 della legge 222. Sono richiesti **due requisiti**, uno **sanitario** e uno **amministrativo**: quello sanitario richiede una riduzione permanente della **capacità di lavoro** in occupazioni confacenti alle attitudini, a causa di infermità o di difetto fisico o mentale, **a meno di 1/3**; quello contributivo richiede che siano presenti almeno **5 anni di contributi di cui almeno 3 anni versati negli ultimi 5 da quando si presenta la domanda**.

L'assegno ha una **durata di 3 anni**, è riconfermabile per due volte dopo di che diventa definitivo; al compimento dell'età pensionabile viene trasformato in pensione di vecchiaia.

L'assegno viene calcolato come una normale pensione sulla base dei contributi versati, quindi l'importo varia da persona a persona.

L'assegno è **compatibile con l'attività lavorativa**, ma può essere ridotto in base ai redditi da lavoro percepiti dal titolare:

-se il reddito supera le 4 volte il trattamento minimo (502 euro mensili nel 2016) l'importo viene ridotto del 25%;

-se il reddito supera le 5 volte il trattamento minimo l'importo viene ridotto del 50%.

Inoltre sulla busta paga il datore di lavoro deve trattenere, per ogni giorno retribuito, un importo che viene calcolato in base al valore dell'assegno in pagamento.

La **pensione di inabilità** è prevista dall'articolo 2 della legge 222. Sono richiesti due requisiti, uno sanitario e uno amministrativo: quello **sanitario** richiede una **permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa** a causa di infermità o di difetto fisico o mentale intendendola non come incapacità del lavoratore allo svolgimento di una proficua occupazione, bensì come incapacità piena ed incondizionata a qualsiasi lavoro autonomo o subordinato; quello **contributivo** è il medesimo richiesto per l'assegno di invalidità, almeno **5 anni di contributi di cui almeno 3 anni versati negli ultimi 5 da quando si presenta la domanda**.

La pensione è **incompatibile con qualsiasi attività lavorativa**, sia di natura subordinata che autonoma.

L'importo della pensione ha come base quello dell'assegno d'invalidità al quale può essere aggiunta una maggiorazione contributiva come se il pensionato avesse lavorato fino al compimento dei 60 anni con un massimo di 40 anni di contributi.

La pensione non necessita di conferma triennale ma può essere sottoposta a revisione da parte dell'Inps, intesa a verificare se sussistano le condizioni sanitarie che hanno dato luogo alla prestazione. ■

**Tabella sintetica riassuntiva dei benefici economici a cura di AMRER Onlus**

BENEFICI ECONOMICI	CATEGORIA DI SOGGETTI	COMPATIBILITÀ O INCOMPATIBILITÀ CON ATTIVITÀ LAVORATIVA	REQUISITI CONTRIBUTIVI NECESSARI PER OTTENERE IL BENEFICIO
ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ *	LAVORATORE INVALIDO PARZIALE - almeno 67% infermità fisica o mentale che riduce permanentemente la capacità lavorativa	COMPATIBILE	<ul style="list-style-type: none"> <li>aver versato complessivamente almeno 3 anni di contributi (156 settimane) nel quinquennio precedente la domanda per l'assegno;</li> <li>essere iscritto all'Inps da almeno 5 anni.</li> </ul>
PENSIONE DI INABILITÀ **	INVALIDO TOTALE 100% - infermità fisica o mentale grave da impedire l'attività lavorativa	INCOMPATIBILE	<ul style="list-style-type: none"> <li>aver versato complessivamente almeno 3 anni di contributi (156 settimane) nel quinquennio precedente la domanda per l'assegno;</li> <li>essere iscritto all'Inps da almeno 5 anni.</li> <li>spetta in misura intera se non si superano determinati limiti reddituali</li> </ul>
INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO ***	INVALIDO TOTALE 100% E NON AUTOSUFFICIENTE che non può svolgere attività quotidiane o deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore	COMPATIBILE	<ul style="list-style-type: none"> <li>nessun requisito reddituale</li> <li>nessun requisito contributivo</li> </ul>
ASSEGNO MENSILE DI ASSISTENZA	LAVORATORE INVALIDO PARZIALE - INV. CIVILE compresa tra il 74% e il 99%	INCOMPATIBILE	<ul style="list-style-type: none"> <li>necessario non superare il limite reddituale richiesto</li> <li>nessun requisito contributivo</li> </ul>

\* L'assegno ordinario di invalidità ha carattere temporaneo: dura tre anni e può essere rinnovato su richiesta del lavoratore disabile. Dopo il terzo rinnovo consecutivo l'assegno diventa definitivo. Per evitare che il pagamento dell'assegno si interrompa bisogna presentare domanda di rinnovo nel semestre precedente la scadenza del triennio. L'assegno non è reversibile.

\*\* La pensione di inabilità è reversibile.

\*\*\* I titolari di pensione di inabilità hanno anche diritto all'indennità di accompagnamento, se non possono svolgere le attività quotidiane senza un aiuto costante. L'indennità di accompagnamento non spetta nei periodi di ricovero in istituti pubblici a lunga degenza. Inoltre non spetta se per il medesimo "fortunio o malattia professionale" viene corrisposto l'assegno per l'assistenza personale continuativa (APC) erogato dall'INAIL. La domanda di indennità di accompagnamento, che può essere fatta contestualmente a quella per la pensione di inabilità, deve essere presentata presso la sede dell'Inps sull'apposito modulo.

## Legge 104/92 e Legge 118/71

# Handicap e Invalidità Civile



**Daniele Conti**  
AMRER Onlus  
Ass. Malati Reumatici Emilia Romagna  
ass.amrer@alice.it



La “**Legge 104**” è la norma quadro che si occupa dell’**assistenza**, dell’**integrazione sociale** e dei **diritti** delle persone portatori di handicap. La “**Legge 118**” è la norma quadro che si occupa dell’**invalidità civile**.

### Il concetto di l’Handicap

È persona con handicap colui che a causa del proprio stato subisce una condizione tale da determinare un processo di **svantaggio sociale** o di **emarginazione**.

Il **concetto di handicap** non sostituisce ma si aggiunge, innovandolo, al **concetto di invalido civile** poiché guarda all’uomo nella sua **globalità in rappor-**

### “Soggetti aventi diritto”

(L. 104/92 - art.3 c.1)

È persona con handicap “*colui che presenta una **minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione**”.*

### to con la società che gli è intorno.

L’intento della Legge 104 è quello di superare gli ostacoli che si frappongono tra le persone con handicap ed una loro migliore integrazione agendo nel modo più mirato possibile, con benefici tendenti a favorire il più completo inserimento della persona con handicap nel contesto sociale.

Di facile intuizione risulta il fatto che parte dei benefici sono fruibili da tutte le persone con handicap mentre altri benefici sono riconosciuti in relazione alla gravità dell’handicap.

Il **requisito della gravità** si configura quando la persona ha necessità di un **intervento assistenziale permanente, continuativo e globale** nella sfera individuale o in quella di relazione.

### Connotazione della gravità (L. 104/92 - art.3 c.3)

*“Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’**autonomia personale**, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume **connotazione di gravità**. Le situazioni riconosciute di gravità determinano **priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici**.”*

### Il concetto di invalidità civile

È invalido civile il cittadino affetto da minorazioni congenite o acquisite che ha subito una **riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo** o, se minore di 18 anni, che abbia **difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età**.

### “Soggetti aventi diritto”

(L. 118/71 - art.2 cc 2-3)

*[...] “si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.*

*Ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.*

*Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvengono altre leggi.”*

### Benefici e percentuali di invalidità civile

Il riconoscimento delle diverse soglie di invalidità civile può dar diritto a differenti benefici.

Si precisa che questi benefici sono solo di natura assistenziale, cioè **autonomi da qualunque versamento contributivo**.

Il riconoscimento del diritto alle diverse prestazioni è collegato sia al requisito sanitario che a requisiti socio-economici come età, reddito, cittadinanza e residenza. ■

Percentuale	Tipo di beneficio
> 33 %	Diritto a prestazioni protesiche/ortopediche da parte dell’Ausl di residenza
≥ 46%	Diritto all’iscrizione nelle liste speciali dei Centri per l’Impiego per l’assunzione agevolata al lavoro
≥ 51%	Congedo per cure – 30 gg retribuiti, fruibili in maniera frazionata
≥ 67%	Esenzione dal ticket sanitario
≥ 75%	Invalido parziale – In presenza di determinati requisiti di reddito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assegno mensile di assistenza;</b></li> <li>• <b>Assegno sociale al compimento del 65° anno di età.</b></li> </ul> <b>Maggiorazione contributiva:</b> versamento dei contributi lavorativi pari a due mesi per ogni anno di lavoro prestato come dipendente. Tale agevolazione può anticipare l’età pensionabile di massimo 5 anni.
100%	Invalido totale – In presenza di determinati requisiti di reddito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pensione di inabilità</b></li> <li>• <b>Eventuale indennità di accompagnamento se concorre la perdita di autonomia e di deambulazione;</b></li> <li>• <b>Assegno sociale al compimento del 65° anno di età.</b></li> </ul>



## I nostri consigli in cucina

### L'estate alle porte... pillole di cucina!!

"Non c'è che una stagione: l'estate. Tanto bella che le altre le girano attorno. L'autunno la ricorda, l'inverno la invoca, la primavera la invidia e tenta puerilmente di guastarla" Così Ennio Flaiano descrive l'estate una stagione che ci riporta alla mente caldo, vacanze e chiusura delle scuole. Per la nostra rubrica quindi ci poniamo la domanda: Cosa mangiare quando fa caldo e la voglia di cucinare ci abbandona? Ecco alcuni consigli per ricette estive facili e veloci per cucinare.

#### Un piatto unico veloce

##### INSALATA MISTA SALMONE E AVOCADO

###### Ingredienti

- insalata mista,
- cetrioli,
- mele,
- pomodori,
- avocado,
- basilico,
- carote,
- mais,
- caprino,
- salmone affumicato,
- olio, sale



###### Preparazione

Prendere un'insalata è un'arte!! Questa ricetta può essere personalizzata in base alle verdure che avete a disposizione e diventare un così un ottimo piatto completo!

Come pulire l'avocado alla base di questa ricetta? Prima cosa pulire accuratamente il frutto sotto l'acqua corrente, senza usare saponi!! Una volta eseguita questa operazione posizionarlo su un tagliere con la punta in alto e la "pancia" in basso. Eseguire un'operazione di taglio verticale dal piccolo verso il basso arrivando all'osso. Ripetere l'operazione dall'altro lato. Prendere con due mani le due estremità e ruotarle in senso opposto... Ottenute le due parti, per togliere il nocciolo centrale agire con un cucchiaio attorno allo stesso, oppure con un coltello sagomandolo con attenzione... è possibile che si debba agire con un poco di forza... fate attenzione alle mani! Il frutto dovrà essere poi tagliato a piacere, dadini o a fettine sottili... Aggiungete sale, olio (aceto a chi piace) e mi raccomando... mescolate con le mani tutti gli ingredienti!!

#### Un primo veloce, gustoso e fresco

##### CASARECCE CON BOTTARGA, SCORZA DI LIMONE E PINOLI

###### Ingredienti

- 320 g di casarecce
- bottarga di muggine
- la scorza di 1 limone
- prezzemolo
- pinoli qb
- 1/2 peperoncino secco



###### Preparazione

Prelevare la scorza del limone avendo cura di averne solo la parte gialla. Sbriciolare alcuni pezzi di bottarga. Unire e mixare nel tritatutto le scorzette di limone, la bottarga con i pinoli naturali e prezzemolo. Aggiunge un mezzo peperoncino secco deprivato dei semi. Omogeneizzare la mistura con un cucchiaio d'olio extravergine. Lessare le casarecce e scolarle bene: aggiungi la salsa e un mezzo bicchiere d'acqua di cottura, girando vigorosamente nella casseruola, o nella fondina di portata: non fiammeggiare in padella. Il piatto è pronto da portare in tavola così, senza altre addizioni. A fianco un bicchiere di ottimo greco di tufo... ben fresco!

#### Un classico sempre gustoso!

##### PETTO DI POLLO FARCITO CON SPINACI, RICOTTA E PARMIGIANO!

###### Ingredienti

- 1 petto di pollo diviso in due ripulito da grasso e cartilagini
- 120 g di spinaci cotti e tritati
- 120 g di ricotta
- 1 uovo
- 30 g di parmigiano grattugiato
- noce moscata q.b.
- sale e pepe q.b.
- olio extra vergine q.b.



###### Preparazione

Iniziare dal ripieno: unire gli spinaci precedentemente cotti e tritati alla ricotta, mescolare ed aggiungere il parmigiano grattugiato e aggiungere un pizzico di sale e pepe, una grattugiata di noce moscata ed un uovo. Amalgamare bene il composto dopo di che è possibile metterlo in una sacca poche od usare un cucchiaio. Dividere il petto di pollo nei due filetti. Per ognuno creare una tasca, incidendo i filetti per il lungo. Con l'aiuto della sacca poche farcire con il ripieno. Assicursi di non riempirlo troppo altrimenti uscirà al momento della cottura. Richiudere la tasca con degli stuzzicadenti. Scaldare un po' di olio extra vergine in padella e scottare per qualche minuto i petti di pollo su entrambi i lati. Salare e pepare. Trasferire i due filetti in una teglia, sul cui fondo si è passato un filo d'olio extravergine, e cuocere in forno ventilato a 170° per 15 minuti circa. A cottura ultimata servire il petto di pollo a fette con qualche goccia di olio extra vergine. Questo piatto è indicato per un'alimentazione sana a basso contenuto di calorie, ma ricco di proteine e davvero gustoso!

###### ...e per contorno POMODORI ARROSTITI!

###### Ingredienti

- 400 g di pomodori
- 1 spicchio d'aglio
- 1 cucchiaio di aceto
- olio extravergine d'oliva
- basilico
- sale



###### Preparazione

Iniziate preparando l'intingolo, mescolate olio, aceto, sale, aglio a pezzetti e basilico tritato. Lavate i pomodori e tagliateli a fette spesse circa un centimetro. Scaldate una piastra antiaderente (se necessario ungetela leggermente con un po' d'olio) e sistematevi i pomodori. Dopo 3-4 minuti, capovolgeteli. Ultimate la cottura e trasferite in una terrina. Conditeli con l'intingolo preparato in precedenza e servite i vostri pomodori arrostiti! Freddi.

#### Un piatto ricco e completo

##### FIORI DI ZUCCA IN PASTELLA CROCCANTE

###### Ingredienti

- 20 fiori di zucca
- 125 g di farina 00
- 220 ml di birra
- 1 cucchiaio di olio EVO
- 10 g di sale
- prosciutto cotto a dadini q.b.
- 1 mozzarella
- olio di semi di arachide per friggere



###### Preparazione

Il fiore di zucca è il piatto dell'estate!! Può essere preparato in tanti e gustosissimi modi: fritto, al forno, ripieno o al naturale. Qui vi suggeriamo una sfiziosa versione in pastella croccante alla birra e ripieno di mozzarella e prosciutto cotto.

Per prima cosa pulire i fiori di zucca privandoli del pistillo centrale e del gambo. Lavarli in abbondante acqua (fredda) e asciugarli per bene. La pastella: in una ciotola setacciare la farina e versare delicatamente la birra. Amalgamare il tutto aiutandosi con una frusta. Unire all'impasto un cucchiaio di olio extravergine ed il sale e mescolare fino ad ottenere una pastella liscia ed omogenea.

Farcire i fiori di zucca, inserendo la mozzarella e il prosciutto cotto.

Scaldare bene l'olio di semi (consigliamo essere abbondante e quello di arachide) in una padella con bordo alto, passare i fiori di zucca nella pastella (facendo attenzione a non far penetrare la pastella all'interno, dove c'è il ripieno), e adagiarli con cura nell'olio bollente. Friggere finché non saranno belli dorati.

## Per finire in dolcezza...

### GELATO ALLA MENTA

#### Ingredienti per circa 1 kg di gelato

- 50 g di zucchero semolato,
- 500 ml di latte,
- 250 ml di panna liquida fresca,
- 250 ml di sciroppo alla menta



#### Preparazione

In una casseruola scaldare per qualche minuto il latte e unirci la panna, continuare la cottura a fuoco moderato fino a quando il composto non si sarà addensato, aggiungendovi lo zucchero, mescolare per alcuni minuti per farlo sciogliere e lasciate raffreddare.

Quando la crema è completamente fredda incorporare lo sciroppo di menta ed amalgamare bene.

Versare il composto in un contenitore rettangolare possibilmente di alluminio e poi porlo nel freezer per un'ora, dopo passatela nel frullatore per alcuni secondi (oppure mescolatelo con un cucchiaino) per eliminare i ghiaccioli, questa operazione va ripetuta almeno tre volte. Infine lasciare la crema nel freezer per qualche ora finché diventerà gelata. Vi suggeriamo di metterlo nelle tazze di portata qualche minuto prima di servirlo in tavola. E' possibile guarnirlo a piacere con frutta fresca, panna montata, biscottini secchi, cialde e scaglette di cioccolato, oppure con qualche fogliolina di menta fresca.



## La ricetta di Filomena

### MELANZANE AL BASILICO

#### Ingredienti

- 3 melanzane
- 6 Pomodorini piccadilly o ciliegina
- 4 peperoncini dolci
- Aglio, basilico
- Sale, pepe



#### Preparazione

Tagliare le melanzane lunghe a metà per lunghezza o a fette spesse se si scelgono quelle tonde, fare incisioni della polpa tipo griglia, cospargere di sale grosso e lasciare a riposare un'oretta ca. Sciacquare e accomodare su carta da forno, passando un filo d'olio extravergine. Tagliare a dadini 4 peperoncini verdi dolci e 6 pomodorini piccadilly cospargere sopra le melanzane insieme a due spicchi d'aglio interi. Mettere in teglia le melanzane per 15/20 minuti a 180 gradi, poi togliere l'aglio, aggiungere una manciata di foglie di basilico tagliuzzato e continuare a cuocere per altri 15 min ca. Aggiustando il sale in base al gradimento. Si può aggiungere qualche dadino di mozzarella se gradita e anche qualche pinolo... e buon appetito!!



## Due ricette di Italia

### BESCIAMELLA VEGAN AL LATTE DI SOIA

#### Ingredienti

- 500 ml di latte di soia non dolcificato
- 35 gr di farina di grano integrale
- 35 gr di olio extravergine
- 1 pizzico di noce moscata
- Sale e pepe



#### Preparazione

Tostare per un paio di minuti la farina integrale e l'olio extravergine in un pentolino dal fondo spesso. Versate il latte di soia e mescolate con cura con una frusta. Continuare a mescolare fino a portare il tutto ad ebollizione. Abbassare la fiamma e mescolare ancora fino a quando la besciamella non risulterà cremosa. In alternativa è possibile portare ad ebollizione il latte di soia, abbassare la fiamma e unire l'olio e la farina a poco a poco dopo averla setacciata. Mescolare con una frusta fino a quando la besciamella non avrà raggiunto la densità desiderata. Se volete, insaporite la besciamella con un pizzico di noce moscata, sale e pepe. Per un risultato più denso, potete aumentare la quantità di olio e farina fino a 50 grammi. È possibile sostituire la farina integrale con la farina 0.



### PANNA DI SOIA

#### Ingredienti per ottenere una tazzona di panna di soia

- un bicchiere di latte di soia naturale;
- un bicchiere e mezzo di olio di semi (girasole, mais, ecc);
- sale a piacere

#### Preparazione

Tutto ciò che dovete fare è inserire il latte ed il sale in un frullatore che permetta di aggiungere altri ingredienti durante l'operazione; poi azionare il frullatore ad alta velocità e aggiungere l'olio a filo, poco per volta. Al termine dell'olio, lasciar frullare ancora per un minuto-un minuto e trenta circa.



## I consigli di Mariagrazia per la lettura

# Il corpo porta a spasso le idee



**Mariagrazia Piazza**

AMRER Onlus

Associazione Malati Reumatici

Emilia Romagna

ass.amrer@alice.it

Cari amici,  
è necessario leggere? Credo proprio sì e più necessario che scrivere.... Ed è importante farlo bene!

Una buona lettura insegna a dar forma adeguata alle proprie idee, «a organizzare i pensieri in modo logico e consequenziale — dice Federico Roncoroni — sia nella fase dell'elaborazione mentale sia in quella dell'esposizione orale e scritta, abituata a evitare salti concettuali e ridondanze, predispone a usare una lingua corretta, nell'ortografia, nelle concordanze morfologiche e nelle strutture sintattiche, e lessicalmente ricca e variata, scritta nel giusto registro — familiare, colloquiale, formale — a seconda di ciò che si vuole comunicare e a chi lo si vuol dire». Leggere significa quindi imparare a comunicare...

Letture vuol dire anche fantasia, silenzio e momento di raccolta. **Fantasia** perché, quando leggi un libro, attraverso alcune parole "magiche" scatta quella scintilla nel tuo cervello che, man mano si va avanti con la storia narrata, riescono ad illustrare il racconto, in modo da renderlo più realistico. **Silenzio** perché per me il silenzio è fondamentale durante la valutazione di un libro, mi serve per cercare di comprendere nel migliore dei modi ciò che vuole trasmettere attraverso quella narrazione. E **raccolta** nel senso di isolamento. Perché quando entri, con tutta te stessa nella lettura, non ti accorgi più cosa accade intorno a te; come se il tempo si fermasse e tu diventassi parte integrante del libro. Secondo me tutto ciò rende ancora più interessante un testo, fino a renderlo magico. La lettura è anche un **sistema di comunicazione**, infatti non tutti hanno la possibilità di viaggiare. Ma, grazie all'ausilio dei libri, e leggendo ciò che vi è scritto all'interno, si possono scoprire nuovi posti e visitarli grazie all'uso dell'**immaginazione**. La lettura è anche una fuga, verso un posto magico dove ognuno si esprime liberamente, sogna, ed impara nuove cose in una maniera meravigliosa che solo grazie ai libri e alla lettura possono realizzarsi.

Leggere è anche Amare. Amare prima di tutti sé stessi, e imparare a prendersi cura di sé, del proprio bisogno e della propria persona e della propria mente. Amare anche il prossimo, perché la lettura insegna a riflettere e valorizzare ciò che è altro da noi, sia in meglio che in peggio, e ci aiuta a scegliere, non a scartare... Insegna ad avere compagni di viaggio, poiché una mente allenata porta a spasso il corpo e le idee!

E allora cosa aspettiamo?

Ecco subito alcuni consigli per una buonissima estate!!!



### Il coraggio del pettirosso

di Maurizio Maggiani

Il libro si sviluppa su più piani: narratore e protagonista è Saverio, figlio di immigrati italiani ad Alessandria, che dopo la morte del padre decide di andare incontro al proprio futuro ripartendo dal passato, dalle origini. Tornato in Italia per scoprire le proprie radici nel paesino di Carlomagno, incontra nel viaggio Giuseppe Ungaretti, amico di gioventù di suo padre e ormai prossimo alla morte. E' proprio il poeta che, consegnando a Saverio un foglio con alcune annotazioni, spinge il ragazzo a una ricerca sempre più a fondo nel proprio passato, fino a cercare di ricostruire la storia di Pascal, soldato di ventura che nel sedicesimo secolo approda al paesino di Carlomagno...

Quello del pettirosso è un coraggio umile e testardo come il coraggio di chi dall'incendio della Storia si leva leggero col suo sogno di libertà intatto. Maurizio Maggiani, che si è rivelato uno dei più autentici 'raccontatori' di storie della narrativa contemporanea, fa muovere il suo protagonista, Saverio, in uno scenario dove la Storia incrocia la memoria e apre verso l'utopia. "Il coraggio del pettirosso" è l'omaggio solenne e dolcissimo alla parola dei padri quando tornano ad abbracciarsi, al silenzio dei popoli quando tornano a raccontarsi dentro di noi.

**“Chi non legge, a 70 anni avrà vissuto una sola vita: la propria.  
Chi legge avrà vissuto 5000 anni: c'era quando Caino uccise  
Abele, quando Renzo sposò Lucia, quando Leopardi ammirava  
l'infinito... perché la lettura è un'immortalità all'indietro”**

Umberto Eco

**“Un libro ben scelto ti salva da  
qualsiasi cosa, persino da te stesso”**

Daniel Pennac



### Storia di un corpo

di Daniel Pennac

3 agosto 2010. Tornata a casa dopo il funerale del padre, Lison si vede consegnare un pacco, un regalo post mortem del defunto genitore: è un curioso diario del corpo che lui ha tenuto dall'età di dodici anni fino agli ultimi giorni della sua vita. Al centro di queste pagine regna, con tutta la sua fisicità, il corpo dell'io narrante che ci accompagna nel mondo, facendoci scoprire attraverso i sensi: la voce stridula della madre anaffettiva, l'odore dell'amata tata Violette, il sapore del caffè di cicoria degli anni di guerra, il profumo asprigno della merenda povera a base di pane e mosto d'uva. Giorno dopo giorno, con poche righe asciutte o ampie frasi a coprire svariate pagine, il narratore ci racconta un viaggio straordinario, il viaggio di una vita, con tutte le sue strepitose scoperte, con le sue grandezze e le sue miserie: orgasmi potenti come eruzioni vulcaniche e dolori brucianti, muscoli felici per una lunga camminata attraverso Parigi e denti che fanno male, evacuazioni difficili e meravigliose avventure del sonno.

**Anticonvenzionale e meraviglioso diario dei mutamenti che il corpo dello scrittore subisce dai 12 anni di vita fino alla sua morte. E se all'inizio detti cambiamenti sono lo specchio dell'anima, delle sensazioni ed emozioni che invadono il corpo, verso la fine della vita è la fisicità del corpo che prende il sopravvento dettando il sentire. Diario che partendo con ironia dal corpo arriva con dolcezza all'intimità. "Se bisogna finire che sia a tutta velocità, nel punto più duro della salita, cominciare piano piano, certo, riflettere bene all'inizio, va da sé, ma finire a tutta birra, senza risparmiarsi, in fondo si tratta del principio di accelerazione, noi non siamo dei proiettili a caduta morbida, siamo cannonate di coscienza lanciate sulla china sempre più scoscesa della vita". Con la curiosità e la tenerezza del suo sguardo attento, con l'amore pudico con cui sempre osserva gli uomini, Pennac trova qui le parole giuste per raccontare la sola storia che ci fa davvero tutti uguali: grandiose e vulnerabili creature umane. IMPERDIBILE**



### L'arte di essere fragili

di Alessandro D'Avenia

“Esiste un metodo per la felicità duratura? Si può imparare il faticoso mestiere di vivere giorno per giorno in modo da farne addirittura un'arte della gioia quotidiana?” Sono domande comuni, ognuno se le sarà poste decine di volte, senza trovare risposte. Eppure la soluzione può raggiungerci, improvvisa,

grazie a qualcosa che ci accade, grazie a qualcuno. In queste pagine Alessandro D'Avenia racconta il suo metodo per la felicità e l'incontro decisivo che glielo ha rivelato: quello con Giacomo Leopardi. Leopardi è spesso frettolosamente liquidato come pessimista e sfortunato. Fu invece un giovane uomo affamato di vita e di infinito, capace di restare fedele alla propria vocazione poetica e di lottare per affermarla, nonostante l'indifferenza e perfino la derisione dei contemporanei. Nella sua vita e nei suoi versi, D'Avenia trova folgorazioni e provocazioni, nostalgia ed energia vitale. E ne trae lo spunto per rispondere ai tanti e cruciali interrogativi che da molti anni si sente rivolgere da ragazzi di ogni parte d'Italia, tutti alla ricerca di se stessi e di un senso profondo del vivere.

All'inizio pensavo di dover leggere un romanzo e invece stavo leggendo una fiaba che, per quanto menzognera, scorreva leggera come impastata di quell'amorevolezza verso l'incredulità che ognuno si porta dentro. In realtà era poesia vestita da fiaba quella che stavo leggendo e di quella più pura, quasi che, a un certo punto, mi sono convinta che qualcuno mi stesse dicendo che le stelle nascono sugli alberi e che, al contrario delle foglie, anziché cadere all'inghiù, salgono verso cielo per perdersi nell'universo infinto, e vi ho creduto. Più avanti ho però mutato opinione, quello che avevo tra le mani non era il frutto di una favola menzognera, era davvero un libro di poesia ricolmo di stelle, delle stelle dei poeti, quelle che invitano a sognare, che elargiscono la speranza, che inebriano e si lasciano afferrare, in senso assoluto ciò che più assecondava la necessità attuale di riconciliazione con gli altri, col mondo in cui viviamo, con la bellezza della natura che ci circonda e, non in ultimo, con noi stessi. Da leggere!!!





## Nello spazio con Samantha

di Samantha Cristoforetti, Stefano Sandrelli

Samantha Cristoforetti racconta la sua straordinaria esperienza: passare circa duecento giorni nello spazio a bordo della Stazione spaziale internazionale, la più grande navicella spaziale mai costruita dall'uomo. Come si è preparata a una missione così importante, com'è diventata astronauta, com'è fatta la Stazione spaziale e da chi è composto l'equipaggio? Il racconto diventa poi cronaca quotidiana della sua vita nello spazio: quando si è in orbita come si fa a dormire, lavarsi, passeggiare? Perché sembra che si voli? Che effetto fa vedere la Terra da lontano e quali esperimenti scientifici si possono fare in assenza di gravità? Samantha ne parla con Anna, una ragazzina che ha vinto un concorso indetto dall'Agenzia spaziale europea e ha la possibilità di incontrarla prima della partenza, di scriverle delle mail durante la missione e di rivederla al suo ritorno. Tra esperimenti, quinoa e pesci fluttuanti, canzoni e tecnologia iperavanzata, osservazioni della Terra e delicati stati d'animo, Anna e i lettori ascolteranno dalla voce di Samantha la più incredibile delle avventure: andare nello spazio.

**Un libro che racconta ai bambini episodi e curiosità della vita in orbita. Attraverso le risposte che Samantha dà ad Anna e Luca riusciamo a soddisfare le curiosità e ad imparare un sacco di cose. Ma se noi sogniamo di diventare astronauti, gli astronauti quando dormono... cosa sognano? Consigliato da leggere ai più piccoli... e perché no anche a sé stessi!**



## La vedova Van Gogh

di Camilo Sánchez

29 luglio 1890: Vincent van Gogh si suicida, povero e sconosciuto. L'amato fratello Theo gli sopravvive soltanto sei mesi. Resta una ragazza di ventotto anni, con un figlio di otto mesi: Johanna van Gogh Bonger, la vedova di Theo. Circondata dai quadri del cognato, dalle lettere dei due fratelli, Johanna sente di avere una missione: far conoscere le opere di Van Gogh. Non l'han fatto gli amici, pittori famosi, tanto meno i critici o i galleristi. Ci riuscirà lei, con la forza della passione. Apre una pensione nella campagna olandese. La tappezza di quadri di Van Gogh, facendo la spola dalla stazione, carica di tele, con il bimbo attaccato alla gonna. Quella pensione di campagna sarà il primo museo, il primo catalogo vivente, il punto di partenza di una battaglia sostenuta con intelligenza e amore. Dopo tanti no, arrivano i primi sì. Nel giro di soli due anni, una personale di Van Gogh spopolerà nella galleria più importante di Amsterdam, segnando per sempre la storia dell'arte. Johanna potrà cominciare a darsi pace, e riscoprire anche il piacere di sciogliersi i capelli in un letto d'amore.

**Ci si stupisce sempre di scoprire cosa si cela dietro un grande artista (pittore, musicista, poeta, ...), ma forse dovremmo smettere di farlo. A scuola ci insegnano chi fu Van Gogh, come visse, come morì, la sua teoria del colore, ma chi ci racconta la storia di Johanna? Chi ci racconta la sua tenacia nel dare dignità al cognato? Pochi e, tra questi, proprio Camilo Sanchez, che con una scrittura semplice, ma efficace, ci apre la porta di casa Van Gogh e ci racconta la storia di come, dal suicidio del pittore, si arrivò poi alla sua fama, che tutt'oggi tutti conosciamo. Illuminante e da leggere.**



## Il maestro delle ombre

di Donato Carrisi

Una tempesta senza precedenti si abbatte sulla capitale con ferocia inaudita. Quando un fulmine colpisce una delle centrali elettriche, alle autorità non resta che imporre un blackout totale di ventiquattro ore, per riparare l'avaria. Le ombre tornano a invadere Roma. Sono passati cinque secoli dalla misteriosa bolla di papa Leone X secondo cui la città non avrebbe «mai mai mai» dovuto rimanere al buio. Nel caos e nel panico che segue, un'ombra più scura di ogni altra si muove silenziosa per la città lasciando una scia di morti... e di indizi. Tracce che soltanto Marcus, cacciatore del buio addestrato a riconoscere le anomalie sulle scene del crimine, può interpretare. Perché Marcus è sì un prete, ma appartiene a uno degli ordini più antichi e segreti della Chiesa: la Santa Penitenzieria Apostolica, conosciuta anche come il tribunale delle anime. Ma il penitenziere ha perso la sua arma più preziosa: la memoria. Non ricorda nulla dei suoi ultimi giorni, e questo dà un enorme vantaggio all'assassino. Soltanto Sandra Vega, ex fotoreporter della Scientifica, può aiutarlo nella sua caccia. Sandra è l'unica a conoscere il segreto di Marcus, ma ha sofferto troppe perdite nella sua vita per riuscire ad affrontare nuovamente il male. Eppure, qualcosa la costringe a essere coinvolta suo malgrado in questa indagine... Ma il tramonto è sempre più vicino, e il buio è un confine oltre il quale resta soltanto l'abisso.

**Un'ambientazione intrigante e una storia corposa, pianificata fin nei minimi dettagli. Una trama estremamente articolata dallo stile inconfondibile e dagli schemi ben congegnati. I diversi personaggi ed elementi narrativi si annodano via via rivelando l'intreccio complessivo dal ritmo avvincente. Le atmosfere cupe e claustrofobiche invogliano la lettura e garantiscono una notte insonne. Carrisi mette in gioco molti temi, dalla dipendenza tecnologica all'esoterismo, passando per l'introspezione psicologica di personaggi sempre in bilico sul confine tra desiderio di vivere, solitudine e sofferenza.**



## Viaggiare in giallo

di autori vari: Alicia Giménez-Bartlett, Marco Malvaldi, Antonio Manzini, Francesco Recami, Alessandro Robecchi, Gaetano Savatteri

Senza movente, senza indiziati, senza una logica apparente». Questo commento dell'ispettrice Petra Delicado, nel racconto di Alicia Giménez-Bartlett, potrebbe funzionare da presentazione generale di questa antologia.

Il delitto di viaggio è un classico della letteratura poliziesca, che ha sempre sfidato l'inventiva degli scrittori. Senza un luogo stabile e ripetute abitudini, fuori da strade e case conosciute, lontano da vicini invadenti, l'investigatore deve sfoderare tutta la sua astratta capacità razionale e la più pura intuizione per trovare il filo della matassa.

Però, la novità è che oggi viaggiano tutti, il viaggio è di massa e quotidiano, non ci sono solo Orient Express e giri alle Piramidi in cui annidare degli eleganti misteri. Gli enigmi dell'indagine sono complicati, movimentati, resi anche più ironici, dall'estrema varietà capricciosa delle nostre offerte turistiche. E questa raccolta ne copre le più diverse tipologie. Ci sono crociere a prezzo stracciato, come quella in cui sono implicati i vecchietti del BarLume di Marco Malvaldi. Pullman di studenti pendolari in cui ritrovare cadaveri a pezzi, com'è il caso raccontato da Alicia Giménez-Bartlett. Gite in una Brianza sorprendentemente appartata, dove si avventurano i detective per caso di Alessandro Robecchi. Per seguire l'ultimo mistero della Casa di Ringhiera, Francesco Recami destina il piccolo Enrico al più avventuroso dei viaggi. Gaetano Savatteri trasferisce il suo «disoccupato di successo» da San Vito Lo Capo alla Praga d'oro, dentro un intrigo internazionale post Cary Grant. L'inspiegabile rapina da camera chiusa nel Frecciarossa su cui sale il Rocco Schiavone di Antonio Manzini, forse è quello che più si avvicina al classico.

Così il viaggio, in questa nuova antologia di racconti, non è più la cornice che adorna di esotismo gli intrecci ma diventa la nuova situazione, quotidiana e caotica, in cui impegnare i detective contemporanei creati da alcune delle più originali e apprezzate penne del poliziesco.

**Un'antologia dei migliori autori moderni del giallo... sono di parte... mi piace a prescindere!!! ;)**



## Storie della buonanotte per bambine ribelli. 100 vite di donne straordinarie

di Francesca Cavallo, Elena Favilli

Alle bambine ribelli di tutto il mondo: sognate più in grande, puntate più in alto, lottate con più energia. E, nel dubbio, ricordate: avete ragione voi. C'era una volta una bambina che amava le macchine e amava volare; c'era una volta una bambina che scoprì la metamorfosi delle farfalle... Da Serena Williams a Malala Yousafzai, da Rita Levi Montalcini a Frida Kalo, da Margherita Hack a Michelle Obama, sono 100 le donne raccontate in queste pagine e illustrate da 60 illustratrici provenienti da tutto il mondo. 100 esempi di forza e coraggio al femminile, per tutte le donne, grandi e piccole, che puntano sempre in alto. 100 donne straordinarie che hanno cambiato il mondo, 100 favole per sognare in grande! Età di lettura: da 8 anni.

**Recensire un libro del genere non è cosa facile, perché quello che racchiude è ben più che una storia. Si tratta di un progetto ambizioso tutto al femminile, scritto e illustrato da donne straordinarie che hanno raccontato le storie di donne altrettanto straordinarie, le quali hanno fatto della propria diversità motivo di orgoglio.**

**Un fenomeno editoriale nato dal crowdfunding, diventato successo negli U.S.A e ora approdato sui nostri scaffali e accolto con affetto ed entusiasmo dai lettori italiani.**

**Quello di Elena Favilli e Francesca Cavallo è, in effetti, un viaggio nelle vite di personaggi cardine della storia al femminile: indipendenti, a volte controversi, ma le cui azioni hanno comunque la capacità di ispirare non solo le nuove, ma anche le vecchie generazioni. Ispirare a sognare forte, anzi fortissimo, senza timore di essere la voce fuori dal coro.**

**Perché a volte l'essere in disaccordo con la visione che il mondo ha di noi può generare risultati incredibili. Che voi siate grandi o piccini, che vogliate regalarlo a una bambina o un bambino che vi stia a cuore o vogliate tenerlo tutto per voi, sappiate che il libro di Elena Favilli e Francesca Cavallo vi terrà incollati alle pagine!**

**contattaci**

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

Scrivici: [ass.amrer@alice.it](mailto: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 amici

in questo numero vi propongo le opere di Valentina Falcioni e per descriverle uso le parole di un più autorevole commento che racchiude proprio il mio pensiero:

**“Valentina predilige i colori forti, puri, vivaci che sono un modo per comunicare la parte gioiosa e positiva che esiste in noi spesso, però, costretta a non potersi esprimere completamente. Infatti i profili scuri, neri che ingabbiano queste tonalità solari, penetrando anche a volte l’uno nell’altro, sono come il limite della nostra anima, desiderosa di spazi e di possibilità di esprimersi, ma in realtà compressa dalle nostre paure e insicurezze e dalla imprevedibilità della vita.**

**Questi quadri sono il nostro presente proprio per questa particolare impostazione e proprio per questi colori: ciò che potrebbe sembrare puramente di carattere decorativo, in realtà è pulsante corrispondenza del nostro esistere.”**

(cit. Paola Cinti)

### L'artista

**Valentina Falcioni**  
nasce il 14 febbraio 1973.  
Sin da piccola dimostra una forte predisposizione per il disegno e la contraddistingue una tendenza alla precisione. All'università studia Biologia, i suoi quaderni di Botanica e Zoologia hanno delle illustrazioni più belle, chiare e dettagliate di quelle dei libri di testo.



VALENTINA FALCIONI  
pittrice - decoratrice  
cell. 3398669695  
valentinafalcioni@yahoo.it  
FB: @valentinafalcioni.arte

E' in questo periodo che trova uno stile personale e comincia la sua produzione di quadri e pannelli.

Valentina è un'autodidatta, si rinchiude nella sua mansarda dove raccoglie oggetti di riuso, mobili e pannelli di legno di qualsiasi forma e li abbellisce decorandoli con la sua arte.

Colpisce, già nei suoi primi lavori, la sua attenzione verso il ritmo delle linee e delle forme e la sua sensibilità all'uso dei colori.

E' sempre evidente l'effetto cromatico e decorativo. La sua è una tecnica mista con acrilico e tempera prevalentemente su legno. La sua ricerca espressiva è in continua evoluzione verso nuove forme e accostamenti di colore che danno ai suoi lavori maggiore impatto emotivo a chi guarda.



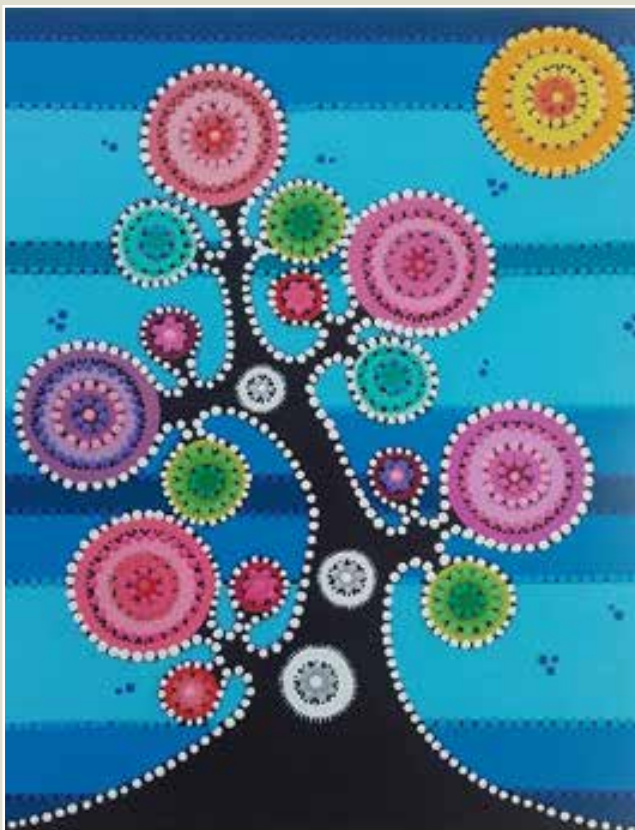
## “Pulsante esistere”



ALBERO DELLA VITA - AUTUNNO - Acrilico e tempera su tela (50 x 60 cm) - collezione privata (2)



MANDALA 3 - Acrilico e tempera su tela (50x50 cm)



ALBERO DELLA VITA - ESTATE - acrilico e tempera su tela  
(50 x 60 cm) - collezione privata



ACQUARIO 3 - Acrilico e Tempera su tela  
(70 x 50 cm) - collezione privata



FARFALLE - Acrilico e tempera su tela (50x60 cm)

## L'Associazione e i suoi Associati

### Un saluto a chi ci ha lasciato - Condoglianze

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

In questo spazio vogliamo ricordare **Anna Maria Castaldelli, Maria Beatrice Vaccari, Anna Maria Sitta, Marisa Zaccarelli, Mirna Bassi, Nella Orsi, Luisa Gandolfi, Maria Pia Sgargi Mariani.**

Un forte abbraccio da parte di tutti noi a tutti i loro famigliari che ci permettiamo di chiamare in questo spazio per nome: Fabiola, Pierino, Claudia, Flavio, Mattia, Lorella, Alice, Letizia, Fabio, Marco.

Ringraziamo tutti coloro che in loro memoria dei propri cari ha voluto fare una donazione ad Amrer Onlus aiutandoci così nella nostra opera di sostegno al malato reumatico.



Marisa Zaccarelli

Marisa, iscritta da tanti anni all'AMRER perché affetta da sclerosi sistemica, ha sempre condiviso e vissuto con interesse le tante iniziative dell'associazione.

Chi l'ha conosciuta la ricorda con un sorriso pensando alla bontà, all'amicizia e alla grandezza d'animo con cui ha trascorso la sua vita.

La figlia Lorella Melli e i nipoti  
Ferretti Alice e Letizia



Anna Maria  
Castaldelli

La ricordano con infinito  
amore  
la figlia Fabiola Simioli  
ed il marito  
Pierino Simioli



Nel 2017 destina il

# 5x1000

a favore dei **Malati Reumatici**

## AMRER onlus

### Cod. Fiscale 80095010379

Tel./Fax 051 24.90.45 - Cell. 335 622.38.95

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

# SOSTIENICI



Seminario  
sclerodermia



OSTEOPOROSI:  
UP TO DATE

Seminario  
Osteoporosi



Seminario Lombalgia



Convegno  
Sclerodermia



Convegno Lupus  
Eritematoso  
Sistemico



Opuscolo  
gravidanza



Notiziario  
del malato reumatico



Incontri  
per la popolazione



Corsi di attività motoria



Il 5 x 1000 destinato ad AMRER negli anni precedenti ha permesso di stampare e distribuire 800.000 opuscoli per i pazienti