

Malato Reumatico

il notiziario del



Gennaio 2013
Notiziario AMRER • Numero 38

Periodico informativo

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

Gli analgesici in Reumatologia: le più importanti tappe storiche. Il controllo del dolore è forse la prima richiesta che il malato rivolge al medico ed è il primo dei doveri di quest'ultimo. "Divinum opus est sedare dolorem": già Ippocrate rifletteva su questo tema e, a dimostrarne l'attualità, una recente legge italiana (n. 38 del 15 marzo 2010) impone provvedimenti precisi nella cura del dolore cronico. **Interno pagina 38**

Tutti gli atti del convegno sulle Spondiloartriti

**SPONDILITE ANCHILOSANTE
ARTRITE PSORIASICA - ENTESOARTRITI**

I principali esperti ci descrivono
queste patologie dai sintomi alla diagnosi.

» *Interno pagina 10*

**Farmaci tradizionali
e biotecnologici,
riabilitazione e terapia del dolore
impariamo come preservare le nostre articolazioni**

» *Interno pagina 24*



Vasculiti congresso internazionale PARMA - 7-9 MARZO 2013

L'Università di Parma promuove tre giorni di
approfondimento sulle vasculiti.
» *Interno pagina 4*

Fibromialgia

Percorso Diagnostico Terapeutico

A Trento il primo protocollo
integrato per la presa
in carico del paziente
fibromialgico che unisce
reumatologia, terapia del
dolore, supporto psicologico
e associazione pazienti.
» *Interno pagina 36*



Approfondimenti

Uveite L'occhio e le patologie
infiammatorie autoimmuni
» *interno pagina 22*

Storie di vita I racconti di due pazienti
con artrite psoriasica e spondilite
anchilosante » *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



Cod.Fiscale 80095010379

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 81 S 02008 02450 000002971809

NOTIZIARIO AMRER

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

Proprietario ed Editore

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

Direttore responsabile

Guerrina Filippi

Redazione a cura di

Valeria Bodin - Annamaria Carparelli
Nadia Forlani - Rodolfo Giovanetti
Emanuela Mislei - Luciana Reggiani
Omer Righi - Marzia Predieri
Liliana Presciuttini - Silvana Stefani

Coordinatore attività

Daniele Conti

Si ringrazia per la collaborazione in questo numero:

Valeria Bodin - Giancarlo Caruso
Giovanni Ciancio - Luca Cimino
Marcello Govoni - Riccardo Meliconi
Paolo Lombardo - Nazzarena Malavolta
Annamaria Marchionne - Piero Marson
Carlo Salvarani - Raffaele Scarpa
Ignazio Olivieri - Samantha Panaroni
Giuseppe Paolazzi - Elisa Penserini
Francesca Rispoli - Paolo Simonazzi
Marica Trevisani - Marta Venerandi
Donato Zocchi.

Progetto grafico

Ricreativi S.r.l.

Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica
Editore Villa Verucchio" s.r.l.
www.lapievepoligrafica.it

Stampato il 28 Gennaio 2013

Tiratura: 6.500 copie

All'interno del Notiziario

- pg. 3 **Editoriale** - Il ruolo di un'associazione impegnata per i pazienti.
- pg. 4 **Vasculiti: un aggiornamento al congresso internazionale** - Parma, 7/9 marzo
- pg. 5 **Inaugurato nuovo reparti di Medicina e Reumatologia a Rimini**
- pg. 5 **Alcuni scatti di noi alla SIR**
- pg. 6 **Il gruppo AMRER Piacenza** - progetto cronicità in movimento
- pg. 8 **Alcuni scatti della giornata nazionale sulle spondiloartriti**
- pg. 10 **Dai sintomi alla diagnosi precoce delle spondiloartriti** - nuovi criteri per la diagnosi e la classificazione. - trascrizione intervento di Ignazio Olivieri
- pg. 14 **Fattori genetici e ambientali nelle spondiloartriti** - a cura di Riccardo Meliconi
- pg. 16 **Spondilite anchilosante: aspetti clinici** - a cura di Giuseppe Paolazzi
- pg. 18 **Artrite Psoriasica: il quadro clinico** - trascrizione intervento di Raffaele Scarpa
- pg. 20 **Enteso-artriti sieronegative: il quadro clinico** - a cura di Giovanni Ciancio e Marcello Govoni
- pg. 22 **Le Uveiti HLAB27 correlate** - a cura di Luca Cimino
- pg. 24 **Le terapie tradizionali** - a cura di Nazzarena Malavolta
- pg. 25 **I farmaci di fondo** - approfondimento
- pg. 26 **I farmaci biotecnologici nel trattamento delle spondiloartriti** - a cura di Carlo Salvarani
- pg. 27 **Il dolore in reumatologia è tutt'ora inevitabile?** - a cura di Giancarlo Caruso
- pg. 28 **Il trattamento riabilitativo nelle spondiloartriti** - a cura di Paolo Simonazzi e Elisa Penserini
- pg. 29 **Guida informativa per gli esercizi** - approfondimento
- pg. 32 **I percorsi di cura del paziente reumatologico adulto** - a cura di Donato Zocchi
- pg. 34 **Le testimonianze dei pazienti: la mia spondilite anchilosante, la mia psoriasi**
- pg. 36 **Percorso diagnostico - terapeutico per fibromialgia** - approfondimento
- pg. 37 **Intervista: il dr Giuseppe Paolazzi ci racconta il percorso**
- pg. 38 **Filo della storia: gli analgesici in reumatologia**
- pg. 40 **I nostri consigli in cucina: i piatti di Bologna**
- pg. 42 **Il corpo porta a spasso le idee: consigli di lettura**
- pg. 44 **L'arte e la passione di un associato**
- pg. 46 **L'associazione e i suoi associati: felicitazioni e condoglianze**

Contatti

AMRER Onlus

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

ORARIO UFFICIO

Apertura al pubblico: Lun. 10.00 / 12.30
Attività ordinaria: Merc., Gio., Ven. 10.00/12.30
Sabato si riceve su appuntamento.

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

Il ruolo di un'associazione impegnata per i pazienti



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

Editoriale

Carissimi associati, amici, lettori e simpatizzanti, il 2012 è terminato. Un anno difficile sotto numerosi aspetti, ma anche ricco di soddisfazioni per quanto siamo riusciti a realizzare a livello Nazionale come la Giornata sulla malattia di Behcet a Reggio Emilia e quella sulle Spondiloartriti in ottobre a Bologna che ha registrato un'altissima partecipazione. Degne di nota sono state anche le attività decisamente innovative che si stanno svolgendo a Piacenza, Ferrara, Bologna, Ravenna, Rimini.

Se avrete la curiosità e voglia di seguirci attraverso i nostri Notiziari, potrete avere ampia e dettagliata informazione su tutto ciò che in questi impegnativi 12 mesi abbiamo prodotto per gli associati e per tutti coloro che a vario titolo ci seguono.

La Comunità Europea ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni". Ciò, per esprimere il concetto che invecchiare in buona salute significa essere più autonomi e quindi poter svolgere un ruolo attivo nella società e beneficiare di una migliore qualità di vita con l'obiettivo di trarre il massimo vantaggio dalle enormi potenzialità umane e professionali di cui continuiamo a disporre anche se siamo un "po' avanti con gli anni".

Andare in pensione non vuol dire diventare inattivi e pesare sul sistema; spesso, difatti, non si tiene conto del prezioso contributo dato dalle persone "adulte", che prestano assistenza a chi ne ha bisogno, occupandosi dei familiari come genitori, coniugi e nipoti o che fanno opera di volontariato, garantendo in tal modo la trasmissione dell'esperienza accumulata nel tempo ai giovani e la solidarietà tra le generazioni.

Il 2013 è stato dichiarato dalla Comunità Europea "Anno Europeo dei Cittadini" per esprimersi sull'Unione Europea del futuro e sulle riforme necessarie per migliorare la vita quotidiana dei cittadini europei. "Sensibilizzare e diffondere la consapevolezza dei propri diritti", un tema molto caro ad Amrer che da sempre si adopera per utilizzare gli strumenti tipici della democrazia partecipativa; diffondendo la cultura della trasparenza a tutti i livelli.

Sarà una bella sfida il 2013: il primo aspetto riguarda i problemi di assistenza socio-sanitaria collegati alla non autosufficienza, all'elevato numero di cittadini anziani, all'opportunità di accesso a percorsi diagnostico terapeutici per pazienti cronici che richiedono percorsi, integrazione e investimenti economici. Il futuro per non avere cittadini di serie A e serie B C D è l'efficientamento e l'integrazione dei servizi sanitari e delle politiche degli interventi da parte delle diverse aree del welfare, che necessitano di un sistema in grado di essere sostenibile e capace di agire con sinergia e senza sprechi. Una sfida ne converrete!

Parimenti per noi ciò viene letto come un mandato verso un costante impegno a rafforzare l'idea della Rete fra i servizi e gli operatori socio sanitari che ci prendono in carico, e soprattutto fra le associazioni. Come? Con una costante ed instancabile azione di sensibilizzazione della cittadinanza e delle istituzioni politiche, sanitarie e civili sui temi della salute, della cronicità indotta dalla malattia, e una partecipazione e spinta diretta nei processi decisionali.

Lavorare per un arricchimento e miglioramento delle condizioni individuali e familiari di soggetti svantaggiati e vulnerabili che vivono la "salute" in situazioni di marginalità ed esclusione sociale sotto il profilo personale, relazionale e professionale può essere un ottimo e valido motivo per

impegnarsi in prima persona.

Per questo invito ancora una volta i nostri associati ad essere, prima ancora che malati, dei "cittadini attivi e consapevoli" rafforzando così la possibilità di raggiungere gli obiettivi posti fin dalla nascita di Amrer.

Riceviamo molte telefonate e mail e di questo vi ringraziamo perché dimostrate di considerare l'Associazione un vostro punto di riferimento. Continuate a seguirci dunque per una sempre più ampia collaborazione che vede nella "comunicazione" lo strumento principe per interagire e crescere insieme.

In natura esistono molte possibilità per aumentare e migliorare il benessere delle persone, Amrer ritiene che la comunicazione sia una di queste. Il processo comunicativo è estremamente dinamico al giorno d'oggi, e in breve tempo può produrre una serie incredibile di importanti risultati, percepiti non solo come strumenti ma anche e soprattutto come risorse. Riteniamo che questa regola valga in particolar modo nella comunicazione in Sanità ed in particolare nella relazione medico-paziente dove superare il concetto di strumento per approdare a quello di risorsa costituisce un salto di qualità per tutte le persone che a vario titolo operano nel campo della salute.

La comunicazione è il tassello fondamentale dell'agire sociale, è relazione, è condivisione, può avere un costo molto basso e rese "economicamente" molto elevate, ma l'impegno e le regole che soggiacciono ad una Buona Comunicazione, per informare e non per orientare richiedono un impegno notevole in termini di professionalità. L'Associazione vuole essere questo, professionalmente alta perché alto è il valore che attribuiamo alle persone che rappresentiamo!

La partecipazione attiva da parte di tutti è fondamentale, vi invito quindi a contattarci e farci pervenire le vostre richieste, testimonianze, contributi agli articoli e ai temi trattati o che vorreste venissero trattati.

Siamo ancora in tempo per augurare a tutti un 2013 migliore di come ce lo aspettiamo?

Spero di sì! Grazie a tutti. ■

Guerrina Filippi

A inizio anno è doveroso ricordarsi di tutti coloro che hanno reso possibile le attività nel 2012 sostenendo anche economicamente Amrer.

- Gli Associati che credono e sostengono l'associazione attraverso le quote associative e le donazioni liberali

- Coloro che hanno scelto Amrer per donare il 5 per mille

- Regione Emilia Romagna, AUSL di Bologna, IRCS Rizzoli, AOSP di Bologna e Ferrara

- Centri Servizi del Volontariato di Bologna, Rimini, Ravenna e Piacenza

- Le ditte Gel-Frigor, e F.M. di Reggio Emilia

- Le aziende farmaceutiche UCB, Pfizer Italia, MSD Italia, Alfa Wassermann

A tutti il nostro ringraziamento per avere reso possibile gli eccellenti risultati raggiunti, la nostra conseguente crescita e lo sviluppo dei servizi a favore dei malati reumatici.

AMRER Rinnovo della quota sociale - Anno 2013

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!



Parma • 7-9 Marzo 2013 • Convegno medico

Vasculiti: un aggiornamento al congresso internazionale

Il termine "vasculite" significa "infiammazione dei vasi sanguigni". Le vasculiti sono un gruppo abbastanza eterogeneo di malattie rare che hanno in comune la caratteristica di presentare infiammazione della parete dei vasi sanguigni. A sua volta, l'infiammazione può causare restringimenti o ostruzioni e, meno di frequente, aneurismi (ossia dilatazioni) dei vasi affetti.

Importante congresso con la partecipazione di esperti internazionali sarà sicuramente un'occasione da non perdere!



MARCH 7 TH 2013	MARCH 8 TH 2013	MARCH 9 TH 2013
<p>8.30 Registration – Opening Remarks</p> <p>AAV: GRANULOMATOSI WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S) - MICROSCOPIC POLYANGIITIS (BASIC SCIENCE) Chairmen: Pier Luigi Meroni, Kar Smith</p> <p>9.00 Alan Salama Animal models of AAV</p> <p>9.20 Ron Smith Genetics of AAV</p> <p>9.40 Menna Clatworthy B cells in AAV</p> <p>10.00 Wajid Abdulhadi T cells in AAV</p> <p>10.20 Alberto Sinica ANCA</p> <p>10.40 Discussion</p> <p>11.00 COFFEE-BREAK</p> <p>AAV: GRANULOMATOSI WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S) - MICROSCOPIC POLYANGIITIS (CLINICAL ASPECTS) Chairmen: David Jayne, Claudio Ponticelli</p> <p>11.20 David Jayne Clinical update on microscopic polyangiitis</p> <p>11.40 Gabriella Meroni Rapidly progressive glomerulonephritis: differential diagnosis</p> <p>12.00 Jan Willem Cohen Tervaert Clinical update on granulomatosis with polyangiitis</p> <p>12.20 Julia Helle Granulomatosis with polyangiitis mimics</p> <p>12.40 Discussion</p> <p>13.00 Luncheon</p> <p>EDUCATIONAL COURSES</p> <p>14.30 Carlo Bucci ANCA-associated vasculitis: overview</p> <p>14.40 Discussion</p> <p>SYMPOSIA</p> <p>14.50 Ignazio Olivieri Biologic therapies for spondyloarthritis</p> <p>15.00 Pier Luigi Meroni Biologic treatment of rheumatoid arthritis: past, present and future</p> <p>AAV: GRANULOMATOSI WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S) - MICROSCOPIC POLYANGIITIS (TREATMENT AND OUTCOME) Chairmen: Giovanni Caporaso, Wolfgang Gross</p> <p>15.30 Wolfgang Gross Therapy in refractory AAV</p> <p>15.50 David Jayne "New vs old" therapeutic strategies in AAV</p> <p>16.10 Alfred Mahr Long term complications of AAV</p> <p>16.30 Discussion</p> <p>16.40 COFFEE-BREAK</p> <p>AAV: GRANULOMATOSI WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S) - MICROSCOPIC POLYANGIITIS / HENOCCH-SCHÖNLEIN PURPURA Chairmen: Alessandro Caporaso, Umberto Maggiore</p> <p>17.00 Rosalind Luggan The role of disease activity scores in guiding treatment of AAV</p> <p>17.20 Umberto Maggiore Post-transplant recurrence of primary systemic small vessel vasculitis</p> <p>17.40 Rosanna Cogge Clinical update on Henoch-Schönlein purpura</p> <p>18.00 Discussion</p> <p>18.30 Closing</p>	<p>AAV: EOSINOPHILIC GRANULOMATOSI WITH POLYANGIITIS (CHURG-STRAUSS) Chairmen: Lutz Gullewin, Alberto Sinica</p> <p>8.30 Lutz Gullewin Clinical update on eosinophilic granulomatosis with polyangiitis</p> <p>8.50 Jochen Zwerba Pathophysiology of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis</p> <p>9.30 Frank Moritz Treatment of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis</p> <p>9.30 Discussion</p> <p>LVV: GIANT CELL ARTERITIS Chairmen: Cornelia Weyand, Augusto Vaglio</p> <p>9.40 Cornelia Weyand Pathogenesis of giant cell arteritis</p> <p>10.20 Michael Schirmer Clinical update on giant cell arteritis</p> <p>10.30 Alberto Cavazza Pathologic correlate on giant cell arteritis</p> <p>10.50 Discussion</p> <p>LVV: TAKAYASU ARTERITIS / GIANT CELL ARTERITIS/ CNS VASCULITIS Chairmen: Italo Portelli, Justin C. Mason</p> <p>11.20 Justin C. Mason Clinical update of Takayasu arteritis</p> <p>11.40 Nicola Pignone Role of imaging studies in the diagnosis and follow-up of large vessel vasculitis: an update</p> <p>12.00 Annabelle Verstra PCT-CT in the diagnosis and follow-up of LVV</p> <p>12.30 Gene G. Hunder Primary CNS vasculitis</p> <p>12.40 Carlo Salvarani Treatment of LVV</p> <p>13.00 Discussion</p> <p>13.20 Luncheon</p> <p>EDUCATIONAL COURSES</p> <p>14.30 Carlo Salvarani Organ-limited vasculitis</p> <p>14.50 Augusto Vaglio Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss) and hypersensitivity syndrome</p> <p>15.20 Discussion</p> <p>SYMPOSIA</p> <p>15.30 Carlo Salvarani Psoriatic arthritis</p> <p>BEHÇET DISEASE Chairmen: Hasan Yazici, Abidin Agrioglu</p> <p>15.50 Hasan Yazici Clinical update on Behçet disease</p> <p>16.30 Luca Cimberio Ocular manifestations of Behçet disease: clinical features and current management</p> <p>16.30 Ignazio Olivieri Treatment of Behçet disease</p> <p>16.50 Discussion</p> <p>17.00 COFFEE-BREAK</p> <p>17.20 Closing</p>	<p>IDIOPATHIC RETROPERITONEAL FIBROSIS / ERDHEIM-CHESTER DISEASE Chairmen: Carlo Salvarani, Gino Greggiari</p> <p>8.30 Domenico Corradi Idiopathic retroperitoneal fibrosis and Erdheim-Chester disease: pathologic findings</p> <p>8.50 Augusto Vaglio Clinical update on idiopathic and secondary retroperitoneal fibrosis</p> <p>9.30 Alessandra Palomano Diffuse pericystitis: a new disease subset</p> <p>9.30 Julian Harroche Clinical update on Erdheim-Chester disease</p> <p>9.50 Discussion</p> <p>CRYOGLOBULINEMIC VASCULITIS Chairmen: Vincenzo Combi, Claudio Ferril</p> <p>10.00 David Saadoun Update on pathophysiology of HCV-related cryoglobulinemic vasculitis</p> <p>10.20 Daria Roccella Clinical update on cryoglobulinemic vasculitis</p> <p>10.40 Domenico Sansone Treatment of HCV-related cryoglobulinemic vasculitis</p> <p>11.00 Discussion</p> <p>11.30 COFFEE-BREAK</p> <p>THROMBOTIC MICROANGIOPATHY / ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME Chairmen: Antonio Di Lorenzo, Giuseppe Remuzzi</p> <p>11.30 Giuseppe Remuzzi Clinical update on thrombotic microangiopathy</p> <p>11.50 Lucia Masetti Primary and secondary forms of thrombotic microangiopathy</p> <p>12.30 Pier Luigi Meroni Anti-phospholipid syndrome: a vasculitis mimic?</p> <p>12.30 Discussion</p> <p>12.40 Closing Remarks</p>



Provider ECM: MV CONGRESSI S.P.A.
Via Marselli, 36 D - 43126 Parma - Tel. +39 0521 290191 Fax +39 0521 291314
www.mvcongressi.it - C.F. e P.IVA 00419830344

Scientific secretariat **Organizing secretariat**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE **KIKA EVENTS**

Via Gramsci, 14 43126 Parma sepriva@unipr.it +39 0521 033163

Via Langhirano, 170 43124 Parma info@kikaevents.com +39 0521 921956

Segreteria AMRER Onlus

Da Gennaio 2013 Nadia Forlani e Elisa Arnaudo si occuperanno della segreteria AMRER di Bologna.

Un grazie particolare a Margherita che si è occupata della segreteria nel 2012, ed ora è rientrata nel mondo lavoro... Un grande in bocca al lupo!



Orari e giornate:
Lunedì dalle ore 9.30 alle 17.30
Mercoledì / Venerdì: dalle ore 9.30 alle 13.30
Sabato dalle ore 9.00 alle 11.00

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

Nel 2013 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

Rimini • 3 ottobre 2012 • Alcuni scatti dell'inaugurazione

Inaugurato il nuovo reparto di Medicina Interna e Reumatologia all'Ospedale Infermi di Rimini

L'Unità Operativa di "Medicina Interna e Reumatologia" dell'Ospedale di Rimini, diretta dal Prof. Angelo Corvetta, è stata istituita nel 1992, attualmente è dotata di un reparto clinico di degenza con 42 posti letto, di un Day Hospital/Day Service con 3 posti letto, di ambulatori specialistici di Reumatologia, Allergologia, Osteoporosi e Medicina Interna. Vi sono inoltre i laboratori strumentali per la Densitometria ossea, la Capillaroscopia, la diagnostica citologica ematologica e sinoviale. Il personale è costituito dal Direttore e 8 dirigenti medici, dalla coordinatrice infermieristica, 25 infermieri, 10 operatori socio - sanitari (oss) e 3 infermieri dediti all'attività del Day Hospital e degli ambulatori.

IL NUOVO REPARTO SI TROVA PRESSO SCALA A, V PIANO.

L'Unità Operativa collabora inoltre con l'Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna - A.M.R.E.R e con le Società scientifiche di riferimento (S.I.R. e C.R.O.I.). La "Medicina Interna e Reumatologia" di Rimini è stata riconosciuta come centro di riferimento per la certificazione delle malattie rare di interesse reumatologico, ha recentemente istituito ambulatori dedicati a problematiche reumatologiche particolarmente complesse dal punto di vista clinico e organizzativo (ambulatorio Early arthritis, ambulatorio Vasculiti, ambulatorio Farmaci biotecnologici), ha promosso il case management infermieristico per i pazienti reumatici con patologia infiammatoria cronica. Collabora con l'Assessorato alle "Politiche per la Salute" della Regione Emilia Romagna nella stesura di linee guida per l'impiego dei farmaci biotecnologici nell'ambito dell'artrite reumatoide, dell'artrite reumatoide giovanile, e dell'artrite psoriasica. Eroga prestazioni ambulatoriali presso gli ospedali di Rimini, Riccione, Cattolica e Novafeltria. ■



Alcuni scatti dell'inaugurazione con in presenza del Direttore Generale Marcello Tonini, del Direttore Medico del presidio ospedaliero di Rimini – Santarcangelo – Novafeltria Stefano Busetti e del Prof. Angelo Corvetta, direttore del Dipartimento "Medicina Interna e Reumatologia".

Milano • 21-24 novembre 2012 • Congresso Nazionale SIR

AMRER e i suoi volontari alla Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia



250 notiziari, 500 opuscoli informativi su patologie e diritti sono stati letteralmente polverizzati e distribuiti durante il convegno nazionale della Società di Reumatologia tenutosi a Milano lo scorso novembre. L'informazione e il punto di vista del paziente sono importanti anche per la società scientifica, capire il bisogno del paziente a livello di informazione e comunicazione si è dimostrato un primario bisogno, siamo soddisfatti dei risultati raggiunti! ■





Alcuni scatti di noi

Il Gruppo AMRER Piacenza cresce e promuove nuove iniziative

Il Gruppo AMRER piacenza, con soddisfazione di tutti noi sta crescendo e organizzando nuove attività sul territorio per gli associati e per loro famiglie; sono un piccolo modello sociale da cui imparare per esportare Buone Prassi anche in altre realtà! Complimenti ai tanti volontari e alle loro famiglie, perché il volontariato è contagioso!

Per contattare il Gruppo di Piacenza: Cell. 3887978668 (Milena Maitan – orario pasti).

FESTA DI NATALE 2012

Questo è il secondo natale del Gruppo Piacentino, e quest'anno i volontari hanno organizzato una splendida festa presso la palestra di via Pallastrini, con musiche e tante leccornie! Un saluto al 2012 e un impegno a rendere il 2013 migliore! ■

La festa di Natale con gli associati di Piacenza



Un riconoscimento per il lavoro e l'impegno svolto a favore dei pazienti di Piacenza per la Dr.ssa Claudia Concesi

Durante la festa di Natale abbiamo colto l'occasione di salutare di cuore la Dr.ssa Claudia Concesi della Reumatologia dell'Ausl di Piacenza – Ospedale Guglielmo da Saliceto, che è arrivata al traguardo della pensione.

AMRER Onlus conferisce alla Dr.ssa Concesi un riconoscimento per l'impegno e la tenacia con cui ha svolto il lavoro in tanti anni a favore del territorio e dei pazienti.

Cogliamo l'occasione per salutare e augurare buon lavoro al Dr. Eugenio Arrigoni, a cui viene affidata la guida della reumatologia, e a tutta la sua equipe.





Attività sul territorio piacentino

Prosegue il progetto “Cronicità in movimento”

Una palestra come “laboratorio sperimentale” per rispondere ai bisogni legati all’isolamento e alla carenza di movimento indotto dalla cronicità. Prosegue il progetto piacentino che vede la realizzazione di corsi di Yoga, Shiatsu, Allenamento della memoria, Training di stimolazione cognitiva e Pilates attivarsi presso gli ambienti del Centro Residenziale di Via Giovanni Pallastrelli - Piacenza.

Il 12 gennaio 2013 sono stati presentati i nuovi appuntamenti durante un incontro pubblico in cui hanno partecipato la rete delle associazioni ALICE (Ictuc) – ARMONIA (donne operate al seno) e ovviamente AMRER.

Un particolare ringraziamento all’assessore Giovanna Palladini del Comune di Piacenza che è intervenuta e ha ribadito la convinzione del comune nell’investire in progetti a forte valenza pubblica, per contrastare isolamento e favorire il mantenimento della buona salute psicofisica dei cittadini.; ringraziamo anche la Dr.ssa Manuela Buono direttore del Distretto Sanitario di Piacenza presente all’incontro, dove ha espresso la ferma convinzione, da aprte dell’Ausl di Piacenza, di opportunità e valore nella rete tra associazioni e professionisti per un moderno welfare sociale a misura di cittadino. ■



Dal quotidiano “Libertà” del 17 dicembre 2012



Dal quotidiano “Libertà” del 13 gennaio 2013



- Yoga** – venerdì dalle 17.00 alle 19.30
- Shiatsu** - lunedì, giovedì e venerdì su prenotazione
- Movimento Armonico** - lunedì dalle 17.00 alle 19.00
- Pilates** - i mercoledì dalle 18,30 alle ore 21,00
- Allenamento della Memoria** – giovedì dalle 17.00 alle 19.00
- Stimolazione Cognitiva** - lunedì e giovedì dalle 15,00 alle 17,00

I corsi si tengono presso la palestra in Via Giovanni Pallastrelli Piacenza (con entrata presso parcheggio della Coop di Via Martiri della Resistenza)

Per informazioni: info@svep.piacenza.it – Cell 3282335502



Da sx: Giovanna Palladini - Assessore alla Salute e Nuove Politiche del Welfare - Comune di Piacenza, Natascia Ballarini – AMRER, Daniele Conti - SVEP



Da sx: Nicola Morelli – ALICE, Romina Cattivelli – ARMONIA.



Conferenza stampa

Bologna • 27 Ottobre 2012 • Alcuni scatti dell'evento **Giornata Nazionale sulle Spondiloartriti**



Il convegno dedicato ai pazienti sulle Spondiloartriti è stato un successo, per il pubblico e anche per i tanti volontari impegnati nella giornata. Oltre 282 registrazioni a fine giornata nei registri dell'Associazione dimostrano la buona riuscita dell'evento. Le persone hanno partecipato e avuto la possibilità di un ampio confronto durante la giornata dove sono stati toccati molteplici aspetti di queste patologie. Dai sintomi alla diagnosi, dai trattamenti farmacologici appropriati alle terapie per la gestione del dolore, dall'importanza della riabilitazione e al ruolo delle reti assistenziali per una diagnosi precoce e una presa in carico efficace dei pazienti.

L'evento vogliamo ricordarlo è stato sviluppato da AMRER all'interno delle attività del Coordinamento Italiano Malati Reumatici - CIMAR, una bella realtà di cui le presidenti Guerrina Filippi e Annamaria Marchionne, ci hanno parlato portando al centro dell'attenzione la persona che soffre di malattie croniche.

La giornata si è aperta con il benvenuto dell'Assessore alla Salute e Lavoro della provincia di Bologna, Giuliano Barigazzi e del Direttore Sanitario Massimo Annichiarico dell'azienda USL di Bologna.

La collaborazione con queste due "istituzioni" e in particolare con le persone che le rappresentano sta portando modifiche strutturali ai servizi reumatologici che hanno e avranno sempre più un impatto forte per il futuro e la qualità della vita dei pazienti. I modelli di presa in carico e l'innovazione dei percorsi sono il futuro, e la collaborazione tra Associazione e Istituzioni è la migliore garanzia di collegialità ed efficienza del servizio. Vogliamo quindi ringraziare prima di tutto loro due e poi è rendere un grande merito a tutti i clinici che hanno partecipato e reso i propri interventi accessibili ai pazienti, dedicato tempo e passione nelle spiegazioni alle tantissime domande.

Infine, ma primi per valore aggiunto, vogliamo ringraziare i tanti volontari di AMRER che sono stati presenti alla giornata e hanno reso possibile tutto ciò, dimostrato con professionalità e preparazione la forza di un'Associazione: come sono le persone che fanno la differenza! ■

Volontari al lavoro



Platea





Da sx: Guerrina Filippi, Giuliano Barigazzi - Assessore Salute e Politiche del Lavoro Provincia di Bologna, Massimo Annicchiarico - Direttore Sanitario AUSL di Bologna



Da sx: Guerrina Filippi - Presidente AMRER, Annamaria Marchionne - Presidente ATMAR Trento



Testimonianza di una paziente:
Carolina Magnani



Testimonianza letta da Marta Venerandi
Vicepresidente di AMRER Onlus



Clodoveo Ferri (Modena)
e Riccardo Meliconi (Bologna)



Giuseppe Paolazzi (Trento)



Nazzarena Malavolta (Bologna)



Ignazio Olivieri (Potenza)



Carlo Salvarni (Reggio Emilia)



Raffaele Scarpa (Napoli)



Giovanni Ciancio (Ferrara)



Donato Zocchi (Bologna)



Paolo Simonazzi (Reggio Emilia)



Massimo Reta (Bologna) e Daniele Conti



Giancarlo Caruso (Bologna)



Luca Cimino (Reggio Emilia)



Riccardo Meliconi (Bologna)

Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

Dai sintomi alla diagnosi precoce delle Spondiloartriti:

nuovi criteri per la diagnosi e la classificazione



Ignazio Olivieri

Dipartimento di Reumatologia
Ospedale San Carlo Potenza
e Ospedale Madonna delle
Grazie di Matera

i.olivieri@ospedalesancarlot.it

Testo da trascrizione dell'intervento orale eseguito durante il convegno
eseguito da Guerrina Filippi e Samantha Panaroni

E' sempre un piacere tornare a Bologna, ci sono stato dal '92 al '98 al Sant'Orsola e poi sono andato al sud, dove abbiamo creato un dipartimento regionale di reumatologia in Regione Basilicata.

Vi parlerò di Spondiloartriti dai sintomi alla diagnosi precoce. Ovviamente utilizzerò un linguaggio accessibile perché oggi parliamo ai pazienti ed ai cittadini e non ai medici, per cui cercherò di farvi capire qualche cosa di più su queste malattie. Il concetto di Spondiloartrite è un concetto abbastanza recente. E' dal 1960 che utilizziamo il termine spondiloartrite, ma queste malattie sono sempre esistite, solo che erano considerate delle varianti dell'Artrite Reumatoide (AR). Negli anni '60 un gruppo di ricercatori inglesi di Leeds suggerirono che alcune di queste varianti dell'Artrite Reumatoide (AR) potevano essere raggruppate insieme in un gruppo, a cui diedero il nome di Spondiloartriti dalla malattia più rappresentativa che è la Spondilite Anchilosante. Il carattere comune delle spondiloartriti è che non hanno il fattore reumatoide, che invece è positivo nell'AR, non hanno i nodi sottocutanei che sono dei noduli sottocute presenti nell'AR.

Si parla di poliartrite quanto sono interessate più di 5 articolazioni, di oligoartrite quando le articolazioni interessate sono fino a 4, di monoartrite quando è interessata 1 sola articolazione. Nell'AR abbiamo una poliartrite simmetrica, nelle Spondiloartriti invece noi troviamo una oligoartrite asimmetrica, una forma completamente diversa, che predilige le grosse articolazioni degli arti inferiori. A differenza dell'AR queste malattie hanno un interessamento della colonna vertebrale sotto forma di sacro ileiti e spondilite di cui vedremo il significato. I ricercatori inglesi rilevarono che queste malattie avevano delle manifestazioni comuni come le ulcere genitali, la congiuntivite, le lesioni sulla pelle di tipo psoriasico e cosa importante che hanno una aggregazione familiare e cioè tutte le spondiloartriti sono frequenti nei familiari di primo grado di un paziente affetto da una qualunque spondiloartrite rispetto alla popolazione generale. Le malattie che gli autori inglesi inserirono in questo gruppo sono la spondilite anchilosante primitiva, l'artrite psoriasica, la sindrome di Reiter, l'artrite associata alla colite ulcerosa e alla malattia di Crohn, che sono due malattie infiammatorie croniche intestinali, poi la malattia di Whipple e la malattia di Behcet. Nel '73 fu scoperta l'associazione delle spondiloartriti con l'antigene di istocompatibilità B27, che porta alla predisposizione alle spondiloartriti. Successivamente fu scoperto anche l'associazione dell'antigene B27 con l'uveite anteriore, con la colite ulcerosa, con il morbo di Reiter, con il morbo di Crohn, con la psoriasi, per cui gli autori inglesi aggiunsero alla lista dei criteri l'associazione con l'antigene di istocompatibilità B27 e allungarono la lista delle malattie aggiungendo l'artrite reattiva, l'uveite anteriore acuta e alcune forme di artrite cronica giovanile. Oggi noi parliamo di 5 forme di Spondiloartrite: la Spondilite Anchilosante Primitiva, l'Artrite Psoriasica, l'Artrite reattiva (o Sindrome di Reiter), l'Artrite associata alla MICI, le Spondiloartriti Indifferenziate. La **Spondilite Anchilosante** è una malattia infiammatoria della colonna vertebrale, che con l'evoluzione dà dei danni irreversibili che riducono la mobilità con la presenza di alterazioni posturali. Il paziente con la Spondilite Anchilosante nella fase avanzata è *curvo in avanti* – si dice *che non riesce a guardare il cielo*. Ora perché noi parliamo di spondilite anchilosante primitiva? perché la spondilite si può parlare anche nella forma associata alla manifestazione cutanea e allora si parla di **Artrite Psoriasica**, ma anche nella forma che interessa le articolazioni periferiche. Poi abbiamo l'**Artrite reattiva** o **Sindrome di Reiter**: queste 2 definizioni/termini, in realtà, indicano la stessa patologia. Oggi non si utilizza più la termine/dizione “Sindrome di Reiter” in quanto i ricercatori tedeschi si sono battuti affinché questo nome e termine fosse abbandonato per motivi storici, ed oggi quindi si parla di artrite reattiva. L'artrite reattiva si

manifesta nelle persone con una infezione alle vie urinarie dovute alla clamidia o ad una infezione al tubo gastro enterico dovuto prevalentemente al batterio della yersinia, da noi soprattutto salmonelle, che poi a distanza qualche tempo manifestano l'artrite.

Abbiamo anche l'**Artrite associata alle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)**, che comprendono le due malattie *colite ulcerosa* e il *morbo di crohn* ed infine esistono forme di spondiloartriti che non rientrano in nessuna di queste 4 categorie e vengono definite con il termine “**indifferenziate**”.

La frequenza delle spondiloartriti nel mondo non è la stessa perché dipende dalla frequenza nella popolazione della presenza dell'antigene B27. Una prevalenza molto alta la troviamo nella popolazione Haida degli indiani del Nord America dove le Spondiloartriti sono malattie frequentissime e il fenotipo del B27 è presente nel 50% della popolazione.

FREQUENZA FENOTIPICA DEL B27

Haida	20%	Slavi	7-14%
Esquimesi	25-40%	Nord Europa	6-9%
Ungro-Finnici	12-16%	Sud Europa	2-6%
Scandinavi	10-15%		

Tornando in Europa troviamo una frequenza del 10-15% nei paesi scandinavi, 7-14% nei paesi slavi, nord europa 6-9% nel sud Europa, tra cui è compresa l'Italia la frequenza del B27 è fra il 2 e il 6%. Per darvi un'idea di quanto frequenti siano queste malattie vi cito questo studio fatto a Berlino sui donatori di sangue, dove vedete come la prevalenza delle spondiloartriti è l'1,9% la forma più comune a Berlino è la spondilite anchilosante lo 0,86%, le spondiloartriti indifferenziate 0,67% e poi abbiamo l'artrite psoriasica con un indice dello 0,29%. Da noi le frequenze sono un po' diverse, l'artrite psoriasica è sicuramente più frequente di quanto non sia a Berlino.

Il compito della mia relazione è quello di andare dai sintomi alla diagnosi precoce. Se noi vogliamo fare la diagnosi precoce dobbiamo imparare a riconoscere quelli che sono i sintomi della spondiloartrite. L'abc delle spondiloartriti sono: il **dolore al rachide** di tipo infiammatorio, la **sciatica mozza**, l'**artrite periferica**, l'**entesite periferica**, la **dattilite**, il **dolore alla parete anteriore del torace**, la **sacro ileite**, l'**uveite anteriore acuta**, la **congiuntivite**, l'**insufficienza aortica**, l'**interessamento polmonare**.

MANIFESTAZIONI CLINICHE E RADIOLOGICHE DELLE SPONDILOARTRITI

- Dolore al rachide di tipo infiammatorio
- Sciatica mozza (buttock pain)
- Artrite periferica
- Entesite periferica
- Dattilite
- Dolore alla parte del torace
- Sacroileite
- Uveite anteriore acuta
- Congiuntivite
- Insufficienza aortica e disturbi della conduzione
- Interessamento polmonare

Cominciamo ad analizzare il **dolore al rachide di tipo infiammatorio**: il sintomo caratteristico della spondilite anchilosante è la così detta **lombalgia infiammatoria**. La lombalgia non è una malattia, ma un sintomo che può essere dovuto a tante cause; la definiamo "infiammatoria" nella spondilite anchilosante, malattia infiammatoria, per differenziarla da quella di tipo meccanico. Quali sono i caratteri di questa lombalgia? Un esordio subdolo con dolore sordo che il paziente riesce a localizzare con difficoltà all'inizio, spesso intermittente, che da unilaterale ben presto diventa bilaterale e continuo; un dolore intenso a riposo. Il paziente con SA sta male a riposo, si presenta con una rigidità all'inizio del movimento che però migliora con il proseguo del movimento stesso e spesso presenta un'astenia (ndr *sensu di debolezza e fatica*).

Quali differenze troviamo fra la **lombalgia infiammatoria** e la lombalgia meccanica? Questa differenza è quella che spieghiamo spesso al medico di famiglia affinché identifichi subito una lombalgia cronica, per distinguere quelle forme che sono di competenza del reumatologo da quelle che sono di competenza dell'ortopedico e del fisiatra. La lombalgia di origine infiammatoria ha un esordio di tipo insidioso mentre quella di tipo meccanico ha un esordio acuto. La lombalgia infiammatoria peggiora con il riposo e migliora con il movimento, quella meccanica migliora con il riposo e peggiora con il movimento. Durante la notte la lombalgia infiammatoria si fa sentire maggiormente disturbando il sonno di chi ne è affetto, mentre la lombalgia di tipo meccanico non disturba il sonno. La mattina la lombalgia infiammatoria presenta una forte rigidità che migliora con il movimento, mentre quella meccanica peggiora. La lombalgia infiammatoria risponde agli antinfiammatori non cortisonici meglio della lombalgia meccanica, perché è presente un processo infiammatorio.

I criteri internazionali per la diagnosi di lombalgia infiammatoria sono:

- Età dell'esordio minore dei 40 anni
- Esordio insidioso
- Miglioramento con l'esercizio
- Assenza di miglioramento con il riposo
- Dolore durante la notte

Se il paziente presenta 4 di questi 5 parametri/criteri ha una lombalgia infiammatoria e deve essere indirizzato dal reumatologo.

Rachide

Il rachide, che occupa una posizione dorso-mediale nel torso, è una struttura di sostegno della testa e del tronco e di protezione per il midollo spinale.

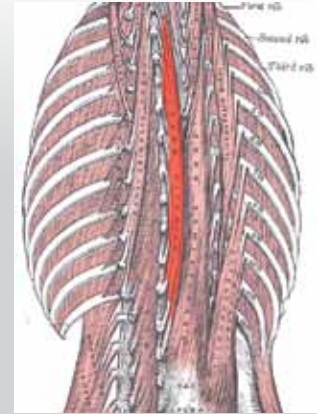
Sebbene talvolta ci si riferisce esclusivamente alla colonna vertebrale, con il termine rachide vanno inclusi, oltre alla parte ossea (vertebre), i legamenti, i dischi intervertebrali, i muscoli, i nervi (col midollo spinale) ed i vasi sanguigni.

Lombalgia

La lombalgia, nota anche come lombaggine, è una forma molto diffusa di dolore o fastidio muscolo-scheletrico della regione postero-inferiore del dorso, lumbosacrale e sacroiliaca, talora irradiato agli arti inferiori (sciatica).

Approfondimenti tratti da

WIKIPEDIA
L'enciclopedia libera



Vediamo invece adesso la seconda manifestazione la **sciatica mozza**; mentre la sciatica è un dolore che si irradia dalla colonna vertebrale a tutto l'arto inferiore fino al calcagno, ed è dovuto di solito ad ernie al disco, nelle spondiloartriti abbiamo una sciatica mozza, ovvero un dolore che parte dalla natica, interessa la parte posteriore della coscia, e non supera il ginocchio. Gli anglosassoni lo chiamano anche *buttock pain* cioè il dolore alla natica. La sciatica mozza è tipicamente alternante, presentandosi prima da una parte poi dall'altra. Se la lombalgia è espressione dell'interessamento della colonna vertebrale, la sciatica mozza è espressione dell'interessamento delle articolazioni sacro iliache.

L'**artrite periferica** delle spondiloartriti, se si eccettua l'artrite psoriasica dove sono presenti artriti di diverso tipo, è un'oligoartrite asimmetrica (ndr. *un processo infiammatorio articolare che coinvolge meno di quattro articolazioni*) che predilige le grosse articolazioni degli arti inferiori.

L'**entesi** è l'inserzione di tendini e legamenti sull'osso e l'**entesite** è la flogosi, l'infiammazione di questa inserzione. Le entesi più frequentemente interessate nelle spondiloartriti sono le 2 inserzioni del calcagno e la fascia plantare nel tendine di Achille, le 3 inserzioni del ginocchio (del quadricipite sulla rotula, le due inserzioni della patella), sul piccolo e grande trocantere, quelle sulla cresta iliaca, le inserzioni poi sull'epicondilo e sulla epitroclea e anche sulle fosse occipitali.

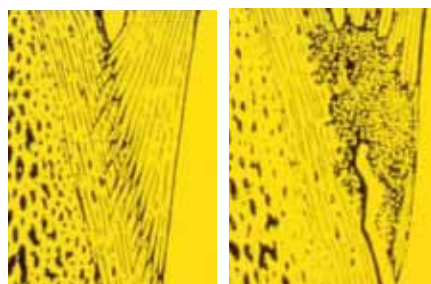
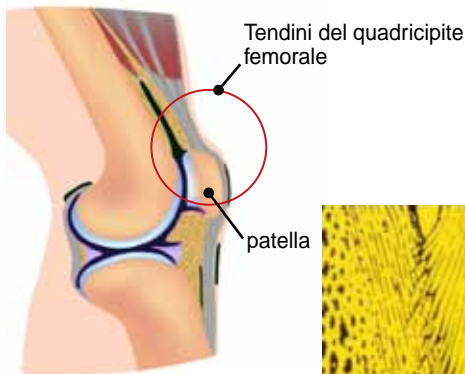
Questa flogosi, quando interessa delle inserzioni superficiali, da una tumefazione che si presenta con un aspetto bombato, per esempio sul **tendine di Achille**, con una forma molto più accentuata rispetto ad una tendine comune agli sportivi.

Infiammazione del Tendine di Achille



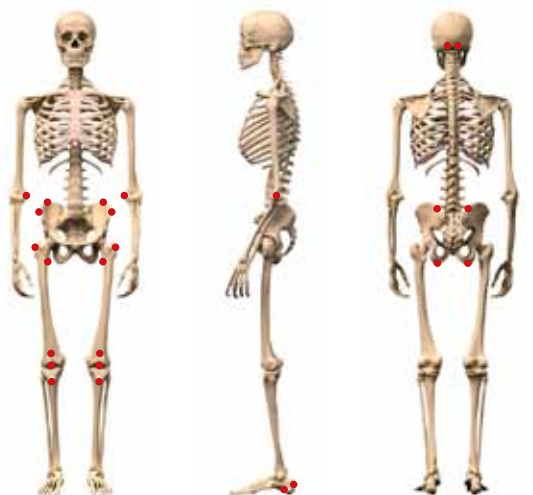
Nel caso di paziente con **epicondilita**, spesso si pensa al gomito del tennista, ma nel caso di una spondiloartrite troviamo un rigonfiamento e una tumefazione non tipica dell'epicondilita comune. E' opportuno quindi sospettare una spondiloartrite.

Epicondilita da spondiloartrite



Entesi normale Entesi infiammata

Intersezioni delle principali sedi di flogosi



Per **dattilite** si intende una tumefazione globale del dito, che si presenta diffusamente tumefatto e ben differente rispetto al dito normale. La **dattilite** è dovuta all'infiammazione delle guaine dei flessori e il dito si presenta diffusamente tumefatto, non solo gonfio in corrispondenza delle articolazioni; è presente quindi un rigonfiamento globale che comprende i tendini e i flessori per cui la **dattilite** è dovuta a un'infiammazione delle guaine dei flessori e dei tendini.

Vediamo adesso il **dolore alla parete anteriore del torace**, che rappresenta un sintomo molto comune nel paziente con spondiloartrite e si presenta al paziente in modi indifferenziato ai dolori cardiaci e nel sesso femminile al dolore al seno. Da dove può venire questo dolore? Dall'interessamento delle articolazioni posteriori della gabbia toracica, cioè quelle articolazioni poste fra le costole e la colonna vertebrale, da quelle della parte anteriore dello sterno della gabbia toracica, ma anche dall'inserzione dei muscoli respiratori. I muscoli respiratori hanno tanti tendini piccoli che si inseriscono su tutte le costole e queste inserzioni possono essere sede del processo infiammatorio dell'entesite, e quindi sede di dolore.

DOLORE ALLA PARETE DEL TORACE

- Rachide dorsale (articolazioni costo-vertebrali e costo-trasversali)
- Articolazioni sternoclaveari, condro-costali e manubrio-sternale
- Entesite dei tendini dei tendini dei muscoli costo-sternali e costo-vertebrali

Veniamo adesso all'**uveite anteriore acuta**. Vi porto l'immagine di un paziente con spondiloartrite e con uveite, e potete vedete l'arrossamento dell'occhio. Si tratta di una uveite anteriore, cosa vuol dire uveite anteriore? Questo è un occhio tagliato in sezioni, pensate di avere un uovo sodo e apritelo a metà. Andiamo a vedere la parte più esterna quella che da il colore all'occhio, il bianco è la sclera. All'interno invece abbiamo una membrana che è l'uvea che si distingue in iride, quello che da il colore all'occhio, poi il corpo ciliare e poi abbiamo la coroide. L'uveite nelle spondiloartriti interessa l'iride e il corpo ciliare e si chiama uveite anteriore perché interessa la parte anteriore dell'uvea. Questa uveite oltre che anteriore è monolaterale, interessa un solo occhio, è ricorrente, ossia il paziente può avere diversi episodi, l'infiammazione non è granulomatosa, non ci sono degli addensati, la durata va da uno a sei mesi e la guarigione avviene con il ripristino di quella che è l'anatomia normale dell'occhio. L'incidenza dell'uveite nei pazienti con la spondiloartrite anchilosante è pari al 20%.

UVEITE ASSOCIATA ALL'ANTIGENE HLA B27

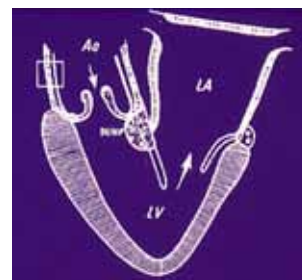
- | | |
|----------------|---|
| • Anteriore | • Non granulomatosa |
| • Monolaterale | • Durata 1-6 mesi |
| • Ricorrente | • Guarigione con restitutum ad integrum |



L'**interessamento cardiaco** è caratterizzato da un processo infiammatorio che interessa il setto interventricolare e la valvola aortica. Le manifestazioni cliniche sono l'insufficienza della valvola aortica, i disturbi della conduzione, i blocchi di branca e anche i blocchi atrio ventricolari.

MANIFESTAZIONI CARDIACHE

- Insufficienza aortica
- Disturbi della conduzione
 - Blocchi atrio-ventricolari
 - Blocchi di branca
 - Blocchi fascicolari
- Insufficienza mitralica
- Interessamento del miocardio



INTERESSAMENTO POLMONARE

- Interessamento della gabbia toracica
- Malattia fibro-bollosa dell'apice polmonare
- Malattia polmonare interstiziale

L'**interessamento polmonare** può essere di diverso tipo. Il paziente con la spondilite anchilosante ha la rigidità della gabbia toracica per cui ha una minore espansibilità toracica, inoltre può avere un infiltrato sull'apice del polmone, che va in diagnosi differenziale con la tubercolosi, e poi può avere anche una infiammazione dell'interstizio del polmone.

Tornando alle nostre 5 forme di spondiloartrite, spondilite anchilosante primitiva, artrite psoriasica, artrite reattiva, artrite associata alla colite ulcerosa e alla malattia di crohn, spondiloartriti indifferenziate.

Negli anni '80 noi avevamo già dei criteri per la spondilite anchilosante, l'artrite psoriasica, anche per l'artrite reattiva, tutto sommato anche per l'artrite associata alla colite ulcerosa e alla malattia di crohn; il paziente doveva avere una di queste malattie per avere una spondiloartrite, ma non avevamo criteri per le forme indifferenziate. Allora quali sono i criteri per la diagnosi di spondilite anchilosante? Il paziente deve avere una **sacro ileite** cioè una infiammazione delle sacro iliache su una radiografia in antro posteriore del bacino (criterio radiografico) e poi deve avere uno dei 3 criteri clinici: lombalgia infiammatoria, limitazione dei movimenti della colonna vertebrale, o una limitazione dell'espansibilità della gabbia toracica (Criteri di NY - 1984).

Nell'evoluzione della Spondilite Anchilosante noi abbiamo 2 fasi. Il paziente comincia con la lombalgia infiammatoria, ma soltanto a questo punto (*addensamento e irregolarità della rima articolare*) facendo una radiografia del bacino è possibile vedere la sacro ileite, per cui i criteri di New York di cui abbiamo parlato sono criteri che ci fanno fare una diagnosi di spondilite anchilosante ma soltanto dopo 4 o 5 anni dall'esordio della malattia.

Nella fase precoce della malattia mediante la risonanza magnetica possiamo rilevare l'infiammazione evidenziata da un edema osseo, prima del danno vero e proprio all'osso. In fase precoce dell'infiammazione la risonanza magnetica è quindi utile ad identificare il processo infiammatorio in atto, ma non la radiografia tradizionale, che fa vedere soltanto il danno all'osso dato da questo processo infiammatorio in tempi successivi.

Questo danno per verificarsi ha bisogno di tempo. È significativo l'esempio di un mio paziente di Pisa visitato negli anni '78/79 con una storia di lombalgia infiammatoria e una la sciatica mozza alternante, risultava positivo HLA-B27, aveva degli indici di infiammazione aumentati e il suo dolore aveva risposto agli antiinfiammatori; una prima radiografia del bacino era perfettamente normale per cui facemmo una diagnosi di spondiloartrite indifferenziata, dicendogli

Dattilite nei piedi e nelle mani



che avrebbe potuto sviluppare una sacroileite, e consigliato di tenersi controllato per vedere se si manifestava la sacroileite. Infatti dopo 2 anni da un'ulteriore radiografia la sacro ileite è venuta fuori.

Da un paziente del tutto simile sempre visto a quei tempi, quando noi non avevamo la risonanza magnetica, inizialmente troviamo le articolazioni sacro iliache normali, dopo 2 anni era presente la sacro ileite. Per cui questo paziente noi lo etichettammo come spondiloartrite indifferenziata.

Agli inizi degli anni 90 furono proposti ulteriori criteri classificativi ESSG, che classificarono tutte le spondiloartriti comprese le forme indifferenziate. In base a questi criteri il paziente deve avere un dolore al rachide infiammatorio o una artrite che interessa poche articolazioni e in maniera prevalente quella degli arti inferiori più uno di questi criteri elencati: una entesite, una anamnesi familiare, ossia se c'è qualche familiare con la spondiloartrite, la psoriasi, la malattia di Crohn, la colite ulcerosa oppure una infiammazione a livello dell'uretra o dell'intestino che precede l'artrite e la sacro ileite.

I criteri di AMOR furono suggeriti agli inizi degli anni '90. Sono criteri di tipo diverso dove viene proposto un elenco di indicatori clinici a cui viene dato un punteggio da 1 a 3 a seconda dell'importanza, viene aggiunto il criterio radiografico, che è la sacro ileite, il criterio genetico, ossia la predisposizione con la presenza di familiari di primo grado con la spondiloartrite, una buona risposta ai FANS.

Oggi ci sono molti criteri per la classificazione dettati per cercare di fare una diagnosi il più possibile precoce e permettere di intervenire di conseguenza. La terapia della spondilite anchilosante ha oggi infatti delle novità importanti rappresentate dagli agenti biologici, che possiamo utilizzare in pazienti che rispondono ai criteri di NY. In questo caso con la diagnosi di spondilite anchilosante noi possiamo trattare il paziente soltanto quando arriva a un livello di evoluzione avanzata della malattia (*stadio radiografico*).

Per cercare di trattare anche prima il paziente abbiamo bisogno di altri criteri. Oggi la dizione spondiloartrite anchilosante è stata infatti trasformata in **spondiloartrite assiale**, la quale ha una fase non radiografica in cui non si vede la sacro ileite e una fase radiografica in cui è possibile fare la diagnosi di spondilite anchilosante. Pertanto un gruppo internazionale ha suggerito criteri nuovi per consentire di dare una diagnosi anche al paziente con spondiloartrite assiale, valutando l'opportunità costo/beneficio di iniziare anche in fase precoce un trattamento con i farmaci biologici.

Secondo i criteri ASAS possiamo distinguere un intervento per i casi di Spondiloartrite Assiale e Periferica secondo quanto previsto dalle tabelle riassuntive.

Arriviamo perciò alle conclusioni: 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 MMG sui sintomi (la lombalgia infiammatoria, su cos'è la dattilite, l'entesite, l'uveite) perché possono essere le manifestazioni iniziali delle spondiloartriti, e se riconosciuti subito, indirizzando il paziente al reumatologo è possibile arrivare ad una diagnosi precoce. ■

Criteri di New York modificati per Spondilite Anchilosate (1984)

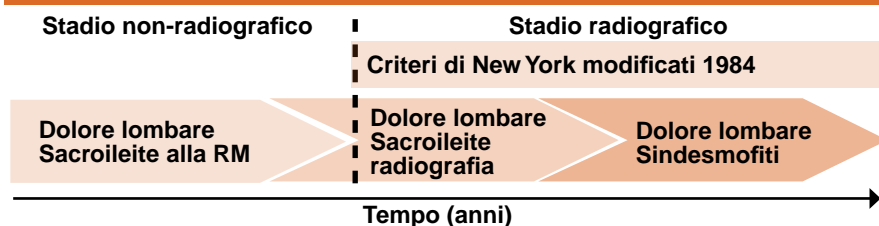
1. Criteri clinici:

- Dolore lombare e rigidità da almeno 3 mesi migliora con l'esercizio, ma non con il riposo.
- Limitazione dei movimenti del tratto lombare nei piani sagittale e frontale.
- Limitazione dell'espansione toracica rispetto ai normali valori normali per sesso ed età.

2. Criteri radiografi: Sacroileite di grado ≥ 2 bilateralmente o grado 3-4 unilateralmente

Spondilite anchilosante definita se il criterio radiografico è presente insieme ad almeno 1 criterio clinico

Spondilite anchilosante



Criteri di classificazione ESSG

(European Spondylarthropathy Study Group)

Dolore lombare infiammatorio

oppure

Artrite: Asintomatica o con prevalente interessamento degli arti inferiore

più uno fra i seguenti:

- entesite (tallone)
- Anamnesi familiare positiva
- Psoriasi
- Malattia di Crohn, Retto-colite ulcerosa

- Uretrite/cervice o diarrea acuta da uno o più mesi prima dell'artrite
- Dolore gluteo (alternante a destra e sinistra della regione glutea)
- Sacroilite

Criteri di classificazione AMOR

Manifestazioni cliniche/anamnesi	Score	Radiografia	
• Dolore alla colonna di tipo infiammatorio	1	• Sacroileite (bilaterale di grado 2 o monolaterale di grado 3)	3
• Oligoartrite asimmetrica	2	Oredisposizione genetica	
• Sciatica mozza (buttok pain) dx/sx	1	• Positività per HLA-B27 o anamnesi familiare positiva per SA.A.Re., uveite, psoriasi o malattia infiammatoria intestinale	2
• Sciatica mozza alternante	2	Buona risposta ai FANS	
• Dattilite (dito a salsicciotto) delle mani o piedi	2	• Buona risposta al trattamento con FANS entro 48h, o riacutizzazione entro 48h dalla sospensione del Fans	2
• Entesite (tallone)	2		
• Uveite	2		
• Uretrite/cervicale almeno 1 mese prima dell'esordio dell'artrite	1		
• Diarrea almeno 1 mese prima dell'esordio dell'artrite	1		
• Psoriasi, balanite o malattia infiammatoria cronica intestinale	2		
		SONO NECESSARI ALMENO 6 PUNTI	

Criteri classificativi ASAS per SpA

Pazienti con dolore lombare ≥ 3 mesi ad età all'esordio <45 anni

Manifestazioni da SpA

- Dolore lombare infiammatorio
- Artrite
- Entesite
- Uveite
- Dattilite
- Psoriasi
- M.di Crohn/colite ulcerosa
- Buona risposta ai FANS
- Storia familiare di SpA
- HLA-B27
- PCR aumentata

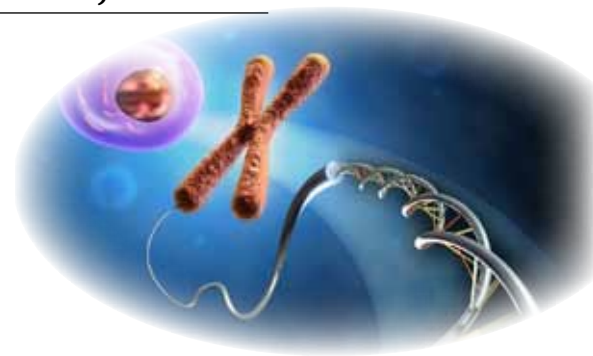
Pazienti con sintomi esclusivamente periferici

Artrite o entesite o dattilite

- ≥ 1 manifestazioni da SpA
- Uveite
- Psoriasi
- M.di Crohn/colite
- Infezioni precedenti
- HLA-B27
- Sacroileite all'imaging
- ≥ 2 manifestazioni da SpA
- Artrite
- Entesite
- Clattilite
- Dolore lombare infiammatorio
- Family history for SpA

Atti del convegno "Spondiloartriti: capire, conoscere, curare"

Fattori genetici e ambientali delle spondiloartriti



Riccardo Meliconi
 Struttura Semplice
 Dipartimentale di Reumatologia
 Istituto Ortopedico Rizzoli
 riccardo.meliconi@unibo.it

Gli studi sulla **prevalenza** (percentuale dei pazienti affetti dalla malattia rispetto alla popolazione generale) delle Spondiloartriti danno risultati piuttosto differenti e questo può dipendere da due fattori: da un lato abbiamo studi condotti su popolazioni eterogenee tra loro, con patologie e caratteristiche non uniformi, dall'altro gli studi a disposizione identificano pazienti utilizzando differenti criteri classificativi, variati nel corso degli anni. L'Italia è comunque un paese che presenta livelli di prevalenza delle Spondiloartriti tra i più alti.

PREVALENZA (%) IN EUROPA

	ITALIA	FRANCIA	AZZORRE	GRECIA	LITUANIA	SVEZIA	TURCHIA	
SpA	1.06	0.30	1.60	0.49	0.84	0.45	1.05	
	ITALIA	FRANCIA	R. CECA	FINLANDIA	GRECIA 1	GRECIA 2	ISLANDA	OLANDA
SA	0.37	0.08	0.09	0.15	0.24	0.03	0.13	0.24
	ITALIA	FRANCIA	R. CECA	GRECIA	SVEZIA	ISLANDA	GERMANIA	
APs	0.42	0.19	0.05	0.17	0.25	0.14	0.29	

Stolwijk C et al, Rheum Dis Clin North Am. 2012

FATTORI GENETICI

I fattori genetici sono l'aspetto più complesso da introdurre quando si parla di una loro correlazione a patologie data la complessità oggettiva della "genetica", per cui è importante fare una breve digressione sul concetto di gene e sulle sue variazioni, dette polimorfismi, per capire il loro ruolo nell'ambito delle patologie.

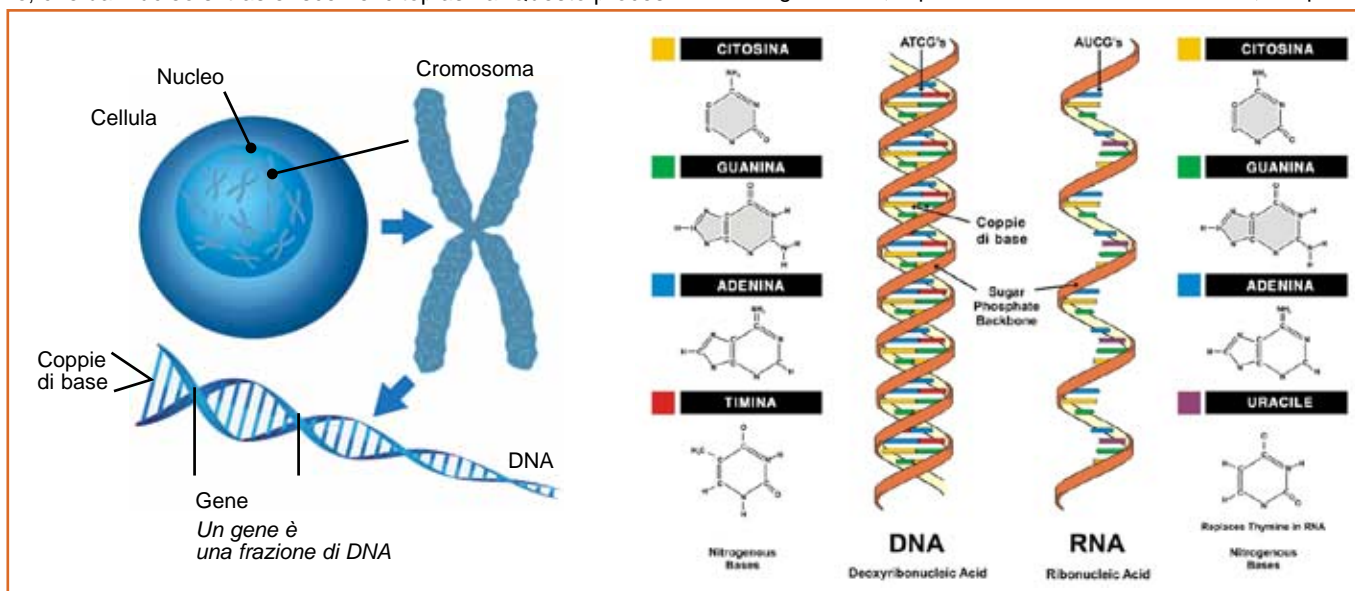
Il corpo umano è formato da circa 100.000 miliardi di cellule, ogni cellula possiede un nucleo ed un citoplasma; il nucleo contiene i cromosomi che, a loro volta, contengono il DNA, che custodisce l'informazione genetica, l'insieme di geni, che da gli ordini necessari per costruire l'intero organismo. I cromosomi sono formati da un filamento a doppia elica di DNA, costituita a sua volta da coppie di 4 basi (adenina, guanina, citosina e timina). Il cromosoma quindi non è altro che DNA "raggomitolato" a formare una struttura a doppia elica.

I geni hanno il compito di costruire le proteine, ossia la struttura di cui il nostro organismo è costituito: per fare ciò la doppia elica si apre ed un filamento di questa elica viene trascritto su un altro filamento molto simile che si chiama RNA messaggero, che dal nucleo si trasferisce nel citoplasma. Questo proces-

so, regolato da meccanismi molto complicati, si chiama *trascrizione*. Quindi il DNA da un lato può duplicarsi, processo noto come *replicazione del DNA*, mentre dall'altro si può *trascrivere* ovvero diventare RNA che, a sua volta, grazie a degli organelli (*ribosomi*), presenti nel citoplasma, dà luogo alle proteine.

Le proteine sono formate dagli amminoacidi: ogni amminoacido è codificato da una tripletta di basi, ossia ogni amminoacido viene aggiunto alla proteina in formazione grazie ad un ordine che viene dato da una tripletta di basi. Esistono poi alcune variazioni dovute a modificazioni di una singola base o di una singola coppia di basi che differiscono da individuo ad individuo: queste variazioni si chiamano **polimorfismi**. Per polimorfismo si intende quindi la presenza, in un gruppo di individui, di due forme diverse di uno stesso gene (dette *alleli* o *varianti*). Esistono anche variazioni geniche patologiche, dette **mutazioni**, ma sono molto rare, con una frequenza minore all'1%, mentre al contrario, i polimorfismi sono molto comuni e per definizione, un polimorfismo è tale se è presente in almeno l'1% della popolazione.

Dunque il polimorfismo è un "cambiamento", una variazione di una singola base, e può essere *silente* o *funzionale*; nel primo



caso non ha alcuna conseguenza, ad esempio: viene prodotto sempre lo stesso amminoacido oppure l'amminoacido varia ma la proteina finale resta la stessa, nel secondo caso (funzionale) è invece importante perché si associa a delle modifiche che definiscono la diversità di sviluppo, ad esempio la variabilità del colore degli occhi, dei capelli etc.

Negli ultimi anni in America e in Europa è stato realizzato il "progetto genoma umano", ossia sono stati isolati tutti i geni (circa 20.000) ed identificati migliaia di polimorfismi alcuni dei quali silenti, altri funzionali. Attualmente si stanno studiando i polimorfismi associati alle malattie in generale, tra cui anche quelle reumatiche, ossia quei polimorfismi che, essendo presenti in percentuale significativamente maggiore nei soggetti malati rispetto ai non malati, possono avere un ruolo importante nel causare o predisporre la malattia.

Un altro assetto genetico molto importante, che può essere associato ad alcune malattie, è quello del **Complesso Maggiore di Istocompatibilità (MHC)** che nell'uomo prende il nome di **HLA**. Si tratta di un gruppo di geni, localizzati nell'uomo sul cromosoma 6, che possono combinarsi nella forma di proteine espresse sulla membrana cellulare coinvolte nella risposta immunitaria, come anche in molecole proteiche come il **Tumor Necrosis Factor (TNF)**, che rappresenta una delle citochine maggiormente coinvolte nell'infiammazione sistemica di alcune malattie reumatiche.

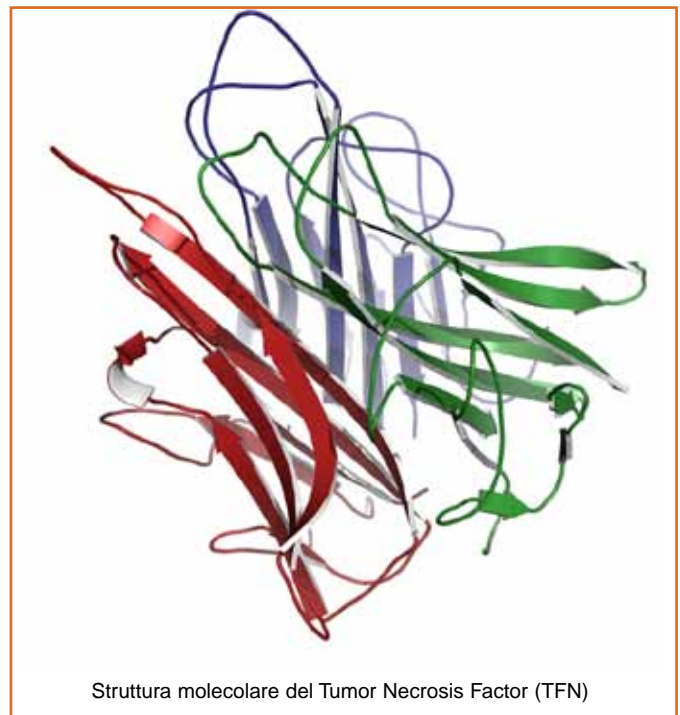
Alcune malattie si associano a determinati HLA. Un esempio lo ritroviamo nella Spondilite Anchilosante: alcuni geni contribuiscono alla predisposizione ereditaria di questa patologia, come dimostrano i casi di aggregazione familiare; l'antigene, sostanza proteica capace di indurre una risposta immunitaria, più importante è l'**HLA B27**: il contributo all'ereditarietà dell'HLA B27 è infatti del 23% rispetto al contributo di altri geni che è poco superiore allo 0%.

E' stata inoltre evidenziata una differente distribuzione dell'HLA B27: nei paesi del Nord Europa va dal 6 al 18% mentre in quelli del Sud Europa la percentuale è minore, come anche la percentuale di pazienti con Spondilite Anchilosante HLA B27 positivi che si aggira intorno al 90% in Nord Europa rispetto a percentuali minori nel Sud.

Questo ha portato ad ipotizzare la presenza di interazioni tra geni ed ambiente e sono stati condotti diversi studi in merito, tra cui uno del gruppo dei colleghi di Cagliari. Tra alcune ipotesi vi è quella legata alla distribuzione della malaria: la malaria, presente da secoli soprattutto nei paesi del Sud Europa, pare abbia esercitato dal punto di vista evolutivo una pressione negativa nei confronti dell'antigene HLA B27: sembra infatti che colpisca soprattutto gli individui B27 positivi contribuendo così alla loro eliminazione e questo spiegherebbe il minor numero di soggetti B27 positivi in queste regioni. Ci sono anche ipotesi che riguardano alcune infezioni: a Londra vi è addirittura un noto medico che da oltre 30 anni sostiene l'ipotesi dell'origine batterica immuno-mediata della Spondilite Anchilosante. Egli ha scoperto che alcune sequenze amminoacidiche della superficie cellulare del batterio della Klebsiella sono simili a quelle dell'HLA B27: pertanto il sistema immunitario, nel corso di una semplice infezione sostenuta dal germe, riconoscerebbe come estranea sia la Klebsiella che successivamente anche il B27, che diventa pertanto esso stesso bersaglio della risposta immunitaria.

Vi sono poi anche associazioni favorevoli tra B27 ed infezioni: si è visto infatti che i soggetti B27 positivi sono più resistenti al virus dell'HIV e quindi meno predisposti a contrarre l'AIDS; oppure che i soggetti B27 positivi che contraggono l'infezione da virus dell'epatite C sono più capaci di debellarla.

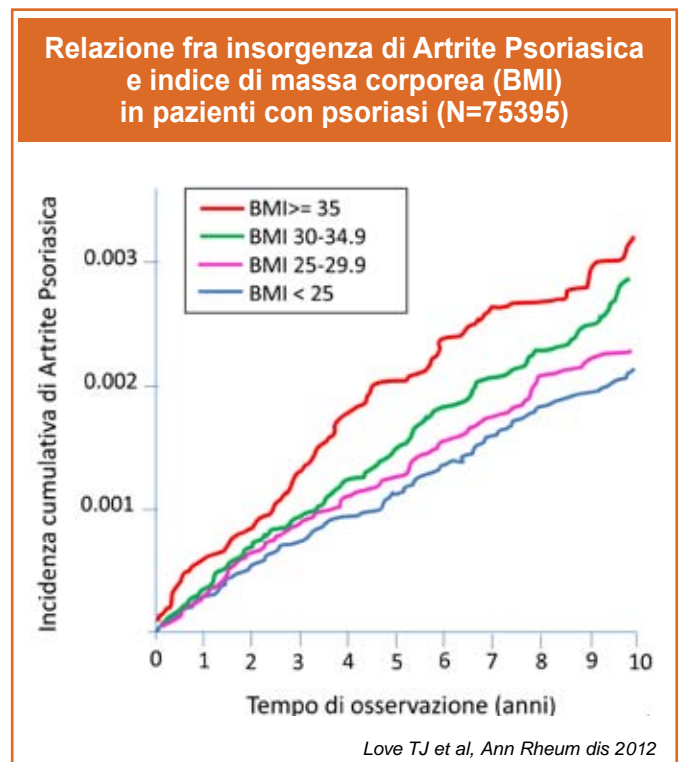
Sempre per dimostrare l'interazione tra geni ed ambiente, in Cina è stato condotto uno studio in cui sono stati analizzati oltre 12.000 composti chimici e la loro capacità nel determinare un aumento o una riduzione nell'espressione del B27. Dallo studio è emerso che due composti contenuti in una nota erba medicinale cinese hanno un'azione inibitrice sul B27 e, guarda caso, si tratta proprio di un'erba da secoli usata in Cina nella cura delle malattie infiammatorie. Al contrario, 6 composti del gruppo dei flavonoidi contenuti in frutta e verdura aumentano l'espressione del B27. Non vi sono conseguenze pratiche a queste osservazioni, ma dimostrano soltanto l'influenza dell'ambiente sull'espressione delle malattie e le correlazioni tra ambiente e geni.



Non vi sono altri fattori ambientali che correlino con la Spondilite Anchilosante, mentre ne sono stati dimostrati molti con l'Artrite Psoriasica, soprattutto nei soggetti che siano affetti da psoriasi. Tra questi ricordiamo: il lavoro pesante (come sollevare pesi >50 Kg al giorno), le lesioni traumatiche, le infezioni severe che comportino l'uso di antibiotici o l'ospedalizzazione, il fumo di sigaretta. Un dato molto interessante che è emerso è che né la durata né le severità della psoriasi incidono sulla comparsa dell'artrite, come pure la terapia ormonale contraccettiva o sostitutiva non ha alcuna influenza.

Ciò che invece parrebbe incidere moltissimo sullo sviluppo della malattia è l'indice di **massa corporea**: nel tempo i pazienti psoriasici, se obesi, sviluppano più facilmente l'artrite rispetto ai soggetti normopeso.

Quanto al **fumo di sigaretta** ci sono invece dati contrastanti: alcuni studi epidemiologici dimostrerebbero che il fumo facilita la comparsa dell'artrite, mentre altri studi smentiscono tali risultati. ■



Atti del convegno "Spondiloartriti: capire, conoscere, curare"

Spondilite anchilosante: aspetti clinici



Giuseppe Paolazzi
U.O. Reumatologia
Ospedale S. Chiara - Trento
giuseppe.paolazzi@apss.tn.it



Roberto Bortolotti
U.O. Reumatologia
Ospedale S. Chiara - Trento
roberto.bortolotti@apss.tn.it

La spondilite anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica a eziologia sconosciuta che interessa lo scheletro assiale (articolazioni sacro-iliache e colonna vertebrale), ma può coinvolgere anche le articolazioni periferiche. Il bersaglio anatomico della malattia è rappresentato dalla entesi che rappresenta la zona di passaggio tra tendine e osso. In molti casi la malattia è progressiva e comporta modifiche strutturali scheletriche ed articolari che conducono a disabilità anche di grado elevato.

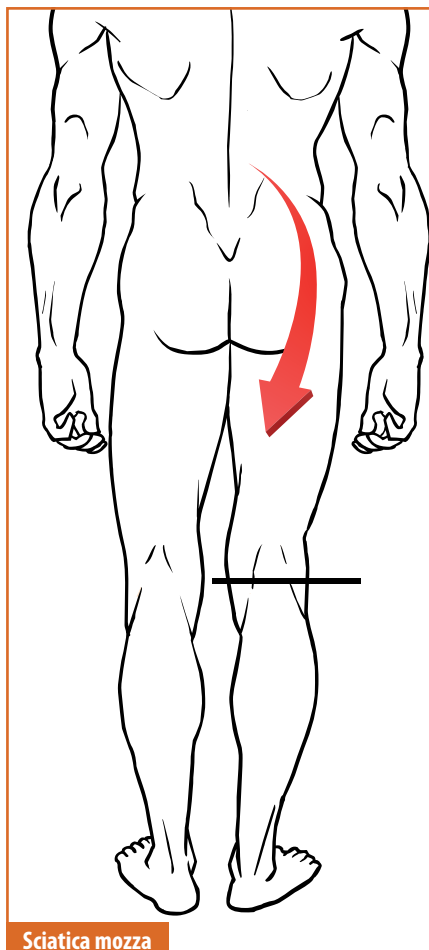
La spondilite anchilosante costituisce il prototipo delle spondiloartriti sieronegative ossia delle malattie reumatiche infiammatorie con caratteristico interessamento della pelvi e del rachide in assenza del fattore reumatoide sierico. Questa malattia condivide aspetti clinici e fattori genetici predisponenti con altre malattie come la artrite psoriasica, la artrite reattiva, l'artrite in corso di malattia infiammatoria intestinale, un sottogruppo di artrite idiopatica giovanile oltre alle forme indifferenziate.

Un marker genetico, spesso utilizzato nella pratica clinica, è la ricerca dell'antigene di istocompatibilità HLAB27. Questo antigene è presente nel 80-95% dei pazienti con spondilite e solo nel 4% della popolazione generale e ciò verosimilmente sta a indicare che la malattia è dovuta a una risposta immune a stimoli ambientali (verosimilmente infettivi) in soggetti geneticamente suscettibili. E' da ricordare tuttavia che la maggior parte dei soggetti sani che hanno questo antigene non si ammala quindi questo esame va ricercato solo in presenza di elementi clinici suggestivi di malattia e non si può utilizzare come esame di screening in generale.

La prevalenza della spondilite anchilosante varia, a seconda dell'etnia e dei criteri classificativi utilizzati, tra lo 0,2 e l'1,8%. La malattia esordisce in genere in soggetti di età giovanile adulta con un rapporto maschi/femmine di 3:1. Nelle forme pre-radiografiche peraltro la differenziazione tra i sessi non è così marcata. Nel maschio la malattia è più severa rispetto al sesso femminile.

Le manifestazioni cliniche più frequenti sono:
- la lombalgia infiammatoria
- le entesiti
- l'impegno articolare periferico (artrite)
- le manifestazioni extra-articolari in particolare il coinvolgimento dell'occhio (uveite)

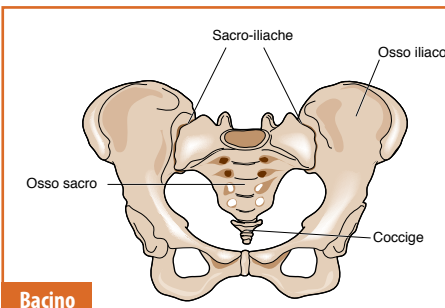
La lombalgia infiammatoria rappresenta il tipico sintomo di presentazione. E' caratterizzata da una lombalgia persistente con dolore in regione glutea che può irradiarsi sino alla regione posteriore della coscia ("sciatica mozza"), anche in maniera alterna ("sciatica mozza alterna"). Il dolore tipicamente è a esordio insidioso, profondo, mal definito monolaterale o alternante e quin-



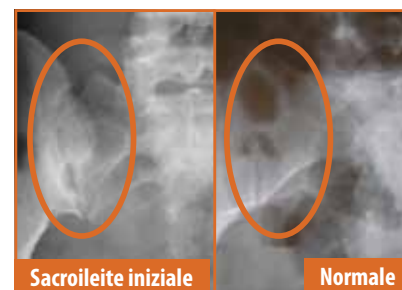
Sciatica mozza



Sciatica comune



Bacino



Sacroileite iniziale

Normale

di diventa persistente e bilaterale. Si associa a rigidità mattutina prolungata. Occorre ricordare che il dolore lombare è un sintomo molto comune, presente fino all'80% della popolazione generale ma che nella gran maggior parte dei casi (in circa il 95% dei casi) ha una origine meccanica o posturale e quindi va distinto da quello infiammatorio della spondilite che rappresenta quindi solo il 5% di tutte le lombalgie. I caratteri distintivi della lombalgia infiammatoria sono: l'esordio prima di 40 anni, il carattere insidioso, la persistenza da almeno 3 mesi, l'associazione con la rigidità mattutina, il miglioramento con l'esercizio fisico e la buona risposta al farmaco antinfiammatorio. Può essere presente, maggiormente nelle donne, anche una rachialgia cervicale, sempre di tipo infiammatorio, migliorata dal movimento. Una limitazione dei movimenti del collo persistente è presente nelle fasi tardive di malattia ed è legata ai possibili esiti anchilosanti della malattia.

Le entesiti sono legate ad un processo infiammatorio delle zone di inserzione di legamenti, tendini, fasce e capsule all'osso. Le sedi più frequenti sono il calcagno e la pianta dei piedi con dolore al risveglio, appena il paziente poggia il piede e miglioramento con il movimento ed ancor più con il riposo. **Le entesiti possono peraltro essere ubiquitarie.** Possono essere causa di dolore spontaneo o alla pressione a livello delle giunzioni costo-sternali, dei processi spinosi vertebrali, delle creste iliache, dei grandi trocanteri femorali, delle tuberosità ischiatiche, delle tuberosità tibiali.

Il coinvolgimento delle articolazioni tra coste, vertebre e sterno può causare del dolore toracico che si accentua con la tosse o gli starnuti ma che talvolta, quando è riferito anteriormente, va messo in diagnosi differenziale con un dolore cardiaco. **Il progressivo irrigidimento del rachide**, con protrusione anteriore del tratto cervicale, accentuata cifosi dorsale, appiattimento della lordosi lombare **determina la tipica deformazione posturale della malattia** nel suo stadio tardivo, da cui deriva la definizione "l'uomo che non guarda più il cielo".

L'impegno articolare periferico (artrite) è presente nel 20-25% dei casi. **Più frequentemente** c'è un coinvolgimento delle grosse articolazioni degli arti inferiori in particolare **ginocchio e caviglie**. L'artrite è in genere:

- asimmetrica (a dx o a sx)
- oligoarticolare (meno di 4 articolazioni coinvolte)
- raramente poliarticolare e simmetrica (con possibile coinvolgimento anche delle interfalangee distali)
- non erosiva

E' possibile il coinvolgimento delle spalle delle anche (coxofemorali). Nell'infiammazione delle anche il dolore è riferito in regione inguinale irradiato al ginocchio. Il **coinvolgimento delle coxofemorali può essere anche precoce** (nei primi anni di malattia), **talora simmetrico** e rappresenta un **fattore prognostico negativo** esitando spesso in distruzione articolare, anchilosi e necessità di protesizzazione precoce. Seppur meno frequentemente rispetto all'artrite psoriasica, nella spondilite anchilosante è **possibile** la comparsa di infiammazioni in strutture periarticolari come le borse mucose (borsiti) e il **coinvolgimento di articolazioni e tendini flessori dell'intero dito con rigonfiamento diffuso a "salsiccio"** (dattiliti).

Tra le **manifestazioni extra-articolari** quella più frequente è la **l'uveite anteriore acuta** (o iridociclite). Tale manifestazione è presente nel 20-30% dei pazienti affetti da malattia, **specie nei pazienti HLA B 27 positivi**. **E' legata alla infiammazione della camera anteriore dell'occhio**. L'attacco è tipicamente acuto e monolaterale, anche se può essere alternante. L'occhio è arrossato, dolente; vi sono disturbi visivi, fotofobia e aumentata lacrimazione. La risoluzione è in alcune settimane con trattamento; può essere causa di "sinechie" (cicatrici) e deficit di visus se non curata in maniera adeguata.

Molti pazienti con spondilite (circa il 60-70%) presentano **una flogosi cronica intestinale** anche in assenza di evidenti disturbi gastrointestinali ed in circa il 6% di questi pazienti può svilupparsi una vera e propria **malattia infiammatoria intestinale** (colite ulcerosa, malattia di Crohn).

Altre manifestazioni extra-articolari possono essere il coinvolgimento polmonare, quello cardiaco e quello renale.

L'impegno polmonare è legato in gran parte al progredire della malattia con la tipica rigidità del rachide e coinvolgimento di tutta la gabbia toracica. Questo porta e ad una insufficienza funzionale polmonare con ridotta capacità ventilatoria. Nelle forme di maggior durata può realizzarsi una fibrosi polmonare (specie apicale), lentamente progressiva.

Le **complicanze cardiovascolari** sono rappresentate da **aortite ascendente** con insufficienza aortica e da **anomalie di conduzione del ritmo cardiaco**. **L'impegno renale** è legato alla presenza di nefropatia da IgA o alla comparsa (molto tardiva) di amiloidosi con proteinuria. **Non vanno dimenticati**, tra i sintomi clinici della malattia, **la astenia** (stanchezza) che tale malattia può causare ed altri sintomi come la **febbre, la inappetenza ed il calo di peso**. Tutti questi sintomi sono legati essenzialmente alla infiammazione sistemica.

La malattia, in una certa percentuale di casi, conduce ad una esuberante produzione di tessuto calcificato che progressivamente si estende lungo i legamenti della colonna con formazione di ponti ossei, chiamati **sindesmofiti**, che fissano le vertebre adiacenti e conducono alla anchilosi. Nonostante questa reazione ossificante **i pazienti affetti da spondilite possono frequentemente essere colpiti da osteoporosi e presentare un elevato rischio di fratture**. La concomitanza di osteoporosi e di rigidità del rachide è responsabile dell'aumento di 6-8 volte del rischio di fratture vertebrali.

Le **complicanze neurologiche** sono causate da fratture o fenomeni compressivi sulle strutture nervose: radici e midollo. Sono descritte sublussazioni delle prime vertebre cervicali con esordio insidioso di dolore nucale e cervicale, accompagnato da tremori, parestesie e da iperreflessia agli arti. La **sindrome della cauda equina** rappresenta una rara complicanza di malattia di lunga durata che riguarda la compressione delle radici nervose lombo-sacrali. Si presenta con dolore e perdita della sensibilità della regione perineale (anestesia a sella), a cui frequentemente si associano disturbi sfinteriali.

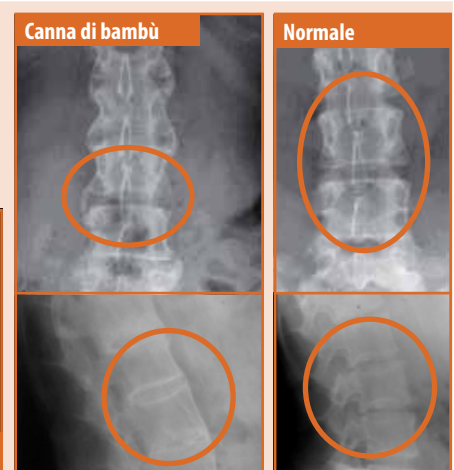
Dal lato del laboratorio non esistono test specifici. Si può avere un **aumento dei reattanti di fase acuta** (VES e PCR). L'aumento persistente della PCR rappresenta un fattore prognostico sfavorevole di evoluzione. E' possibile una **lieve anemia normocromica** sempre legata alla infiammazione. Il fattore reumatoide, come detto è negativo. La positività dell'HLA B27 è presente in oltre il 90% dei pazienti. Da solo non fa diagnosi di malattia. E' peraltro d'aiuto nella diagnosi e nella classificazione di tale malattia.

Uno degli aspetti più importanti e innovativi dai punti di vista clinico e diagnostico riguarda la **recente introduzione di nuovi criteri**, proposti dall'Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) di **identificazione della malattia infiammatoria nella pratica clinica** per consentire di **porre diagnosi precoce** prima della comparsa del danno radiologico classico. Questo ha portato a distinguere una forma che interessa bacino e colonna (assile) e una forma periferica (artrite agli arti). La Spondiloartrite assiale, che può precedere la classica spondilite anchilosante, si identifica in pazienti con mal di schiena da almeno tre mesi ed età di esordio prima dei 45 anni. **E' riconosciuta se la sacroileite si evidenzia anche con tecniche, come la risonanza magnetica nucleare, che permettono un riconoscimento precoce prima ancora che compaiano le modifiche ossee strutturali**. Con questo dato per la diagnosi di spondiloartrite è sufficiente la presenza di uno dei criteri clinici: lombalgia infiammatoria, artrite, entesite, uveite, dattilite, psoriasi, malattia di Crohn o colite ulcerosa, buona risposta ai FANS, la familiarità per la malattia, positività di HLA-B27 o aumento dei livelli di proteina C-reattiva (PCR). **E' possibile inoltre la diagnosi in presenza di positività di HLA-B27 più almeno due dei criteri clinici sovrascritti**. Vengono così valorizzati i segni clinici anamnestici oltre al ruolo delle nuove tecniche di imaging (RM) ed il contributo della tipizzazione per HLA-B27.

Un punto fondamentale è quindi legato alla **necessità di un pronto riconoscimento di tale malattia** onde evitare il ritardo diagnostico, ancora molto elevato (anni). La domanda principale riguarda **quale è la miglior strategia** da proporre ai medici di medicina generale **per fare giungere rapidamente questi pazienti allo specialista** reumatologo. Vari studi sono stati condotti dai principali gruppi europei. Differenti strategie (lombalgia infiammatoria, HLA B27, positività della RM e della Rx, risposta agli anti infiammatori, familiarità) da sole o in combinazione sono state proposte e sono apparse poi utili nel diagnosticare una spondiloartrite assiale. I "set" più complessi (dolore infiammatorio, B27, imaging) paiono migliori ma sono più complicati nella pratica clinica della medicina di base rispetto ad un solo parametro. **Anche la sola conoscenza della lombalgia infiammatoria porta peraltro a buoni risultati ed appare una strategia educativa fattibile, poco costosa ed utile.** ■



Manifestazioni cliniche della Spondilite Anchilosante



Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

Artrite Psoriasica: il quadro clinico



Raffaele Scarpa
Unità di Reumatologia
Università Federico II di Napoli
rscarpa@unina.it

Testo da trascrizione dell'intervento orale eseguito durante il convegno
eseguito da Milena Maitan e Daniele Conti



Come ha accennato Ignazio Olivieri, agli inizi degli anni '50, un reumatologo inglese con la scoperta del fattore reumatoide si accorge che esistono determinati pazienti con patologie reumatiche che non presentano il fattore reumatoide nel sangue. Questo gli consente di inquadrare, nell'ambito dell'Artrite Reumatoide, l'Artrite Psoriasica, la Colite Ulcerosa del Chron nei pazienti con infezioni intestinali e quindi si crea il complesso delle Spondiloartriti.

L'Artrite Psoriasica è un'entesoartrite, colpisce cioè le entesi dei pazienti che hanno una psoriasi o che hanno dei familiari di 1° o 2° grado con psoriasi.

E' interessante, nel caso di psoriasi, tenere conto che la stessa potrebbe essere stabilmente presente nel paziente oppure non esserci più, essere in fase di remissione, poiché sappiamo che la psoriasi può regredire anche spontaneamente. E' importante per il medico tenere ben presente anche la storia clinica della persona, perché potrebbe incontrare in ambulatorio un paziente con l'artrite nel momento in cui la psoriasi non è più manifesta. E' quindi opportuno che il paziente sia interrogato attentamente per vedere se la psoriasi si è manifestata in lui o in un familiare, se precedentemente l'ha avuta e poi grazie alle cure è scomparsa oppure se è scomparsa spontaneamente. Il che ci dice come la medicina al di là di tutta la tecnologia è sempre basata sull'approccio e l'ascolto del paziente, di cui è fondamentale conoscere la storia clinica.

Un'attenta anamnesi clinica ci può dire che l'artrite psoriasica colpisce i pazienti con una psoriasi clinicamente evidente o che hanno una storia di psoriasi o una familiarità, portandoci a fare un quadro clinico che si basa sia sugli aspetti articolari, sia fuori dalle articolazioni.

Gli aspetti articolari possono farci conoscere tre tipologie di pazienti con artrite psoriasica:

- pazienti con artrite psoriasica provata
- pazienti con artrite ma che non hanno apparentemente la psoriasi
- pazienti con artrite nelle fasi iniziali

Il sottogruppo che costituisce l'artrite che potremmo definire “provata” è quello che descrissero nel '73 Moll e Wright, tutt'oggi valido e ricomprende:

- un'artrite che colpisce l'articolazione interfalangea distale e che ha grande correlazione con la psoriasi dell'unghia, perchè la psoriasi è una malattia della cute e degli annessi;
- l'oligoartrite che colpisce poche articolazioni in modo asimmetrico,
- la poliartrite che tende ad avere una distribuzione simmetrica e si può confondere con l'artrite reumatoide,
- una forma spondilitea
- l'artrite mutilante, che fortunatamente per i

pazienti e per i medici che li curano è molto rara e che oggi è quasi scomparsa se la terapia viene precocemente attuata.

Nel 1994, un gruppo di studiosi inglesi dice che, nonostante le cure, il 60% dei pazienti arrivano nell'ambulatorio con un'oligoartrite (coinvolgimento di non più di 4 articolazioni), dopo 5 anni ha una poliartrite (coinvolgimento di più di 4 articolazioni), quindi c'è un cambiamento della clinica nel tempo, sembra quasi inesorabile, e nonostante questi pazienti siano curati tendono ad essere, dopo 5 anni, più colpiti dall'artrite.

Nel 1994, in realtà, le cure non erano eccezionali, oggi noi abbiamo delle “batterie” che sono più efficaci, però è probabile che il quadro clinico che ci appare sia sottostimato, questa infatti non è l'artrite reumatoide come incidenza.

Come ha detto Olivieri, l'entesite del gomito è “allegrement” vista come il gomito del tennista ma per esperienza possiamo affermare che si vedono molte “casalinghe” che non hanno mai giocato a tennis eppure con un “gomito del tennista”, e quindi tutto sommato questo ci fa capire che occorre grande esperienza vedendo il paziente, per intuire come andrà la sua storia clinica in futuro.

Un dato di fatto importante è curare in maniera adeguata subito l'artrite anche se si manifesta in modo leggero, perché altrimenti ci troveremo nel 60% dei casi in un peggioramento che non è inesorabile perché poteva essere arrestato.

La forma spondilitea dell'artrite psoriasica a Napoli, dove abbiamo studiato l'epidemiologia di questa artrite, è per noi la forma clinica più frequente e si presenta in modo atipico rispetto alla spondilite classica, anche se però in alcuni casi può avere un andamento abbastanza simile alla spondilite anchilosante, con alcune atipie. Si trovano le sacroiliache completamente colpite, però mancano i ponti ossei tra le vertebre, cioè i sindesmofiti, quindi questa è una spondilite un po' più lieve rispetto alla spondilite anchilosante che tuttavia, quando completa il suo decorso, è ugualmente molto invalidante.

Nelle immagini è possibile vedere una forma di artrite psoriasica con spondilite in cui mancano i ponti ossei, è possibile vedere l'infiammazione del disco, l'angolo vertebrale anteriore, che porta fastidiosissimi dolori prevalentemente di tipo notturno, dolori a letto, quindi senza carico, per cui gli ammalati riposano male ed hanno una scarsa qualità di vita (nдр. slide 12-14-16).

Abbiamo avuto occasione di osservare una donna coinvolta in un incidente frontale che dopo 6 mesi dal colpo di frusta ricevuto ha avuto un torcicollo incredibile, l'abbiamo vista in ambulatorio ed aveva un'erosione dei corpi vertebrali a livello cervicale (nдр. slide 17).

L'attenzione al coinvolgimento del rachide cervicale e' una conquista della scuola reumatologica italiana perchè gli inglesi, che la facevano da padroni in questo settore, sostenevano che il rachide cervicale fosse meno colpito, invece il Carlo Salvarani fu uno dei primi, a livello internazionale, a dire che la colonna cervicale era colpita con una frequenza rispettabilissima rispetto a quello che si pensava e si credeva e successivamente il dato è stato confermato.

Alcune slide presentate al convegno



Slide 12



Slide 14



Slide 16



Slide 17

La forma "poliartritica", secondo tipo per frequenza di artrite psoriasica, è diversa dall'artrite reumatoide, perchè manca il fattore reumatoide, cosa che ha generato una certa tranquillità classificativa facendo pensare a pazienti, per così dire, più "fortunati" di quelli che si ammalano di artrite reumatoide.

Gli aspetti che la distinguono dall'artrite reumatoide vorrei sottolineare sono la presenza di artrite delle interfalangee distali, le entesiti, e soprattutto i sindesmofiti, a livello vertebrale (nдр. il sindesmofita è un ponte osseo patologico che si forma tra due vertebre adiacenti, saldandole l'una all'altra).

Osservando la poliartrite nell'artrite psoriasica sono evidenti le compromissioni, e non sarei poi così tranquillo rispetto ad un'artrite reumatoide, credo quindi opportuno valutare un approccio attento dato le compromissioni che possono sorgere.

L'oligoartrite è il terzo pattern per frequenza, e la dattilite, cioè il dito a salsicciotto di cui ha già parlato diffusamente il Olivieri, è la caratteristica clinica di questo paziente (nдр. slide 25) che è venuto in ambulatorio e la diagnosi è stata possibile perchè si è osservato bene l'unghia e in particolare la psoriasi dell'unghia.

Questo paziente, era stato osservato da vari ortopedici ma non era stato correttamente inquadrato, invece vedete che l'oligoartrite consente questa facile diagnosi.

Questa è una manifestazione di dattilite vista dopo 10 anni dall'esordio, è diventata una vera e propria artrite erosiva (nдр. slide 27), quindi possiamo dire che è una malattia un po' subdola dal punto di vista clinico perchè si confonde con tante cose però l'esito rimane drammaticamente uguale a quello delle altre artriti.

Abbiamo poi l'artrite dell'interfalangea distale che colpisce il 5% dei pazienti e ha grande correlazione con l'oligoartrite (nдр. slide 29); abbiamo poi la forma mutilante la quale presenta distruzione della falange distale con delle sublussazioni e quindi altamente coinvolgente sul piano generale.

Il coinvolgimento intestinale, anche a Napoli lo abbiamo attentamente studiato, si presenta con una colite diversa da quella infiammatoria; questo ci ha portato ad avanzare l'ipotesi con il Ignazio Olivieri, a livello internazionale, di guardare l'artrite psoriasica come una malattia psoriasica, ossia come una patologia di interesse non esclusivamente dermatologico o reumatologico ma di tipo internistico, che coinvolge con la stessa dignità più specialisti ciascuno per la propria area: il dermatologo per quanto riguarda la cute, il reumatologo per le articolazioni, ma anche il gastroenterologo per l'intestino. Quindi è opportuno guardare l'artrite psoriasica come una malattia sistemica che ha vari aspetti localizzativi e che è un tutt'uno, e non è possibile distinguere una parte dall'altra.

La forma sine-psoriasi colpisce parecchi ammalati: in uno studio epidemiologico eseguito a Napoli abbiamo dimostrato che c'è un 20% di pazienti con artrite psoriasica che nella loro storia clinica hanno manifestato prima l'artrite e poi la psoriasi. Quindi nel momento in cui vediamo in ambulatorio un paziente con l'artrite, dobbiamo anche pensare che la psoriasi potrebbe venire successivamente.

L'artrite psoriasica dei pazienti senza psoriasi ha una grande caratteristica, ha una prevalenza di dattilite e artrite delle interfalangee distali che è molto maggiore rispetto ai pazienti con forme indifferenziate senza psoriasi; mentre le forme indifferenziate senza psoriasi, nello studio della popolazione di Napoli hanno un'alta prevalenza dei B27, gli psoriasici presentano un'alta prevalenza del cw6, altro allele indicativo nel corredo genetico.

Poi abbiamo l'early psoriatic arthritis, l'artrite psoriasica vista all'esordio. Questa forma è un'artrite che presenta prevalentemente un'oligoartrite, poche articolazioni colpite. Ma attenzione vi porto un esempio di un giovane il quale sul piano scintigrafico presenta un'artrite dei polsi e delle metacarpo falangee, senza dolore ne ai polsi ne alle metacarpo falangee. Quando abbiamo visto queste immagini scintigrafiche abbiamo fatto uno studio con l'ecografia delle articolazioni e vedete che c'è un'attivazione della membrana sinoviale (nдр. slide 43-44).

Non raro è l'impegno del torace anteriore, dove i pazienti rimangono colpiti dai dolori, e per esempio le donne fanno visite oncologiche, mammografie ecc... attraverso l'ecografia articolare è possibile vedere l'attivazione della membrana sinoviale anche in assenza di sintomi. Ciò significa che probabilmente mentre l'artrite psoriasica definita è prevalentemente una poliartrite, l'artrite psoriasica nelle fasi d'esordio è prevalentemente un'oligoartrite.

Si potrebbe pensare, ricordandosi quell'articolo inglese del 1994 che ci sia un'evoluzione da una oligoartrite ad una poliartrite nel tempo, ma potrebbe essere probabile, con un intervento terapeutico iniziato tempestivamente, una stabilizzazione tale da evitare la progressione, che probabilmente può essere arrestata se la malattia viene inquadrata rapidamente e trattata efficacemente. ■

Slide presentate al convegno



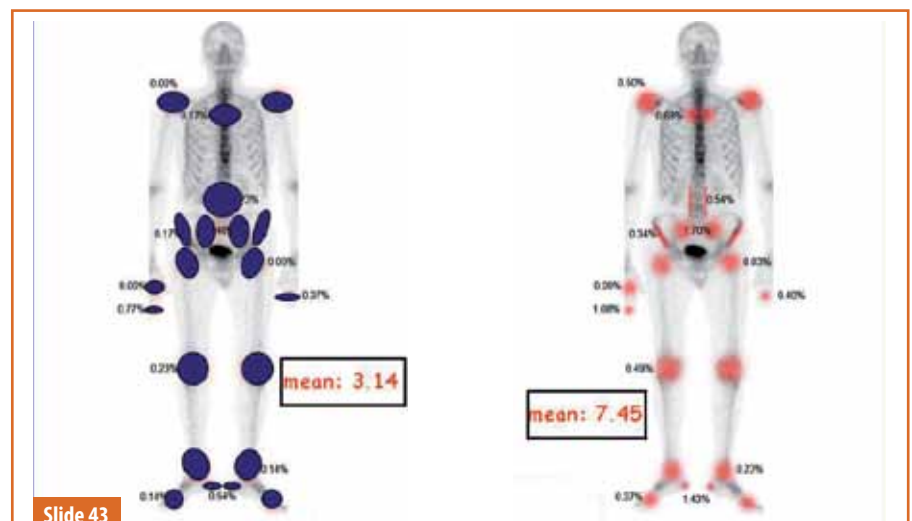
Slide 25



Slide 27



Slide 29



Slide 43



Slide 44

Atti del convegno "Spondiloartriti: capire, conoscere, curare"

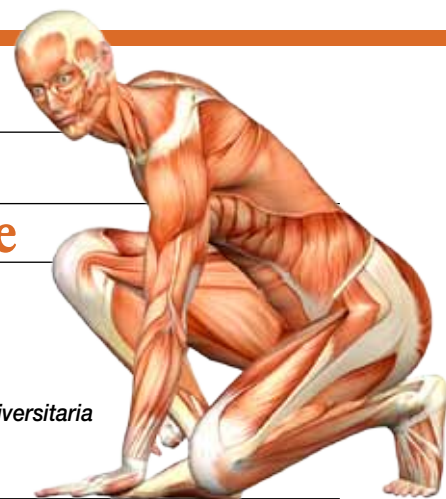
Il quadro clinico delle enteso-artriti sieronegative / spondiloartriti sieronegative



Giovanni Ciancio
U.O.C. Reumatologia
Dipartimento Medicine
Specialistiche
Azienda Ospedaliero-Universitaria
S. Anna - Ferrara
g.ciancio@ospfe.it



Marcello Govoni
U.O.C. Reumatologia
Dipartimento Medicine
Specialistiche
Azienda Ospedaliero-Universitaria
S. Anna - Ferrara
gvl@unife.it



La definizione e la comprensione del termine *enteso-artriti sieronegative* non può prescindere dal più comune termine di *spondiloartriti sieronegative*, con il quale si designa un gruppo di malattie reumatiche croniche che condividono alcuni elementi comuni quali il coinvolgimento infiammatorio della colonna vertebrale (spondilite), delle articolazioni sacro-iliache (sacro-ileite), delle articolazioni periferiche (artrite), delle guaine tendinee delle dita (dattilite) e delle entesi, ovvero punti di inserzione di tendini, legamenti e fasce all'osso (entesite). La presenza di molti aspetti condivisi ha lasciato supporre fin dall'inizio un comune meccanismo patogenetico, come poi dimostrato dalla scoperta della stretta associazione che esiste fra tutte le malattie incluse nella famiglia delle spondiloartriti e l'antigene di istocompatibilità HLA-B27. Se sul versante genetico l'elemento di condivisione è rappresentato dalla presenza dell'HLA-B27, sul versante anatomo-patologico l'elemento che accomuna le spondiloartriti sieronegative è l'entesite, ovvero l'infiammazione delle entesi. Proprio per sottolineare il frequente coinvolgimento infiammatorio delle entesi e il ruolo centrale dell'entesite, le spondiloartriti sieronegative sono anche identificate con il termine di spondilo-enteso-artriti sieronegative o anche più genericamente con quello di enteso-artriti sieronegative.

Nella pratica clinica quotidiana, il termine di enteso-artriti sieronegative è anche quello con cui si identificano le cosiddette spondiloartriti sieronegative indifferenziate, ovvero quelle forme che, pur caratterizzate dalla presenza di alcune delle manifestazioni cliniche tipiche delle spondiloartriti sieronegative, non soddisfano completamente i criteri diagnostici delle forme cliniche maggiori (come la spondilite anchilosante o l'artrite psoriasica). I criteri proposti per facilitare il riconoscimento delle spondilo-enteso-artriti indifferenziate risalgono ai primi anni '90 e corrispondono ai criteri di Amor e ai criteri del Gruppo di studio Europeo (ESSG), riportati nelle tabelle 1 e 2. Con il termine di entesi si indica esattamente quella regione anatomica attraverso cui i **tendini** (*formazioni di tessuto connettivo fibroso che saldano i muscoli alle ossa*), i **legamenti** (*formazioni di tessuto connettivo fibroso con la funzione di tenere fra loro unite due ossa*), le **capsule articolari** (*manicotti di tessuto connettivo fibroso che mantengono uniti i capi ossei che formano un'articolazione*) e le **fasce** (*formazioni di tessuto connettivo fibroso che alloggiavano muscoli, nervi e vasi sanguigni del corpo*) si inseriscono sull'osso.

In ragione delle sue peculiarità, l'entesite non rappresenta solo una semplice struttura di collegamento fra un tendine o un legamento e l'osso. Infatti oggi la si identifica come **organo entesale** proprio per sottolinearne le peculiarità sia istologiche (che la distinguono dalla struttura tendinea vera e propria) sia anatomiche (vista la stretta continuità tra entesi, osso sottostante, sinovia adiacente e borse contigue), per cui l'infiammazione di questa singolare struttura anatomica coincide in realtà con l'infiammazione di più strutture adiacenti che possono essere contemporaneamente coinvolte.

L'esempio più tipico è l'entesite achillea, che colpisce appunto la zona di inserzione del tendine di Achille sull'osso.

Come si può notare, la tumefazione nella regione di inserzione del tendine di Achille è molto ampia e grossolana, ed è spesso la conseguenza del coinvolgimento non solo dell'entesi achillea e dell'osso calcaneare su cui questa si inserisce, ma anche della borsa retro calcaneare (piccola formazione anatomica localizzata fra tendine di Achille e osso calcaneare). Tale infiammazione è responsabile di dolore intenso e spesso tanto invalidante da impedire al paziente la deambulazione autonoma costringendolo addirittura all'uso di ausili.

Se pensiamo alle moltissime (se ne contano diverse decine), possiamo capire quanto variabili e numerose possano essere le sedi anatomiche colpite e quindi responsabili di dolore spesso invalidante. Tra queste, ricordiamo l'entesite del gomito, che può colpire sia l'inserzione dei tendini flessori (superficie mediale del gomito: epitrocleite) che dei tendini estensori (superficie laterale del gomito: epicondilite). L'epicondilite di per sé è piuttosto frequente nella popolazione generale in quanto spesso di natura post-traumatica (è infatti comunemente nota anche come "gomito del tennista"). Pertanto l'entesite che colpisce il gomito in corso di entesoartrite sieronegativa viene spesso facilmente confusa, soprattutto nelle fasi iniziali, con la forma post-traumatica il che è inevitabilmente causa di ritardo diagnostico. La persistenza del dolore (presente anche a riposo), la presenza di tumefazione, l'impegno flogistico dell'entesi documentato con le indagini strumentali di imaging (ecografia con power-doppler e/o risonanza magnetica nucleare) e soprattutto un adeguato inquadramento generale del paziente da parte del reumatologo (presenza di psoriasi, familiarità per malattie infiammatorie dell'intestino, ecc.) potranno consentire una diagnosi adeguata e soprattutto precoce di una enteso-artrite sieronegativa.

Criteri di AMOR (1990)

CLINICI e ANAMNESTICI

- Dorsalgia o lombalgia notturna o rigidità mattutina rachide dorsale o lombare 1
- Oligoartrite asimmetrica 2
- Dolore gluteo (basculante) 1 (2)
- Dattilite 2
- Talalgia o altra entesopatia 2
- Irite 1
- Uretrite o cervicite non gonococcica (entro un mese dall'esordio) 1
- Diarrea acuta (entro un mese dall'esordio) 1
- Psoriasi, balanite o malattia infiammatoria intestinale 1

RADIOLOGICI

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

BACKGROUND GENETICO

- HLA-B27, familiarità per SA, artrite reattiva, uveite, psoriasi o IBD 2

RISPOSTA AL TRATTAMENTO

- Rapida e significativa risposta ai FANS 2

SPA con score ≥ 6

Criteri classificativi European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG) 1991

CRITERI MAGGIORI

- Dolore vertebrale infiammatorio cronico (> 3 mesi) prima dei 45 anni di età
- oppure
- Artrite asimmetrica (prevalente agli arti inferiori)

CRITERI MINORI

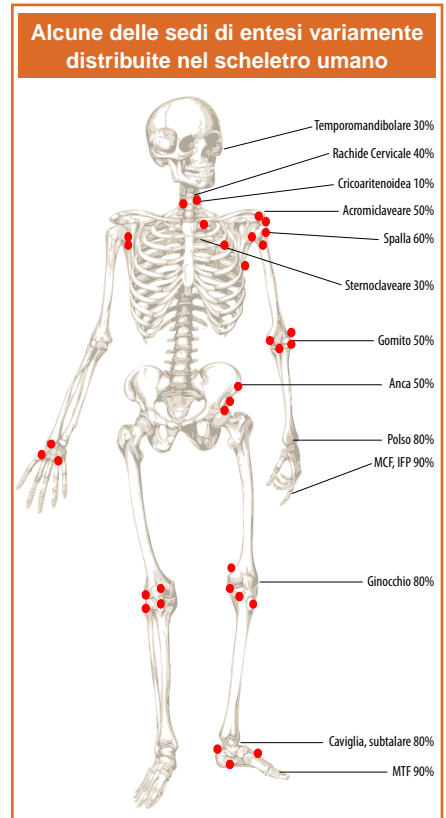
- Lombosciatalgia basculante
- Familiarità
- Entesite
- Sacroileite
- Enterite
- Uretrite o cervicite non gonococcica
- Psoriasi

1 M + 1 m

Altro esempio tipico di coinvolgimento entesitico è quello relativo alle inserzioni dei tendini dei muscoli respiratori a livello delle costole, responsabile del dolore toracico anteriore (toracologia) e/o posteriore che a volte è tanto intenso da simulare una patologia cardiaca acuta (infarto), per cui spesso il paziente che ne è affetto si rivolge al Pronto Soccorso. Anche in questo caso l'esclusione di un problema cardiaco e un adeguato inquadramento generale del paziente da parte del reumatologo potranno consentire una diagnosi adeguata e precoce di una enteso-artrite sieronegativa.

Un altro esempio tipico è l'infiammazione nella sede di inserzione sul calcagno della fascia plantare (fascite plantare), anche questa responsabile di dolore intenso e invalidante. Anche in questo caso, in mancanza di un adeguato inquadramento generale del paziente da parte del reumatologo, la diagnosi può essere tardiva in quanto è spesso è facile confondere una fascite plantare con una patologia post-traumatica (specie nei giovani sportivi).

La presenza anche solo di una di queste entesiti in un paziente che non presenta altri sintomi reumatologici ma che ad esempio soffre di psoriasi (o ha un familiare diretto che ne è affetto) e risulta portatore dell'antigene HLA-B27, può giustificare una diagnosi di enteso-artrite indifferenziata. In conclusione, l'entesite rappresenta l'elemento istopatologico che accomuna le spondiloartriti sieronegative tanto che queste sono anche identificate con il termine di spondilo-enteso-artriti sieronegative o anche più genericamente con quello di enteso-artriti sieronegative. Le forme cosiddette indifferenziate, pur caratterizzate dalla presenza di alcune delle manifestazioni cliniche tipiche delle spondiloartriti sieronegative, non soddisfano completamente i criteri diagnostici delle forme cliniche maggiori (come la spondilite anchilosante o l'artrite psoriasica). Soprattutto in queste forme, un adeguato inquadramento generale del paziente da parte del reumatologo risulta essenziale al fine di consentire una diagnosi adeguata e soprattutto precoce di una enteso-artrite sieronegativa. ■



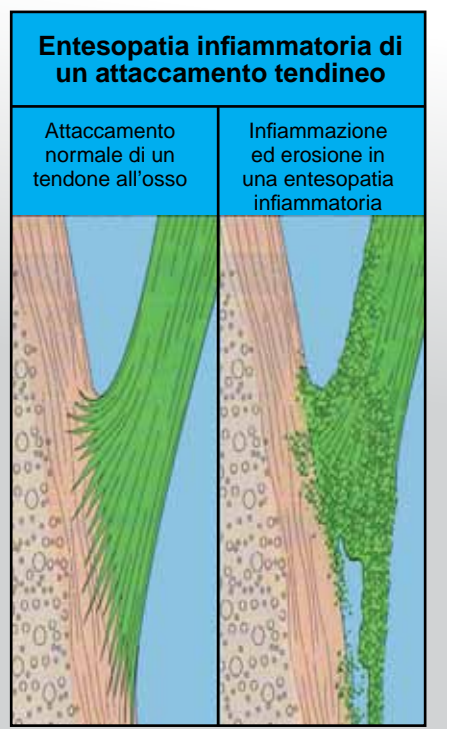
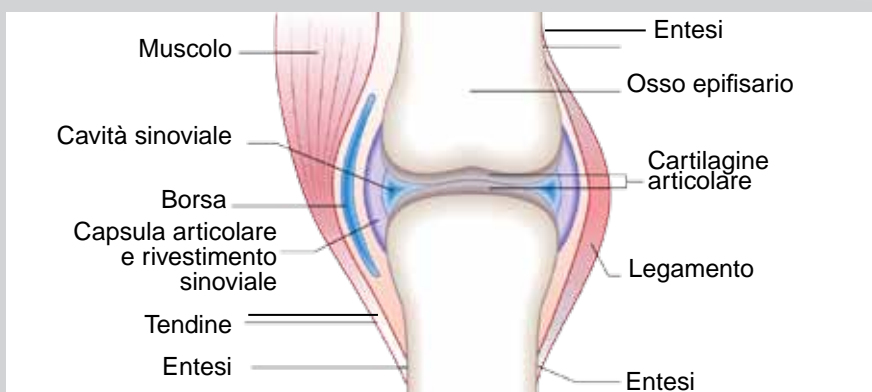
Entesite

Approfondimenti tratti da WIKIPEDIA L'enciclopedia libera

Per **entesite** in campo medico, si intende un'infiammazione che colpisce l'inserzione di un muscolo su un osso (*entesi*). Mostra carattere progressivo degenerativo, soprattutto in condizioni di stress o malattie autoimmuni, verso fibrosi e calcificazione.

Il sintomo principale delle infiammazioni è il **dolore**, in tal caso lo si manifesta generalmente durante la contrazione del muscolo interessato, in condizioni normali è solitamente asintomatico.

La parte più colpita è il tallone. Può accompagnare o essere sintomo iniziale di malattie quali la spondilite anchilosante e forme di artriti.

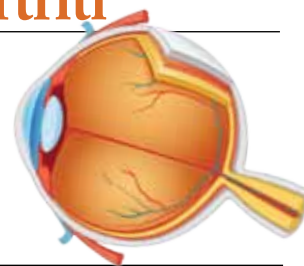


Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

Le uveiti HLA-B27 correlate nelle Spondiloartriti



Luca Cimino
Struttura Complessa di Oculistica
Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova
IRCCS, Reggio Emilia
cimino.luca@asmn.re.it



L'associazione tra il complesso maggiore di istocompatibilità (MHC), l'antigene HLA (*Human Leukocyte Antigen*)-B27, lo spettro delle patologie infiammatorie correlate e l'uveite anteriore acuta è stata descritta per la prima volta nel 1973 e rappresenta una delle più forti associazioni tra un gene del sistema HLA e una o più malattie. L'uveite HLA-B27 correlata, infatti, può restare una malattia oculare isolata o associarsi ad una malattia sistemica, principalmente rappresentata dal gruppo delle spondiloartropatie.

Epidemiologia

L'uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata è la causa identificabile più comune di uveite anteriore nella maggior parte del mondo. Essa, infatti, rappresenta dal 18 al 32% di tutte le uveiti anteriori acute nei paesi occidentali. L'uveite anteriore acuta HLA-B27 è da 1,5 a 2,5 volte più frequente nei maschi rispetto alle femmine, il primo episodio si ha solitamente tra i 20 e i 40 anni, mentre l'esordio delle uveiti HLA-B27 negative avviene circa una decade più tardi.

Fattori Genetici

La più forte associazione identificata tra un gene e una malattia infiammatoria oculare è sicuramente quella tra l'HLA-B27 e l'uveite anteriore acuta. La prevalenza dell'antigene HLA-B27 nella popolazione occidentale è pari a circa l'8-10%, mentre nei pazienti con uveite anteriore acuta è pari a circa il 50%, con un range tra il 19 e l'88% tra le differenti razze. Tuttavia, la presenza dell' HLA-B27 è necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo della malattia.

Fattori Ambientali

I fattori ambientali, in particolare le infezioni batteriche gram-, sembrano essere importanti tanto quanto quelli genetici nello sviluppo delle malattie associate all'antigene B27. In effetti, è stato notato che i modelli animali transgenici non si ammalano se vengono allevati in ambienti sterili, mentre portare gli stessi animali all'esterno di questi sistemi è sufficiente per il manifestarsi della malattia. Inoltre, malgrado la forte associazione tra B27 e la malattia, la maggior parte delle persone HLA-B27 positive è sana. Calin e Fries per primi stabilirono il legame tra infezione da batteri gram-, l'uveite anteriore acuta e la presenza dell'antigene HLA-B27 osservando che tra i 602 marines interessati da un'epidemia di dissenteria da Shigella, scoppiata nel 1962 su una nave da guerra nell'Oceano Pacifico, 10 svilupparono un'uveite anteriore acuta e di questi 4 manifestarono uveiti ricorrenti: tutti e quattro presentavano l'antigene HLA-B27. Attualmente, oltre le Shigelle, i microrganismi implicati nella patogenesi delle patologie HLA correlate sono gli altri enterobatteri gram- (Klebsiella, Salmonella, Campylobacter jejuni) e la Chlamidia trachomatis.

Caratteristiche Cliniche

L'uveite anteriore acuta HLA-B27 ha delle caratteristiche cliniche uniche che la distingue dalla forma HLA-B27 negativa. Essa è un'uveite anteriore acuta non granulomatosa unilaterale

caratterizzata da un'intensa essudazione cellulare e proteica con fibrina e ipopion in camera anteriore (uveite “plastica”), spesso associata ad altre malattie HLA-B27 correlate e tendente alle recidive nello stesso occhio dell'esordio o nell'altro occhio, ma mai bilateralmente. La media del numero di recidive per anno varia da 0,6 ai 3,3 attacchi, con una durata media di ogni episodio pari a 4-6 settimane. Tuttavia, durante tutta la durata della malattia, si può assistere ad una riduzione della frequenza delle recidive.

Malattie Sistemiche Associate

Le spondiloartropatie sieronegative (SPA) sono di gran lunga le malattie sistemiche più comunemente associate all'uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata. Circa il 23-37% dei pazienti con uveite anteriore acuta ha una spondiloartropatia sieronegativa associata e il 49-84% dei pazienti con uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata presenta una malattia sistemica. Le SPA sono un gruppo di malattie in parte accomunate da segni clinici, sintomi e patogenesi autoimmunitaria. Le SPA includono sei patologie: 1) la spondilite anchilosante 2) l'artrite psoriasica 3) le artriti reattive, la più nota delle quali è la sindrome di Reiter 4) le artriti associate alle malattie infiammatorie intestinali croniche, tra le quali le più frequenti sono la malattia di Crohn e la rettocolite ulcerosa 5) le spondiloartriti sieronegative indifferenziate, cioè tutte quelle non incluse tra le precedenti perché non sufficientemente classificabili, 6) le forme giovanili di spondiloartriti, nei pazienti di età inferiore a 16 anni. Tra queste la spondilite anchilosante è quella più frequentemente associata all'uveite anteriore acuta e alla presenza di HLA-B27 (Tabella 1).

L'uveite anteriore acuta può essere il primo sintomo della malattia sistemica, precedendo quindi l'esordio delle altre manifestazioni cliniche, oppure può essere la manifestazione che com-

pleta il quadro clinico di una malattia sistemica. Per questo il ruolo dell'oculista nella diagnosi precoce e l'approccio interdisciplinare con il reumatologo sono di fondamentale importanza

Complicanze

La complicanza più frequente dell'uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata è la formazione di sinechie posteriori (aderenze fra iride e cristallino) con una frequenza variabile che va dal 13 al 91%. Altre complicanze frequenti sono l'insorgenza di cataratta, che complica dal 7 al 28% dei casi, l'ipertono oculare, il glaucoma secondario e lo sviluppo di un'uveite anteriore cronica. L'edema maculare cistoide, che rappresenta la causa più frequente di riduzione visiva nei pazienti con uveiti, è stata riscontrata dal 6 al 13% dei casi.

Prognosi

In letteratura non c'è univocità sugli effetti dell'antigene HLA-B27 sulla prognosi dell'uveite associata. L'uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata ha caratteristiche cliniche peculiari che la distinguono dalle forme HLA-B27 negative ed una di queste è la ricorrenza degli attacchi (spesso con un andamento stagionale). Considerando che i pazienti con più attacchi hanno una prognosi peggiore di quelli con un solo episodio indipendentemente dalla presenza dell'antigene B27 e che, come discusso prima, possono essere diverse le complicanze associate, è evidente come l'uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata possa avere un notevole impatto sulla riduzione visiva dei pazienti affetti e come questo supporti il fatto che l'uveite anteriore acuta HLA-B27 positiva abbia una prognosi peggiore rispetto alle forme idiopatiche HLA-B27 negative. Inoltre, la presenza dell'antigene HLA-B27 conferisce ai pazienti con uveite il rischio di avere una coesistente patologia sistemica (con associate manifestazioni extra-oculari) non diagnosticata o che tale malattia si sviluppi durante il follow-up.

Malattia infiammatoria HLA-B27 correlata	Prevalenza dell'HLA-B27 (%)	Proporzione di pazienti con la Malattia sistemica che sviluppano l'uveite	Proporzione di pazienti con uveite che sviluppano la Malattia Sistemica (%)
Spondilite anchilosante	90	20-30	15-50 55-90 nei pz HLA B-27+
Artrite reattiva (inclusa l'artrite di Reiter)	40-80	12-37	2-25 8-21 nei pz HLA B-27+
Artrite psoriasica	40-50	7-16	0-2 3-4 nei pz HLA B-27+
Artropatia enteropatica	35-75	2-9	02/03/12

Tabella 1: malattie infiammatorie HLA-B27 correlate e loro associazione con l'uveite anteriore acuta (Riferimento modificato: Chang JH, Mc Cluskey PJ, Wakefield D. Acute anterior uveitis and HLA-B27. *Surv Ophthalmol* 2005; 50: 364-88).

Trattamento

Il trattamento dell'uveite anteriore acuta HLA-B27 correlata è basata sulla somministrazione topica di corticosteroidi e midriatico-cicloplegici. Tale approccio è sufficiente nella stragrande maggioranza dei casi anche se a volte si deve ricorrere alla iniezione per via locale (sub-Tenoniana) di corticosteroidi. Nei rari casi refrattari a questo tipo di trattamento o nelle uveiti cronicizzate bisogna somministrare per via sistemica i corticosteroidi associati o meno agli immunosoppressori o agli agenti biologici. Nella maggioranza dei casi l'indicazione alla terapia sistemica è legata alla necessità di controllare le patologie sistemiche correlate all'uveite.

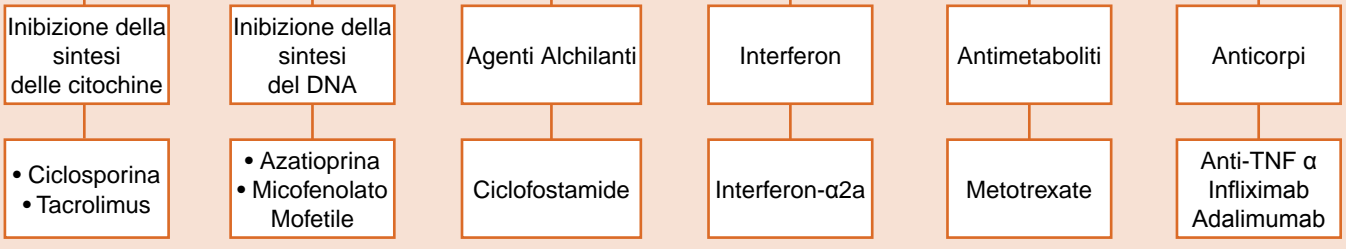
La collaborazione interdisciplinare oculista-reumatologo è fondamentale nella diagnosi (importanza della valutazione dei sintomi e segni clinici extra-oculari associati all'uveite), nella corretta gestione terapeutica (in quanto si possono usare dei farmaci efficaci sia per il controllo della spondiloartrite che per l'uveite). In alcuni casi la gestione clinica sistemica, supportata da alterazioni di organi specifici, può suggerire all'oculista l'intervento di altri specialisti come il dermatologo, il gastroenterologo, l'urologo etc... La costituzione di un team interdisciplinare è basilare nell'interpretare, in un linguaggio comune, le infiammazioni oculari in generale e le uveiti HLA-B 27 positive nello specifico. ■

CONCULSIONI

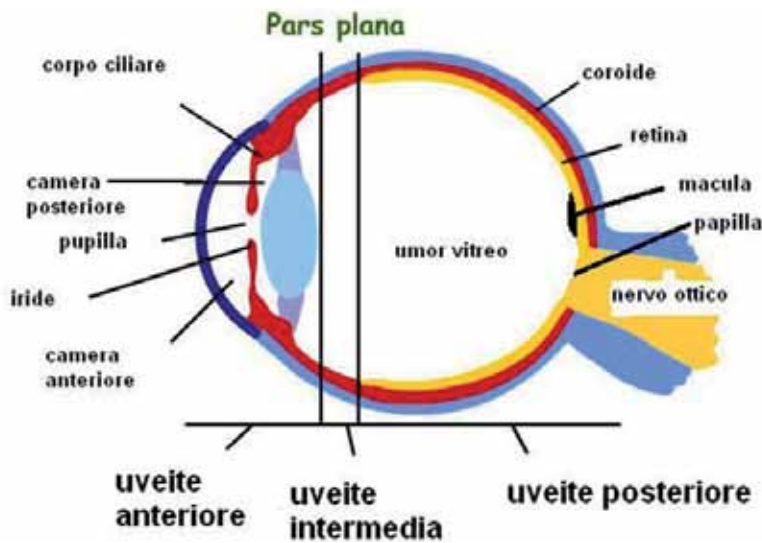
- Diagnosi precoce
- Trattamento tempestivo
- Attenzione al controllo dell'infiammazione
- Adattare l'aggressività della terapia al tipo di patologia ed al suo decorso)
- Non esitare a cambiare, quando necessario, la strategia terapeutica
- Monitorare i pazienti in collaborazione con il pediatra/ reumatologo

TERAPIE

**IMMUNOSOPPRESSIVI
IMMUNOMODULANTI**

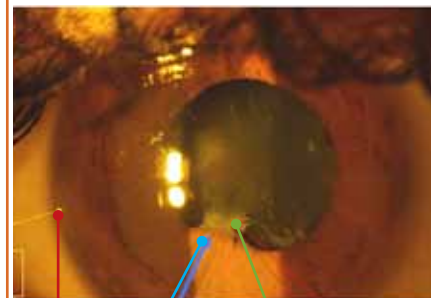


CLASSIFICAZIONE ANATOMICA DELL'OCCHIO



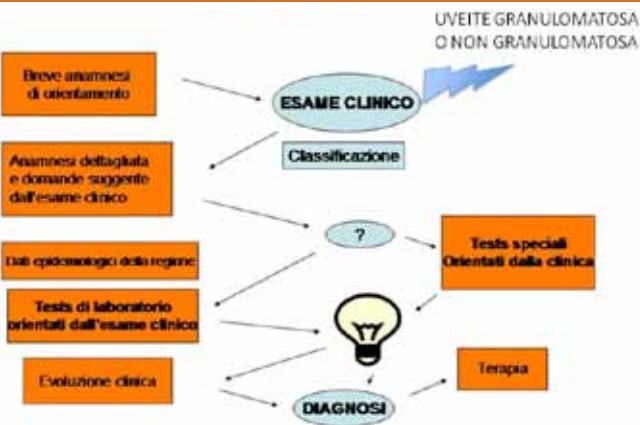
Slide della presentazione eseguita

OCCHIO DESTRO

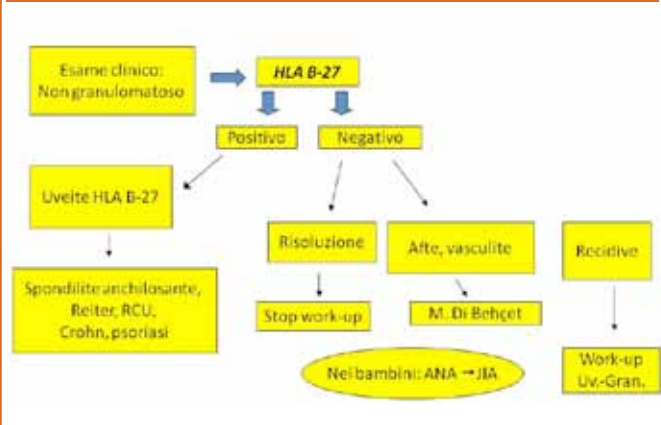


Opacità del cristallino
Sinechie posteriori = "aderenze" tra iride e cristallino
Cheritite a bandelletta

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO SISTEMATICO NELLE UVEITI



IL PERCORSO DELLE UVEITI NON-GRANULOMATOSE



Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

Le terapie tradizionali



Nazzarena Malavolta
Azienda Ospedaliero
Universitaria Di Bologna
Policlinico S.Orsola - Malpighi
S.S. di Reumatologia
nazzarena.malavolta@aosp.bo.it



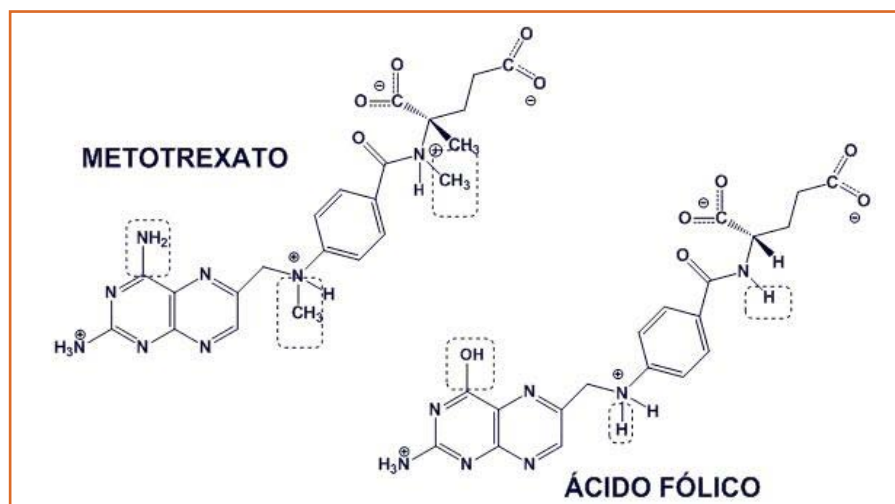
Marica Trevisani
Azienda Ospedaliero
Universitaria Di Bologna
Policlinico S.Orsola - Malpighi
S.S. di Reumatologia
marica.trevisani@libero.it



Le spondiloartriti sieronegative (SpA) sono un gruppo eterogeneo di malattie che possono presentare un coinvolgimento articolare esclusivamente assiale (colonna vertebrale, articolazioni sacroiliache), esclusivamente periferico (mani, piedi, ginocchia, spalle etc) o di tipo misto. I trattamenti tradizionali, tra cui includiamo gli antinfiammatori non steroidei (FANS) e i farmaci anti-reumatici in grado di modificare la malattia (DMARDs), rappresentano ancora il primo approccio terapeutico in questo gruppo di malattie anche se nel paziente che abbia un esclusivo coinvolgimento assiale i DMARDs non si sono dimostrati efficaci nel controllare la sintomatologia e nell'arrestare il danno radiologico della malattia e non trovano quindi indicazione come ben evidenziato nelle più recenti linee guida. In questa breve relazione ci occuperemo dettagliatamente dell'artrite psoriasica (AP) e della spondilite anchilosante.

L'Artrite Psoriasica è classicamente definita come una artropatia infiammatoria associata alla psoriasi e con negatività del fattore reumatoide che se non trattata può portare a limitazione funzionale e disabilità. La malattia si può presentare con un coinvolgimento prevalentemente cutaneo e ungueale, articolare periferico, assiale, entesico o dattilico e come ben postulato dalle linee guida del gruppo GRAPPA, pubblicate nel 2009, sarà la prevalente espressione clinica a guidare l'approccio terapeutico. I FANS, nonostante in letteratura vi siano pochi studi che ne hanno valutato l'efficacia, sono considerati i farmaci di prima scelta nel trattamento di tutte le varianti cliniche dell'artrite psoriasica sia nelle fasi di esordio della malattia che nelle riacutizzazioni. Appartengono alla categoria numerosi principi attivi tra cui l'acido acetil salicilico, l'indometacina, l'ibuprofene, il ketoprofene, il diclofenac, la nimesulide e i coxib ma ad oggi nessun farmaco ha dimostrato una superiorità in termini di efficacia nel trattamento del paziente con artrite psoriasica. La scelta terapeutica dovrà essere quindi guidata dalle caratteristiche del paziente considerando la potenziale tossicità gastrica, cardiovascolare, epatica, renale ed ematica dei farmaci appartenenti alla categoria. E' bene però precisare che mentre nella forma articolare periferica, come sottolineato nelle linee guida EULAR, il trattamento dovrebbe essere prescritto alla dose minore e per il minor tempo possibile, quando vi sia un prevalente interessamento assiale, il trattamento dovrebbe essere prolungato nel tempo e secondo le linee guida SIR il fallimento della terapia con FANS assunta per almeno tre mesi può essere sufficiente per prendere in considerazione il trattamento con farmaci biologici. L'utilizzo dei DMARDs nel paziente con

artrite psoriasica è comune nella pratica clinica, il loro uso è supportato dai dati della letteratura in assenza però di un buon livello di evidenza. La terapia con **DMARDs** deve essere instaurata il più precocemente possibile in particolare nei pazienti con prevalente coinvolgimento articolare periferico che presentino fattori prognostici negativi quali la presenza di più di 5 articolazioni tumefatte, l'incremento degli indici di flogosi aspecifica VES e PCR, la presenza di un danno radiologico progressivo documentato dalle indagini strumentali, il precedente uso di glucocorticoidi, la perdita di funzione articolare e il peggioramento della qualità di vita. I **DMARDs** più utilizzati nell'artrite psoriasica sono il **metotrexato** (livello di evidenza B), la **sulfasalazina** (livello di evidenza A), la **ciclosporina** (livello di evidenza B), la **leflunomide** (livello di evidenza A). Nonostante ad oggi in letteratura non vi siano studi randomizzati controllati che ne abbiano dimostrato da un punto di vista statistico l'efficacia nel trattamento dell'artropatia psoriasica, secondo le linee guida nazionali ed europee e di fatto nella pratica clinica il metotrexato rappresenta il farmaco di prima scelta nel trattamento dell'artrite psoriasica con coinvolgimento articolare periferico. Il farmaco (*nome commerciale Methotrexate o Reumaflex*), è un antimetabolita analogo dell'acido folico che viene somministrato settimanalmente per via orale, sottocutanea o intramuscolare a posologia via via crescente fino a raggiungere, se indicato dal quadro clinico, la dose terapeutica di 20 mg alla settimana. Prima di iniziare il trattamento deve essere eseguita una radiografia del torace e devono essere escluse epatiti virali in atto e durante il trattamento devono essere monitorati l'emogramma e la funzione epatica e renale. I suoi possibili principali effetti collaterali sono la soppressione midollare dose correlata, la fibrosi epatica, la polmonite interstiziale, gli effetti gastrointestinali e muco cutanei, mentre le controindicazioni sono rappresentate principalmente dalle infezioni, dalle malattie epatiche, dall'abuso di alcolici e dalla gravidanza. La leflunomide (*nome commerciale Arava*), un inibitore selettivo della sintesi delle pirimidine che agisce inibendo l'attivazione e la proliferazione dei linfociti T, ha dimostrato la sua efficacia sia sul quadro articolare che su quello cutaneo e il suo buon profilo di sicurezza in uno studio condotto su 190 pazienti e pubblicato nel 2004. Il farmaco viene somministrato per via orale alla dose di 20 mg/die e come il metotrexato necessita di alcuni esami preliminari prima di iniziare il trattamento (usualmente una radiografia del torace, esami ematici comprensivi di emocromo e funzione epatica e renale e il controllo dei marcatori di epatite virale B e C) e di uno stretto monitoraggio degli esami di laboratorio per tutta la durata della terapia. I principali effetti collaterali sono rappresentati dalla diarrea, dall'incremento degli enzimi epatici e dall'aumento dei valori pressori, mentre controindicano il trattamento la gravidanza e allattamento, le malattie del fegato e del rene, le alterazioni ematologiche. La sulfasalazina (*nome commerciale Salazopyrin EN*) che deve la sua efficacia clinica all'inibizione di numerose molecole pro-infiammatorie, è il farmaco che annovera il maggior numero di studi capaci di dimostrarne il beneficio sulla artrite psoriasica anche se solo sulla componente articolare periferica avendo raggiunto risultati non soddisfacenti su quella assiale o scarsi a livello entesico o dattilico. Il farmaco viene somministrato per via orale alla dose complessiva di 2 o 3 gr/die che viene raggiunta però gradualmente aumentando la dose settimanalmente. I principali effetti collaterali sono il rash cutaneo, l'alterazione della funzione epatica e l'intolleranza gastrointestinale mentre le controindicazioni assolute sono rappresentate dall'insufficienza renale grave, dalle gravi malattie del fegato e dalla porfiria. Prima del trattamento devono essere effettuati esami ematici di routine che devono essere poi ripe-



I farmaci di fondo

tuti periodicamente. La ciclosporina (*nome commerciale Sandimmun o Sandimmun neoral*) inibisce l'attività delle cellule T e quindi la risposta immunitaria cellulare mediata. Viene utilizzata alla dose terapeutica: 3-5 mg/kg/die (frazionata in due somministrazioni, iniziando con il dosaggio minore e aumentando la dose di 0.5-0.75 mg/kg/die) e ha tra i suoi principali effetti collaterali l'ipertensione arteriosa e il deterioramento della funzione renale. In uno studio italiano pubblicato nel 2001 dove si confrontava la ciclosporina con la sulfasalazina, il farmaco si è dimostrato ben tollerato ed efficace nel trattamento dell'artrite psoriasica.

Nei pazienti che presentino monoartrite, dattilite o entesite oltre al trattamento con FANS e DMARDs vi è indicazione anche all'esecuzione di almeno due infiltrazioni con glucocorticoidi nella sede interessata.

La **Spondilite Anchilosante** rappresenta il prototipo delle SpA con coinvolgimento assiale e prevede un approccio terapeutico sia farmacologico che non farmacologico che ha l'obiettivo di mantenere una buona qualità di vita controllando i sintomi, l'infiammazione e prevenendo il danno strutturale e la conseguente limitazione funzionale. Il trattamento deve essere individualizzato e si deve basare sulle manifestazioni prevalenti della malattia, sui fattori prognostici e sullo stato generale del paziente (malattie concomitanti, età, sesso, terapia cronica domiciliare). Le più recenti evidenze della letteratura hanno confermato che il cardine del trattamento con i farmaci tradizionali è rappresentato dai FANS, che si sono dimostrati efficaci sia nel controllare i sintomi che, secondo alcune pubblicazioni, nel rallentare l'evoluzione radiografica della malattia in particolare nei pazienti trattati all'esordio e che presentino un incremento degli indici di flogosi aspecifica. Analogamente a quanto detto per l'AP anche nell'SA nessun FANS si è dimostrato più efficace degli altri e quindi la terapia andrà scelta secondo i criteri elencati sopra. Il trattamento dovrebbe essere cronico protratto per almeno due mesi prima di decretarne in fallimento e poter considerare una terapia con farmaci biologici antiTNF alfa. Per quanto riguarda i DMARDs non vi sono studi che abbiano dimostrato l'efficacia di un alcun farmaco nel trattamento del coinvolgimento assiale nella SA. Secondo una revisione della letteratura pubblicata nel 2005 la sulfasalazina ha dimostrato qualche beneficio in termini di riduzione della VES e della rigidità mattutina; ma non ha mostrato evidenze di efficacia sul dolore, sulla mobilità, sulle entesiti. Nella pratica clinica il medico può decidere di provare la sulfasalazina per non più di 4 mesi, oltre i quali non è probabile avere ulteriori benefici e nonostante non vi siano evidenze, se prevale il coinvolgimento periferico, molti reumatologi effettuano un tentativo terapeutico con il metotressato.

Possiamo quindi concludere che il trattamento delle SpA varia a seconda del tipo di coinvolgimento articolare, che gli antinfiammatori sono comunque i farmaci di prima linea, che nell'Artrite Psoriasica con coinvolgimento periferico prima di valutare una terapia con farmaci biologici i pazienti devono essere trattati con DMARDs (farmaco di prima scelta il metotressato) e che nella Spondilite Anchilosante nessun DMARDs si è dimostrato efficace. ■

Il termine "**DMARDs**" rappresenta l'acronimo/sintesi della definizione "**Disease modifying antirheumatic drugs**", la cui traduzione è "Farmaci antireumatici che modificano la malattia". Con questa sigla ci si riferisce a più classi di farmaci associati dal comune utilizzo nel trattamento delle patologie reumatiche che agiscono sui meccanismi patogenetici (*meccanismi dello sviluppo*) delle malattie infiammatorie al fine di rallentare o, meno frequentemente, di interrompere la progressione della malattia.

Sono definiti "**farmaci di fondo**" perché, a differenza di analgesici ed antinfiammatori non steroidei, non sono semplicemente sintomatici ma agiscono sui meccanismi che sono alla base delle malattie infiammatorie croniche.

La loro azione fondamentale viene svolta a livello di alcune cellule del sistema immunitario.

All'interno della categoria dei DMARDs, come sopra accennato, vi sono diverse classi farmacologiche, ed in particolare modo possiamo riscontrare farmaci con azione prevalentemente *immunomodulatrice* e farmaci con azione *immunosoppressiva*.

Alla categoria degli immunomodulatori appartengono la Cloroquina e l'Idrossicloroquina (nota con il nome commerciale "Plaquenil"), della famiglia degli antimalarici di sintesi, e un antibatterico quale la Sulfasalazina (il cui nome commerciale è "Salazopyrin En"). I primi due agiscono a livello cellulare attraverso una serie di meccanismi e di tappe che vanno a modulare e ridurre la stimolazione dei Linfociti T, con conseguente riduzione del rilascio di molecole infiammatorie da parte degli stessi. La Sulfasalazina agisce sul sistema immunitario inibendo la sintesi di tutta una serie di molecole (prostaglandine, leucotrieni e trombossani) il cui indice risulta aumentato in corso di infiammazione, andando così a bloccare l'azione di diverse cellule del sistema immunitario.

Gli immunomodulatori sono usati nelle forme meno aggressive di artrite reumatoide, in alcuni casi di spondiloartrite sieronegative, nelle artriti associate a malattie infiammatorie croniche intestinali e, in particolare gli antimalarici, anche in forme lievi di connettiviti.

Fra i DMARDs con azione *immunosoppressiva* possiamo annoverare gli antimetaboliti (*Azatioprina* e *Methotrexate*), la *Leflunomide* (nome commerciale "Arava"), la Ciclosporina ("*Sandimmun – Sandimmun Neoral*") ed il *Micofenolato Mofetile*, (nome commerciale "*Cellcept*").

La categoria degli immunosoppressori è una particolare classe di farmaci con la caratteristica/capacità di inibire la risposta del sistema immunitario a particolari macromolecole estranee all'organismo (cd. *antigeni*). Questi farmaci, inizialmente utilizzati nei trapianti d'organo per inibire l'azione immunitaria alla base del rigetto, successivamente hanno trovato largo impiego in reumatologia per la loro caratteristica di inibire la risposta del sistema immunitario alla base dell'infiammazione.

La *Ciclosporina* agisce su cellule del sistema immunitario definite Linfociti T la cui attività contribuisce all'insorgenza di alcune malattie immunitarie quali l'Artrite Reumatoide, l'Artrite Psoriasica e il Lupus. Il *Micofenolato* è attualmente utilizzato in corso di vasculiti ANCA-correlate, in forme refrattarie di mirosi, nella nefrite lupica e nel LES refrattario o intollerante al trattamento convenzionale.

Fra i *farmaci citotossici – che determinano la morte di alcuni tipi cellulari (es. cellule tumorali o cellule infiammatorie)* il maggior esponente è la *Ciclofosfamide* (utilizzata per l'interessamento polmonare -interstiziopatia – nelle connettiviti, ed in corso di vasculiti).

I più noti e frequentemente utilizzati sono Arava e Methotrexate, che sono attualmente considerati i DMARDs di "attacco" nelle forme di artrite potenzialmente più aggressive.

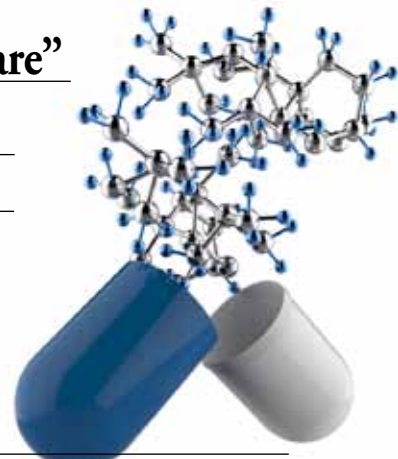
Tutti questi farmaci, attraverso meccanismi di azione diversi, vanno ad interferire con la sintesi di DNA e proteine, e quindi con l'attivazione e la proliferazione delle cellule del sistema immunitario (prevalentemente i Linfociti T) e la successiva sintesi di molecole infiammatorie. Attraverso questa azione portano ad una riduzione dell'attività di malattia con un controllo della sua eventuale progressione.

Possono essere considerati farmaci di fondo, e rientranti nella categoria dei DMARDs anche i cosiddetti "*Corticosteroidi*" e la "*Colchicina*". I corticosteroidi sono un gruppo di ormoni in grado di regolare l'infiammazione e il sistema immunitario, e sono utilizzati come farmaci di fondo quando vengono usati ad alte dosi nelle vasculiti e nelle connettiviti. La "*Colchicina*" è un alcaloide (sostanza azotata di origine vegetale) di cui viene sfruttato il meccanismo antinfiammatorio per il controllo delle artriti da microcristalli (gota, condrocalcinosi).

Questi farmaci sono somministrati prevalentemente per via orale, fatta eccezione per il Methotrexate, che si trova in commercio anche in formulazione da somministrare intramuscolo, e la Ciclofosfamide, che può essere somministrata sia per via orale che per endovena, secondo schemi ciclici.

Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

I farmaci biotecnologici nel trattamento delle spondiloartriti



Carlo Salvarani
Struttura Complessa di Reumatologia
AOSP Arcispedale Santa Maria Nuova
IRCCS, Reggio Emilia
carlo.salvarani@asmn.re.it

SPONDILITE ANCHILOSANTE

Non vi è evidenza che nella spondilite anchilosante (SA) le terapie di fondo tradizionali (metotressato, sulfasalazina, ciclosporina, etc) siano efficaci sulle manifestazioni assiali (dolore alla schiena di tipo infiammatorio e/o glutalgia) correlate all'infiammazione della colonna vertebrale e delle articolazioni sacro-iliache. Nella SA vi è la necessità di trattamenti efficaci sulle manifestazioni assiali (oltre che sulle manifestazioni periferiche), in grado nel lungo termine di funzionare come agenti modificanti il decorso della malattia, e in grado di ridurre la disabilità.

Vi è un razionale per l'impiego degli agenti biotecnologici anti-TNF nella SA poiché nei pazienti con SA sono stati riscontrati elevati livelli serici di TNF alpha e poiché il TNF alpha è fortemente espresso nelle biopsie di articolazioni sacroiliache di pazienti con SA.

L'utilizzo dei farmaci anti-TNF nella SA nacque dalla osservazione dell'efficacia di tali farmaci sulle manifestazioni articolari (artrite enteropatica) nei pazienti con malattia infiammatoria intestinale in cui tali farmaci erano stati iniziati per controllare la malattia intestinale.

Un gruppo internazionale di Reumatologi esperti in SA (**gruppo ASAS**) insieme alla Società Europea di Reumatologia (EULAR) ha definito le raccomandazioni che sono utilizzate internazionalmente (anche in Italia) per l'utilizzo della terapia anti-TNF nella SA.

Per poter iniziare tali farmaci i pazienti devono avere una malattia attiva per almeno 4 settimane, un BASDAI (*BASDAI che è l'acronimo per Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index rappresenta un indice di valutazione di attività di malattia*) di almeno 4 e l'opinione dell'esperto che la terapia anti-TNF può essere iniziata. Inoltre tali pazienti devono non aver risposto ad una terapia somministrata in modo adeguato con farmaci anti-infiammatori non steroidei per almeno 1 mese.

Tali **raccomandazioni** evidenziano anche i seguenti punti:

- 1) I pazienti con malattia assiale non hanno bisogno di farmaci di fondo tradizionali prima di iniziare la terapia anti-TNF.
- 2) I pazienti con artrite periferica sintomatica prima di iniziare il trattamento anti-TNF devono aver fallito la terapia steroidea infiltrativa e anche una terapia di fondo con sulfasalazina.
- 3) I pazienti con entesite sintomatica (tendinite Achillea e/o fascite plantare) prevalentemente devono aver fallito la terapia infiltrativa locale prima di iniziare la terapia anti-TNF.
- 4) Non vi è evidenza a supporto di differenze di efficacia dei vari anti-TNF per le manifestazioni assiali, entesitiche o di artrite periferica. In presenza di malattia infiammatoria intestinale bisogna considerare la diversa efficacia sul tratto gastrointestinale dei diversi anti-TNF.
- 5) Il passaggio ad un secondo anti-TNF può

essere di beneficio nei pazienti che non rispondono al primo anti-TNF.

6) Nella SA non c'è evidenza di efficacia di altri agenti biotecnologici ad eccezione degli anti-TNF.

L'inizio dell'efficacia clinica della terapia anti-TNF è rapido e solitamente persiste per tutta la durata della terapia, differentemente dalla artrite reumatoide in cui la perdita dell'efficacia della terapia è più frequente. Inoltre, studi recenti hanno evidenziato che tale trattamento è sicuro anche nella terapia di lungo termine (> 5 anni). Alla sospensione dell'anti-TNF però le manifestazioni assiali (in particolare il dolore alla schiena di tipo infiammatorio) riprendono in quasi tutti i pazienti dopo 3 mesi, quindi la terapia anti-TNF deve essere fatta in modo continuativo. Al momento non abbiamo dati certi sull'efficacia della terapia anti-TNF nel bloccare lo sviluppo della colonna a canna di bambù che rappresenta nella SA il danno articolare. Nei pazienti con malattia già avanzata tali farmaci sembrano essere di scarsa efficacia; sono invece ancora in corso studi per valutare la capacità degli anti-TNF di prevenire la deformità nei pazienti con malattia in fase precoce.

ARTROPAZIA PSORIASICA

I farmaci anti-TNF si sono dimostrati efficaci anche nella artropatia psoriasica (AP). Vari studi randomizzati controllati hanno dimostrato che tali farmaci sono in grado di ridurre il numero delle articolazioni dolenti/tumefatte, migliorare la qualità della vita e ridurre la progressione radiologica del danno articolare. Tali farmaci oltre ad essere efficaci si sono anche dimostrati sicuri. La Società Italiana di Reumatologia (SIR) ha recentemente aggiornato le raccomandazioni all'utilizzo della terapia anti-TNF nella AP. L'utilizzo dell'anti-TNF è stato definito a secondo del tipo prevalente di interessamento: articolare periferico, entesitico periferico (tendinite achillea, fascite plantare o altra entesi infiammata), assiale e dattilite (dito a salsicciotto).

Articolare periferico. In un paziente con artrite periferica prevalente il trattamento con farmaci anti-TNF deve essere preso in considerazione in caso di:

- Refrattarietà ai farmaci anti-infiammatori non-steroidi (FANS) e ad almeno uno dei farmaci di fondo più comunemente utilizzati nella AP (methotrexate, ciclosporina, sulfasalazina, leflunomide) somministrati da soli o in combinazione alle dosi terapeutiche per almeno 3 mesi. I pazienti con monoartrite o oligoartrite devono aver fallito almeno due infiltrazioni di steroide.

Più

- ≥ 1 articolazione infiammata
- VAS dolore ≥ 40 mm (VAS 100 mm) e HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire – Disability Index) $\geq 0,5$
- Opinione dell'esperto favorevole

Entesitico periferico. Il trattamento con farmaci anti-TNF deve essere preso in considerazione in caso di:

- Refrattarietà ai FANS (alle dosi terapeutiche per almeno 3 mesi), alla terapia infiltrativa locale con steroidi (almeno 2 infiltrazioni), e ad almeno un farmaco di fondo tradizionale. Inoltre deve esserci l'opinione favorevole dell'esperto.

Più

- Entesite dolente alla pressione (≥ 2 su una scala Likert 0-4).
- VAS dolore ≥ 40 mm (VAS 100 mm) e HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire – Disability Index) $> 0,5$.

Assiale. In un paziente con interessamento assiale (sacroileitee/o spondilite) prevalente il trattamento con farmaci anti-TNF deve essere preso in considerazione in accordo alle raccomandazioni proposte per la SA.

Dattilite (dito a salsicciotto). In un paziente con dattilite prevalente il trattamento con farmaci anti-TNF deve essere preso in considerazione in caso di:

- Refrattarietà ai FANS (alle dosi terapeutiche per almeno 3 mesi), alla terapia infiltrativa locale con steroidi (almeno 2 infiltrazioni), e ad almeno un farmaco di fondo tradizionale. Inoltre deve esserci l'opinione favorevole dell'esperto.

Più

- VAS dolore ≥ 40 mm (VAS 100 mm) e HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire – Disability Index) $> 0,5$
- avere uno o più dita uniformemente tumefatte e dolorabilità sulle dita tumefatte ≥ 2 su una scala Likert 0-4

La terapia anti-TNF della AP e della SA è complessa e richiede specifiche competenze nella diagnosi, valutazione dell'attività della malattia, monitoraggio della terapia e trattamento degli effetti collaterali. Perciò è essenziale che tali terapie vengano svolte in ambito Reumatologico. ■

Bibliografia essenziale

Bibliografia

- 1) Olivieri I, Salvarani C, Cantini F, et al. Recommendations for starting anti TNF-alpha in patients with ankylosing spondylitis. *Reumatismo* 2003; 55(4):220-3.
- 2) van der Heijde D, Sieper J, Maksymowych WP et al. Assessment of SpondyloArthritis international Society. 2010 Update of the international ASAS recommendations for the use of anti-TNF agents in patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70(6):905-8.
- 3) Salvarani C, Pipitone N, Marchesoni A, et al. Italian Society for Rheumatology. Recommendations for the use of biologic therapy in the treatment of psoriatic arthritis: update from the Italian Society for Rheumatology. *Clin Exp Rheumatol* 2011; 29(3 Suppl 66):S28-41.

Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

Il dolore in reumatologia è tuttora inevitabile?

Buon uso degli Oppiacei



Giancarlo Caruso
Modulo di Terapia del Dolore
Ospedale Bellaria – Ausl di Bologna
giancarlo.caruso@ausl.bologna.it

Il miglior modo per togliere un dolore è rimuovere o guarire la causa che l'ha provocato, ma non sempre questo è possibile. Il dolore cronico non ha significato di protezione, ma di allarme e la sua persistenza non ha nulla di protettivo, anzi può diventare causa di malattia.

Il trattamento del dolore è un diritto del cittadino e in questo contesto si inserisce la Legge 38 del 15/03/2010 che sancisce il diritto a non soffrire di dolore inutile e a ricevere cure adeguate per controllarlo.

La maggior parte del dolore cronico moderato-severo (94-96% del totale) è legato a patologia “benigna” (artrosi, malattie muscolo-scheletriche, patologie vascolari, neuropatie, forme miste, cefalee etc). Circa il 45% di questi pazienti è ancora in età lavorativa e ben si comprende quali possono essere i costi sociali ed economici ad esso correlati.

Esiste un dolore intrattabile? La risposta è molto più semplice di quello che si può pensare. Esistono dolori difficili da trattare, ma non sono la maggioranza. E in ogni caso è possibile dare sollievo al paziente, anche in questi casi, migliorando la sua qualità di vita.

Sarà difficilmente trattabile quel dolore che non verrà indagato nelle sue forme possibili, nelle sue caratteristiche e che verrà trattato con farmaci inadeguati o con dosaggi non corretti. I farmaci per il dolore possono a volte non essere efficaci in quanto può esserci una variabilità individuale di risposta del paziente nei confronti di un preparato. Si tratterà allora di individuare quel farmaco che meglio è efficace in quel determinato caso. Di sicuro i farmaci saranno poco efficaci o non lo saranno per niente, se saranno prescritti a dosaggi bassi e con posologie non corrette. Un'altra situazione, tutt'altro che infrequente, è quando il paziente non li assume come indicato dal medico. In questo caso, gli studi scientifici ci dimostrano che ciò avviene per alcune ragioni. Le più importanti sono la mancata attenzione del paziente alle indicazioni, ma soprattutto la scarsa fiducia nei confronti della terapia proposta dal medico (comunicazione inadeguata, poche spiegazioni, scarso coinvolgimento nei processi di cura).

L'informazione al paziente è molto importante e, se adeguata, permette di creare un rapporto di condivisione consapevole del percorso terapeutico. In questo modo si facilita non solo l'aderenza alla terapia, ma il paziente, fiducioso nella cura, affronterà meglio anche gli eventuali effetti collaterali.

Qual è il farmaco migliore per trattare un dolore cronico? Non esiste una risposta precisa. Si può affermare che il farmaco più indicato per un dolore cronico è quello che in base alla clinica, alla diagnosi presunta o certa, alle caratteristiche del malato, alla intensità del dolore, ci permette un adeguato sollievo nelle 24 ore. Tale trattamento deve dare pochi

effetti collaterali, minori rischi ed essere meglio proiettato nel tempo. Infatti in un dolore cronico, a meno che non si riesca a risolvere la causa che l'ha provocato, dovremo fare i conti con un processo doloroso che potrà perdurare nel tempo, seppur con fasi di remissione e riacutizzazione.

Quali farmaci antidolorifici abbiamo a disposizione? Gli analgesici vengono classificati in tre categorie: gli **analgesici minori** (FANS e COX2), fra i quali viene inserito anche il **paracetamolo**, gli **analgesici intermedi** (**tramadolo** e **codeina**), detti anche oppiacei deboli e gli **analgesici maggiori** (**oppiacei forti**). Esiste poi una serie di farmaci definiti Adjuvanti o Co-Analgesici, costituiti da una serie eterogenea di preparati che potenziano o agiscono in sinergia con gli analgesici.

Quali di questi farmaci impiegare? Lo deciderà il medico, in base alla sua esperienza e a quanto già esposto, soprattutto in rapporto alla intensità del dolore, che va misurata per mezzo di appositi strumenti validati dalle Società Scientifiche. Esistono a tale scopo scale di valutazioni diverse, che permettono, per quanto possibile, di valutare l'entità del dolore del paziente. In alcune vengono poi previste delle voci per avere ulteriori notizie di come il dolore limiti la qualità di vita del paziente: caratteristiche del sonno, appetito, capacità a concentrarsi e svolgere le normali attività etc. Tali scale hanno anche un'altra funzione, permettono cioè di rivalutare il dolore del paziente dopo un trattamento analgesico e di comprendere così se la cura ha dato beneficio e in che misura.

Cosa dicono le principali società scientifiche che si occupano di dolore? Vi è una totale concordanza su alcuni aspetti. Cito di seguito i più importanti: diagnosi della causa/e del dolore, valutazione della sua intensità, trattamento adeguato con analgesici e adjuvanti, se indicati, in base alle caratteristiche ed intensità del dolore. Ma non solo, trattamento in base alle caratteristiche ed esigenze del malato.

Qualora fosse necessario, a causa del tipo ed intensità del dolore, possono essere impiegati anche gli analgesici maggiori? Sì, dopo una attenta valutazione del medico ed adeguata informazione per il paziente.

Quando si possono impiegare gli analgesici maggiori? Esistono alcune “regole” che il medico segue e che vanno condivise con il paziente. In linea generale vengono impiegati quando con gli altri mezzi non è possibile controllare il dolore, o quando gli altri trattamenti presentano controindicazioni o provocano eccessivi disturbi al malato.

Qualora si decida di impiegare questi farmaci occorre informare adeguatamente il paziente, sul razionale della scelta del preparato, eventuali effetti collaterali e come verranno affrontati. Vanno impiegati sicuramente con la dovuta

attenzione, nella stessa misura però nella quale devono o dovrebbero essere usati gli analgesici cosiddetti minori. Sorprende come “spaventino” tanto gli oppiacei forti, mentre non si ha timore degli anti-infiammatori o degli analgesici intermedi. Questi ultimi infatti sono oppiacei ad ogni effetto.

Tutti i farmaci possono avere effetti collaterali o potenzialmente dannosi. In questa ottica ogni trattamento deve essere sempre valutato con attenzione e condiviso con il malato. ■

Antiinfiammatori

Hanno delle limitazioni:

- Azione quasi esclusivamente periferica
- Nessuna azione sul dolore neuropatico
- Interazione con le proteine plasmatiche ed aggregazione piastrinica
- Gastrolesività e **nefrotossicità**

Un incremento del dosaggio oltre quello massimo previsto, non produce un maggior effetto analgesico, ma un aumento degli **effetti collaterali**.

Abattere i pregiudizi sugli oppiacei

Possono determinare un deterioramento cognitivo e funzionale?

- Solo nei primi giorni di assunzione e durante le prime ore dalla somministrazione esiste un potenziale rischio di effetti sulle funzioni cognitive e psicomotorie
- I pazienti in terapia con oppiacei, quando sono stabilizzati, non vanno incontro a disabilità cognitive o disturbi psicomotori (è il dolore che ha effetti negativi su funzioni cognitive e psicomotorie)
- Studi epidemiologici hanno dimostrato che per i pazienti in terapia a lungo termine il rischio di incidenti automobilistici è superiore rispetto alla popolazione generale

Oppiacei nel dolore cronico non da cancro QUANDO IMPIEGARLI?

INEFFICACIA DEGLI ANALGESICI NON OPIACEI

VALUTAZIONE INTENSITA' E CAUSA DOLORE

IMPOSSIBILITA' A SOMMINISTRARE ALTE DOSI DI ANALGESICI MINORI A CAUSA DEGLI EFFETTI COLLATERALI

CONTROINDICAZIONI PER GLI ANALGESICI MINORI

ALTRE PROCEDURE (non farmacologiche) NON EFFICACI O NON PROPONIBILI

OPIACEI NEL DOLORE CRONICO

- Gli obiettivi del trattamento del dolore non da cancro con oppiacei, sono differenti da quelli del dolore da cancro
- Alleviare il dolore, non abolirlo totalmente
- Si dovrebbe cercare un equilibrio tra un livello di analgesia ottimale ed alcuni effetti collaterali, seppur transitori, che a loro volta possono condizionare la qualità della vita
- La maggior parte dei pazienti ritiene che un valore di dolore residuo è un giusto e accettabile compromesso

Atti del convegno "Spondiloartriti: capire, conoscere, curare"

Il trattamento riabilitativo nelle spondiloartriti



Paolo Simonazzi
Medicina Fisica e Riabilitativa
Sezione Ambulatoriale
AOSP Arcispedale Santa Maria Nuova
IRCCS, Reggio Emilia
simonazzi.paolo@asmn.re.it



Elisa Penserini
Medicina Fisica e Riabilitativa
Sezione Ambulatoriale
AOSP Arcispedale Santa Maria Nuova
IRCCS, Reggio Emilia
elisa.penserini@asmn.re.it

Il successo del trattamento riabilitativo di patologie croniche come le Spondiloartriti è strettamente correlata a due aspetti:

- **Diagnosi precoce:** permette di iniziare un trattamento riabilitativo prima che si siano instaurate rigidità e deformità
- **Educazione del paziente:** al paziente deve essere nota la natura della malattia, le manifestazioni cliniche e la possibile evoluzione dei fenomeni articolari; inoltre deve essere chiaro il ruolo dei farmaci, l'importanza della regolarità nell'esecuzione degli esercizi di mobilizzazione articolare e di rinforzo muscolare e il rispetto di norme di educazione gestuale e posturale.

Obiettivi del trattamento delle Spondiloartriti sono prevenire e ridurre gli effetti delle tre maggiori caratteristiche cliniche:

- **L'infiammazione,** responsabile dei sintomi del paziente (dolore e rigidità) e nel tempo della riduzione della mobilità spinale. Questo è il campo di intervento dei farmaci e della terapia fisica.
- **La ridotta mobilità articolare:** all'inizio è legata alla contrattura muscolare antalgica, in seguito è sostenuta da danni anatomici alle strutture articolari. Questo è il campo di azione degli esercizi di mobilizzazione articolare e di stretching.
- **Le deformità,** quali ad esempio la riduzione della lordosi lombare, l'aumento della cifosi dorsale e l'iperlordosi cervicale; questo è il campo di azione dell'educazione posturale, degli esercizi di stretching e potenziamento muscolare.

Il piano di trattamento si deve adattare allo stadio evolutivo della patologia e deve essere opportunamente variato in caso di fase infiammatoria. Si avvale di:

- Esercizi di mobilizzazione articolare, stretching e mantenimento di posture

Riducono la rigidità e aiutano a mantenere il normale arco di movimento e la flessibilità delle articolazioni. Sono alla base del trattamento delle Spondiloartriti e andrebbero eseguiti tutti i giorni. Se le articolazioni sono infiammate vanno mobilizzate cautamente entro l'arco di movimento concesso dal dolore: in queste fasi è importante trovare un equilibrio tra riposo articolare ed esercizio per favorire la guarigione della fase infiammatoria prevenendo l'instaurarsi di retrazioni muscolari e rigidità articolari.

- Esercizi di rinforzo muscolare

Incrementano la forza dei muscoli che stabilizzano e proteggono le articolazioni. Andrebbero eseguiti ogni due giorni a meno che non si sia in una fase infiammatoria attiva.

- Esercizi aerobici

Migliorano il fitness cardiovascolare e la resistenza, aiutano a controllare il peso, aiutano a mantenere una buona mobilità toracica e incrementano il senso di benessere generale. Cammino, nuoto, esercizi in acqua e altre attività ricreative: vengono consigliati dal medico o dal fisioterapista tenendo conto dello stadio evolutivo della Spondiloartrite e delle preferenze del paziente. Andrebbero eseguiti due o tre volte a settimana a meno che non si

sia in una fase infiammatoria attiva.

- Norme di educazione posturale e gestuale

Consigli sul mantenimento di una corretta postura in piedi, da seduti, in macchina, al lavoro, a letto, durante gli spostamenti di carichi, evitando i sovraccarichi e cambiando spesso postura. In caso di limitazioni articolari invalidanti si possono utilizzare ausili per il mantenimento dell'autonomia ed apportare modificazioni all'ambiente domestico e/o lavorativo.

- Terapie fisiche

Correnti antalgiche (TENS), ultrasuonoterapia, crioterapia in fase infiammatoria acuta e termoterapia in fase non infiammatoria (effetto miorellassante).

Percorso riabilitativo di un paziente con Spondiloartrite presso il nostro servizio di Medicina Fisica Riabilitativa dell'Arcispedale S. Maria Nuova di RE

Dopo la visita reumatologica, i pazienti accedono con prenotazione diretta alla visita fisiatrica e ai conseguenti percorsi riabilitativi che, a seconda delle esigenze evidenziate, possono prevedere:

- Terapie fisiche antalgiche
- Kinesiterapia individuale o di gruppo
- Idrokinesiterapia
- Esercizi attivi a domicilio

Kinesiterapia individuale

Il trattamento individuale solitamente è il primo momento della presa in carico del paziente in cui si evidenziano le problematiche caratteristiche di ogni singolo e ci si può avvalere di tecniche fisioterapiche specifiche. Inoltre il fisioterapista insegna gli esercizi di mobilizzazione articolare, di stretching, di rinforzo e di aerobica da eseguire a domicilio e fornisce eventuali consigli di educazione gestuale ed ergonomica.

Kinesiterapia di gruppo

Vengono formati piccoli gruppi di pazienti (4-5) con fase evolutiva della patologia e interessamento (rachide lombare, dorsale o cervicale) il più possibile omogeneo. Le sedute vengono effettuate 2/3 volte alla settimana per un totale di 10 sedute. La durata di ogni seduta è di 50 minuti. I pazienti eseguono esercizi di mobilizzazione articolare, stretching e rinforzo muscolare sotto la supervisione del terapeuta. È un momento importante anche sotto il profilo psicologico perché i pazienti hanno l'occasione di confrontarsi e socializzare con altri soggetti che condividono gli stessi disagi.

Idrokinesiterapia

L'esercizio fisico in acqua rispetto all'esercizio svolto in palestra presenta dei vantaggi attribuibili alle proprietà fisiche dell'acqua.

1) Galleggiamento

È la spinta verso l'alto che un corpo riceve quando è immerso in un fluido; è pari al peso del fluido spostato.

Effetti:

- diminuzione del peso sulle articolazioni
- facilitazione, contrasto o sostegno dei movimenti

in acqua a seconda della profondità e della direzione in cui vengono effettuati

2) Resistenza idrodinamica

È la resistenza che si incontra a compiere un movimento in acqua; è proporzionale alla velocità del movimento stesso.

Effetti:

- facilitazione al movimento (se eseguito in modo lento e continuo)
- rinforzo muscolare (proporzionale all'aumento di velocità di esecuzione)

3) Pressione idrostatica

È la pressione esercitata da un liquido in modo uniforme sulla superficie dei corpi che vi sono immersi; aumenta con l'aumentare della profondità.

Effetti

- miglioramento del ritorno venoso
- risoluzione di edemi agli arti inferiori

4) Temperatura dell'acqua

intorno ai 30°C ha effetti:

- miorellassante
- analgesico

Effetti terapeutici dell'esercizio in acqua

- riduzione del dolore
- riduzione del carico sulle articolazioni e facilitazione al movimento articolare
- graduale potenziamento muscolare
- miglioramento della capacità aerobica
- facilitazione della deambulazione e di altre attività funzionali
- miglioramento della coordinazione motoria
- incremento della circolazione periferica e miglioramento del trofismo cutaneo
- positivo impatto psicologico sull'umore e sulla psiche

I pazienti sono divisi in gruppi da 8-10 persone il più omogenei possibile per patologia ed età. Le sedute hanno cadenza bisettimanale della durata di 50 minuti per un totale di 10 sedute.

La seduta è organizzata in tre fasi:

1. fase di riscaldamento: cammino e/o spostamenti in acqua con galleggianti
2. fase di mobilizzazione attiva e rinforzo muscolare dei vari distretti corporei attraverso esercizi a corpo libero e con galleggianti che facilitano (mobilizzazione articolare) o contrastano (rinforzo) l'azione muscolare
3. fase di rilassamento: gli ultimi 10 minuti sono dedicati all'idromassaggio e al galleggiamento in acqua con ausili

Esercizi attivi a domicilio

Durante le sedute individuali e di gruppo al paziente viene fornito un opuscolo che contiene alcuni consigli di educazione posturale e gestuale e gli esercizi che dovrà svolgere a domicilio. Gli esercizi dell'opuscolo vengono provati ed eventualmente personalizzati sotto la guida del terapeuta; una volta appresi il paziente continua ad eseguirli *quotidianamente* a domicilio. Gli esercizi possono essere rivisti nel tempo a seconda dell'evoluzione della Spondiloartrite e dello stato infiammatorio. ■

Spondilite anchilosante – Guida informativa

AOSP Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

Dipartimento Neuro-Motorio, Medicina Fisica e Riabilitativa

Dr. Claudio Tedeschi

Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche Reumatologia

Dr. Carlo Salvarani



Testi a cura di

Ft. Maria Bozzo, Ft. Rosalinda Ferrari

Con la collaborazione di:

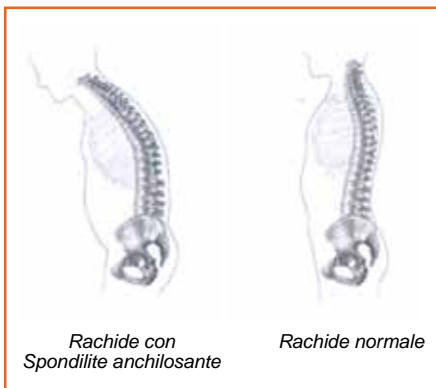
Dr. Antonio Marcato,

Dr. Paolo Simonazzi

La postura

E' stato ampiamente dimostrato che, tenere a lungo una postura scorretta può creare problemi all'apparato muscolo-scheletrico.

Ciò è particolarmente evidente nelle persone affette da Spondiloartrite Anchilosante, nelle quali la patologia determina un'accentuazione della riflessione della colonna provocando rigidità e dolore. Di conseguenza è fondamentale migliorare e ottimizzare la postura, sia durante le attività giornaliere che durante il riposo, per prevenire maggiori deformità.



È utile una sedia con schienale alto, seduta rigida e braccioli per spostare il peso del corpo dalla colonna alle braccia. Evitare sedie basse, morbide e senza schienale che potrebbero favorire sia una postura scorretta che aumentare il dolore.

La postura corretta prevede di portare bene indietro il bacino, appoggiarsi allo schienale, mantenere le anche e le ginocchia flesse a 90 gradi. In ogni caso è bene non mantenerla troppo a lungo e alzarsi ogni tanto.

Come bisogna posizionarsi se si deve stare a lungo in piedi

E' importante per chi sta in questa posizione per molte ore al giorno, oppure deve svolgere compiti domestici, imparare a:

- mantenere alla giusta altezza il piano di lavoro
- allargare la base di appoggio distanziando i piedi, distribuendo il peso, prima su un piede poi sull'altro. Oppure posare un piede su un appoggio cambiando spesso il piede di sostegno.



Come sollevare e trasportare i pesi



- La schiena dovrebbe rimanere più dritta possibile evitando di flettersi in avanti.
- Posizionarsi il più vicino possibile all'oggetto.
- Piegarsi sulle ginocchia e mantenere la schiena dritta.
- Provare il peso dell'oggetto prima di sollevarlo ed evitare di sollevarlo se il peso è eccessivo
- Avere una presa sicura sull'oggetto e sollevarlo raddrizzando le ginocchia e tenerlo vicino al corpo

Come posizionarsi davanti al computer

Quando si lavora con un computer è importante adattare l'ambiente circostante e gli strumenti utilizzati in modo da poter assumere una postura rilassata e comoda. Quando ci siede **davanti al computer** è importante seguire queste semplici regole che aiuteranno a mantenere una **posizione corretta**:

- utilizzare una **sedia** che sostenga adeguatamente la parte inferiore della schiena **1**

- regolare l'**altezza della sedia** e della **superficie di lavoro** in modo da poter assumere una posizione comoda e naturale **2**
- la parte superiore del **monitor** deve stare al livello degli occhi o appena più in basso, per mantenere la testa e il collo corretti.
- collocare la **tastiera** in una posizione centrale sulla scrivania, davanti al monitor o ai documenti che si stanno consultando.
- la distanza della tastiera deve permetter di tenere gli avambracci stesi e rilassati e di appoggiarli sulla **scrivania**.
- appena si avverte fastidio al **collo** o alle mani, fermarsi, alzarsi e fare quattro passi nella stanza.
- In ogni caso prendersi una **pausa** dopo due ore passate davanti al computer per consentire al corpo di recuperare dopo lo svolgimento di un'attività e per prevenire l'insorgere di disturbi muscolo scheletrici.

Come posizionarsi in auto

La posizione seduta, specialmente in auto, costringe la colonna vertebrale ad assumere una conformazione diversa da quella fisiologicamente corretta.

Pertanto la posizione del sedile dell'automobile ha una rilevanza particolare, specialmente per chi passa molto tempo al giorno alla guida, nel favorire o meno l'insorgenza di dolore.



Lo **schienale** deve essere sufficientemente verticale in modo che la schiena sia sempre bene aderente allo stesso e che con le **braccia** allungate, ma non tese, si possa raggiungere comodamente al sommità del volante.

Il **sedile** va fatto scorrere sino a quando tutti e tre i pedali possono essere premuti a fondo con facilità. Mantenere una distanza dai piedi che consenta di appoggiare il bacino allo schienale e di aver le ginocchia appena flesse.

Il riposo a letto

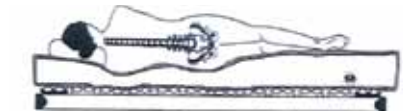
Il materasso ideale non dovrebbe essere né troppo rigido, perché è scomodo e non riduce il dolore, né troppo morbido perché tenderebbe a cedere nel mezzo favorendo la cifosi; l'ideale sarebbe di durezza media (es. materasso in lattice che si adatta alle curve del corpo) tale da favorire una posizione corretta durante la notte.



materasso rigido



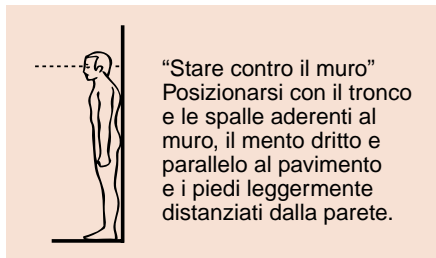
materasso molle



materasso di media durezza

Come controllare la postura?

Si può controllare la postura regolarmente attraverso il seguente test:



Il test consiste nello spingere il mento indietro mentre si guarda avanti (tenendo occhi e mento a livello) avvicinando il più possibile la testa al muro, mantenendo la posizione per 5 secondi, e successivamente rilassarsi. Ripetere l'esercizio di raddrizzamento quando si cammina, si sta seduti, si guida...

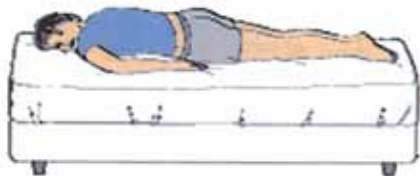
Consigli pratici

Qual è il modo corretto di star seduti?



• Quando si è a letto è importante mantenere in posizione orizzontale la colonna.

Esercitarsi a riposare proni per esempio 20 minuti prima di alzarsi e 20 minuti prima di addormentarsi. Inizialmente si potrebbe non riuscire a tollerare più di 5 minuti alla volta, e potreste aver bisogno di un cuscino posizionato sotto il vostro torace, ma con un po' di pratica, il rilassamento della colonna, renderà più semplice l'esercizio. Se l'esercizio viene svolto regolarmente può prevenire o contrastare la flessione della colonna e delle anche.



• Se vi è dolore o meno durante il riposo è consigliabile assumere alte posizioni:

- Posizione supina

Il cuscino dovrebbe riempire lo spazio tra il collo e il materasso, se il collo è rigido in posizione flessa potrebbe essere necessario usare più cuscini per il giusto supporto; posizionare infine un cuscino anche sotto le ginocchia flesse per diminuire la tensione nella zona lombare.



- Posizionare il decubito laterale

Il cuscino dovrebbe riempire lo spazio tra l'orecchio e il materasso, con un cuscino sotto le ginocchia flesse.



Come alzarsi dal letto

1. Mettersi su fianco con le gambe piegate.
2. Far scendere le gambe dal letto e contemporaneamente sollevare il busto aiutandosi con entrambe le braccia
3. Appoggiare le mani alle ginocchia e alzarsi



Come diminuire la rigidità

1. Effettuare **impacchi freddi** (apporte ghiaccio avvolto in un asciugamano, ghiaccio sintetico etc) se vi sono episodi infiammatori.
2. Applicare varie **forme di calore** (bagno o doccia calda, borsa di acqua calda, coperte termiche) per diminuire la rigidità (**non in presenza di episodi infiammatori**).

L'esercizio è fondamentale

L'esercizio è fondamentale nella gestione della Spondilite Anchilosante. Eseguito quotidianamente, o comunque con regolarità e costanza, aiuta a mantenere una **postura corretta, l'elasticità e riduce il dolore**, permettendo al paziente di rimanere inserito nella vita socio-professionale.

Le principali finalità dell'**esercizio** sono:

1. **Mantenere o riacquistare la mobilità della colonna**
2. **Mantenere o migliorare la postura**
3. **Aumentare l'espansione della gabbia toracica**

Ogni esercizio va ripetuto almeno 5 volte fino ad un massimo di 10 ripetizioni. Non è indispensabile eseguire tutti gli esercizi ogni giorno, ne bastano 2 o 3 ogni postura, per un lavoro totale quotidiano di circa 30-40 minuti.

Consigliabile inoltre praticare sport aerobici (come ad esempio la ginnastica in acqua, guidata dal fisioterapista, e il nuoto) in grado di favorire il movimento della colonna vertebrale senza provocare sovraccarichi funzionali potenzialmente dolorosi.

Riscaldamento

Marciare velocemente sul posto per un minuto staccando il più possibile i piedi dal suolo e contemporaneamente portare in alto le braccia per 20 secondi, poi in avanti per altri 20 secondi e infine di lato per 20 secondi.

Programma di esercizi



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA FLESSE, PIEDI IN APPOGGIO: inspirare l'aria dal naso gonfiando l'addome, espirare dalla bocca sgonfiando l'addome, contraendo i muscoli addominali e facendo aderire il tratto lombare al materassino **(5 volte)**



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA FLESSE, PIEDI IN APPOGGIO: portare un ginocchio al petto e afferrarlo con entrambe le mani. Ritornare alla posizione iniziale e ripetere l'esercizio con l'altra gamba. **(5 volte per gamba)**



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA FLESSE, MANI LUNGO I FIANCHI, PIEDI IN APPOGGIO: sollevare il bacino da terra, mantenere la posizione per 3 secondi e ritornare lentamente a terra. **(5-10 volte)**



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA FLESSE, PIEDI IN APPOGGIO: portare un ginocchio verso il petto ed afferrarlo con entrambe le mani ed estendere gradualmente la gamba mantenendo il piede a 90 °. L'esercizio deve dare la sensazione di tensione nella parte posteriore dell'arto, ma non provocare dolore. **(5 - 10 volte per gamba)**



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA FLESSE, PIEDI IN APPOGGIO, MANI INCROCIATE E BRACCIA TESE IN ALTO: portare le braccia verso destra e contemporaneamente le ginocchia verso sinistra, la testa rimane ferma. Ripetere l'esercizio dalla parte opposta. **(5-10 volte)**



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA FLESSE, MANI LUNGO I FIANCHI: contrarre i muscoli addominali sollevando testa e spalle da terra e portando le mani verso le ginocchia, mantenendo il tratto lombare aderente a terra **(5-10 volte)**



POSIZIONE SUPINA, GINOCCHIA ESTESE, BRACCIA DISTESE DIETRO LA TESTA: flettere gradualmente le caviglie, mantenere la posizione 5 secondi, riportare in posizione di partenza. L'esercizio deve dare la sensazione di tensione nella parte posteriore degli arti, ma non provocare dolore. **(5-10 volte)**



POSIZIONE PRONA: sollevare di pochi centimetri la gamba mantenendola estesa. Ripetere dalla parte opposta. (5-10 volte)



POSIZIONE QUADRUPEDICA: sollevare la testa verso l'alto e inarcare la schiena nella parte lombare (estensione), successivamente portare la testa fra le braccia e incurvare il più possibile la schiena (flessione) senza modificare la posizione delle braccia e delle gambe. (5 volte)



POSIZIONE QUADRUPEDICA: mantenere la testa alzata, portare il braccio destro avanti e la gamba sinistra tesa indietro; ritornare in posizione di partenza, ripetere l'esercizio alternativamente con gli arti contralaterali. (3-5 volte)



SEDUTI SU UNA SEDIA O SU UNO SGABELLO: flettere la testa in avanti cercando di avvicinare il più possibile il mento al petto, e ritornare alla posizione di partenza. (5 volte)
Portare la testa indietro cercando di guardare il soffitto e ritornare alla posizione di partenza. (5 volte)



SEDUTI SU UNA SEDIA O SU UNO SGABELLO: ruotare la testa a sinistra cercando di portare il mento più vicino alla spalla mantenendo la testa eretta con lo squadro rivolto in avanti. Ritornare alla posizione di partenza. Ripetere l'esercizio verso destra. (5 volte per parte)



SEDUTI SU UNA SEDIA O SU UNO SGABELLO: flettere la testa a destra, portando l'orecchio il più possibile vicino alla spalla, e rimanere in questa posizione 5 secondi. Ritornare nella posizione di partenza. Ripetere l'esercizio flettendo la testa a sinistra. (5 volte per parte)



SEDUTI SU UNA SEDIA O SU UNO SGABELLO, AFFERRARSI LE MANI TENENDO I GOMITI ALL'ALTEZZA DELLE SPALLE: ruotare la testa e le spalle verso destra e ritornare nella posizione di partenza. Ripetere l'esercizio a sinistra. (3-5 volte per parte)



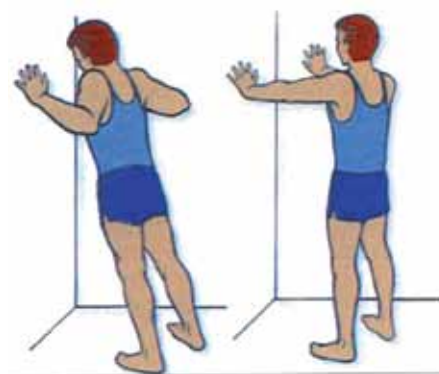
SEDUTI SU UNA SEDIA O SU UNO SGABELLO: inclinare il tronco a destra accompagnando il movimento con il braccio teso lungo il fianco, non piegarsi né avanti né indietro. Ritornare alla posizione iniziale, ripetere verso il lato sinistro. (5 volte per parte)



POSIZIONE ERETTA, MANI ALLE SPALLE: descrivere con i gomiti dei cerchi in senso orario e antiorario (5-10 volte per parte)



IN PIEDI: sollevare un braccio verso l'alto cercando di estendere il più possibile il gomito e la spalla, mantenere la posizione per 10 secondi. Ripetere dall'altro lato. Tenere il più possibile eretta la colonna durante l'esecuzione dell'esercizio. (2-3 volte per parte)



IN PIEDI, DI FRONTE AD UNA PARETE AD ANGOLO, MANI APPOGGiate ALLE PARETI, BRACCIA ESTESE: inspirare portando il corpo verso l'angolo della parete, mantenendo i piedi appoggiati; espirare ritornando alla posizione di partenza. (5-10 volte)



IN PIEDI, DI FRONTE AD UNA PARETE: mano destra appoggiata al muro, con la mano sinistra afferrare la caviglia sinistra cercando di avvicinare il tallone alla natica e mantenere la posizione per 5 secondi. Ripetere l'esercizio dall'altro lato. (3-5 volte)

Il trattamento integrato

Una gestione ottimale della **Spondilite Anchilosante** non può prescindere dalla stretta collaborazione delle diverse figure professionali che interagiscono alla cura del paziente.

Il ruolo fondamentale svolto dallo specialista **reumatologo**, al quale compete l'inquadramento diagnostico e l'impostazione della terapia farmacologica.

Allo specialista **fisiatra** viene richiesta la valutazione e la programmazione di un percorso riabilitativo adeguato al singolo paziente e alla fase di malattia.

Al **fisioterapista** spetta soprattutto il compito di guidare operativamente il paziente in tale percorso, stimolandolo ad esercitare un ruolo attivo nella gestione della propria malattia.

Non si deve infine dimenticare l'importante ruolo di altri operatori quali **l'assistente sociale e lo psicologo** per le delicate implicazioni che tale malattia può comportare in questi ambiti.

Atti del convegno “Spondiloartriti: capire, conoscere, curare”

I percorsi di cura del paziente reumatologico adulto



Donato Zocchi
Azienda USL di Bologna
Medico di Medicina Generale
donatozo@tin.it

Il paziente reumatologico è un paziente affetto da patologia cronica che, per la particolare complessità diagnostica e terapeutica, necessita di un percorso di presa in carico che eviti la frammentarietà delle prestazioni clinico – assistenziali.

PREMESSA

In Italia oltre 5 milioni di persone soffrono di malattie reumatiche. Di queste, circa 1/6 sono colpite dalle forme croniche come artrite reumatoide e spondiloartropatie. La scelta di strutturare percorsi clinico – organizzativi a livello metropolitano è motivata da presupposti clinici e operativi nell’ottica di favorire l’accesso e migliorare la presa in carico.

OBIETTIVI ED ELEMENTI DI GARANZIA

- Presa in carico tempestiva dei pazienti con quadri reumatologici complessi fin dalle prime fasi della malattia e riduzione dei tempi di attesa delle prime visite per pazienti con patologia reumatologica acuta all’esordio
- Integrazione di percorsi e strategie nell’assistenza specialistica e territoriale a garanzia della continuità assistenziale
- Omogeneità della presa in carico/gestione del paziente reumatologico fra i centri specialistici cittadini
- Ottimizzazione dell’appropriatezza prescrittiva diagnostico – terapeutica e standardizzazione del follow up
- Condivisione delle strategie informative – comunicative rivolte ai pazienti reumatologici

PROPOSTE DI INTERVENTO

- Sospetto di complessità: invio tempestivo allo specialista

Si individuano i seguenti quadri clinici - e patologie - “prioritari” rispetto ai quali mettere in atto percorsi di **accesso rapido allo specialista** per un inquadramento diagnostico e prognostico precoce e la tempestiva istituzione di un trattamento appropriato:

1. artriti infiammatorie (artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondiloartriti sieronegative, ..)
2. lombalgia infiammatoria persistente (spondilite anchilosante)
3. sospette connettiviti o vasculiti.

La scelta dei 3 quadri clinici è formulata su presupposti clinici ma anche nell’ottica della semplificazione operativa.

Segni e sintomi di allerta per l’invio allo specialista tramite *percorso rapido*:

1. dolore e tumefazione di 3 o più articolazioni di mani o piedi o di 1 grossa articolazione (es. ginocchio) da almeno 6 settimane
2. lombalgia da almeno 3 mesi in soggetto di età < 45 anni, prevalentemente notturna o al risveglio
3. fenomeno di Raynaud

Fondamentale per il buon funzionamento del percorso è la stretta collaborazione con i MMG: il MMG è il primo riferimento per il paziente reumatico e svolge un importante ruolo “sentinella” e di raccordo con i centri: dal “filtro” effettuato dal MMG si costruisce l’invio tempestivo allo specialista reumatologo. Inoltre, il MMG, dopo la fase diagnostico – terapeutica, segue i pazienti in collegamento con gli specialisti per quanto attiene alla sorveglianza della sintomatologia e alla gestione degli effetti collaterali dei farmaci.

E’ pertanto rilevante pianificare una specifica formazione e sensibilizzazione dei MMG rispetto alla strutturazione dei percorsi e alla organizzazione dei servizi.

Modalità di accesso:

Il MMG che individua i sintomi di allerta per il sospetto di:
- artrite infiammatoria
- lombalgia infiammatoria persistente
- connettivite o vasculite
prescrive su ricetta SSN una prima visita reumatologica “urgenza deferibile” con quesito diagnostico “**reumopatia**” da effettuare entro 7-10 giorni ed invia il paziente a CUP per la prenotazione su agenda di prima visita reumatologica urgente.



Da non inviare attraverso percorso “accesso rapido”:

- pazienti con documentazione radiologica di artrosi e rachialgie o gonalgie persistenti
- pazienti con fibromialgia nota o sospetta

- La categoria *Visite urgenti entro 24 ore* non si applica in reumatologia

- Presa in carico specialistica: **percorsi diagnostico – terapeutici in Day Service Ambulatoriale (DSA)/specialistica evoluta**

Se il reumatologo che ha visitato il paziente conferma il sospetto, completa l’inquadramento diagnostico e sulla base delle risultanze avvia, quando necessario, specifici percorsi diagnostico – terapeutici da effettuare con presa in carico del paziente all’interno della rete secondo i modelli di **specialistica evoluta e/o di Day Service Ambulatoriale (DSA)**. Tali percorsi facilitati, condivisi fra i professionisti e le diverse strutture coinvolte, consentono di abbreviare i tempi diagnostici, di ridurre gli accessi del paziente e di ottenere una migliore omogeneità gestionale.

Il referto della prima visita reumatologica viene redatto secondo format omogeneo, possibilmente informatizzato, strutturato su campi definiti (obbligatori) che consentano di velocizzare la scrittura e ricavarne dati statistici e informazioni almeno di patologia.

Organizzazione e qualificazione della rete reumatologica

Ogni *ambulatorio specialistico o centro reumatologico* deve dotarsi della possibilità di prendere in carico il paziente attraverso la strutturazione di percorsi diagnostico – terapeutici definiti che utilizzino i diversi punti della rete reumatologica coerentemente con le indicazioni formulate dal gruppo di lavoro metropolitano in un’ottica di appropriatezza clinica, prescrittiva e organizzativa.

Per l’inquadramento diagnostico lo specialista prenota direttamente su agende interne gli accertamenti previsti dal percorso, comprese la successiva visita di controllo.

Le agende CUP per visite di controllo sono riversate nel sistema interno per consentire la prenotabilità diretta dello specialista ambulatoriale. L’eventuale riutilizzo di CUP dei posti non coperti relativi a prestazioni prenotate con agende interne potrà essere valutato in base all’andamento della fase di avvio.

La diagnostica *standard* viene effettuata prevalentemente con il modello ambulatoriale della *specialistica evoluta* e al MMG pervengono tutte le informazioni previste dalla rete SOLE, mentre l’inquadramento di *casi di maggiore complessità o criticità* fruiscono del modello *Day Service Ambulatoriale* e in questo caso al MMG viene inviata la comunicazione di apertura e la relazione finale a conclusione del percorso di DSA.

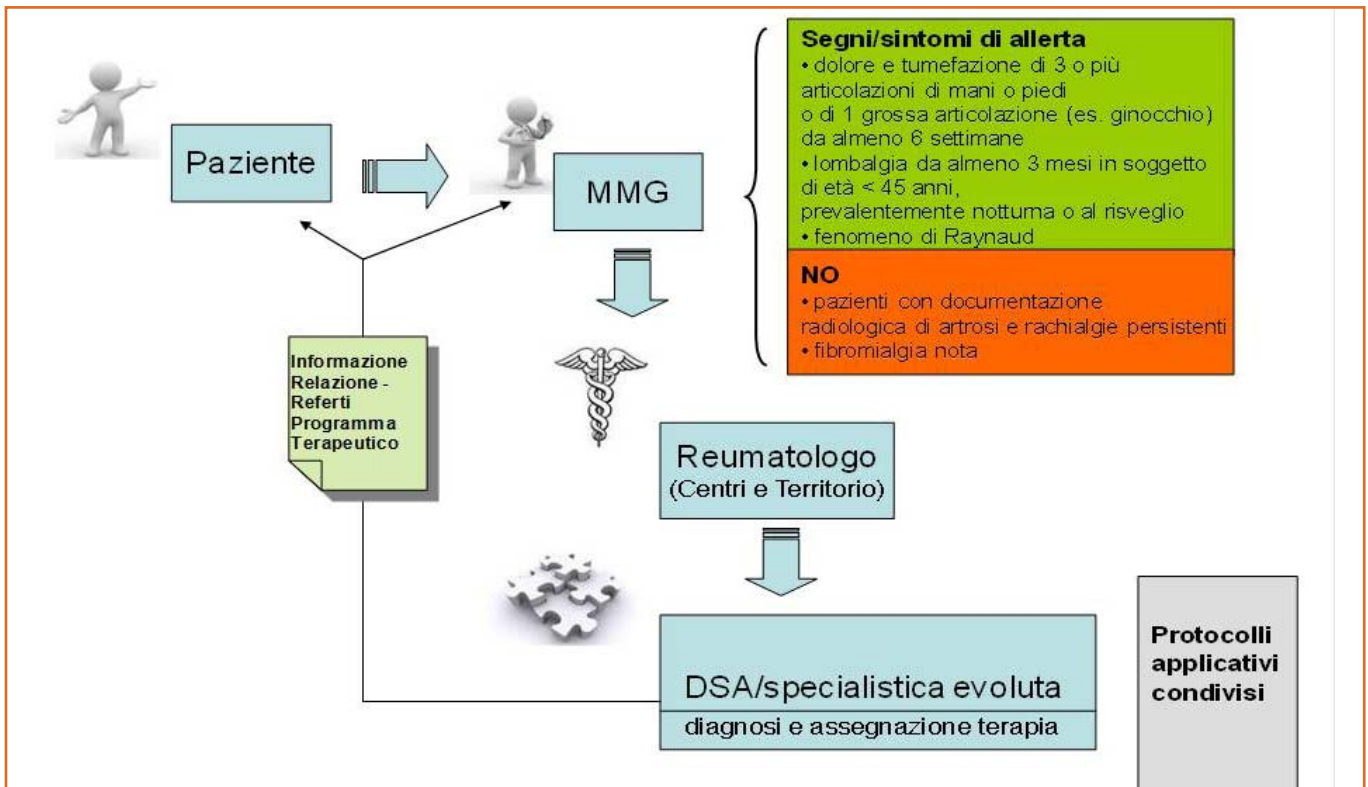


FIGURA 1

Percorso “accesso rapido” Patologie Reumatologiche complesse (artriti e connettiviti/vasculiti) all'esordio (1° fase: presa in carico specialistica)

Tra la documentazione prodotta, eventualmente da programma informatico, deve essere prevista la modulistica per l'esenzione ticket e quella per l'elaborazione dell'eventuale Piano Terapeutico.

E' auspicabile la realizzazione di una cartella ambulatoriale informatizzata omogenea fra i diversi centri.

Accertamenti laboratoristico – strumentali (specialistici)

Si individua un panel di indagini diagnostiche standard che potrà essere integrato da ulteriori prestazioni sulla base del quadro clinico. Gli esami di completamento diagnostico sono gestiti direttamente dalle diverse strutture reumatologiche attraverso le modalità di presa in carico del paziente (DSA/specialistica evoluta). Gli accertamenti diagnostici di 2° livello sono effettuati presso i centri di riferimento e i presidi ospedalieri.

Al termine dell'inquadramento diagnostico, da completare entro 30 giorni, lo specialista che ha in carico il paziente effettua la sintesi diagnostica e definisce la terapia, il paziente viene correttamente informato circa il suo quadro clinico e le tappe previste dal suo percorso clinico – assistenziale e riceve una relazione per il MMG con le indicazioni relative alla diagnosi, alla terapia (con piano terapeutico, ove richiesto ed eventuale esenzione per patologia), alla prognosi e al programma di follow up.

- Follow up ambulatoriale (controlli)

Le prestazioni di FU per la valutazione periodica del paziente sono gestite dai centri reumatologici sulla base di protocolli applicativi predefiniti e attraverso agende interne (GESI, SSO, SIR).

Sono inoltre previsti contatti o accessi privilegiati ai centri di riferimento in caso di riacutizzazioni della patologia o di problematiche insorte nel corso del trattamento. ■

Codice e condizione di esenzione	n.ro esenzioni attive in soggetti con età < 18 anni				n.ro esenzioni attive in soggetti con età ≥ 18 e < 65 anni				n.ro esenzioni attive in soggetti con età ≥ 65 anni				n.ro esenzioni attive			
	M		F		M		F		M		F		M		F	
	tot		tot		tot		tot		tot		tot		tot			
005 ARTRITE REUMATOIDE	16	45	61	210	741	951	195	662	857	421	1.448	1.869				
028 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1	2	3	28	273	301	10	68	78	39	343	382				
030 MALATTIA DI SJOEGREN	0	0	0	20	186	206	20	162	182	40	348	388				
037 MORBO DI PAGET	0	0	0	29	13	42	80	46	126	109	59	168				
045 PSORIASI (ARTROPAZIA, PUSTOLOSIA GRAVE, ERITRODERMICA)	3	3	6	588	951	1.539	196	197	393	787	751	1.538				
047 SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)	2	0	2	19	155	174	8	114	122	29	269	298				
054 SPONDILITE ANCHILOSANTE	0	0	0	145	132	277	40	17	57	185	149	334				
Totale AUSL di Bologna	22	50	72	1.039	3.051	3.090	549	1.266	1.815	1.610	3.367	4.977				

Dati elaborati da: Servizio Assistenza Direttoriale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari - Regione Emilia Romagna
Clara Carvetti, Pasquale Matacchione, Vittoria Pastorelli

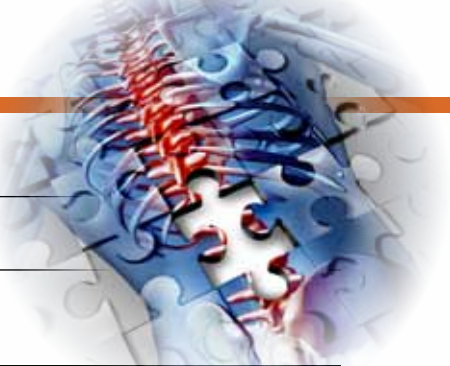




Testimonianza di un paziente

La mia Spondilite Anchilosante

Daniele Conti
contidaniele@hotmail.it



Raccontare la mia "avventura" con la Spondilite Anchilosante non è semplice... Il suo presentarsi è stato progressivo, lento, quasi subdolo nel periodo dell'adolescenza. Non ricordo un momento ben preciso, ricordo bene però come si è manifestata. Il sintomo principale è stato un forte dolore nella parte posteriore della gamba fino al ginocchio, che mi descrissero come una "sciatica". Si presentava però in modo anomalo, colpiva prima una gamba, poi l'altra, a cicli si attenuava e si ripresentava a distanza anche di tempo senza mai lasciarmi completamente libero dal disagio. Le anche erano un tasto dolente, il senso di rigidità alla schiena al risveglio, una forte sensazione di stanchezza generale e le fitte intercostali erano episodi man mano sempre più ricorrenti. La notte era il momento più complicato, cominciava un duello tra il sonno e il dolore, il corpo chiedeva una buona dormita, ma il dolore mi spingeva ad alzarmi e muovermi per non farsi sentire. Alla fine vinceva il sonno, ma solo a tarda notte e per sfinimento. La resistenza al dolore era diventato un allenamento quotidiano, studiavo con attenzione le posizioni da assumere, come scendere dal letto, fare le scale, indossare un cappotto, vestirmi, tutto per sentire meno dolore. A ciò si unì progressivamente anche il problema intestinale che appariva legato a determinati cibi e allo stato emotivo del momento.

Questi sintomi si manifestarono a passi lenti e sempre più intensi, ma non furono subito collegati ad una patologia ben definita. Conobbi il termine "Spondilite Anchilosante" circa sette anni più tardi dal suo esordio, e per puro caso. Consultai numerosi specialisti, ortopedici, fisiatristi, neurologi, per arrivare allo psichiatra convinto di dover indagare anche questo aspetto. Il medico di base alla fine gettò la spugna, credo più che altro perché preso dallo sconforto... Mi presentai avvilito al pronto soccorso dove un medico, prossimo alla pensione, non venne a capo della questione, ma, saggiamente, mi suggerì di fare una visita reumatologica. Il termine "reumatologica" mi suonò strano, avevo circa vent'anni e non sapevo cosa fosse questa branca della medicina, a dire la verità non sapevo neppure che esistesse.

Prenotai una visita a cup e mi presentai da solo, senza molta convinzione. La visita fu abbastanza rapida, il risultato nella mente del medico molto chiaro da subito, mentre per me lo fu molto meno. Al medico bastò guardare una lastra, leggere gli esami del sangue e ascoltare alcuni sintomi, gli stessi che avevano letto tutti, ma il risultato fu molto diverso. Ricordo che avvenne tutto così rapidamente che non afferrai a pieno i passaggi con cui il medico arrivò alla diagnosi e alla contestuale proposta di terapia per una malattia che mi disse essere cronica. Il primo approccio, devo ammetterlo, non fu per niente "piacevole", anzi, a dire la verità fu piuttosto conflittuale, un fulmine a ciel sereno. Ero sfinito e non ero preparato ad essere "arruolato" in una terapia la cui importanza dedussi solo dall'elenco di possibili effetti collaterali, descritti per un mio consenso informato; non ero pronto ad associare la mia persona alle parole invalidante, degenerativa, cronica.

Cominciò così la mia personale avventura, e quella che considero la mia fase di accanimento diagnostico, forse per cercare di cambiare la diagnosi, che non accettai e non compresi neppure. Il materiale informativo per pazienti sulla Spondilite era scarso se non nullo, non molti conoscevano questa patologia e credo si fosse innescato il tentativo di avere un "parere migliore" più autorevole. Cominciò così il mio personale viaggio di Ulisse in varie reumatologie. I tempi si dilatarono di molti mesi, cominciai ad ascoltare meglio il mio corpo, cominciai a collegare alcuni sintomi tra loro, cominciai a familiarizzare con l'idea di una patologia cronica. Un aspetto importante fu il cominciare a fare domande durante le visite, volevo informazioni, volevo capire cosa mi stava accadendo. Alla fine riuscii ad affidarmi ad uno specialista con cui si instaurò un rapporto di fiducia, iniziai le terapie e dopo ancora un lungo periodo arrivai a stabilizzare la mia patologia. Oggi la Spondilite è una compagna sempre presente, ma la "convivenza di fatto" lascia a ciascuno i propri margini e la qualità della vita è molto buona.

Quanto appena raccontato descrive solo un aspetto della malattia, quello propriamente dei sintomi. Personalmente, solo quando riuscii ad avere un miglioramento sensibile, cominciai ad accorgermi di quanto profondo possa essere lo spettro di coinvolgimento di una malattia cronica. All'inizio ci si concentra su di sé e non ci si sofferma a riflettere come e quanto siano coinvolti anche tutti coloro che accompagnano una persona nella sua vita. La spondilite anchilosante coinvolge tutta la famiglia, i genitori come il proprio partner e i figli, e tutti gli aspetti della vita come il lavoro e lo studio, la vita relazionale, gli amici e il quotidiano. È importante avere coscienza di ciò perché il tessuto sociale in cui viviamo è un perno fondamentale che qualifica la nostra qualità della vita, assieme a noi vengono coinvolte numerose altre persone e questo ci deve far riflettere, non per prevenire loro qualche "disagio", ma per rendere chi ci sta attorno e lo desidera partecipi del nostro percorso. Anche con il semplice gesto di farsi accompagnare alle visite. Spesso infatti all'inizio si tende a isolarsi e questo comportamento inconscio aggrava la situazione generale portandoci in una spirale negativa che dovrà essere affrontata poi. Non è facile, ma bisognerebbe imparare a gestire e coinvolgere nel modo adeguato anche le persone che ci circondano.

Un aspetto che altrettanto spesso si sottovaluta quando ci si scontra con una diagnosi di Spondilite è sicuramente la paura che assale la persona, paura connessa alla gestione di questa patologia i cui contorni non sono molto precisi, paura sulla sua evoluzione, su come gestirla al meglio. Il senso di precarietà con cui ci si scontra è sicuramente un effetto collaterale con il quale ho dovuto imparare a confrontarmi. Ci si sente fragili, dipendenti, impotenti di fronte a qualcosa che non si governa, che ci lega ma che non si può controllare fino in fondo. Tutto questo ovviamente ha ripercussioni non solo sul fisico, ma anche sulla nostra sfera sociale: le persone, gli affetti, il lavoro. È fondamentale imparare a convivere con il concetto di cronicità, imparare ad ascoltare il proprio corpo, e se stessi. Sembra semplice da dire, ma non è certo facile da mettere in pratica.

Un altro tassello fondamentale del percorso di presa in carico è imparare a confrontarsi alla pari con chi ci segue e prende in cura, con il "mondo medico" per capirci. Diventa essenziale costruire un'alleanza con i medici che ci seguono, a partire dal proprio medico di base fino agli specialisti. È importante fare domande e pretendere risposte, anche col rischio di essere considerati per inopportuni, occorre capire bene il percorso diagnostico propositoci come anche le strategie e gli stili di vita più appropriati per mantenere e preservare la nostra qualità di vita. In "soldoni", occorre imparare a prendersi cura di sé nel modo adeguato.

La mia personale "avventura", non dimentico, conosce una concreta "maturazione" attraverso l'incontro con l'associazione dei pazienti. È stato grazie a questa realtà e ad una persona che ha risposto ad numero telefonico che ho potuto cominciare un reale confronto alla pari con persone disponibili e preparate che conoscevano molto bene la realtà che stavo affrontando, avendola affrontata prima di me. Grazie a quel contatto ho cominciato a prendere coscienza a pieno dei tanti aspetti della mia malattia. Ne è nato un impegno successivo che mi ha reso possibile capire non solo il mio bisogno, ma anche quello degli altri, ed ha reso possibile aiutarmi aiutando. Essere attivo in associazione mi ha permesso anche di cambiare il mio punto di vista sul concetto di paziente, non solo un "utilizzatore di prestazioni", ma una parte attiva del proprio percorso di cura... Ho acquisito poi la ferma convinzione che solo migliorando la condizione di tutti è possibile garantirci un miglioramento sicuro e concreto anche per se stessi, ho imparato che uniti assieme si diventa una forza molto importante, e che ciascuno nel suo piccolo e con il proprio contributo può fare cose migliori che il singolo non ha la forza di ottenere. Molti passi sono stati fatti dal quel 2006 in cui, forse con incoscienza, cominciai ad essere impegnato nell'associazione, molto lavoro è stato fatto, molto è ancora da fare, ma oggi credo fermamente che solo tutti assieme possiamo fare la differenza!

Daniele ■



Testimonianza di una paziente

La mia psoriasi

Questa testimonianza è stata letta durante il convegno sulle Spondiloartriti da Marta Venerandi – Vicepresidente AMRER Onlus



Sono Eleonora, ho 30 anni e convivo con la mia compagna di vita da più di dieci anni. Non sono abituata a parlare davanti ad un pubblico e non ne ho nemmeno mai avuta occasione, ma ho risposto positivamente alla richiesta della mia Associazione di raccontarmi perché credo che farmi portavoce di tutti coloro che vivono l'esperienza di questa malattia possa farci sentire non "osservati", ma compresi. Non siamo diversi dai sani abbiamo solo un problema in più.

Le prime avvisaglie arrivarono nel 2001 circa 11 anni fa: alcune macchie sul capo che il mio parrucchiere notò e definì come una cascata di piccole scaglie bianche, rendendo più simpatica la comunicazione che avevo una bella forfora.

Mi trovai a disagio ma non diedi molta importanza alla cosa dicendomi che ero stressata, stanca e preoccupata per il lavoro che assorbiva molto del mio tempo; avevo avviato una attività in proprio, volevo vendere fiori e con l'aiuto della mia famiglia ero riuscita a realizzare il mio sogno.

Il mio problema però non si fermò alla forfora. Anche la mia pelle ne era colpita e non sapevo precisamente perché. La mia cute si squamava, si arrossava, prudeva, a volte si cospargeva anche di chiazze e di pustole. Per non rendere visibili queste ultime cominciai a modificare il mio modo di vestire e cominciai a restare coperta anche quando il caldo si faceva sentire.

Il mio medico di famiglia azzardò una prima diagnosi: potrebbe trattarsi di psoriasi. Iniziai così il solito iter di analisi e controlli specialistici: il dermatologo, l'allergologo ed infine il reumatologo. Nel frattempo la mia salute peggiorava e dopo qualche tempo, un tempo che mi sembrò lunghissimo, mi diagnosticarono una artrite psoriasica. Due parole di cui né io né i miei genitori avevamo idea di cosa fossero, né che avrebbero d'ora in poi accompagnato la mia vita.

Ben presto mi resi conto che non era così semplice potermi curare e non era così semplice continuare la mia vita che pensavo ormai priva di futuro. Chi è affetto da psoriasi spesso viene isolato o guardato con diffidenza perché questa malattia condiziona la vita quotidiana della persona: negli ambienti di lavoro, a scuola, in palestra, in piscina, al mare.

Sentirsi addosso sguardi fissi, atteggiamenti e comportamenti strani degli altri ti condizionano la vita di relazione e quindi agiscono sulla tua identità sociale e come conseguenza si diventa più vulnerabili emotivamente, innescando ansia, depressione e stress con ulteriori compromissioni per la salute, la vita personale e anche lavorativa della persona che viene colpita da una malattia come la mia.

Il peggioramento fu rapido: dopo pochi anni ero praticamente incapace di muovermi liberamente e mi sentivo quasi un'invalida.

Lentamente tutte le articolazioni cominciarono a infiammarsi una dopo l'altra, le ginocchia bloccate dal dolore, le mani strette a pugno.

Mi stavo fisicamente, e psicologicamente, chiudendo in me stessa.

Dovetti cercare chi mi poteva sostituire in negozio e intanto avevo iniziato a prendere farmaci e a subirne gli effetti collaterali, primo fra tutti un gonfiore da cortisone che mi faceva sembrare un pallone. Proseguì le cure per mesi e le dosi di cortisonici aumentarono, ma non rallentarono il decorso.

Per qualche tempo la malattia andò avanti tra alti e bassi, alternando periodi in cui stavo quasi bene ad altri in cui ero costretta a letto per settimane. L'artrite mi impediva di camminare e la psoriasi di vestirmi. E la mia vita se ne andava così, un vero inferno!

Non sembrava esserci via d'uscita, vedevo svanire i miei obiettivi, il mio lavoro, la mia vita affettiva e tutti i miei desideri di giovane donna.

Fu comunque in quel periodo che compresi i veri valori della vita: la gioia e la gratitudine per ogni giorno di tregua in più che mi veniva regalato. Le piccole cose sembravano avere un significato enorme, anche quando ogni gesto d'amore, come per esempio un semplice abbraccio, a me costava un dolore atroce.

Non sono stati momenti facili, ma attraverso il mio medico di famiglia che non ringrazierò mai abbastanza, sono stata affidata ad ottimi specialisti che mi hanno seguito con molta professionalità ed umanità ridandomi speranza ed anche una nuova vita.

Fui inserita in un programma di cura, che al tempo era sperimentale. Un nuovo piano terapeutico che includeva farmaci ancora sperimentali mi permisero di calmare le infiammazioni gravi senza effetti collaterali catastrofici.

In un tempo relativamente breve, le mie articolazioni ripresero a funzionare. Potevo muovermi. Potevo finalmente tornare al mio lavoro e con il mio compagno stiamo pensando ad una futura famiglia. Certo, dalle malattie autoimmuni come la mia non si guarisce, anche oggi sono sempre sotto controllo.

La cura definitiva non c'è, ma negli ultimi anni la scienza ha fatto passi da gigante: sono in commercio nuovi farmaci e altri ne sono allo studio. Medicinali sempre più mirati, che ormai consentono di eliminare o attenuare i sintomi.

La pelle si ammorbidisce, la vita è più semplice.

Spero che l'aver ascoltato la mia storia, possa in qualche modo esservi di aiuto. Per me è stato molto importante poterla esporre, un'ulteriore occasione per dimostrare che non ho più paura a mostrarmi con lei accanto e il corpo può tornare scoperto.

Grazie a tutti per questa opportunità.

Eleonora ■

**La cura definitiva non c'è,
ma negli ultimi anni la scienza ha fatto passi
da gigante: sono in commercio nuovi farmaci
e altri ne sono allo studio.
Medicinali sempre più mirati,
che ormai consentono di
eliminare o attenuare i sintomi.**



Protocollo di innovazione e presa in carico

Percorso Diagnostico Terapeutico per Fibromialgia



Daniele Conti
Area Progettazione e Sviluppo
AMRER Onlus
contidaniele@hotmail.it



A fine ottobre 2012 l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, grazie all'impegno e al meticoloso lavoro della Reumatologia del S. Chiara di Trento e dell'associazione pazienti AT-MAR, ha pubblicato il primo protocollo ufficiale per la presa in carico dei pazienti con fibromialgia.

I protocolli che predispongono e descrivono percorsi diagnostico/terapeutici sono degli atti di garanzia per il paziente e riconoscimento di Buone Prassi, pratiche e opportuni interventi a favore di determinate patologie. Sono un vero e proprio impegno del Servizio Sanitario / Aziende Sanitarie nei confronti dei cittadini e degli operatori sanitari coinvolti nella gestione del paziente, con l'obiettivo di sistematizzare interventi e opportunità, prevedere ed organizzare personale e servizi. E' un passo importante per i pazienti fibromialgici, perché si riconosce prima di tutto una loro dignità di malati reali non con semplici codici, ma con impegni precisi e azioni concrete, cosa oggi da non sottovalutare. I percorsi prevedono diverse indicazioni su presa in carico con il coinvolgimento e coordinamento di varie aree specialistiche, in modo tale da prevederne interazioni e collaborazioni nel valutare i vari aspetti e aree di coinvolgimento della patologia.

Proviamo a descrivere il percorso studiato per la fibromialgia nei suoi tratti essenziali, e poi vi offriamo un'intervista al clinico che ha diretto la predisposizione del percorso stesso, il Dr. Giuseppe Paolazzi.

Il protocollo si apre con una contestualizzazione della patologia molto puntuale e ben dettagliata, dove emerge come la Sindrome Fibromialgica (SFM) sia una "sindrome multifattoriale con interazione di variabili genetiche (fattori predisponenti dimostrati), biologiche (mediatori del dolore), psicologiche e sociali."

Lo scopo del percorso:

"Lo scopo del percorso è quello di gestire al meglio nel setting ambulatoriale la complessità della sindrome fibromialgica con un approccio integrato multidisciplinare per migliorare la qualità di vita del paziente, favorendone il ritorno alle normali attività di vita (personali, di lavoro, di relazione). Il percorso inoltre si pone l'obiettivo di permettere una razionalizzazione delle risorse anche in termini di costo efficacia delle indagini diagnostiche e delle terapie."

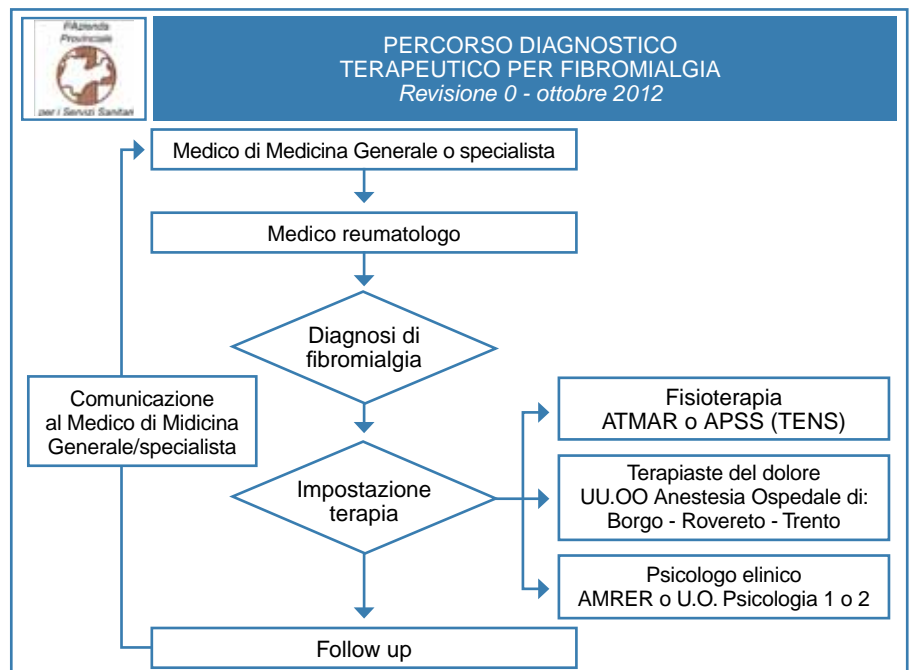
La rete dei soggetti coinvolti:

- MMG e medici specialisti che operano sul territorio provinciale
- medici e infermieri dell'U.O. Reumatologia dell'Ospedale di Trento
- terapisti del dolore delle UU.OO. Anestesia operanti nel Servizio Ospedaliero Provinciale
- UU.OO. di Psicologia 1 e 2 della APSS
- dipartimento di medicina fisica e riabilitazione della APSS
- Associazione Trentina Malati Reumatici (AT-MAR)
- volontari

Le modalità operative nel dettaglio sono qui sintetizzabili con questo breve incipit:

"Il paziente viene quindi preso in carico dal reumatologo della U.O. Reumatologia che assicura un intervento multidisciplinare attraverso le fasi di:

- 1) diagnosi e educazione del paziente e del familiare
- 2) impostazione del trattamento (farmacologico e non farmacologico)
- 3) ottimizzazione del trattamento" ■



IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO INTEGRA IL "PROGETTO ZEFIRO" DI ATMAR ONLUS

Zefiro prevede l'esperienza psicologica di gruppo, guidato da un esperto, che offre numerose opportunità:

- confronto con persone che stanno vivendo un'esperienza simile per sofferenza e ordine di problemi
- sviluppo di un nuovo senso di comunanza, accettazione e di solidarietà che contrastano i sentimenti di solitudine e di isolamento
- Condivisione di paure, angosce e vissuti
- Risposta a bisogni di varia natura al fine di migliorare la capacità di autonomia personale, sociale e lavorativa dei soggetti coinvolti nel progetto
- Ricerca di senso (condiviso o privato)
- Apprendimento per analogia
- Condivisione di strategie di coping e di risorse utilizzate per superare i momenti di crisi
- Espressione e riconoscimento di sentimenti, positivi e negativi, nei confronti propri, verso le persone vicine e per la situazione che si sta vivendo
- Rassicurazione sulla normalità delle proprie reazioni emotive, importante per un buon adattamento alla malattia
- Identificazione di reazioni non utili (es. abuso di alcol)
- Promozione di una cultura di solidarietà e la creazione di nuovi legami sociali

Zefiro integra il percorso diagnostico terapeutico per la fibromialgia, approvato dall'Azienda provinciale per i Servizi sanitari del Trentino, e parte da una premessa che riguarda la convivenza con il dolore cronico del paziente fibromialgico.

Gli effetti psicologici del dolore persistente sono, alla lunga devastanti, perché esso interferisce con le attività quotidiane della persona, con il sonno, l'appetito, la concentrazione e spesso occupa tutto il campo della coscienza e già per questi motivi (anche prescindendo dal suo significato nel decorso della malattia) causa ansia e depressione. E' importante valutare un approccio al dolore sia su un piano neurofisiologico sia sul piano della componente sociale del malato, le sue relazioni interpersonali, la sua sensibilità morale e spirituale, le sue credenze, le capacità di autonomia sia fisica che economica.

Annamaria Marchionne – Presidente ATMAR Onlus

Intervista al Dottor Giuseppe Paolazzi

Percorso Diagnostico Terapeutico per Fibromialgia



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari



Francesca Rispoli
Giornalista - Volontaria AMRER Onlus
fraris14@libero.it



Giuseppe Paolazzi
U.O. Reumatologia
Ospedale S. Chiara - Trento
giuseppe.paolazzi@apss.tn.it

Dott. Paolazzi, ci può spiegare in sintesi che tipo di patologia è la Fibromialgia, quali sono i suoi sintomi, come si manifesta e in quali soggetti si riscontra più frequentemente?

La fibromialgia è una sindrome caratterizzata da dolore cronico diffuso ad eziologia sconosciuta, fortemente correlata alle reazioni adattive allo stress, caratterizzata appunto da dolore muscolo-scheletrico diffuso, dalla presenza di punti dolorosi (tender-points) in corrispondenza di specifiche sedi tendinee e muscolo-scheletriche e da una varietà di sintomi clinici d'accompagnamento quali astenia, sonno non ristoratore, sindromi disfunzionali a vari apparati. Recentemente si preferisce parlare più di zone dolorose che di punti dolorosi. È una patologia dell'età media (40-60 anni), interessa il 1 - 3% circa della popolazione generale con una prevalenza che aumenta con l'età fino ai 79 anni (7% delle donne > 60 aa). Negli ambulatori di reumatologia rappresenta circa il 20% delle visite; nella maggior parte sono donne; peraltro ne possono soffrire anche i maschi ed anche, più raramente, gli adolescenti. L'impatto sulla qualità di vita è pessimo con costi complessivi che spesso superano i costi della cura delle artriti croniche.

Il dato reale è che il problema esiste e che va governato in maniera efficace ed efficiente

La Sindrome Fibromialgica, sebbene sia stata riconosciuta come malattia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1992, ad oggi non gode ancora di un preciso inquadramento nel panorama sanitario europeo, né tanto meno in quello italiano. Qual è la situazione attuale in Italia?

Il problema del riconoscimento della sindrome fibromialgica come entità a sé è un problema spinoso. La malattia ha trovato una classificazione e quindi un riconoscimento all'interno delle organizzazioni reumatologiche europee e mondiali. Molti medici peraltro sono ancora perplessi sul suo reale riconoscimento come entità fisiopatologicamente distinta. Il mio punto di vista è che i pazienti che hanno dolore cronico diffuso e sindromi disfunzionali correlate sono un problema reale; che questi pazienti rappresentano una quota rilevante di pazienti che affollano gli ambulatori del medico di medicina generale e degli specialisti con un costo sanitario notevole oltre che di sofferenza personale e di disagio per le loro famiglie. Sono pazienti che vivono un gros-

so disagio legato alla presenza continua di dolore diffuso senza causa "organica" apparente. Al di là del termine per definire questi pazienti, comunque necessario, il dato reale è che il problema esiste e che va governato in maniera efficace ed efficiente cercando di dare una risposta a questi pazienti.

L'impalpabilità del dolore cronico rende tutto più difficile.

La Reumatologia di Trento, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di Borgo, Rovereto e Trento, il Comitato Ospedale senza Dolore e l'Associazione Malati Reumatici Trentina, ha elaborato un percorso diagnostico terapeutico per la Fibromialgia. Come si snoda questo percorso? Qual è il suo obiettivo principale?

La terapia della sindrome fibromialgica deve essere necessariamente una terapia integrata. Tutti i dati di letteratura e tutte le esperienze degli specialisti in questo settore sono concordanti. Trattare il dolore è sempre molto complesso; trattare un dolore cronico legato ad una amplificazione essenzialmente centrale dello stesso è ancora più difficile; tutte le componenti soggettive, personali, di vita entrano nella rielaborazione ed amplificazione di questo genere di dolore. Il malato non ha un riferimento visivo di danno, non ha un esame che indichi questo danno ed un eventuale suo miglioramento; vive quindi una situazione di ansia e di impalpabilità del disturbo amplificando con questo il dolore e peggiorandolo. Ecco quindi la necessità di un percorso che preveda la gestione da parte dello specialista reumatologo della malattia con diagnosi puntuale, educazione sul tipo di disturbo, sui suoi meccanismi di insorgenza, con impostazione poi di terapia farmacologica e non e la possibilità strutturata poi di affiancarsi a specialisti della terapia del dolore, a psicologi clinici, a fisioterapisti, a esperti di tecniche di mio rilassamento non mediche come il Tai Chi, in stretta collaborazione con l'associazione malati, in un percorso condiviso che attraverso appunto le varie figure specialistiche integrate cerchi di migliorare le varie componenti che portano all'amplificazione del dolore stesso ed alle sindromi disfunzionali correlate.

Razionalizzazione delle risorse e miglioramento della qualità della vita del paziente: sono questi i capisaldi del percorso terapeutico. Rispetto alle cure messe in campo finora, quali sono gli elementi di maggior novità rispetto al passato?

La maggiore novità è quella di un percorso integrato, condiviso, pubblico, che lega una se-

rie di specialisti in un progetto di terapia, forse ambizioso, ma cerca di governare un problema che apparentemente è senza soluzione. È facile motivare un paziente con una artrite o un'altra patologia reumatica infiammatoria. Il paziente vede il suo problema, associa il miglioramento alla terapia ed anche ai dati di laboratorio o di imaging. Il paziente fa una terapia cognitivo-comportamentale sul campo. Il percorso terapeutico in questo caso è decisamente più facile. L'impalpabilità del dolore cronico rende tutto più difficile. Conoscenza della malattia, capire i suoi momenti patogenetici, cercare di migliorare i comportamenti, migliorare gli aspetti "biologici" che aiutano a controllare il dolore (con farmaci o con altre terapie, anche combinate), rafforzare i miglioramenti, seguire il paziente nel suo percorso di cura cercando di motivarlo e cercando di fargli capire che deve porsi di fronte alla sua malattia in maniera attiva, non subendo il sintomo ed agendo allo stesso modo di come si pone un paziente con artrite di fronte alla sua malattia di cui soffre: questo il nostro percorso. Necessariamente tutto questo dovrà portare ad una razionalizzazione delle risorse migliorando nello stesso tempo la qualità di vita del paziente. Sottolineo inoltre la stretta collaborazione nel percorso tra strutture aziendali e la Associazione Trentina Malati Reumatici (ATMAR), che mette nel percorso risorse umane e specialistiche ed infine distribuzione del percorso sul territorio con il coinvolgimento di U.O. di vari distretti ospedalieri.

La terapia della sindrome fibromialgica deve essere necessariamente una terapia integrata

Infine, un consiglio per i malati di Fibromialgia e per coloro ai quali è stato recentemente diagnosticata?

Capiscano la malattia ed i suoi meccanismi; cerchino di migliorare i fattori di scatenamento, se possibile, si rivolgano allo specialista di loro fiducia e si facciano seguire in maniera puntuale. Soprattutto capiscano che la fibromialgia è una sindrome con aspetti non infiammatori o cronici disabilitanti progressivi, ma altrettanto impattante sulla qualità di vita se non controllata. Se il problema è una esagerata risposta al dolore questo si deve migliorare e combattere con gli strumenti che necessariamente sono legati al controllo del dolore.

Francesca Rispoli ■

Il Filo della Storia

Gli analgesici in reumatologia: le piu' importanti tappe storiche



Piero Marson
Unità di Aferesi Terapeutica
U.O.C. Immunotrasfusionale
Azienda Ospedale
Università di Padova
piero.marson@sanita.padova.it



Dopo gli studi classici in un liceo di provincia (Vittorio Veneto), dove insegnanti eccezionali gli hanno trasmesso la passione per la storia, la letteratura e l'arte, si è laureato in Medicina e Chirurgia a Padova, sotto la guida, altrettanto eccezionale, del prof. Silvano Todesco. Si è quindi specializzato in Reumatologia ed Ematologia. Dal 1989 lavora presso l'U.O.C. Immunotrasfusionale di Padova, dove attualmente è responsabile dell'Unità di Aferesi Terapeutica. È autore di oltre 350 pubblicazioni scientifiche, molte delle quali di argomento storico. Sogna per i giovani futuri medici maestri straordinari come quelli che ha avuto la fortuna d'incontrare, capaci d'insegnare loro che la cura della persona passa ancor oggi attraverso una profonda conoscenza delle scienze e delle arti umane.

Il controllo del dolore è forse la prima richiesta che il malato rivolge al medico ed è il primo dei doveri di quest'ultimo. "Divinum opus est sedare dolorem": già Ippocrate rifletteva su questo tema e, a dimostrarne l'attualità, una recente legge italiana (n. 38 del 15 marzo 2010) impone provvedimenti precisi nella cura del dolore cronico. La reumatologia, per fortuna (così si aiuta il progresso della scienza e, in particolare, della farmacologia) o per sfortuna (magari, per malati e medici, non ci fosse un terreno così ingrato su cui dover agire!), è in effetti un terreno privilegiato nella terapia dei "dolori", termine con cui spesso il paziente reumatico definisce in maniera impropria ma fortemente significativa la malattia di cui soffre. Per tale motivo i farmaci destinati ad attenuare e, possibilmente, spegnere il dolore, cioè gli analgesici, occupano da sempre un ruolo di prima linea nella terapia delle malattie reumatiche, anche se il vero obiettivo del reumatologo non sarebbe tanto quello di eliminare il dolore, ma piuttosto di rimuoverne le cause, siano esse infiammatorie, degenerative o meccaniche. I primi farmaci del dolore sono stati, com'è ovvio, d'origine vegetale. I popoli primitivi – l'etnologia può portarne numerosi esempi – avevano identificato molte piante in grado di lenire il dolore e le usavano sia per applicazione esterna che per via orale. La medicina popolare, ancor oggi, conserva la testimonianza viva di queste tradizioni e spesso consente risultati non del tutto disprezzabili.

Il più "classico" tra gli analgesici d'origine vegetale rimane l'oppio, estratto dalle capsule ancora immature di una varietà di papavero, il *Papaver somniferum*. Questa specie vegetale era coltivata in Europa nel tardo Neolitico, cioè in epoca preistorica, anche se non è noto se in quei tempi se ne conoscessero o se ne utilizzassero le proprietà. Queste, comunque, erano già note ai Sumeri nel terzo millennio a.C., e sono citate in testi di medicina assiri ed egiziani (papiri di Ebers) e in epoca più tarda da Teofrasto (IV secolo a.C.) e da Dioscoride (I secolo d.C.). Ben presto, e soprattutto nelle aree del Medio e dell'Estremo Oriente, l'oppio assunse la connotazione di una vera e propria droga, per la sensazione di ottundimento e di benessere indotta dal suo uso, in particolare mediante inalazione: credo tutti noi, infatti, abbiamo in mente le tradizionali immagini storiche del fumatore d'oppio (Fig.1!)



Figura 1. Un fumatore d'oppio (Turchia, 1870)

Nel mondo occidentale, invece, l'oppio è stato prevalentemente usato, a parte le inevitabili ed imbarazzanti eccezioni, con finalità analgesiche. Thomas Sydenham (Fig. 2) scrisse che "tra i rimedi che l'Onnipotente ha donato all'uomo per il sollievo delle sue sofferenze nessuno è tanto universale ed efficace quanto l'oppio". Sotto il profilo storico, due sono state le classiche preparazioni medicinali a base di oppio: il laudano (Fig. 3) ovvero una tintura alcolica in cui l'oppio era miscelato con altre piante (in particolare zafferano), introdotta da Paracelso, e la polvere di Dover (Fig. 4) (dal nome del capitano Thomas Dover, allievo di Thomas Sydenham), ovvero una miscela a base di oppio, salnitro, liquerizia e ipecacuana, la cui aggiunta serviva, provocando il vomito, a prevenirne l'abuso.



Figura 2. Thomas Sydenham (1624-1689)

Nel XVI secolo, il medico e naturalista portoghese Cristovão Acosta documentò che l'oppio determinava "dipendenza" e nel secolo successivo il medico inglese Thomas Willis dimostrò che esso non agiva alla periferia, ma a livello del sistema nervoso centrale. Agli inizi del XIX secolo i progressi della chimica consentirono d'identificare dall'oppio i suoi principi attivi, in particolare la morfina, isolata nel 1805 dal farmacista tedesco Friedrich Wilhelm Sertürner (Fig. 5), per la quale agli inizi venne usato il termine *morfium*, che deriva da quello di Morfeo, il dio dei sogni della mitologia greca.



Figura 3. Laudano (XIX secolo)

Nel frattempo, però, la scoperta delle proprietà antipiretiche ed analgesiche della corteccia di salice e dei suoi derivati (salicina, acido salicilico, fino all'aspirina) limitò progressivamente l'impiego dell'oppio e dei suoi derivati, almeno per quanto riguarda le malattie reumatiche. Fu soprattutto la sintesi dell'aspirina, nel 1899, a dare una svolta decisiva alla terapia del dolore reumatico. C'è un episodio curioso che testimonia questo cambiamento di direzione: nei laboratori della Bayer, Felix Hoffmann, pochi mesi dopo la sintesi dell'aspirina, aveva realizzato anche quella dell'eroina, un derivato della morfina, ed Heinrich Dreiser, il superiore di Hoffmann piuttosto scettico sulle prospettive dell'aspirina, sembrava preferirle addirittura l'eroina, in quanto la riteneva utile per impedire la dipendenza da morfina, che in quel periodo cominciava a rappresentare una prospettiva piuttosto inquietante. Poi, per fortuna, s'imboccò la strada giusta!

Nella seconda metà del XIX secolo erano stati prodotti anche altri farmaci analgesici di sintesi, appartenenti a due serie principali: quella dei derivati del para-amino-fenolo (anilide) e quella dei derivati del pirazolo.

La storia dei derivati del para-amino-fenolo inizia nel 1886, quando Arnold Cahn e Paul Hepp, due



Figura 4. Polvere di Dover (XIX secolo)

ricercatori di Strasburgo, scoprirono, – sembra per caso, la sostanza sarebbe stata scambiata per errore con un'altra che stavano studiando! – le proprietà antipiretiche e analgesiche dell'acetanilide (antifebrina), sintetizzata nel 1853 dal chimico francese Charles Frédéric Gerhardt (Fig. 6), che fu però presto abbandonata perché causava una pericolosa complicanza a carico del sangue, la metemoglobinemia. Si passò allora alla meno tossica fenacetina, che ha avuto un impiego larghissimo per vari decenni, anche se fu poi documentato che poteva determinare danni renali anche gravi (nefropatia da analgesici). Nel 1949 venne accertato che nell'organismo sia l'acetanilide che la fenacetina si trasformano in una sostanza, nota come acetaminofene o, più comunemente, come paracetamolo, che le ha abbastanza rapidamente soppiantate ed è ancor oggi uno degli analgesici - oltre che potente antipiretico, soprattutto in età pediatrica - più utilizzati.



Figura 5. Friedrich Wilhelm Sertürner (1807-1880)

L'altra serie di analgesici di sintesi, quella dei derivati del pirazolo, ha avuto inizio nel 1883 con la sintesi dell'antipirina da parte di Ludwig Knorr, seguita subito dopo, nel 1885, da quella dell'amidopirina o aminopirina o aminofenazone, molto più nota con il nome commerciale di piramidone (Fig. 7). Questo farmaco ha avuto un larghissimo e duraturo successo in Europa, mentre in America fu poi visto con sospetto perché, a partire dal 1922, cominciò ad essere segnalata la comparsa relativamente frequente di una grave complicanza ematologica a carico dei globuli bianchi, l'agranulocitosi. Il farmaco, pertanto, fu tolto dal commercio, dapprima negli Stati

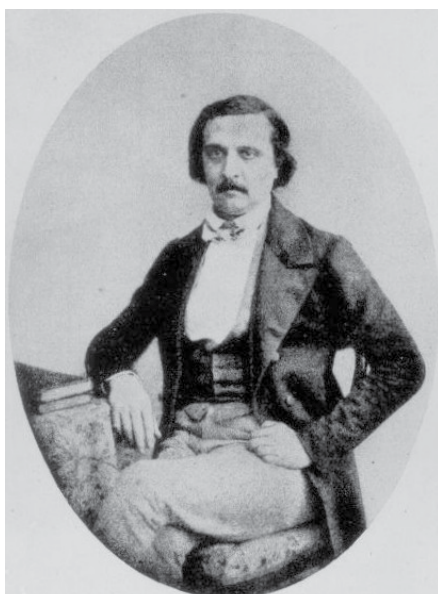


Figura 6. Charles Frédéric Gerhardt (1816-1856)



Figura 7. Piramidone (Bayer, ca. 1930)

Uniti e, con un certo ritardo, anche in Europa. Viene invece ancora largamente utilizzato un altro derivato pirazolico, il dipirone o metamizolo (Novalgina®), introdotto già nel 1922. Nel 1946 fu sintetizzato un ulteriore derivato pirazolico: il fenilbutazone, che in un primo tempo fu considerato un farmaco essenzialmente analgesico e come tale fu commercializzato in associazione all'amidopirina (Irgapirina®) (Fig. 8), per favorirne la solubilità. Venne poi dimostrato che questa associazione aveva anche una significativa azione antinfiammatoria e che questa era legata fondamentalmente al fenilbutazone, che nel 1949 fu introdotto in terapia da solo (Butazolidina®), con la specifica qualifica di farmaco antinfiammatorio. Il fenilbutazone, a parte l'aspirina, si può considerare il primo di quelli che oggi sono noti come farmaci antiflogistici non steroidei (FANS), ed è stato utilizzato per decenni nella terapia di molte reumatoartropatie, prima di essere "esodato" con l'arrivo di FANS più moderni!

Da questo momento la storia degli analgesici si sovrappone in larga misura con quella dei FANS. In pratica tutti i FANS hanno anche un'attività analgesica, che è dovuta anzitutto alla riduzione del dolore in quanto sintomo d'infiammazione, ma anche ad un effetto sul sistema nervoso centrale. Ancora, alcuni FANS, o comunque composti chimicamente correlati con i FANS, hanno dimostrato un'azione prevalentemente analgesica e sono stati utilizzati in passato (e tuttora occupano un posto di rilievo nell'armadio dei farmaci del reumatologo!) soprattutto per questa loro attività. E' sufficiente qui ricordare i principi attivi (evitiamo così di fare pubblicità più o meno occulta...) come l'acido flufenamico, il mefenamato, la glafenina il diflunisal, il ketorolac e la stessa nimesulide, tutti farmaci che hanno letteralmente fatto la storia recente della terapia del dolore reumatico. I FANS, com'era naturale e forse anche per motivi di pressione commerciale, hanno sostituito in larga misura gli analgesici nelle loro indicazioni reumatologiche, anche se questi ultimi sono ancora molto utilizzati, soprattutto in area anglosassone, nei reumatismi non infiammatori, come l'osteoartrosi.

Per completare la storia "recente" degli analgesici, anche se ciò sfiora solo marginalmente la terapia delle malattie reumatiche, non si può non citare alcuni farmaci ad azione centrale – per intenderci, sulla scia degli oppioidi – resisi disponibili negli ultimi decenni. E' peraltro noto che, nel corso della seconda metà del XX secolo, le conoscenze sui meccanismi d'azione degli oppioidi hanno compiuto progressi veramente

importanti. Nel 1973, infatti, è stato dimostrato che nel sistema nervoso centrale esistono dei recettori specifici per gli oppioidi e nel 1971 l'équipe di Davis J. Mayer ha eseguito le prime ricerche sulla possibile esistenza di sostanze endogene oppioido-simili, capaci di legarsi a questi recettori. Queste sostanze furono quindi identificate nel 1975 da un gruppo di ricercatori scozzesi, fra i quali spiccano i nomi di John Hughes e Hans Walter Kosterlitz, in alcuni molecole proteiche ai quali venne data la qualifica di "encefaline". A queste, nel 1976, vennero aggiunti altre sostanze biologiche, denominate "endorfine". Tali acquisizioni hanno portato, negli ultimi decenni, alla messa a punto di un numero crescente di agonisti e antagonisti di questi recettori: tra i primi, che hanno evidentemente attività analgesica centrale, è sufficiente ricordare, perché sono stati occasionalmente impiegati in reumatologia, il destropropossifene, la pentazocina (che, peraltro, al pari degli oppioidi tradizionali si è dimostrata in grado di indurre sia dipendenza che sindrome da astinenza) e, soprattutto, il tramadolo. ■



Figura 8. Irgapirina (Geigy, ca. 1950)

Bibliografia essenziale

- 1) Bellucci G, Tiengo M. *La storia del dolore*. Alter M & P srl, Milano, 2005.
- 2) Filippini M, Campanelli MM. *Cronaca di una legge che ci difende dal dolore. La Legge 38/10, la più evoluta d'Europa*. Gruppo 24 Ore, Milano 2011.
- 3) Pasero G, Marson P. Piccola storia della terapia antireumatica – V. Gli analgesici. *Reumatismo* 2011; 63(1):55-60.

I nostri consigli in cucina

L'Emilia-Romagna una storia e una tradizione lungo una Via di Gusto! Alla scoperta di Bologna: "La dotta", "La grassa", "La turrata", "La rossa"!



La "Dotta" perché ospita la più antica università del mondo occidentale; la "Grassa" perché ama la buona cucina; la "Turrata" perché nel Medioevo contava quasi 180 torri gentilizie; la "Rossa" per i riflessi dei mattoni con i quali erano stati costruiti torri e palazzi. Questa è Bologna: 300.000 abitanti nel cuore della città, altrettanti nell'hinterland, qui studiarono anche Dante e Petrarca, a renderla viva e cosmopolita contribuiscono gli 80.000 studenti che la frequentano oggi. Al fascino della storia si aggiunge quello di una gastronomia strepitosa, a partire dalle mitiche tagliatelle!

Bologna. Crocevia del Nord-Est, nodo stradale e ferroviario strategico per le comunicazioni dell'intero paese. Città che inamora, sempre viva di giorno e di notte con le sue osterie e i bomboloni alla Nutella caldi fino a mattina inoltrata. La si può visitare in un giorno, ma per dire di averla vista un pochino occorre almeno un weekend. Altrimenti, le uniche immagini che restano nella memoria del frettoloso turista sono le torri pendenti, Asinelli e Garisenda, che fanno da sfondo a via Rizzoli, e le imponenti forme del "Gigante", la monumentale statua che rappresenta il dio Nettuno mentre placa le acque, fusa in bronzo dal Giambologna nel Cinquecento, che domina l'omonima piazza. Troppo poco. Perché la "fosca turrata Bologna" del Carducci va, oltre che vista, anche annusata, assaporata, scoperta lentamente, percorrendo, per quanto possibile, i suoi 35 chilometri di portici, visitando le sue chiese a partire da San Petronio – seconda per lunghezza solo alla basilica romana di San Pietro – con la sua straordinaria meridiana lineare, o soffermandosi per qualche minuto nel mercato del centro, dove c'è sempre qualcuno che discute e ti spiega come si fa un buon ragù. E

non si possono trascurare l'Archiginnasio con l'antico teatro anatomico, la piazza grande, la pinacoteca ricca delle più famose opere della scuola bolognese dei Carracci, di Guido Reni e del Guercino, la chiesa di Santo Stefano costruita a imitazione del tempio di Gerusalemme, i merletti e le filigrane del palazzo della Mercanzia. Si trova tutto in un fazzoletto di spazio sotto le torri, cuore pulsante della città fin dal Medioevo, dalle quali si dipartono a raggera tutte le strade.

La cucina Bolognese è nota per la sua varietà ed opulenza: la carne di maiale la fa da padrona, i piatti tipici sono la pasta all'uovo, con le sue tagliatelle "permalose" (guai se non le mangi appena messe nel piatto), i suoi tortellini mignon, le sue lasagne al forno rigorosamente verdi infarcite di besciamella e ragù, abbondantemente ricoperte di parmigiano reggiano. La leggenda racconta che i tortellini siano stati modellati sulla forma dall'ombelico di Venere. Le tagliatelle, sempre secondo la leggenda, furono create a somiglianza dei lunghi capelli biondi di Lucrezia Borgia in occasione delle sue nozze con il Duca di Ferrara, Alfonso I d'Este.

Qui ha sede l'Accademia Italiana della Cucina e l'associazione Confraternita del Tortellino che hanno depositato a partire dagli anni settanta le ricette ufficiali di alcuni piatti tipici presso la Camera di Commercio di Bologna. Oltre alla tagliatella, al ripieno del tortellino e al ragù non possiamo non ricordare il Certosino di Bologna – o Panspeziale, il Friggione, la mousse di mortadella, la Galantina di Pollo, il Gran Fritto misto alla bolognese...

Ma basta alle ciancie... è ora di assaggiare! ■

Due antipasti in onore della Signora Mortadella!

Mousse di mortadella

Ingredienti per 4 persone:

300 g di mortadella tagliata a fette piuttosto alte
200 g di ricotta
80 g di pistacchi sgucciati
1 dl di panna da cucina
1 cucchiaino di senape di Digione
preparato granulare per 2,5 dl di gelatina
sale e pepe q.b.

Preparazione

Private la mortadella della sottile pellicina esterna. Riducetela a pezzetti e mettetela nel bicchiere del frullatore insieme con la ricotta ben scolata dal siero e sbriciolata, la senape e la panna da cucina. Frullate il tutto ottenendo un composto liscio e omogeneo. Versate il composto in una ciotola; salatelo poco e pepatelo generosamente, quindi copritelo e passatelo in frigorifero.

Preparate la gelatina: usate il prodotto granulare disciolto in acqua e cotto seguendo le indicazioni riportate sulla confezione. Lasciatelo raffreddare, quindi unirlo al composto di mortadella e ricotta. Mescolate bene il tutto, amalgamando gli ingredienti e passate in frigorifero per almeno 15 minuti, così che la gelatina si rapprenda perfettamente.

Versate la mousse in una terrina di servizio o in piccole ciottoline monoporzionamento, decoratela con i pistacchi grossolanamente tritati e servite accompagnando con fette di pane casereccio.



In alternativa proponiamo

Cubi di Mortadella Bologna

Ingredienti per 4 persone:

4 cubi (1x1x1 cm.) di Mortadella Bologna IGP;
4 foglie di indivia
4 tuorli d'uovo sodo;
gr. 70 brodo di carne
gr. 40 di olio extra vergine d'oliva
gr. 10 di senape
4 foglie di cerfoglio
sale e pepe q.b.

Preparazione

Frullare i tuorli con la senape, l'olio e il brodo (sale e pepe) fino ad ottenere una crema. Tagliare l'indivia della stessa misura della mortadella, appoggiarla sopra e finire con una punta di crema, poi il cerfoglio.

Il vino giusto? La componente grassa della mousse va equilibrata con un Colli Bolognesi - Pignoletto Spumante.



Come primo piatto scegliamo un primo di Bologna facile e gustoso!

Gramigna alla salsiccia

Ingredienti per 2 persone:

100 g di salsiccia
1 piccola cipolla bianca o bionda
1 rametto di rosmarino
1 cucchiaino di olio extravergine
vino bianco secco
2 cucchiaini di panna fresca
160 g di pasta tipo gramigna
sale e pepe q.b.

Preparazione

pellare la salsiccia e spezzettarla grossolanamente. Spellare la cipolla e tritarla finemente. Lavare il rosmarino, togliere le foglie e tritarle con la mezzaluna su un tagliere.

In una padella antiaderente mettere 1 cucchiaino d'olio e la cipolla tritata., portarla sul fuoco e far dorare la cipolla su fiamma dolce assieme ad un pizzico di sale. Unire la salsiccia, un cucchiaino di rosmarino tritato e farla rosolare su fiamma vivace. Unire il vino e farlo evaporare completamente. Unire la panna, amalgamare e spegnere il fuoco. Tenere ben coperto.

Cuocere la pasta in abbondante acqua salata e, poco prima di scolarla, aggiungere un mestolo di acqua di cottura nella padella del condimento, quindi accendere il fuoco.

Saltare la pasta scolata a fiamma vivace nella padella del condimento per qualche istante, girando di frequente. Servire immediatamente con un'abbondante grattugiata di pepe.

Ricetta tratta da: <http://www.lospicchiodaglio.it>



Per un Gran Pranzo vi proponiamo un secondo piatto speciale:

Gran Fritto misto alla Bolognese

Ingredienti per 8 persone:

100 g di pollo
100 g di tacchino
100 g di maiale
100 g di agnello
100 g di mortadella in una fetta spessa
succo di limone q.b.
6 uova
2 cucchiaini di panna fresca liquida
60 g di Parmigiano Reggiano grattugiato
pane grattugiato q.b.
sale, pepe e noce moscata
strutto per friggere (3 kg in totale per tutte le frittture)



Preparazione

Tagliate la mortadella a dadi e mettetela a bagno nel latte. Tagliate a dadi anche le altre carni, spruzzate poi qualche goccia di succo di limone sulla carne di pollo e tacchino, in modo da correggergli il sapore dolciastrò.

Sbattete in una ciottola 6 uova intere, aggiungete sale, pepe, noce moscata, il formaggio grattugiato, i due cucchiaini di panna liquida e mescolare bene il tutto. Passate i bocconcini di mortadella (ovviamente scolati) e poi quelli di carne nel pane grattugiato, poi nella boule con l'uovo, di nuovo nel pane grattugiato, quindi frigeteli in una padella in abbondante strutto bollente.

Saltare la pasta scolata a fiamma vivace nella padella del condimento per qualche istante, girando di frequente. Servire immediatamente con un'abbondante grattugiata di pepe.

Per il fritto di verdura e la sua pastella:

Ingredienti

2 zucchine scure
2 cipolla bianca fresca
5 fiori di zucca
3 carciofi
1 melanzana piccola
10 foglie di salvia
400 g di farina
1 bustina di lievito per torte salate
sale e acqua q.b.

Preparazione

Prendete le zucchine, dividetele prima in 4 parti nel senso della lunghezza e successivamente a pezzetti, quindi mettetele a spurgare sotto sale, in modo da fargli perdere l'acqua di vegetazione amara. Tagliate a tocchetti anche le melanzane e mettetele a spurgare in un recipiente riempito di acqua fredda salata. Pulite i carciofi, tagliarli a pezzetti e metterli a bagno in acqua acidulata con succo di limone. Prendete le cipolle, tagliatele a rondelle e mettetele a bagno in acqua e aceto.

Per la pastella della verdure, mettetevi in una ciottola la farina, un pizzico di sale, una bustina di lievito chimico per torte salate e acqua naturale quanto basta per ottenere una pastella piuttosto fluida.

Immergete le foglie di salvia nella pastella, scolatele e friggetele in un padella con dello strutto bollente; successivamente impastellate anche i fiori di zucca e frigate anch'essi. Nello stesso modo, procedete anche con le altre verdure; in particolare impastellate le melanzane dopo averle ben scolate e impastellate le zucchine e i carciofi dopo averli ben sciacquati.

Servite insieme tutto il fritto ben scolato.

Per il fritto di dolce:

Ingredienti

2 mele golden
zucchero e succo di limone q.b.
2 uova
sale e pangrattato q.b.

Per la Crema pasticcera:

2 Uova
150 dl di latte
1 + ½ cucchiaini rasi di farina
(o fecola di frumento)

Preparazione

Tagliate le mele intere a rondelle, cospargetele con succo di limone e zucchero. Passate le rondelle di mela zuccherata nel pangrattato, quindi frigetetele in un'altra padella con lo strutto bollente.

Preparate una crema pasticcera piuttosto soda con gli ingredienti sopra riportati, fatela raffreddare. Tagliate la crema raffreddata a dadi, passatela prima nel pangrattato, poi nell'uovo sbattuto, di nuovo nel pangrattato, ed infine frigetela nella stessa padella dove è stata frita la mela.

Dopo tanto ben di Dio proponiamo come digestivo un buonissimo

Vin Brulè

Ingredienti per 4 persone:

1 Arancia non trattata
2 stecche di Cannella
8 Chiodi di garofano
1 Limone non trattati
1/2 Noce moscata grattugiata al momento
1 litro di vino rosso corposo
200 gr Zucchero



Preparazione

Per preparare il vin brulè tagliate sottilmente la scorza del limone e dell'arancia, senza prendere la parte bianca. In un tegame di acciaio dai bordi non troppo alti, versate lo zucchero, unite la scorza degli agrumi, le spezie e in ultimo versate il vino rosso corposo. Ponete la pentola sul fuoco e portate lentamente a ebollizione: fate bollire a fuoco basso per 5 minuti mescolando fino al completo scioglimento dello zucchero; a questo punto avvicinate una fiamma alla superficie del vino, facendo molta attenzione a non scottarvi: l'alcol contenuto nel vino prenderà fuoco, e voi dovete lasciarlo fiammeggiare fino al completo spegnimento.

Quando il fuoco si sarà spento, filtrate il vin brulè con un colino a maglie finissime e servitelo fumante.

I consigli di Valeria per la lettura

Il corpo porta a spasso le idee



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



La lettura ci mantiene giovani... è l'antiruga dell'anima...

Caspita, ci siamo! Siamo nel 2013! Anno nuovo libro nuovo... per me, ma anche come regalo di buon inizio!

Serve qualche idea? Prima e unica regola: entrare in una libreria!

La più grande e fornita che c'è in zona ed è impossibile uscire a mani vuote!

Attenzione però: sembra una scorciatoia, un gesto superficiale e sbrigativo ma non lo diventa affatto se si desidera fare un regalo gradito.

Il primo istinto è quello di scegliere titoli che abbiamo letto e apprezzato ma questi vanno bene solo per le persone a noi molto vicine e con cui abbiamo molta affinità.

Per tutti gli altri basta avere un po' di attenzione e cercare di andare incontro alle loro preferenze.

I più "difficili" sono proprio i lettori-divora-libri che probabilmente hanno già scandagliato in lungo e in largo la stessa libreria in cui siamo entrati e hanno già letto il 50% dei titoli presenti e rifiutato l'altro 50%.

In questo caso o ci buttiamo sull'ultimissima pubblicazione uscita, magari in edizione speciale con inserti inediti oppure, impersonale ma di sicuro apprezzatissimo, un buono acquisto!

Per il lettore-medio (diciamo quello non patologico!!!) possiamo orientarci su un best seller del genere da lui preferito che può essere fantasy, giallo, noir, romantico, erotico....

Se non sappiamo quali siano i generi di lettura preferiti non avventuriamoci in voli pindarici: restiamo su un genere per così dire "neutro", un evergreen classico, moderno o contemporaneo, o affidiamoci agli ultimi Premi Strega, Campiello e simili: nel bene o nel male sarà comunque un libro che "è entrato nella storia".

Ma poi quello che conta è la fiducia che il lettore ha in noi, la disponibilità a farsi sorprendere, a confondere il filo delle sue letture un po' come se fosse un invito a cena, e gli proponiamo un nuovo piatto: ci esponiamo allo stesso rischio, ma offriamo anche l'opportunità di assaggiare qualcosa di nuovo, e di aprire qualche nuova porta.

Se non abbiamo la più pallida idea se la persona in questione ami leggere e/o cosa leggere facciamo mente locale su quali siano i suoi gusti o le sue passioni.

Ci sono fantastici libri fotografici e guide per quelli sempre in viaggio. Manuali di ogni genere e livello per gli hobby più disparati.

Per quelli che "toglietemi tutto, ma non il caffè" (o il tea, la birra, la cioccolata...) ci sono libri con la storia, le caratteristiche, le curiosità e infinite altre notizie su queste tematiche.

Per chi vive per il proprio animale domestico, chi è molto devoto alla propria religione, chi pratica un nuovo sport o vive per la musica si trovano biografie, romanzi, saggi di ogni ordine e grado!!!!

Insomma è innegabile che la scelta richiede molto tempo, ma per me - non lo nego - diventa una piacevole sfida e soprattutto una grande avventura perché ricercando qualcosa che piaccia ai miei amici, mi inoltro in campi che non mi sono molto conosciuti e anche questo è bello perché, poi, scopro un titolo che interessa anche a me.

E me lo compro!!!! Ovvio!!!! Mi meriterò pure un regalo!

E' passato Natale, ma siamo nell'anno nuovo!! ■



Almost blue di Carlo Lucarelli

Nessuno vuole ammetterlo, ma a Bologna c'è un assassino seriale: è l'Iguana, che assume di volta in volta l'identità delle sue vittime, per sfuggire alle «campane dell'inferno» che gli risuonano nelle orecchie. Tocca a Grazia cercare di prenderlo, e più delle sofisticate tecnologie che usa, le servirà l'intuito e la capacità di ascolto di Simone, cieco dalla nascita. Mentre cacciatore e preda si scambiano continuamente i ruoli, vediamo la scena ora con gli occhi attenti e ansiosi di Grazia, ora con lo sguardo febbricitante e doloroso dell'Iguana, o la percepiamo come un concerto di suoni e di voci, un complicato e fantastico arabesco mentale, quando la soggettiva è di Simone. E la città che così prende forma sotto i nostri occhi, fitto reticolo di trame e di ossessioni, è insieme la sorprendente megalopoli italiana che si stende su tutta l'Emilia, e anche il teatro magico dove tutte le storie possono accadere. Un thriller nervoso e impeccabile, una storia d'amore e solitudine, una scrittura che sa dosare tensione emotiva e colpi di scena.

"Colori, suoni e parole mescolati con sapienza". "Il punto di forza è lo stile narrativo: gli episodi si susseguono fulminei, le scene si coordinano in sequenze agili e serrate, il racconto vibra di tensione. Eccezionale è la fluidità con cui l'autore muta il proprio angolo visuale sulla storia. Tipica, se non unica, è l'ossessività di certe descrizioni, enfatizzata dal vezzo di ripeterne, in tono falsamente interrogativo, le ultime parole, come se fossero rigurgiti di una lacerante riflessione."



Rosso Vermiglio di Cibrario Benedetta

Premio Campiello 2008. La protagonista del romanzo è una giovane donna appassionata e ribelle, ma è cresciuta in una famiglia - e in un ambiente - dove l'eleganza, la compostezza, la sobrietà e il rigore sono più che dei valori, sono l'unica forma di vita concepibile. Appena ventenne, accetta dunque un matrimonio combinato per lei dal padre. Non sarà una scelta felice, probabilmente anche perché il destino ha messo sulla sua strada l'affascinante ed enigmatico Trott, che nell'arco di un decennio, con tre impreviste apparizioni, comprometterà definitivamente il precario equilibrio del suo matrimonio. La protagonista incarna infatti un momento di trasformazione di un'intera società: troppo moderna per adattarsi docilmente a proseguire nel solco tracciato dalle altre donne di famiglia e al tempo stesso ancora troppo fragile, e soprattutto troppo poco abituata a dare ascolto ai sentimenti e alle emozioni, per vivere la propria ribellione sino alle estreme conseguenze. Ma è come se Trott l'avesse risvegliata da un incantesimo e fin dal primo incontro avesse innescato in lei un processo di cambiamento che non può più essere arrestato. Da qui la scelta di trasferirsi da sola nella campagna senese, a San Biagio, abbandonando una città, Torino, che sta rapidamente cambiando sotto l'impulso della nascente industria, e un marito che ha sempre sentito estraneo e che la tradisce sfacciatamente.

Si legge tutto Sun fiato per la stupenda fluidità del modus narrandi ma, allo stesso tempo, si assapora e si centellina come un buon vino duannata! Ottimo romanzo dal quale ci si lascia facilmente coinvolgere e nel quale nelle vicende di un'aristocratica torinese si rivive la storia dell'Italia del '900. Un particolare molto commovente è che come si muove nel raccontare la vita da anziana anche il racconto si fa disordinato saltando spesso tra presente e passato. Una piacevolissima lettura. Scoperta un po' per caso ed apprezzatissima. La trama interessa per tutta la durata del libro, senza noie perché la scorrevolezza è costante; l'ambientazione storica è ben descritta senza mai diventare digressione o prevalere sulle vicende, ma semplicemente accompagnandola. Infine da apprezzare un personaggio femminile emancipato, profondo, sempre capace di guardarsi dentro.

Condividi con noi una tua lettura, un tuo pensiero:

Vuoi condividere con noi un libro, una lettura, hai suggerimenti da darci? Scrivici: ass.amrer@alice.it

Il verbo leggere non sopporta l'imperativo, avversione che condivide con altri verbi: il verbo "amare"... il verbo "sognare"...

Daniel Pennac



La scuola degli ingredienti segreti di Bauermeister Erica

È lunedì, nel ristorante di Lillian è giorno di chiusura, e come ogni settimana si tengono le lezioni del corso di cucina. Circondata dagli allievi, Lillian muove delicatamente le mani, sta per aggiungere l'ultimo tocco, l'ingrediente segreto, e poi la torta sarà pronta. Nessuno meglio di Lillian conosce la magia degli ingredienti, nessuno meglio di lei sa che a volte basta una tazza di cioccolata per cambiare un po' la vita. Era solo una bambina quando, grazie a una misteriosa ricetta donatale da Abuelita, la donna della bottega delle spezie, ha salvato sua madre.

Sono passati anni da allora, anni in cui ha combattuto, ha sofferto, si è ribellata, a volte ha perso ogni certezza, tranne una: la fiducia nella magica alchimia del cibo. È per questo che il suo ristorante è un luogo speciale, dove si ritrovano ricordi perduti, si stringono promesse d'amore o nasce un'amicizia. Lo sanno bene gli allievi del corso di cucina, tutti alla ricerca dell'ingrediente segreto che ancora manca alla loro vita. Come Claire, giovane madre insicura, o Tom, che ha appena perso la moglie; Chloe, ragazza maldestra e vitale; Isabelle, che non ricorda nulla tranne le ricette. Per tutti loro Lillian ha la soluzione: sa che le tortillas restituiscono il gusto piccante dell'avventura, che una soffice glassa può far dimenticare un tradimento e che un ragù schiude le porte di un nuovo amore. Quello che non sa è la ricetta giusta per lei. Potrà trovarla solo se accetterà di mettersi alla prova, almeno una volta.

Carino, leggero, divertente e goloso!! Non c'è una trama vera e propria, come ci sono tanti personaggi ma nessuno approfondito veramente. E' come se il vero protagonista del libro fosse solo il cibo, il resto rimane in superficie... È incredibile quanto la scrittrice riesca a far percepire distintamente le sensazioni e gli odori presenti in quella cucina che racchiude un mondo incantato.

La vividezza delle descrizioni e l'abilità dell'intreccio di tante storie diverse hanno decretato il successo di quest'opera prima di Erica Bauermeister. E' difficile rimanere insensibili alle delicate atmosfere ricreate dall'autrice e dai sapori resi così reali da far vibrare le papille gustative.

La lettura lascia una scia di positività e tanta voglia di mettersi ai fornelli.



La figlia dell'aggiustaossa di Amy Tan

LuLing e Ruth sono madre e figlia. Ruth è cinese solo nelle fattezze, la sua professione, la lingua, il modo di interpretare la realtà sono quelli di un'americana di oggi. LuLing ha più di settant'anni. Pur avendo vissuto per mezzo secolo negli Stati Uniti, è profondamente legata alla terra d'origine. LuLing vive sola, si mantiene con un povero sussidio e comincia a mostrare i segni del morbo di Alzheimer. Colpita da questa circostanza, Ruth decide di far tradurre dal cinese un manoscritto che, anni prima, la madre le aveva affidato pregandola di leggerlo, per avvicinarsi al suo passato. Ruth scopre che il suo bisnonno era un aggiustaossa e apprende segreti familiari inimmaginabili.

Da assaporare senza fretta gustandone ogni parola e sfumatura. Sono quasi due libri in uno: la storia di un rapporto difficile madre-figlia, a cavallo tra due culture, e quella di una famiglia cinese arcaica immersa in tradizioni così lontane da noi. Ma poi, sul finale, come due fili che si intrecciano, le storie si congiungono, si completano. Intensamente struggente, un meraviglioso viaggio a cavallo tra due culture e tra due generazioni. Figure di donne scolpite con l'accetta. Personalità femminili forti. Serio, realistico, poetico, mai banale. Storia di dolore, amore, superstizione, fantasmi. Un libro magico, meraviglioso, di una dolcezza e tristezza che tocca il cuore.



Ti ho sposato per allegria di Natalia Ginzburg

Pietro e Giuliana sono sposati da una settimana, dopo solo un mese che si conoscono. Pietro, avvocato, è di solida estrazione sociale, abituato a una vita borghese, pacata e regolare; mentre Giuliana è una spiantata, indolente e pasticciona, scappata di casa a diciassette anni, un po' svitata ma simpatica. Pietro ha invitato a pranzo per l'indomani sua madre, affinché metta da parte tutte le riserve sul conto di Giuliana e accetti lo stato di fatto, smettendola di cruciarsi. Ma questa sarà anche la loro prova più importante. Riusciranno a uscirne indenni?

E' una commedia in tre atti del 1965, la più famosa di Natalia Ginzburg, divenuta ormai un classico. Interpretata anche da Monica Vitti nel film di Luciano Salce. E' un testo da leggere per conoscere la figura magica di Pietro che, affascinato dalla stravaganza di Giuliana, riesce a far convivere il ruolo di figlio rispettoso ed inquadrato con la sua vena di bizzarria e il suo desiderio di leggerezza e di vitalità che trova nella moglie. Per scoprire una Giuliana che ci entra nel cuore grazie a quella stravagante balordaggine che la fa essere eterea, un po' stordita e senza stile.

Ci si affeziona anche agli altri personaggi di contorno caricaturali ma sobri e delicati: la madre ipocondriaca di Pietro, la sua entusiasta sorella, Topazia la vagabonda, lo spasimante di Giuliana il pavido Manolo, la domestica Vittoria, pratica e concreta.

E' una piccola fiaba moderna che ci fa scoprire che l'augurio più bello è proprio quello di sposarsi per allegria.



Profumo di lavanda di Paolo Brosio

A Medjugorje la vita di Paolo Brosio ha avuto una svolta inaspettata e sconvolgente. Sulla collina delle apparizioni, dalla cui sommità si scorgono sterminate distese di lavanda, la Madonna ha abbracciato la sua esistenza, facendogli vivere l'esperienza della conversione, della misericordia e della tenerezza di Dio. Ricco di gioia per questa rinascita interiore, il celebre giornalista e conduttore televisivo - dopo una vita disordinata di droga, alcol e sfrenatezze - ha sentito forte il desiderio di narrare l'incontro con Dio e con la Regina della Pace e di condividere l'esperienza di sentirsi amato dal Cielo. Ha cominciato così a tenere incontri pubblici, a fare presentazioni del suo libro "A un passo dal baratro" a invitare amici, conoscenti, lettori e semplici fedeli a seguirlo a Medjugorje in pellegrinaggio. Da quest'intensa attività è nata una ricca trama di nuovi amici, di incontri, di segni e di miracoli che, ancora una volta, Paolo ha voluto raccontare ai suoi moltissimi lettori: per lui è stata una grazia della Madre di Dio, capace di guarire le ferite di ogni cuore trafitto.

Vi consiglio "Profumo di lavanda" come testimonianza, per conoscere quello che succede oggi a Medjugorje, il racconto delle apparizioni che si ripetono dal 1981, la visita del cardinale Schonborn, l'istituzione della commissione pontificia d'inchiesta su Medjugorje. La forza di questo libro sta tutta nell'intensità dell'esperienza raccontata, nell'entusiasmo con cui Brosio racconta il suo cambio di vita e la novità dirimpente della sua scoperta di fede con tutta la difficoltà nel testimoniare che un personaggio pubblico come lui può avere. Brosio parla della Madonna come un innamorato parlerebbe della sua amata; e lo fa con parole che emozionano.



6 nei guai di Evanovich Janet

Trenton, New Jersey. Un palazzo di proprietà dei Ramos, noti trafficanti d'armi, va a fuoco. Tra le fiamme - ma con una pallottola in mezzo alla fronte - muore Homer Ramos, rampollo di famiglia. Il tenebroso Ranger pare coinvolto, e la nostra eroina, la cacciatrice di taglie Stephanie Plum, ha l'incarico di ritrovarlo. Affiancata dalla fida compagna Lula, una robusta ex prostituta dai modi spicci e dal grilletto facile, Steph rimane coinvolta nella rivalità fra la mafia locale e gli scagnozzi dei

Ramos. Anche questa volta, dopo aver distrutto - tra le fiamme, come sempre - l'ennesima auto, Stephanie deve ricorrere alla Balena Azzurra, la solenne e inossidabile Buick del '53 ereditata dallo zio Sandor. Fra pericolosi appostamenti, pedinamenti, sequestri e, soprattutto, problemi con la linea e un enorme brufolo che le deturpa il viso, Steph trova il tempo per fare da dog-sitter al simpatico - e famelico - Bob, suo nuovo assistente a quattro zampe, e per ospitare l'incontenibile Nonna Mazur, ultraottuagenaria in cerca di un fidanzato e aspirante automobilista. E sul fronte sentimentale? Be', l'agente Joe Morelli e Ranger hanno tutte le carte in regola per contendersi le grazie di Steph, fino a una svolta improvvisa quanto determinante.

Questo è il sesto (e più famoso) libro di una serie composta da 15 libri (non tutti tradotti) che ha come protagonista Stephanie Plum, cacciatrice di taglie. Nel libro si intreccia azione, pericolo, amore, relazioni, il tutto condito da una buona dose di ironia (esilarante il personaggio della nonna, ispirato ad una zia dell'autrice). La parte thriller è sempre interessante, la parte rosa e la parte comica assolutamente coinvolgenti ed esilaranti. Godibile, pieno di verve, privo di pretese, sicuramente surreale ma Stephanie Plum è l'antidepressivo per eccellenza: una specie di Bridget Jones nei panni di una cacciatrice di taglie!!!



Esperimenti di felicità provvisoria di Matteo B. Bianchi

Mao è un uomo in crisi, abbandonato dalla sua ragazza e insoddisfatto del proprio lavoro, Elvis è un giovane pubblicitario che sta affrontando con fatica un lutto, Valentina è una scrittrice di successo che ha deciso di cambiare vita, Marco è un giornalista underground affascinato dal mondo delle celebrità letterarie: quando i loro percorsi arriveranno a incrociarsi, le conseguenze saranno imprevedibili. Per ciascuno sarà l'inizio di un periodo inebriante e concitato, una fase di sperimentazione nella quale il desiderio di andare contro le convenzioni sembra prevalere sull'obbligo asfissiante di seguirle.

Racconta della fluidità dell'orientamento sessuale, dove amore e desiderio non sono rigidamente orientati sempre verso un unico sesso ma scivolano tra l'uno e l'altro, cercano, sperimentano, maturano. Sentimenti alle prese con equilibri d'amore, precarietà delle emozioni, un'occasione per vivere nuove forme di relazioni e sperimentando la felicità che, e lo si capisce da subito, sarà però provvisoria, in quanto durerà solo pochi mesi. Vero e schietto, sincero e a tratti sfacciato e razionale. Consigliatissimo!

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,

la forza di toccare la profondità dell'anima credo sia prerogativa dell'arte, in tutte le sue espressioni, capace di rapirci ed elevarci ad un turbinio di emozioni che possono renderci estatici e "colpirci" nel profondo.

Mi sono sempre domandata come riconoscere l'arte, se la si dovesse andare a cercare, e dove, o se ella si mostrasse da sé senza tante presentazioni, come lo zampillo prepotente di una personale ed interiore sorgente che vuole raggiungerci per far esplodere emozioni con modi e tempi davvero inaspettati. Così mi è capitato prima di chiudere una lunga giornata di lavoro, mentre ero a cena in una osteria romana... davvero inaspettato, davvero capace di muovere l'anima.

Così per caso mi sono imbattuta in un giovane promettente artista che si esprime in maniera libera, Paolo Lombardo, in arte Pablo, che risolve a modo proprio la sua pittura, pur attingendo alla lezione dei primitivi, dei fauves quale ad esempio Matisse e dei grandi dell'espressionismo quale ad esempio Kirchner.

Mentre mi faceva un ritratto, perché ne ho approfittato per rimanere anch'io nella storia dell'arte, ho visto come il suo campo di azione è l'osservazione attenta, acuta e sensibile dell'umanità che lo circonda per poterne fare oggetto della sua pittura introspettiva. Così dell'umanità Pablo diviene interprete autentico perché riesce a trascrivere e fissare sulla tela in modo visibile quello che più, in ogni volto, pretenderebbe di celarsi all'occhio altrui.

Nel confezionare i suoi ritratti la sua mano è sicura: traccia contorni con linee precise e nette, stende campiture pregne di colore intenso, con sapienza spontanea utilizzando segno e colore per creare un legame indissolubile tra significante e significato.

La sua è l'arte vitale di chi è preda della necessità impellente di esprimersi e comunicare, della necessità di interazione tra il sé e l'"altro" da sé, come specchio in cui riflettere l'io interiore, così da penetrare nei più remoti anfratti dell'anima

Per i suoi ritratti è usato il termine "confezionare", improprio nel contesto pittorico, ma utile a sottolineare come questi dipinti "contengono, conservano e proteggono" proprio come una confezione, o meglio come uno scrigno, l'anima di coloro che ne sono i soggetti, anima che pure, al pari di un dono prezioso, si offre a uno sguardo empatico. In questo senso sono ritratti originali. Con la loro forza catturano la nostra attenzione, ci pongono interrogativi, suscitano in noi la con-passione delle emozioni che esprimono.

(Commenti liberamente tratti da testi di Lina L.Ferini)



Se volete conoscere Paolo Lombardo e apprezzarlo dal vivo, dall'8 Gennaio 2013 presso l'**Artotheque de rome**, in Via Margutta 85, Roma trovate la sua mostra dal titolo "Memorie d'istanti nella notte"

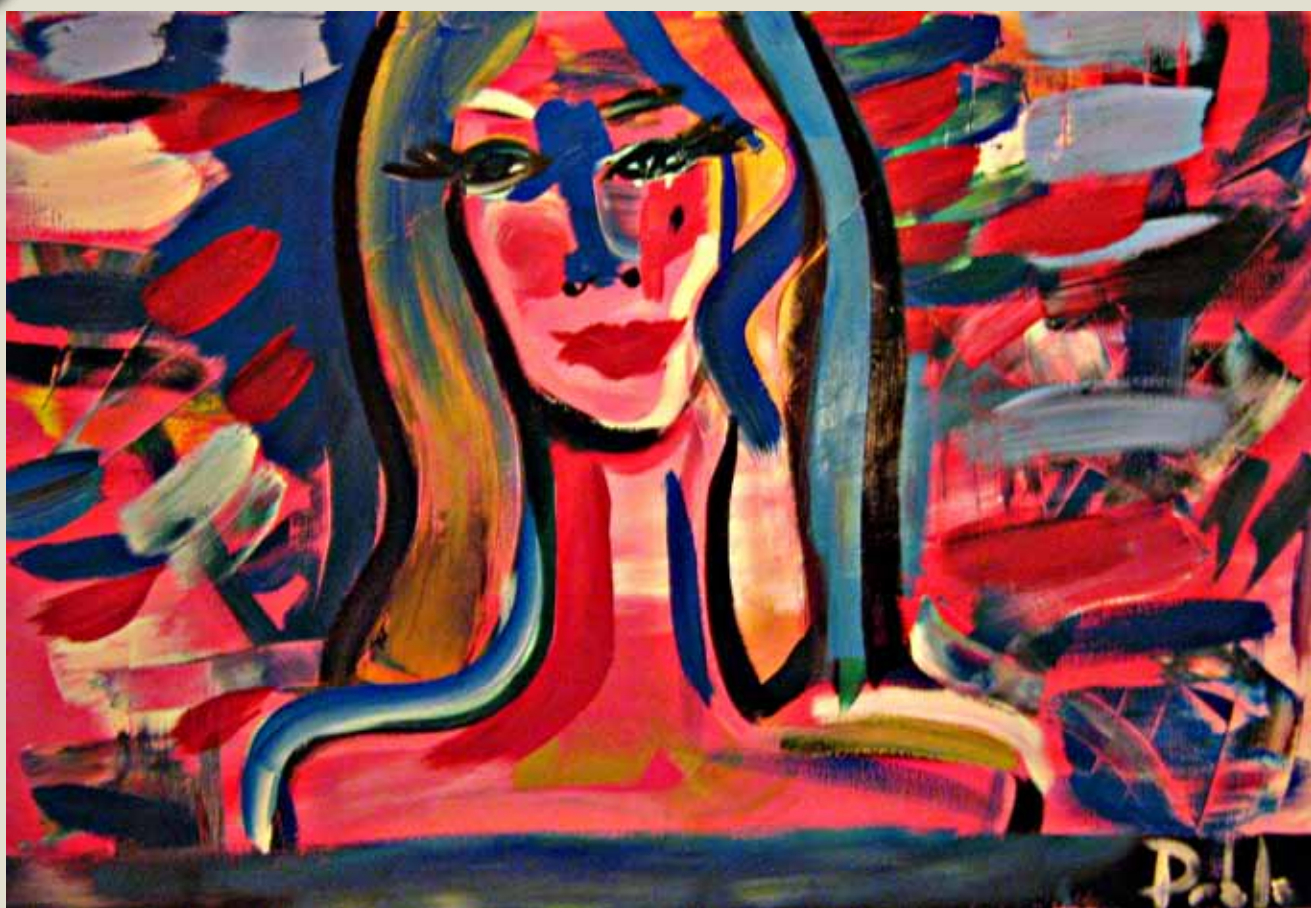
Paolo Lombardo, in arte Pablo

cell.3383895220
facebook pablo è vivo

**Vorrei una camicia bianca
per macchiarla sempre
di vita e sentirmi pulito**

Pablo





L'Associazione e i suoi Associati

Un augurio per chi è venuto al mondo e a chi intraprende un nuovo percorso

Auguri a Leonardo! Il Consiglio Direttivo e tutti gli associati danno il benvenuto a Leonardo, il leoncino di Natallia e Stefano. Siamo molto felici per questa bella famiglia che è cresciuta, e ci dona il sorriso di un bambino, testimone di quanto la vita sia forte e bella, capace di superare i tanti momenti in cui lo può essere meno. Tantissime felicitazioni quindi a questa bella famiglia, un buffetto al dolce Leonardo e buon 2013! ■



Felicitazioni agli Sposi!

Il Consiglio Direttivo e tutti gli associati salutano di cuore la coppia Stefania e Andrea, che si sono sposati a Modena poco prima di Natale. Auguriamo loro una vita piena di soddisfazioni! Auguri vivissimi anche ai genitori della bellissima coppia! ■



Bomboniere solidali

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

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



L'Associazione e i suoi Associati

Un saluto a chi ci ha lasciato



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

Il sentimento che proviamo a seguito della scomparsa di persone care che hanno affrontato con coraggio, e a volte scoramento, una malattia così subdola che logora piano piano, lascia un vuoto enorme, lascia spesso la voglia di gridare.

Abbiamo ricordato in un spazio precedente una parafrasi di un pensiero di Heinrich Heine che ci hanno segnalato in modo completo, e che quindi vogliamo riproporvi, carico di una sua

saggezza che potremmo definire maestra: "Per quante lacrime si possano spargere, alla fine ci si deve sempre soffiare il naso". La vita procede, a volte inesorabilmente, non dimentichi del passato, occorre trovare la forza di "soffiarsi il naso" e continuare l'avventura della nostra esistenza, ricordandoci che è giusto lottare con forza per migliorare il nostro domani!

AMRER e tutti gli associati si stringono attorno ai familiari e ai cari delle persone che ci hanno lasciato. Vogliamo ricordare in questo spazio **Aldo Bondi, Alfonsina Tonello, Martini Ginevra, Rina Pivetti, Stefano Cessanti**. A tutti i familiari e cari le nostre più sentite condoglianze. Ringraziamo tutti coloro che, in memoria dei propri cari, hanno voluto fare una donazione ad Amrer Onlus aiutandoci così nella nostra opera di sostegno al malato reumatico. ■



Vogliamo ricordare Stefano Cessanti con le parole di sua moglie, a cui mandiamo un forte abbraccio da parte di tutti noi.



Buongiorno,
sono ad inviarti la foto di mio marito, che purtroppo è deceduto il 22 febbraio scorso, all'età di 37 anni.

Mio marito aveva la granulomatosi di Wegener, malattia che lo aveva colpito a 17 anni, con interessamento delle alte vie respiratorie e polmonare. Nonostante negli anni la sua capacità respiratoria fosse notevolmente diminuita, era un uomo molto forte che non ha mai fatto pesare il suo stato. A chiunque lo abbia conosciuto ha lasciato un ottimo ricordo oltre che un grande vuoto. Marito speciale e splendido padre, io e mia figlia di 9 anni, possiamo ritenerci fortunate di averlo potuto amare.

Vi ringrazio fin da ora per ricordo che scriverete di lui e se Vi è possibile fate in modo che questa terribile malattia venga conosciuta per essere studiata. Cordialmente saluto.

Cristina

Preghiera Semplice

Oh! Signore, fa di me uno strumento della tua pace:

*dove è odio, fa ch'io porti amore,
dove è offesa, ch'io porti il perdono,
dove è discordia, ch'io porti la fede,
dove è l'errore, ch'io porti la Verità,
dove è la disperazione, ch'io porti la speranza.*

*Dove è tristezza, ch'io porti la gioia,
dove sono le tenebre, ch'io porti la luce.*

*Oh! Maestro, fa che io non cerchi tanto:
Ad essere compreso, quanto a comprendere.
Ad essere amato, quanto ad amare
Poichè:*

*Si è: Dando, che si riceve:
Perdonando che si è perdonati;
Morendo che si risuscita a Vita Eterna.
Amen.*

Francesco d'Assisi



DONAZIONI A FAVORE DEI MALATI REUMATICI

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

- CONTO CORRENTE POSTALE n. 12172409

(con bollettino postale o tramite POSTAGIRO,
oppure bonifico su IBAN – IT70 L076010240000012172409)

- CONTO BANCARIO IBAN: IT 81 S 02008 02450 000002971809





Nel 2013 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



Il 5 x 1000 destinato ad AMRER negli anni precedenti ha permesso di stampare e distribuire 500.000 opuscoli per i pazienti