



Sinergia

1 - 2023

CONOSCERE L'ARTRITE PSORIASICA



Le guide di **ANMAR**



www.anmar-italia.it



ANMAR
Associazione Nazionale
Malati Reumatici
ONLUS

Numero Verde Anmar
800.910.625

Associazione Nazionale Malati Reumatici ANMAR

Le indagini svolte nell'ambito medico, in genere, tendono a testare l'efficacia di un farmaco, effetti collaterali e altro.

Noi malati abbiamo bisogno di far capire "ai sani" quale sia la nostra quotidiana qualità di vita:

- difficoltà nelle azioni,
- difficoltà nell'ambiente di lavoro,
- difficoltà di relazione.

Per questi motivi ANMAR organizza e promuove ricerche dove gli attori sono le persone stesse che dichiarano le proprie difficoltà.

I dati sono fondamentali per portare le nostre istanze, le nostre richieste nelle sedi istituzionali sia locali che regionali e nazionali.

SIAMO PERSONE che VOGLIONO ESSERE ASCOLTATE

Associazione Nazionale Malati Reumatici

Sede legale: Via R. R. Garibaldi 40 - 00145 ROMA

Numero Verde: 800.910.625

Segreteria cell. 3315255633

email:info@anmar-italia.it

segreteria@anmar-italia.it

CONSIGLIO
DIRETTIVO
ANMAR

Tonolo Silvia - *Presidente*

Severoni Sara - *Vice Presidente*

Mussi Graziano - *Tesoriere*

Padovani Fiorella - *Segreteria*

Grossi Paola - *Consigliere con delega ai rapporti con le associazioni regionali*

Sostieni ANMAR onlus

Con il tuo aiuto possiamo sconfiggere
le malattie reumatiche

Sostienici fai una donazione

Associazione Nazionale Malati Reumatici

ANMAR - Onlus

BANCA INTESA

IBAN IT72D0306909606100000078704

BIC SWIFT BCITITMM

causale SUPPORTO A PROGETTI DI RICERCA

**Dona il tuo 5x1000 ad ANMAR,
tanti progetti diventeranno NOSTRI progetti**

Codice fiscale 900 303 503 27



Sinergia

Lo scopo della Rivista

- Favorire la conoscenza delle patologie reumatologiche e delle novità terapeutiche
- Fornire informazioni utili relative alla prevenzione delle patologie reumatologiche
- Divulgare le “buone pratiche” attivate a livello regionale, locale, per la prevenzione e cura delle malattie reumatologiche
- Divulgare studi e sperimentazioni innovative relative alla cura delle patologie reumatologiche e al dolore
- Promuovere informazioni relative alla tutela sociale
- Informare su eventi: convegni nazionali e internazionali inerenti le patologie reumatologiche

COMITATO EDITORIALE

Bini Ilaria
Campolieti Giuseppe
Catera Donatello
Catera Pietro
Grossi Paola
Leonardi Franca
Magnoli Giovanni
Mascarino Giovanni
Monte Marinella
Mussi Graziano
Padovani Fiorella
Paone Raffaele
Perinetta Teresa
Pisu Maria Grazia
Pugliano Rosario
Rosi Stella
Severoni Sara
Tonolo Silvia
Tuninetti Maria Teresa
Urbano Isabella
Verducci Alessandra
Vellotti Maria
Viora Ugo

COMITATO SCIENTIFICO

Bentivegna Mario
Ciccia Francesco
Ciocci Alessandro
Cutolo Maurizio
De Vita Salvatore
Di Matteo Luigi
Ferrucci Maria Grazia
Gerli Roberto
Gerloni Valeria
Grembiale Rosa Daniela
Marco Mela Quirico
Marotto Daniela
Montecucco Carlomaurizio
Rossini Maurizio
Salaffi Fausto
Salvarani Carlo
Scarpa Raffaele
Sebastiani Giandomenico
Sinigaglia Luigi
Tirri Enrico





L'EDITORIALE



di Silvia Tonolo

DALL'APPROVAZIONE DELLA NOSTRA MOZIONE
ORA SI PASSA AI FATTI

Dalla mozione ANMAR-SIR, approvata all'unanimità a marzo 2022, ANMAR, grazie anche all'Osservatorio CAPIRE, ha continuato nel suo intento di portare avanti almeno qualche punto, con la speranza di attuare tutti i 12. Una vittoria inaspettata è stata quella dell'emanazione del decreto della Regione Toscana, che ha deliberato la formazione di un gruppo di lavoro per le patologie reumatologiche in cui ANMAR, ATMAR Toscana, l'Osservatorio CAPIRE, i reumatologi di tutto il territorio insieme alla Regione stessa cercheranno, attraverso gli incontri, di delineare al meglio il percorso del paziente reumatologico toscano. Si tratta di una vittoria da condividere e che dovrebbe essere traslata nelle Regioni in cui un tavolo o un gruppo di lavoro si rende necessario per portare alla luce le criticità e risolverle tutti insieme.

Altro successo è stata la mozione in Veneto, che include 3 punti da portare avanti (si pensi alla reintroduzione del tavolo sulle patologie reumatologiche, alle collaborazioni con la Regione per attuare screening reumatologici e all'introduzione della DPC per tutti i nostri farmaci).

Le associazioni aderenti ad ANMAR, in tutto il territorio italiano, stanno cercando - attraverso collaborazioni fatte negli anni con payer, Assessori e direttori del farmaco, Governatori e altre istituzioni anche nazionali - di far capire quanto questa mozione possa cambiare le nostre sorti in termini di aderenza, appropriatezza, diagnosi precoce, rapporti tra specialisti anche in vista della riorganizzazione sanitaria che vedremo con il PNRR e con l'introduzione del DM77 (EX DM70-71).

In parallelo a tutto questo, va ricordato il lavoro di ANMAR e ATMAR in seguito alla denuncia, dopo una conferenza stampa del 2016, dello switch selvaggio tra farmaci. A testimoniare il fatto che ora siamo arrivati a una fattiva e proficua collaborazione in grado, da una parte, di rendere il Sistema Regionale Sanitario sostenibile e, dall'altra, di ottimizzare la gestione in modo da permettere ai pazienti di sentirsi davvero presi in carico e ai reumatologi di curare al meglio i propri ammalati.

Il nostro lavoro, parlo di quello di tutti i Presidenti Regionali delle Associazioni, del Consiglio direttivo e dell'OSSERVATORIO CAPIRE, è capillare, importante e incisivo. Mira a raccogliere problematiche e criticità per essere sempre propositivi nel trovare soluzioni che possano far capire alle Istituzioni le nostre capacità e la nostra preparazione per poter collaborare ed essere considerati il braccio armato della reumatologia.

Si tratta di rapporti importanti creati nel tempo, con molta fatica ma sempre con la speranza di riuscire ad esser considerati un interlocutore capace, puntuale e soprattutto preparato, cosa non da poco, che ai volontari costa molto impegno.

Un grazie va a tutti i Presidenti Regionali per quanto riescono a essere presenti nel territorio, per le grandi fatiche nel riuscire a far coincidere l'impegno di volontario al lavoro e alla famiglia. Un grazie al gruppo social di Nicoletta Carcaterra "I curati a metà" che ci aiuta nel nostro percorso di tutela ai tutti i malati italiani.

Un grazie personale al Consiglio Direttivo di ANMAR sempre vicino alle mie scelte e alle mie progettazioni, sempre al mio fianco come l'Osservatorio CAPIRE che con le figure del Prof Galeazzi e dell'Avvocata Comite che mi aiutano in tutti gli aspetti scientifici e legali che la nostra Associazione si trova ad affrontare, dal mancato ingresso di farmaci in alcune regioni, alle problematiche di switch multipli ai nostri pazienti, alle delibere regionali (spesso illeggibili).

Un grazie a tutti voi!

- Silvia Tonolo -

In Sinergia
Gennaio 2023Giornale ufficiale dell'Associazione
Nazionale Malati Reumatici OnlusDIRETTORE RESPONSABILE
Nicola Ferraro
COORDINAMENTO EDITORIALE
Paola GregoriRegistrato al n. 28/07 del 25/10/2007 presso il Registro
della Stampa del Tribunale di Cagliari

IN QUESTO NUMERO

2

Editoriale

ANMAR INFORMA

3

Muoviti ora: blocca l'artrite sul tempo
Campagna nazionale sull'artrite
reumatoide promossa da ANMAR
ITALIA ONLUS

5

4 passi di salute nel parco

L'APPROFONDIMENTO

8

La videocapillaroscopia nel Fenomeno
di Raynaud"

12

Vasculiti, ritardo nella diagnosi e
prognosi

16

Artrite psoriasica: la diagnosi precoce
e la gestione multidisciplinare

20

Tubercolosi, apparato locomotore e
farmaci anti-reumatici

LE GUIDE

24

Conoscere l'artrite psoriasica

CONGRESS REPORT

25

Conferenza EULAR PARE
20-22 ottobre 2022

DALLE REGIONI

26

MUOVITI ORA: BLOCCA L'ARTRITE SUL TEMPO

Campagna nazionale sull'artrite reumatoide promossa da ANMAR ITALIA ONLUS



Grazie a “Muoviti Ora” (<https://muovitiara.it/>), Campagna nazionale promossa da ANMAR Italia ONLUS, con il sostegno Abbvie, è stato possibile organizzare visite di screening reumatologiche gratuite in centri ospedalieri di eccellenza per aiutare nella diagnosi e nella cura dei pazienti che soffrono di artrite reumatoide. Cediamo la parola ad alcuni dei protagonisti: volontari che raccontano la loro esperienza.

Associazione Ammalati Pazienti Reumatici Autoimmuni (AAPRA ONLUS)

L'esperienza di Stefania Platerotis

Il 16 settembre scorso, Torino ha ospitato “Muoviti Ora. Blocca l'artrite sul tempo”, Campagna con l'obiettivo di sensibilizzare i Torinesi sull'importanza della diagnosi precoce. Sono state organizzate visite presso i principali centri di Reumatologia della nostra città. Nello specifico, hanno partecipato la S.S.D.D.U Reumatologia dell'AO Mauriziano e la S.C. Reumatologia della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Un centinaio di cittadini, circa, con artralgie e/o sintomatologia ascrivibile all'artrite reumatoide hanno avuto l'opportunità di essere visitati da reumatologi bypassando le lunghe liste di attesa che ormai da anni caratterizzano l'accesso agli ambulatori della nostra regione.

Da tempo, ANMAR si batte affinché i pazienti reumatologici vengano presi in carico il prima possibile perché, come sempre viene ribadito, non è solo importante, ma fondamentale che la finestra temporale per diagnosi e trattamenti farmacologici venga ridotta al fine di evitare danni irreversibili.

AAPRA Onlus ha risposto con entusiasmo all'invito di AbbVie pervenutoci tramite ANMAR.

Torino, inizialmente non in programmazione, è stata poi coinvolta in virtù della neonata Reumatologia Universitaria, struttura dell'A.O. Mauriziano Umberto I diretta dalla professoressa Annamaria Iagnocco.

L'organizzazione della giornata è stata impeccabile, i reumatologi, con una professionalità ineccepibile, hanno fugato dubbi e indirizzato i pazienti verso ulteriori indagini diagnostiche. I pazienti piemontesi, vittime di enormi disagi per quel che riguarda il management delle loro patologie, almeno per un giorno, hanno ricevuto attenzione e dignità senza dover superare ostacoli e difficoltà. Possiamo quindi affermare che proposte come questa lasciano basiti o meglio “confusi e felici” i nostri concittadini, non essendoci, purtroppo, in Piemonte, costumanza di corretta governance sanitaria utile al controllo e alla gestione delle nostre patologie.

Presso l'A.O. Mauriziano, grazie a “Muoviti Ora” sono stati prenotati 40 pazienti, 3 hanno poi disdetto e ne sono stati quindi visitati 37. Dai dati raccolti alla fine della giornata è emerso che ben 18 pazienti su 37 sono stati classificati malati reumatici autoimmuni (escludendo 15 diagnosi di

artrosi, una diagnosi di artrite microcristallina, una diagnosi di tenosinovite dei flessori e 2 diagnosi di artralgie aspecifiche). Di questi, 3 sono stati presi in carico e inviati ad ulteriori indagini diagnostiche per forte sospetto di sindrome di Sjogren e 3 per forte sospetto di artrite reumatoide. A 9 pazienti è stata confermata la precedente diagnosi (4 fibromialgie, 1 artrite psoriasica, 1 sindrome di Sjogren, 1 artrite reumatoide, 1 LES, 1 oligoartrite). Sono state registrate inoltre 2 artriti acute, 1 artralgia con fenomeno di Reynaud.

A me personalmente, di questa giornata, hanno colpito gli occhi di una giovane donna che, brillando, hanno accompagnato un grazie non solo convinto ma riconoscente e commovente. Lei, la figlia di una malata reumatica, dopo richieste di vista reumatologica senza seguito da parte del suo medico curante, finalmente ascoltata, aveva ottenuto un appuntamento a distanza di circa un anno dal cup regionale, ma le sue mani parlano, urlano. E quando con un semplice click riesce a ottenere la tanto sperata visita reumatologica il 16 settembre, ben 10 mesi prima di quella programmata, incredula comincia a SPERARE... Grazie AbbVie, ANMAR, AAPRA.

Associazione Lombarda Malati Reumatici (ALOMAR)

L'esperienza di Alice Gramigna

Ho aderito subito alla richiesta di Maria Grazia Pisu, Presidente di ALOMAR, di partecipare a questa campagna di screening, anche perché conoscevo la struttura ospedaliera dell'ospedale S. Raffaele.

In realtà, dal mio ultimo accesso, l'HSR si è ingrandito molto. Per fortuna, una linea colorata sul pavimento mi ha guidata al reparto dove dovevo andare.

Ad accogliermi, una grande sala d'attesa corredata da diversi display luminosi e un gruppo di persone che stavano srotolando dei "Roll Up" con le indicazioni dell'attività di screening delle patologie reumatologiche. Mi sono presentata mostrando le credenziali di ALOMAR e le copie delle riviste SINERGIA e noi ALOMAR che avevo con me.

Ho allestito un tavolo con i numerosi libretti dedicati alle differenti patologie reumatologiche e i pieghevoli dello screening. Ho indossato il mio badge e, con empatia, mi sono presentata alle persone in attesa come volontaria di ALOMAR e anche come paziente che da più di vent'anni convive con l'AR. Ho invitato le persone a prendere visione dei libretti preparati da diversi specialisti per fare chiarezza sulle varie patologie. Ho posto l'accento sull'importanza della diagnosi tempestiva associata alla corretta terapia farmacologica indicata dal proprio reumatologo, ricordando anche l'importanza della corretta alimentazione e di tutte quelle attività motorie che facilitano la ripresa del movimento e un migliore benessere emotivo e fisico.

Quando ne ho avuto l'occasione, ho parlato delle mie esperienze in ALOMAR con il Gruppo di Ascolto Condiviso e con il Gruppo di Sambaterapia, che mi hanno permesso di confrontarmi e di acquisire consapevolezza e serenità, nonostante qualche limitazione.

Le persone sono state convocate ogni quindici minuti circa, da diversi specialisti. In qualche caso ho potuto parlare anche con gli accompagnatori o addirittura con persone in attesa per altri problemi, ma che si sono avvicinate perché interessate alle patologie reumatologiche per genitori o parenti. Quando mi sono congedata, salutando il medico che coordinava il progetto, la dottoressa Baldissera, mi sono sentita dire: "Grazie lasci pure il tavolo allestito, penseremo noi a rimpiazzare i fascicoli quando sarà necessario". Questo mi ha riempito di soddisfazione e mi sono sentita gratificata per il tempo messo a disposizione.

L'esperienza di Angelo Rossini

Sono da alcuni anni un volontario di ALOMAR presso la sezione di Como/Lecco.

Ho accolto con un po' di apprensione ma comunque di buon grado l'invito rivoltomi dalla Presidente di sostenere, quale volontario, l'iniziativa di ANMAR per sensibilizzare le persone con sospetta

patologia di tipo reumatologico a ottenere una diagnosi precoce, assolutamente necessaria per combattere più efficacemente la malattia.

Accompagnato da mia moglie, sono arrivato con un congruo anticipo all'ospedale San Matteo di Pavia.

Ad attendermi, nella saletta antistante l'ambulatorio di Reumatologia, una persona gentile e disponibile, il cui compito sarebbe stato quello di occuparsi dell'accoglienza dei pazienti mentre noi dovevamo illustrare brevemente l'iniziativa distribuendo del materiale informativo.

Due i medici incaricati di effettuare congiuntamente le visite: uno si è occupato dell'anamnesi mentre l'altro ha visitato i pazienti.

Quasi tutti (18 su 20) gli iscritti agli incontri si sono presentati. Tutti hanno dato un riscontro oltremodo positivo e ci hanno manifestato la loro piena soddisfazione per la visita ricevuta. È stata dunque una iniziativa ben riuscita, meritevole di essere riproposta, allargata ad almeno un ospedale per ogni provincia, ampliando eventualmente il tempo dedicato a ogni singola visita.



4 passi di salute nel parco



di Ugo Viora

Presentato il 24 settembre 2021 in una Conferenza Stampa, con la partecipazione dell'Assessore Regionale alla Sanità, Luigi Genesio Icardi, del Presidente e il Vicepresidente della IV Commissione Sanità, dei DG dall'ASL Città di Torino e ASL TO5 e dei vertici dell'Ente Parco delle Aree Protette del Po Piemontese, 4 Passi di Salute nel Parco è stato subito accreditato dagli "Stati Generali della Prevenzione del Consiglio Regionale del Piemonte".

AMaR Piemonte ha ideato un progetto articolato e complesso, che propone alle persone (con malattie croniche o "sane") la possibilità di ritrovarsi a camminare insieme in un bellissimo parco alle porte di Torino, insegnare loro la pratica del fit walking e, infine, offrire occasioni di incontro su tematiche non solo sanitarie: un impegno, dunque, sia nella prevenzione primaria della cronicità, sia in quella secondaria delle malattie Reumatiche e della cronicità in genere, sia nel favorire la ripresa della socializzazione.

Pur nascendo (o forse proprio per questo) da un'associazione di malati reumatici, "4 passi di salute nel parco" è aperto a tutta la cronicità e a tutta la cittadinanza (di ogni età, ovvio) - anche ai cosiddetti sani - perché impari a prevenire la cronicità.

Gli istruttori di fit walking con cui abbiamo stipulato un accordo di collaborazione sono responsabili della formazione di gruppi omogenei per abilità al cammino e di insegnare a camminare mantenendo una postura corretta e idonea al raggiungimento di un buon esercizio fisico

completo.

E non guasta il fatto di avere, grazie alla convenzione con l'Ente Parco, una base con spazi in cui cambiarsi e locali igienici riservati.

All'interno del progetto, sempre sotto la guida degli istruttori e secondo programmi stilati dai clinici, è possibile svolgere esercizi specifici di riabilitazione in aree attrezzate, anche con l'aiuto di cani appositamente addestrati. Già, i cani... "Non posso venire a camminare perché ho il cane" è una giustificazione spesso utilizzata quando non si aderisce ad un gruppo di cammino. Bene, con 4 Passi di salute nel parco anche questa scusa non tiene: si può portare anche il cane! E se ancora non lo sa fare, alcuni esperti potranno aiutare il tuo amico peloso a camminare in serenità con altri suoi simili.

Fit Walking, riabilitazione, Terapie Assistite con Animali (TAA)... ma 4 passi di salute nel parco non è tutto qui!

E per riprendere a socializzare? Camminare insieme è già un bel "primo passo", ma se non bastasse un calendario di eventi a cadenza mensile (in estate due al mese), aperti anche a chi non è iscritto al progetto, permette di ritrovarsi con esperti a parlare non solo di malattie e movimento. Proprio un incontro in aula (troppo freddo per camminare) ha dato il via al progetto, il 27 Novembre 2021: "4 zampe in famiglia" ha approfondito il rapporto tra uomo e animale domestico.

Durante il periodo invernale si è proseguito con incontri mensili (in forma mista: in presenza, via ZOOM e diret-



ta Facebook): 3 dicembre “Camminare bene per stare bene” (tra i relatori Maurizio Damilano, il due volte campione del mondo e olimpionico di marcia, inventore del fit walking); 22 gennaio “4 passi con il cuore: ipertensione, malattie reumatiche e movimento”; 19 febbraio “Camminare ai tempi del COVID: prevenzione, riabilitazione e socializzazione”.

Incontri e passeggiate sono diventati realtà da marzo, con il clima più mite: si cammina due volte la settimana dalle 17 alle 18 (e fa ancora freddino...) e proseguono gli incontri. 19 marzo “Sovrappeso e attività all’aperto: la ginnastica con l’aiuto degli animali” (tra i relatori il responsabile della rete diabetologica regionale del Piemonte); 20 marzo “Il Po bambino”: presentazione di fotografie del Po dalla sorgente all’area torinese; 9 Aprile “Nei parchi in sicurezza: gli insetti vettori” (un veterinario ed un infettivologo “umano” i relatori della mattinata).

“I bambini e il movimento: dove è finito il cortile?” del 14 maggio, il primo organizzato solo in presenza, inaugura gli incontri quindicinali estivi. Interamente dedicato alla pediatria (sono intervenuti un reumatologo pediatra e pediatri di altre specialità), per consentire ai genitori di partecipare all’evento, in contemporanea nell’aia della storica Cascina Vallere i nostri volontari si sono dati da fare per far giocare i bambini ai “giochi di una volta” (ruba bandiera, rialto, strega chiama colore, ecc.).

Aumentano i partecipanti all’attività e ci facciamo ingolosire non solo dalle ciliegie che maturano sugli alberi nel parco (anche allungarsi per abbassare i rami più alti e ricchi di frutti può essere un utilissimo esercizio fisico), ma anche dalla proposta di Decathlon di ospitarci il sabato mattina per farci conoscere di più. E ci prendiamo anche momenti di riflessione: “Ricordi e conforto: il potere evo-

cativo dell’acqua” del 26 maggio è una serata interamente dedicata al benessere spirituale.

Quando scoppia il caldo l’orario di inizio delle camminate si sposta alle 18.30 e il parco si tinge di mille colori: camminiamo tra onde di azzurri, rossi, gialli, uno spettacolo stupendo!

E si va avanti: 30 giugno “Animali sociali e Pet Therapy” introduce il tema degli Interventi Assistiti con gli Animali (tra i relatori il presidente della Commissione Regionale IAA); 14 luglio (dal 2 luglio sono arrivate le magliette di 4 passi di salute) “Alimentazione e nutrizione: alle origini del cibo” chiude il ciclo estivo di attività.

E allora...tutti al mare, ovviamente a camminare (tanto ormai siamo bravini, dicono i coach), nuotare, fare tutto meno che stare fermi!

Si riprende il 15 settembre con “Una sola salute, uomo animali, ambiente: i virus non guardano in faccia nessuno” (tra i relatori la responsabile del SEREMI – Servizio Regionale Malattie Infettive, e il neoeletto Garante per i diritti degli animali).

Nonostante i colpi di coda del Covid (l’improvvisa defezione dei relatori ci ha costretto a rimandare l’incontro del 15 ottobre), continuiamo a camminare (ormai con le lucine in fronte perché alle 19.00 è già buio) e (questo articolo è scritto il 20 ottobre) stiamo preparando gli eventi finali del 2022: 12 Novembre – I selvatici in città (sulle colline intorno a Torino, dopo i cinghiali, sono ricomparsi i lupi); 19 novembre “Malattie di genere: la donna e il movimento”; e 17 dicembre, quando ormai le camminate saranno state sospese per la pausa invernale, “Il movimento ritrovato: bioingegneria e protesica”.

E stiamo mettendo a punto il calendario del 2023, perché 4 passi di salute nel parco continua!

Le sfide più grandi. La scienza più avanzata.

Siamo impegnati nel rispondere alle sfide più grandi in tema di salute.

Mettiamo in campo innovazione e passione, dove il bisogno è maggiore.

Come azienda biofarmaceutica globale, il nostro obiettivo è avere un impatto significativo sulla vita delle persone.

È con il contributo di tutti che i progressi della scienza si traducono in farmaci per milioni di persone. Per questo collaboriamo con università e centri di ricerca, organizzazioni governative, associazioni di pazienti e no profit.

Insieme, costruiamo la medicina del futuro.

abbvie.it

abbvie

**People. Passion.
Possibilities.®**

LA VIDEOCAPILLAROSCOPIA NEL FENOMENO DI RAYNAUD¹



di P.F. Bica, MD,
Medico in formazione specialistica c/o Scuola di Specializzazione in Reumatologia, Università degli studi di Genova.

M. Cutolo, MD,
Professore Ordinario, Direttore della Scuola di Specializzazione in Reumatologia c/o Università degli studi di Genova.

Laboratorio di Reumatologia Sperimentale e Divisione Accademica di Reumatologia Clinica, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità (DIMI), Università di Genova, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Policlinico San Martino, Genova, Italia.



Figura 1. Fenomeno di Raynaud

Il Fenomeno di Raynaud (FdR) è una sindrome parossistica trifasica caratterizzata da alterazione del microcircolo accentuate dal freddo o trigger vibrazionali o emotivi. Le fasi del Fenomeno di Raynaud sono: la fase ischemica (vasospasmo), la fase cianotica (acrocianosi) e la fase da riperfusione cutanea (eritromelalgia) (**Figura 1**).¹ Il FdR per essere definito tale deve prevedere la presenza di almeno due delle tre fasi sopra descritte. Il FdR viene classificato in primitivo (se non è correlato a nessuna malattia sottostante) - e in tal caso viene chiamata Malattia di Raynaud - e secondario (se correlato ad altre malattie) e in tal caso viene chiamato Sindrome di Raynaud.² Il FdR è presente in circa il 3-5% della popolazione generale e il 90% delle forme è primitivo. In studi osservazionali si identifica una transizione dal FdR primitivo al FdR secondario in circa il 13-15% dei casi nell'arco di 4,4 anni. Il FdR secondario può rappresentare la manifestazione clinica di una serie di patologie talvolta complesse, come elencato nella **Tabella 1**.

LeRoy e Medsger identificarono i criteri classificativi per il FdR primitivo e per il FdR secondario.³

Criteri classificativi per Fenomeno di Raynaud

Primario:

- Comparsa dei sintomi prima dei 20 anni con miglioramento sintomatologico nel corso dell'invecchiamento
- Attacchi episodici e simmetrici
- Normalità del quadro videocapillaroscopico
- Negatività dei test anticorpali (ANA negatività) e normalità della velocità di eritrosedimentazione
- Nessuna evidenza clinica di malattia vascolare periferica
- Assenza di gangrena, "pitting" digitale o lesioni tissutali

Criteri classificativi per Fenomeno di Raynaud

Secondario

- Età di esordio dopo i 30 anni
- Attacchi intensi, dolorosi e asimmetrici
- Evidenza di danno microvascolare alla videocapillaroscopia
- Positività dei test anticorpali con riscontro di specifici autoanticorpi
- Lesioni ischemiche cutanee associate (**Figura 2**)
- Sintomi e segni clinici suggestivi di malattia del tessuto connettivo

Tab.1 Cause correlate a insorgenza del Fenomeno di Raynaud secondario

MALATTIE AUTOIMMUNI		IATROGENA	
Vasculiti		Traumi	
Sindrome di Sjogren		Farmaci per l'emicrania	
Miopatie infiammatorie idiopatiche		Beta-bloccanti	
Sindrome da anticorpi antifosfolipidi		Cloruro di vinile	
Connettivite indifferenziata		Abuso di cocaina	
Lupus Eritematoso Sistemico		Silice e solventi	
Sclerosi sistemica		Bleomicina	
MALATTIE VASCOLARI		MALATTIE NEUROLOGICHE	
Malattia di Buerger		Sindrome del tunnel carpale	
Aterosclerosi		Sindrome dolorosa regionale complessa	
Tromboembolismo		Patologie cerebrali vascolari	
Sindrome dello stretto toracico		Siringomielia	
MISCELLANEE			
Discrasie ematiche		Malattie mieloproliferative	
Sindrome da iperviscosità		Utilizzo professionali di strumenti vibranti	



Figura 2. Ulcere cutanea digitali in paziente con Sclerosi Sistemica

La diagnosi

Una corretta anamnesi è fondamentale per l'identificazione dei fattori di rischio, quali esposizione alle basse temperature, stress emozionali, utilizzo di farmaci (beta-bloccanti, farmaci contro l'emicrania, chemioterapici),

esposizione al fumo di sigaretta, vibrazioni, o a sostanze chimiche in ambiente lavorativo.⁴

L'esame obiettivo deve includere la valutazione delle dita al fine di identificare il "pitting", la presenza di ulcere o gangrena. Gli esami di laboratorio devono comprendere la valutazione degli indici di flogosi e il profilo autoanticorpale (ANA ed ENA).⁵ La valutazione soggettiva dell'attacco ischemico e il suo impatto sulla qualità di vita può essere quantificata mediante il "Raynaud's Condition Score" da parte del paziente, considerando la frequenza, la durata, il dolore e la disabilità temporanea correlata all'evento.⁶ In generale, il FdR è localizzato a livello delle dita delle mani e/o dei piedi, ma talvolta può localizzarsi alle orecchie, alla punta del naso e la fase acuta in genere dura 15-20 minuti.

L'unico esame strumentale che consente di effettuare una diagnosi differenziale precoce tra FdR primitivo e FdR Secondario è la Videocapillaroscopia periungueale (VCP) (**Figura 3**) Tale metodo diagnostico diretto, non invasivo e sicuro, consta di una sonda manuale provvista di telecamera con lente di ingrandimento 200X retroilluminata che fotografa i capillari del letto ungueale.⁷

L'uso della VCP è mandatorio nei pazienti con sintomi di Raynaud al fine di identificare precocemente i pattern



Figura 3. Video-capillaroscopia

morfologici specifici: infatti la VCP è stata inserita tra i nuovi criteri classificativi ACR/EULAR 2013 per la Sclerosi Sistemica. L'esame videocapillaroscopico può rilevare iniziali segni di alterazione del microcircolo, fondamentali per una precoce diagnosi.⁸ Per eseguire una corretta VCP ed evitare falsi positivi si devono informare i pazienti sull'astenersi dal fumo e dal consumo di caffè nelle 3 ore precedenti l'esame (poiché induce vasocostrizione periferica), evitare traumatismi alle mani (onicofagia e manicure) nel mese precedente l'esame, non presentarsi con gel o smalti ungueali. Prima di eseguire l'esame è fortemente consigliato acclimatare il paziente in una stanza con temperatura controllata (20-22°C) per circa 15-20 minuti. Il test viene eseguito dal V dito mano destra al V dito mano sinistro escludendo i pollici (per eccessivo ispessimento periungueale) eseguendo due foto per ogni dito. Ogni

alterazione che viene riscontrata deve essere sempre rapportata alla percentuale presente nelle 16 immagini. I principali elementi che si valutano sono:

- la "dilatazione capillare", tra 20 e 50 micrometri, (fisiologica se < 20 micrometri) (vedi **Figura 4**)
La sommatoria di questi elementi costituisce lo score A, score diagnostico di malattia.
- numerosità capillare, (fisiologica > 7 capillari per millimetro lineare)
- sovertimento della struttura architetturale del microcircolo (**Figura 5**)
- ramificazioni, segno di neoangiogenesi (**Figura 5**)
- la presenza di "depositi di emosiderina" (indotto dalla permeabilità capillare) (**Figura 6**)
- il "capillare gigante", il capillare ha sia nell'ansa afferente, efferente e apicale un diametro >50 micrometri. Il capillare gigante è la principale alterazione che identifica uno scleroderma-pattern. (**Figura 7**)^{7,9}



Fig. 4.
Dilatazioni apicali



Fig. 5.
Ramificazioni capillari,
con sovertimento
architetturale



Fig. 6.
Microemorragie



Fig. 7.
Capillare gigante

Lo “scleroderma pattern” è la principale alterazione del microcircolo che deve portare il clinico a eseguire ulteriori accertamenti ed eseguire uno stretto follow-up del paziente nel sospetto di sclerosi sistemica. Se il paziente presenta un FdR con ANA + e uno scleroderma pattern, ha il 68,5% di probabilità di sviluppare interessamento cutaneo sclerodermico nell’arco di 5 anni, e del 78,5% in 15 anni.¹⁰ Nella sclerosi sistemica e anche in altre malattie reumato-

logiche è stata identificata una stretta correlazione tra le alterazioni capillaroscopiche e l’interessamento d’organo (es. n° capillare ridotto con interessamento polmonare e interessamento cutaneo esteso).^{11,12}

Il trattamento del FdR dipende dalla severità dei sintomi e dalla causa sottostante, e deve essere orientato al miglioramento della sintomatologia e della qualità di vita del paziente.¹³

Per ulteriori informazioni

1. Cutolo M, Pizzorni C, Meroni M et al. La videocapillaroscopia ungueale nel monitoraggio del fenomeno di Raynaud e nella diagnosi precoce della sclerosi sistemica [The role of nailfold videocapillaroscopy in Raynaud’s phenomenon monitoring and early diagnosis of systemic sclerosis]. *Reumatismo*. 2010;62(4):237-47
2. Herrick AL, Wigley FM. Raynaud’s phenomenon. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020;34(1):101474
3. LeRoy EC, Medsger TA Jr. Raynaud’s phenomenon: a proposal for classification. *Clin Exp Rheumatol*. 1992;10(5):485-8
4. Haque A, Hughes M. Raynaud’s phenomenon. *Clin Med (Lond)*. 2020;20(6):580-587
5. Devgire V, Hughes M. Raynaud’s phenomenon. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2019 2;80(11):658-664
6. Cutolo M, Smith V. Detection of microvascular changes in systemic sclerosis and other rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2021;17(11):665-677
7. Cutolo M. Atlas of capillaroscopy in Rheumatic diseases, Elsevier, chapter 4, 2021
8. Caramaschi P, Canestrini S et al. Scleroderma patients nailfold videocapillaroscopic patterns are associated with disease subset and disease severity. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46(10):1566-9
9. Hofstee HM, Vonk Noordegraaf A, Voskuyl AE et al. Nailfold capillary density is associated with the presence and severity of pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(2):191-5
10. Marino Claverie L, Knobel E et al. Organ involvement in Argentinian systemic sclerosis patients with “late” pattern as compared to patients with “early/active” pattern by nailfold capillaroscopy. *Clin Rheumatol*. 2013;32(6):839-43
11. Smith V, Decuman S, Sulli A et al. Do worsening scleroderma capillaroscopic patterns predict future severe organ involvement? a pilot study. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(10):1636-9
12. Ingegnoli F, Ardoino I, Boracchi P, Cutolo M; EUSTAR co-authors. Nailfold capillaroscopy in systemic sclerosis: data from the EULAR scleroderma trials and research (EUSTAR) database. *Microvasc Res*. 2013;89:122-8
13. Cutolo M, Sulli A. Therapy. Optimized treatment algorithms for digital vasculopathy in SSc. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11(10):569-71



Vasculiti, ritardo nella diagnosi e prognosi



di Franco Schiavon, Reumatologo

Le vasculiti rappresentano un gruppo di malattie caratterizzate da un processo infiammatorio a carico della parete dei vasi sanguigni. L'infiammazione può determinare la comparsa di una riduzione del calibro del vaso (stenosi) fino alla sua chiusura con successive manifestazioni legate al ridotto apporto di sangue ai tessuti, (ischemia) o invece una maggior fragilità con successiva dilatazione e formazione di aneurismi o rottura del vaso stesso.

Le vasculiti possono insorgere in persone di tutte le età ma alcune di esse mostrano un certo tropismo per alcune fasce della vita: per esempio la malattia di Kawasaki compare prevalentemente nell'infanzia mentre all'opposto l'arterite gigantocellulare colpisce persone oltre i 50 anni di età. Sono malattie rare, vale a dire con una frequenza inferiore a 1 caso ogni 5.000 persone ma con sensibili variazioni geografiche: l'arterite di Takayasu in Europa ha una frequenza di comparsa di 1-2 casi per milione di persone che sale a 40 casi per milione di abitanti in Giappone; la sindrome di Behçet presenta variazioni ancora superiori: Nord Italia 3,8 casi /100.000 persone, Sud Italia 15,9/100.000, Iran 80/100.000, Turchia 370/100.000. Le ragioni di queste differenze sono sconosciute ma ci danno indicazione sull'origine multifattoriale di questo tipo di malattie (razza, sesso, predisposizione genetica, fattori ambientali)¹. Inoltre, benché ora siano noti molti dei meccanismi che portano allo sviluppo dell'infiammazione dei vasi, sono ancora poco chiari quali siano i fattori scatenanti la comparsa della malattia.

Le vasculiti attualmente sono distinte in base alle dimensio-

ni del vaso interessato²: si distinguono quelle che colpiscono vasi di grande calibro, di medio calibro e i piccoli. I vasi di grande calibro comprendono l'aorta e i rami che da questa prendono origine, i vasi di medio calibro si riferiscono alle principali arterie e vene viscerali, mentre per piccoli vasi si intendono le arteriole, i capillari, le arterie intraparenchimali, le venule e alcune vene. Tuttavia, indipendentemente dal pattern vascolare predominante, in corso di vasculite è possibile un coinvolgimento dei vasi di qualsiasi diametro. Le manifestazioni cliniche sono diverse e dipendono dal numero e dalle dimensioni dei vasi coinvolti. Spesso l'esordio è caratterizzato dalla comparsa di sintomi aspecifici, come malessere generale, spossatezza, febbre, dolori articolari o muscolari, che rendono difficile una diagnosi precoce fino a che non compaiano le manifestazioni cliniche tipiche delle varie forme di vasculite (es renali, polmonari otorinolaringoiatriche nelle vasculiti ANCA-associate, cefalea e/o disturbi della vista nell'arterite gigantocellulare, aftosi orale e genitale, trombosi venosa profonda e infiammazione oculare nella sindrome di Behçet etc). Inoltre, molte di esse non presentano markers sierologici che indirizzino verso la diagnosi e l'aumento della VES e della PCR, pressoché costante, ha carattere aspecifico e può essere riscontrato in molte malattie differenti dalle vasculiti. Fanno eccezione gli anticorpi ANCA, non presenti peraltro nella totalità dei pazienti, che tuttavia possono essere positivi in malattie differenti dalle vasculiti (per esempio nelle malattie croniche dell'intestino). Altre volte la difficoltà nella diagnosi dipende invece da un esordio atipico della malattia o da

Tabella. Classificazione delle vasculiti

Tipo di vasculite	
Vasculiti dei grandi vasi	Arterite di Takayasu Arterite a cellule giganti
Vasculite dei vasi di medio calibro	Poliarterite nodosa Malattia di Kawasaki
Vasculiti dei vasi di piccolo calibro	Vasculiti ANCA associate - Granulomatosi con poliangite (ex malattia di Wegener) - Micropoliangioite - Granulomatosi eosinofila con poliangite (ex vasculite di Churg-Strauss) Vasculiti da precipitazione di immunocomplessi Vasculite da anticorpi anti membrana basale Vasculite crioglobulinemica Vasculite da IgA (Henoch-Schönlein) Vasculite orticarioide ipocomplementemica (vasculite da anticorpi anti C1q)
Vasculiti dei vasi di calibro variabile	Malattia di Behcet Sindrome di Cogan
Vasculiti isolate di singoli organi	Vasculite cutanea leucocitoclastica Arteriti cutanee Vasculite primitiva del sistema nervoso centrale Aortite isolata Altre
Vasculiti associate a malattie sistemiche	Vasculite in corso di Lupus Eritematoso Sistemico Vasculite Reumatoide Vasculite in corso di Sarcoidosi Altre
Vasculiti associate a cause etiologiche note	Vasculite crioglobulinemica associata a infezione da virus C dell'epatite Vasculiti associate a infezione da virus B dell'epatite Aortite sifilitica Vasculiti da precipitazione di immunocomplessi indotte da farmaci Vasculiti ANCA associate da farmaci Vasculiti associate a neoplasie

un coinvolgimento viscerale poco frequente. Tutto questo determina spesso un ritardo diagnostico che può avere importanti ripercussioni sulla prognosi del paziente. Questa è infatti variabile, estendendosi da vasculiti a risoluzione spontanea a malattie in grado di provocare gravi danni viscerali e/o la morte del paziente se non riconosciute e rapidamente e adeguatamente trattate. L'arterite gigantocellulare è una delle vasculiti più frequenti nel mondo occidentale (10-29 casi /100.000 soggetti), in grado di complicarsi con cecità, ictus o formazione di aneurismi vascolari. È stato calcolato in questa patologia un ritardo diagnostico medio di circa 9 settimane, con un

range che varia da 1,2 a 34,2 settimane, in funzione della presenza o meno dei sintomi tipici della malattia (cefalea di nuova insorgenza, persistente, poco responsiva alla terapia)³.

Una diagnostica tardiva peraltro è un problema comune ad altre malattie. Ad esempio, sono documentati ritardi di circa 9 settimane per la diagnosi di neoplasia cerebrale dell'infanzia e di 24 settimane per quella di artrite reumatoide (dati della letteratura non riferiti all'Italia)³. Le motivazioni sono diverse e vanno dal ritardato consulto con il proprio medico di medicina generale dopo l'insorgenza dei sintomi, a un allungamento ulteriore dei tempi per

ottenere un appuntamento dallo specialista, e infine dalla tempistica necessaria per eseguire gli accertamenti per la conferma diagnostica.

Recentemente su questo argomento è stata condotta un'indagine in un gruppo di pazienti statunitensi afferenti a un registro online di pazienti con vasculite (*the Vasculitis Patient-Powered Research Network – VPPRN*). La maggior parte era affetto da una vasculite dei piccoli vasi (ANCA-associate) ma erano presenti anche altre forme di vasculite (Sindrome di Behçet, vasculite da IgA, vasculite del SNC e arterite delle cellule giganti). Alcuni pazienti avevano ottenuto la corretta diagnosi rapidamente, mentre per molti altri la diagnosi di vasculite era stata posta dopo un periodo medio di 7 mesi, con variazioni in base al tipo di malattia (da un mese per i pazienti con vasculite da IgA a 205 mesi per i pazienti con malattia di Behçet) e della sintomatologia presentata (con diagnosi più rapida nei pazienti con manifestazioni più severe). Quasi il 60% dei partecipanti allo studio aveva riferito almeno una visita in Pronto Soccorso prima della diagnosi. Inoltre, il 73% dei pazienti aveva inizialmente ricevuto una diagnosi errata prima di quella corretta. I soggetti inviati allo specialista erano stati diagnosticati prima di quelli non inviati a visita specialistica. Diagnosi errata iniziale, disoccupazione, tempo necessario per il raggiungimento del centro medico di riferimento superiore a 60 minuti e ritardi incontrati nelle visite specialistiche erano stati identificati come fattori associati a tempi più lunghi nella diagnosi⁴.

Simili risultati erano emersi da una nostra ricerca (non pubblicata) risalente al 2008 su 88 pazienti con varie forme di vasculite. Nelle cosiddette vasculiti ANCA-associate, ovvero quelle caratterizzate dalla presenza di anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili, l'intervallo tra l'insorgenza dei primi sintomi e la diagnosi si era rivelato di oltre due anni ($825,23 \pm 1438$ gg) a causa della sintomatologia spesso aspecifica (rinosinusite, asma, poliposi nasale, artromialgie etc). L'intervallo era invece risultato di meno di un mese ($24,67 \pm 23,76$ gg) nelle vasculiti con impegno cutaneo, più facili da riconoscere grazie a manifestazioni spesso eclatanti⁵.

L'importanza di giungere a una diagnosi in tempi ragionevoli risiede soprattutto nella conseguente possibilità di mettere in atto terapie adeguate che possano contribuire a evitare danni irreversibili. La prognosi dei pazienti è migliorata dal 1970, per l'introduzione delle terapie immunosoppressive e l'utilizzo di farmaci biotecnologici. Ad esempio, le vasculiti ANCA associate, prima di tale data, erano contraddistinte dall'essere malattie a carattere rapidamente progressivo, in genere fatale, con una sopravvivenza a 5

anni di solo il 10%. I più recenti dati, provenienti da 4 trials multicentrici dell'European Vasculitis, Study Group (EU-VAS) coinvolgenti pazienti affetti da granulomatosi con poliangite e micropoliangioite, dimostrano una sopravvivenza a 1, 2 e 5 anni rispettivamente dell'88%, 85% e 78%⁶. Un altro studio, retrospettivo, su 150 pazienti con granulomatosi eosinofila con poliangite, (già nota come sindrome di Churg Strauss) ha dimostrato una sopravvivenza a 10 anni dell'89%, con una mortalità comparabile con quella della popolazione generale⁷. Simili dati (mortalità sovrapponibile a quella della popolazione generale) sono stati osservati nell'arterite gigantocellulare⁸ e nell'arterite di Takayasu⁹. La sopravvivenza nei pazienti con vasculite crioglobulinemica HCV correlata a 1,3,5 e 10 anni è risultata essere del 96%, 86%, 75% e 63% rispettivamente, con impegno renale e del sistema nervoso come fattori predisponenti una prognosi peggiore¹⁰, ma la recente introduzione della terapia antivirale è destinata a migliorare ulteriormente la sopravvivenza a lungo termine di questi pazienti. Il mantenimento della terapia immunosoppressiva per un lungo periodo ha ridotto la mortalità della vasculite primitiva del sistema nervoso centrale all'8% a 5 anni, con mantenimento di uno stato funzionale buono¹¹.

Naturalmente esistono importanti variazioni geografiche, da cui dipendono la possibilità/rapidità di giungere a visita specialistica, a una diagnosi precoce e di poter utilizzare i farmaci più efficaci e innovativi.

Il recente inserimento in commercio di farmaci innovativi e la continua ricerca clinica e farmacologica dovrebbero permettere nel prossimo futuro non solo di aumentare la sopravvivenza anche in quelle forme di vasculite tuttora gravate da una mortalità superiore a quella della popolazione generale, ma anche un miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Tocilizumab nei pazienti con arterite a cellule giganti e Avacopan nei pazienti con vasculite ANCA-associata hanno già dimostrato la possibilità di ridurre notevolmente la durata e il dosaggio della terapia cortisonica, spesso necessaria nelle fasi iniziali della terapia per ottenere un rapido controllo della malattia, con riduzione degli effetti collaterali conseguenti all'uso protratto di questo farmaco.

In conclusione, la vasculite presenta difficoltà di diagnosi e un trattamento che è di pertinenza dei medici che di queste malattie hanno esperienza clinica: è altresì necessario giungere a una diagnosi più rapida per un inizio precoce della terapia, indispensabili per ottenere rapidamente il controllo dell'infiammazione e ridurre di conseguenza i possibili danni.

Fonti

1. Watts RA, Hatemi G, Burns JC, Mohammad AJ. Global epidemiology of vasculitis. *Nature rev Rheumatology* 2022;18:22–34
2. Jennette JC, Falk RJ, et al. Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis & Rheumatism* 2012 ;65:1-11
3. Prior JA, Ranjbar H, Belcher J et al. Diagnostic delay for giant cell arteritis – a systematic review and meta-analysis *BMC Medicine* 2017;15:120
4. Sreih AG, Cronin K, Shaw DG et al. Diagnostic delays in vasculitis and factors associated with time to diagnosis. *Orphanet J Rare Dis* 2021;16:184
5. Tesi di Laurea Anno accademico 2008-2009. Caratteristiche cliniche d'esordio e tempo di latenza diagnostica nelle vasculiti ANCA-associate e dei grandi vasi. Esperienza personale su 88 pazienti Laureanda. Valentina Mares. Relatore Prof L Punzi, Correlatore dott. F Schiavon
6. Flossmann O, Berden A, de Groot K et al. Long term patient survival in ANCA-associated vasculitis *Ann Rheum Dis* 2011;70:488-494
7. Moosig F, Bremer JP, Hellmich B et al. A vasculitis centre based management strategy leads to improved outcome in eosinophilic granulomatosis and polyangiitis (Churg-Straus, EGPA): monocentric experiences in 150 patients. *Ann Rheum Dis* 2013;72:1011
8. Garvey TD, Koster MJ, Crowson CS. Incidence, survival, and diagnostic trends in GCA across seven decades in a North American population-based cohort. *Sem Arthritis Rheum* 2021, 51:1193-1199
9. Mirouse A, , Biard L, Comarmond C et al. Overall survival and mortality risk factors in Takayasu's arteritis: a multicenter study of 318 patients. *J Autoimmun* 2019;96:35–9
10. Terrier B, Semoun O, Saadoun D, Sène D, Resche-Rigon M, Cacoub P. Prognostic factors in patients with hepatitis C virus infection and systemic vasculitis *Arthritis Rheum.* 2011;63(6):1748-57
11. De Boysson H, Arquizan C, Touzè E et al. Treatment and long term outcomes of primary Central Nervous System Vasculitis. *Stroke* 2018;49:1946-1952

ARTRITE PSORIASICA: LA DIAGNOSI PRECOCE E LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE



di Silvia Scriffignano, Fabio Massimo Perrotta, Ennio Lubrano
Cattedra di Reumatologia, Università degli Studi del Molise, Campobasso

L'artrite psoriasica: introduzione

L'artrite psoriasica è una malattia infiammatoria cronica delle articolazioni. Nel processo infiammatorio possono essere coinvolti anche altri distretti oltre a quello articolare, come per esempio la cute (psoriasi), i tendini (tenosinovite) e le entesi (entesite: infiammazione di zone anatomiche in cui un tendine, una capsula fibrosa, un legamento o una fascia si inseriscono sulla superficie ossea). L'infiammazione che caratterizza l'artrite psoriasica, in alcuni casi, potrebbe coinvolgere anche l'occhio e l'intestino, determinando così le manifestazioni extra-articolari che possono associarsi a tale patologia: l'uveite e le malattie croniche intestinali.

Nella maggior parte dei casi (circa il 70%) l'artrite psoriasica viene diagnosticata in pazienti già affetti da psoriasi cutanea. In una percentuale minore di pazienti, l'esordio della malattia cutanea coincide con quello della malattia articolare, mentre in una porzione ancora minore il coinvolgimento cutaneo potrebbe seguire quello articolare.

La diagnosi precoce e la gestione multidisciplinare: due elementi chiave

Data la complessità e l'eterogeneità clinica della malattia, sono fondamentali il riconoscimento precoce della patologia e la gestione della stessa, che potrebbe richiedere l'intervento di un team multidisciplinare di esperti.

La diagnosi e la diagnosi precoce

La necessità di una diagnosi precoce è legata all'evidenza che anche un ritardo diagnostico di soli sei mesi può essere associato a una maggiore probabilità di sviluppare un danno a livello articolare, determinando quindi una prognosi peggiore nel lungo termine.

Per ridurre il ritardo diagnostico e per garantire un adeguato invio allo specialista reumatologo, sono stati proposti dei questionari di screening per l'artrite psoriasica, che possono essere utilizzati soprattutto in ambito dermatologico in pazienti con psoriasi che presentano sintomi muscolo-scheletrici. Essi valutano sintomi di natura

muscoloscheletrica riportati dai pazienti, costituendo quindi un primo step nell'individuazione di quei soggetti che necessitano di un consulto da parte di uno specialista reumatologo.

La diagnosi precoce è quindi importante per evitare che il non riconoscimento della malattia possa determinare un danno articolare permanente.

Di contro, il rischio nel processo di diagnosi precoce potrebbe essere quello di una *overdiagnosis* (con conseguente *overtreatment*), cioè l'assunzione che un soggetto sia affetto da una malattia, quando invece non lo è (impiegando quindi delle terapie inappropriate). Un esempio pratico: un paziente che è affetto da psoriasi e che sviluppa un dolore a livello di una articolazione, non necessariamente è affetto da artrite psoriasica. Questo per almeno due motivi: non tutti i pazienti con la psoriasi svilupperanno nel corso della loro vita l'artrite psoriasica (solo circa il 30%) e il dolore è un sintomo molto aspecifico (attribuibile non solo a cause di natura infiammatoria, ma anche a cause di natura meccanica), e in quanto tale va contestualizzato e interpretato dallo specialista reumatologo.

Strettamente legato al concetto della diagnosi, e ancor più a quello della diagnosi precoce, è quello della disponibilità di biomarcatori caratterizzati da una specificità tale da costituire dei biomarcatori diagnostici. Ad oggi, per l'artrite psoriasica, manca un biomarcatore specifico che consente di porre una diagnosi "matematica" di malattia. La figura dello specialista reumatologo è quindi di fondamentale importanza per l'interpretazione dei dati clinici, degli esami strumentali e degli esami di laboratorio.

Infatti, la diagnosi si fonda sull'anamnesi, sulle caratteristiche cliniche, sull'imaging (ecografia, radiologia tradizionale, risonanza magnetica) e sulle indagini di laboratorio, che oltre a coadiuvare il processo diagnostico, possono essere utili nella diagnosi differenziale. Relativamente a questo ultimo punto, va ricordato che gli esami ematochimici che possono indicare uno stato infiammatorio in atto sono la Velocità di Eritrosedimentazione (VES) e la Proteina C Reattiva (PCR). Tali valori, in corso di artrite psoriasica, possono essere aumentati (anche nelle fasi precoci della malattia). Di contro però, questi indici ematochimici di infiammazione possono essere alterati per cause di altra natura, infatti sono esami aspecifici di un possibile processo infiammatorio in atto. Inoltre, è bene ricordare che esiste una quota di pazienti in cui nonostante l'infiammazione articolare sia presente, tali indici risultano nella norma.

Altra indagine di laboratorio che riveste un ruolo nella diagnosi, e in particolare nella diagnosi differenziale, è il fattore reumatoide. In particolare, la sieronegatività per il fattore reumatoide è una possibile caratteristica dell'artrite psoriasica, annoverata anche tra i criteri classificativi - CASPAR

(Classification criteria for Psoriatic ARthritis) pubblicati nel 2006. Va tuttavia precisato che esistono casi di pazienti affetti da artrite psoriasica con positività del fattore reumatoide.

Relativamente alle indagini di imaging che coadiuvano il processo diagnostico, una metodica da considerare, soprattutto nelle fasi precoci di malattia, è l'ecografia articolare, che potrebbe evidenziare delle alterazioni spia di un processo infiammatorio in atto.

Questa è una metodica che presenta diversi vantaggi, primo fra tutti la sua accessibilità (esecuzione in un ambito ambulatoriale) e l'assenza di effetti collaterali per il paziente. L'ecografia articolare, grazie anche al power doppler, consente di identificare processi infiammatori a livello delle articolazioni, dei tendini e dei tessuti molli periarticolari, inoltre grazie alla sua sensibilità riesce a identificare delle alterazioni che potrebbero essere ancora non visibili a una immagine di radiologia tradizionale (radiografia). Con l'ecografia è possibile esplorare le articolazioni (cercando la presenza di versamento articolare, sinovite o erosioni ossee), i tendini (valutando la presenza di tenosinovite) e le entesi (che in corso di artrite psoriasica potrebbero essere interessate da un processo flogistico mostrando quindi i segni ecografici di infiammazione). Nell'idea di una diagnosi precoce e con l'intento di identificare quei pazienti con psoriasi a più alto rischio di sviluppare un'artrite psoriasica, è stata recentemente indagata, mediante l'utilizzo dell'ecografia, la presenza di alterazioni infiammatorie subcliniche: sinovite e vascolarizzazione enteseale in pazienti con sola psoriasi cutanea, che non presentavano sintomi muscoloscheletrici. In alcuni casi, l'infiammazione subclinica è risultata predittiva dello sviluppo di un'artrite conclamata. Un'altra metodica, utile nella diagnosi precoce, in particolare per le forme che hanno un coinvolgimento della colonna vertebrale, è la risonanza magnetica. Questa metodica, con sequenze specifiche, permette di studiare oltre ai distretti già menzionati per l'ecografia, altri distretti potenzialmente coinvolti nella malattia, come la colonna vertebrale e le articolazioni sacro-iliache.

Anche la radiologia tradizionale viene ancora utilizzata nel processo diagnostico, ma forse rispetto all'ecografia e alla risonanza magnetica si discosta dal concetto di diagnosi precoce. Infatti, la radiografia tradizionale può mettere in evidenza alterazioni, come per esempio erosioni ossee e neoformazione ossea, che caratterizzano uno stato di malattia più avanzato.

Un elemento imprescindibile per la diagnosi precoce: la diagnosi differenziale

L'artrite psoriasica può presentare manifestazioni cliniche sovrapponibili ad altre patologie infiammatorie croniche

articolari, a patologie degenerative e ad altre condizioni. In particolare, nel processo di diagnosi precoce, la diagnosi differenziale deve essere posta nei confronti dell'artrite reumatoide, delle altre spondiloartriti, della osteoartrosi, delle entesopatie traumatiche, degenerative e metaboliche e infine, nei confronti della fibromialgia. Infatti, soprattutto nelle forme di artrite psoriasica caratterizzate da un prevalente coinvolgimento entesitico, dove prevale una sintomatologia clinica caratterizzata da dolore diffuso, in assenza di chiare manifestazioni articolari (come per esempio il gonfiore delle articolazioni), è necessaria una diagnosi differenziale con la fibromialgia. Infine, nelle forme mono-oligoarticolari (dove una o poche articolazioni sono coinvolte) l'artrocentesi, seguita dall'esame del liquido sinoviale, potrebbe essere una procedura da valutare, per una diagnosi differenziale nei confronti di artriti da deposito di urato monosodico (gota) o forme di condrocalcinosi. In tali casi, la valutazione del liquido sinoviale al microscopio con luce polarizzata consente di individuare la presenza di cristalli di urato monosodico o di pirofosfato di calcio, presenti nelle forme microcristalline, mentre il liquido sinoviale nella artrite psoriasica presenta le classiche caratteristiche del liquido infiammatorio.

Come emerge da questa breve spiegazione sulla diagnosi, in linea di principio, il processo diagnostico può essere molto semplice quando sono evidenti le caratteristiche cliniche tipiche della malattia, ma essere molto più sfidante quando le manifestazioni preponderanti sono il dolore, la stanchezza, la facile faticabilità e l'entesite.

La diagnosi precoce dovrebbe quindi basarsi sul ricono-

scimento di segni e sintomi riconducibili a un dolore articolare di tipo infiammatorio e l'integrazione con le analisi di laboratorio e di imaging pertinenti.

La presa in carico multidisciplinare del paziente con artrite psoriasica

Oltre a un corretto inquadramento diagnostico, un punto cruciale è la gestione del paziente affetto da artrite psoriasica.

Come riportato sopra, infatti, una delle caratteristiche di questa patologia è la sua eterogeneità nell'espressione clinica, caratterizzata da un possibile coinvolgimento di natura infiammatoria di diversi distretti.

La gran parte dei pazienti affetti da artrite psoriasica sono affetti anche da psoriasi. Può accadere, infatti, che pazienti che iniziano il loro percorso in ambiente dermatologico, nel corso del tempo, necessitano dell'intervento del reumatologo per il sopraggiungere di sintomi di tipo osteoarticolari.

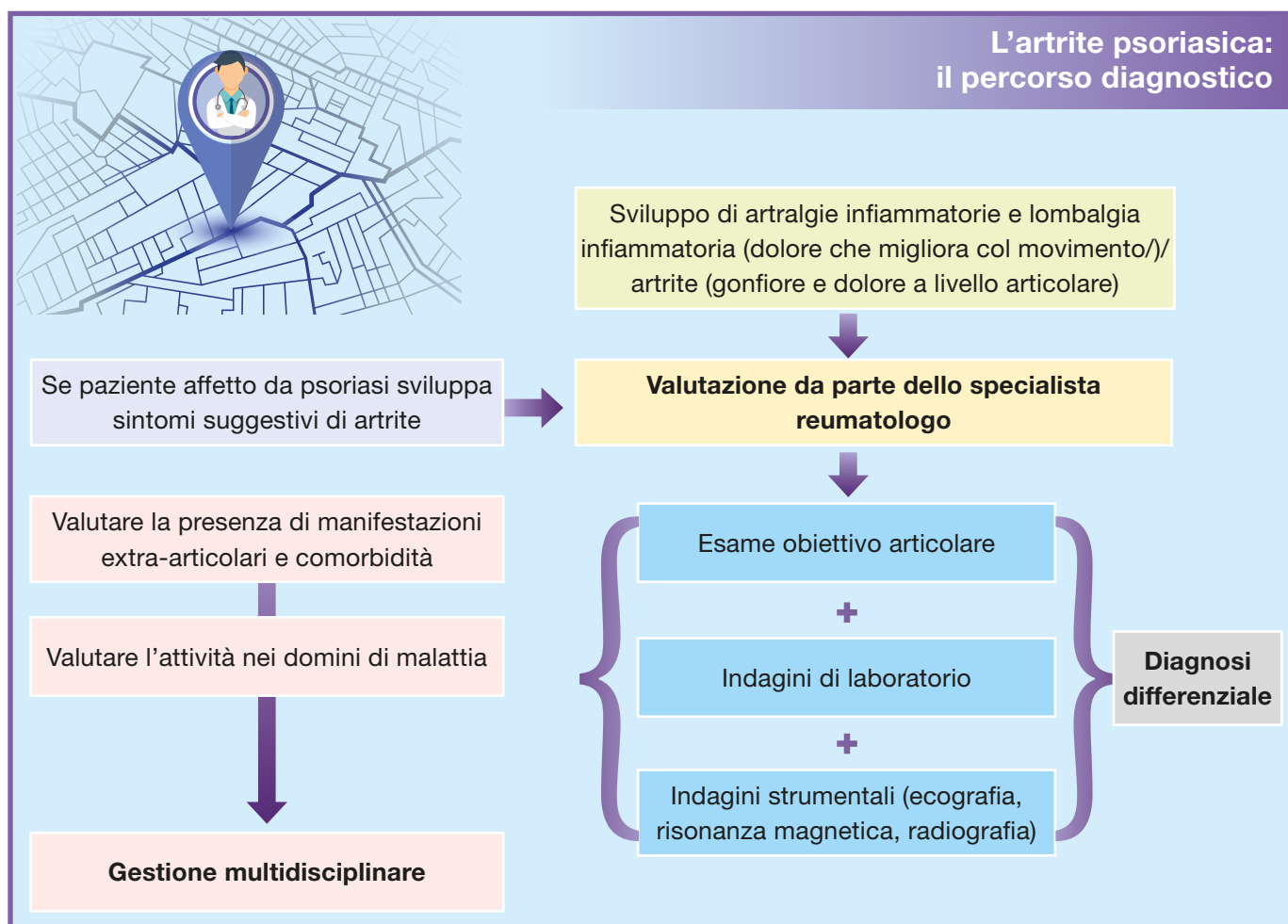
Inoltre, poiché il processo infiammatorio, anche se in una quota limitata di pazienti, può interessare l'occhio (in particolare la sua "tonaca vascolare", che prende il nome di uvea) e l'intestino, è necessario l'intervento dello specialista oculista e del gastroenterologo, per una migliore gestione dei diversi aspetti legati alla malattia.

Nella pratica clinica si parla spesso di domini della malattia: per esempio il dominio cutaneo e quello articolare; può accadere che il paziente risponde bene alla terapia su un dominio, ma non su un altro. Un esempio pratico: paziente che in terapia ha un buon controllo dell'artrite (quindi non ha dolore e gonfiore articolare), però non ha un buon controllo della psoriasi, in tal caso esemplificativo il dermatologo potrebbe aiutare il reumatologo nella gestione del paziente, per ottimizzare la risposta clinica. Questo tipo di approccio ha mostrato a lungo termine dei risultati migliori, soprattutto relativamente alla soddisfazione del paziente, rispetto a un approccio di tipo standard.

Infine, poiché l'artrite psoriasica si può associare alla presenza di alcune comorbidità, in particolare a quelle di tipo cardio-metaboliche, nel percorso del paziente va anche considerato l'intervento di altre figure specialistiche che coadiuvano la sua gestione, garantendo un migliore controllo globale della malattia.



Figura riassuntiva ed esemplificativa sul percorso diagnostico da seguire nel caso di sintomi suggestivi di artrite psoriasica



Bibliografia

- Coates LC, Helliwell PS. Psoriatic arthritis: state of the art review. Clin Med (Lond). 2017 Feb;17(1):65-70
- Lubrano E, Cantini F, Costanzo A, et al. Measuring psoriatic disease in clinical practice. An expert opinion position paper. Autoimmun Rev. 2015 Oct;14(10):864-74
- Perrotta FM, Astorri D, Zappia M, et al. An ultrasonographic study of entheses in early psoriatic arthritis patients naive to traditional and biologic DMARDs treatment. Rheumatol Int. 2016 Nov;36(11):1579-1583
- Gratacos-Masmitja J, Luelmo-Aguilar J, Zarco-Montejo P, et al. Points to Consider in the Foundation of Multidisciplinary Units for Psoriatic Arthritis: A Delphi Study and a Systematic Review of the Literature. Adv Ther. 2017 Jan;33(12):2150-2159



Tubercolosi, apparato locomotore e farmaci anti-reumatici



di Franco Cozzi e Mauro Giovanni Schiesaro
Reumatologia – Medicina Generale
Ospedale Villa Salus di Mestre-Venezia



La tubercolosi (tbc) rimane una delle malattie infettive più diffuse nel mondo e costituisce ancora un problema sanitario di primario interesse.

Negli ultimi decenni l'incidenza della tbc era progressivamente diminuita nei Paesi industrializzati, compresa l'Italia, in quanto l'introduzione in terapia dei farmaci specifici anti-tubercolari e il miglioramento delle condizioni socio-economiche avevano drasticamente ridotto il numero dei pazienti e quindi le possibilità di contagio. Ciò ha portato alla erronea persuasione che la malattia fosse ormai vicina alla eradicazione. Invece i flussi migratori da zone del mondo tuttora ad alta endemia tubercolare (soprattutto l'Africa e il Sud-Est Asiatico), oltre alla diffusione della infezione da HIV e allo sviluppo di ceppi di germi resistenti alla terapia anti-tubercolare, hanno cambiato negli ultimi anni lo scenario epidemiologico, per cui si teme che anche in Italia i casi di tbc possano nuovamente aumentare. Dati dell'Istituto Superiore di Sanità hanno rilevato nel 2020 un tasso di notifica della malattia di 3,8 casi ogni 100.000 abitanti: il 61,4% dei casi in persone adulte tra 25 e 64 anni di età, il 18,9% al di sopra dei 65 anni, il 15,1% in giovani tra 16 e 24 anni, il 4,6% in età pediatrica. Il 63,1% erano pazienti di sesso maschile, il 36,9% femminile.

L'infezione è provocata da un batterio denominato "Mycobacterium tuberculosis", che entra nell'organismo attraverso le vie aeree e si localizza primariamente nei polmoni. La gran parte dei soggetti che vengono a contatto con il

Micobatterio guarisce, mentre una minoranza non riesce a eliminarlo ma solo a "murare" il germe entro i cosiddetti granulomi, strutture costituite da macrofagi, linfociti e plasmacellule nelle quali il batterio può sopravvivere per anni (tbc latente). Quando invece il Micobatterio prevale sulle difese immunitarie, si moltiplica e si diffonde nel paziente che si ammala (tbc attiva), andando incontro innanzitutto a manifestazioni cliniche polmonari e in una minoranza dei casi anche extra-polmonari. Ciò accade di solito in pazienti che hanno perso l'immunocompetenza a causa di fattori sociali (malnutrizione, promiscuità, prigionia, abuso di alcool), di malattie che deprimono le difese immunitarie (infezioni concomitanti, soprattutto da HIV, diabete mellito, BPCO, epatopatie o nefropatie in fase avanzata, neoplasie) oppure di terapie con farmaci immunosoppressori (oncologiche, anti-rigetto dei trapianti, per il trattamento di malattie autoimmuni sistemiche). A questo elenco di soggetti a rischio si sono aggiunti negli ultimi anni i pazienti affetti da malattie reumatiche quali l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante e l'artrite psoriasica, i quali possono ammalarsi di tbc quando vengono messi in terapia con alcune categorie di farmaci "biologici".

Tubercolosi e apparato locomotore

Dal 10 al 15% dei pazienti che si ammalano di tbc vanno incontro a manifestazioni extra-polmonari. I Micobatteri partendo dai polmoni possono colonizzare innanzitutto per via linfatica i linfonodi mediastinici, ascellari o latero-cervicali. Possono poi diffondersi per via ematogena e raggiungere altri organi o apparati, dove si moltiplicano e formano foci infettivi. Tra le localizzazioni extra-polmonari più frequenti

Tabella

Localizzazioni della malattia tubercolare nell'apparato locomotore

- Spondilite (malattia di Pott)
- Osteomielite in altre sedi
- Artrite cronica
- Borsite e tenosinovite
- Ascesso muscolare

vi sono quelle muscolo-scheletriche, seguite dalle renali, genito-urinarie, meningee, cerebrali, intestinali, epatiche e cutanee.

Le localizzazioni della tbc a carico dell'apparato locomotore sono riassunte nella **tabella**. Vengono colpite strutture ben vascolarizzate (più spesso osso e membrana sinoviale) dove i Micobatteri giungono attraverso la circolazione. Di gran lunga la più frequente è la spondilite tubercolare (50-70% dei casi), seguita dalla osteomielite in altre sedi e dall'artrite; molto rare altre manifestazioni quali le borsiti, le tenosinoviti e gli ascessi muscolari. Va sottolineato che oltre alla sintomatologia specifica legata alla localizzazione dell'infezione, i pazienti lamentano i disturbi costituzionali che caratterizzano la malattia tubercolare attiva: rialzo febbrile, disappetenza e calo ponderale, malessere, sudorazioni notturne, astenia.

Spondilite tubercolare

La spondilite tubercolare è la localizzazione più frequente a carico dell'apparato locomotore. È nota come "malattia di Pott", dal nome del chirurgo inglese che nel 1782 pubblicò una casistica di giovani pazienti i quali andavano incontro a una progressiva deformità della colonna, in alcuni casi accompagnata da perdita di forza agli arti inferiori, e che accusavano anche difficoltà respiratorie, tosse secca, perdita di appetito e malessere persistenti. In verità la paleopatologia ha identificato lesioni scheletriche alla colonna vertebrale suggestive per la spondilite tubercolare già nell'antica India, nell'antico Egitto, negli scavi di Pompei e in molti altri siti archeologici.

I corpi vertebrali sono molto vascolarizzati e i Micobatteri li raggiungono attraverso la circolazione sia arteriosa che venosa. Le vertebre più colpite sono quelle toraciche inferiori e lombari superiori; rara la localizzazione alla colonna cervicale. Di solito vengono interessate due vertebre adiacenti e

il processo infiammatorio provoca la progressiva distruzione del disco intervertebrale e in molti casi il cedimento della lamina vertebrale anteriore. Oggi la diagnosi precoce e una tempestiva terapia anti-tubercolare riescono a limitare a questo stadio l'evoluzione della spondilite. Un tempo invece le lesioni tubercolari si estendevano a più vertebre che andavano incontro a severe erosioni e fratture, provocando una progressiva deformità in cifosi della colonna vertebrale e in alcuni casi paraplegia; spesso si verificavano ascessi "freddi" sottolegamentosi e le lesioni coinvolgevano anche le meningi e il midollo spinale.

La malattia di Pott va sospettata in un soggetto a rischio che lamenta un dolore insistente alla colonna dorso-lombare, accentuato dai movimenti e dal carico, accompagnato dai sintomi costituzionali caratteristici della tbc attiva. Importante per la diagnosi è sottoporre il paziente alla risonanza magnetica (RMN) della colonna, che è in grado di evidenziare già in fase precoce le lesioni tubercolari in tutte le strutture colpite. La radiografia standard è meno sensibile e rileva solo le alterazioni a carico dell'osso. Una biopsia guidata è necessaria per una certezza diagnostica, consentendo di identificare i caratteristici granulomi e di eseguire la coltura del Micobatterio.

Osteomielite tubercolare in altre sedi

Oltre alla colonna vertebrale la tbc può colpire qualsiasi struttura scheletrica, ma la localizzazione più frequente è a carico delle ossa degli arti, sia le ossa lunghe, sia gli ossicini di mani e piedi. Altra sede comune di osteomielite sono le coste, rara le ossa craniche. La osteomielite si manifesta usualmente in una unica sede, meno frequentemente è plurifocale.

I Micobatteri raggiungono le ossa per via ematogena, a partenza da un focolaio polmonare o linfonodale. Le lesioni granulomatose si formano all'interno dell'osso colpito, di

solito nelle metafisi. Quando il focolo infetto si ingrandisce, provoca prima il riassorbimento delle trabecole ossee adiacenti, poi erosioni anche estese. In un paziente a rischio che lamenta un dolore osseo persistente e segni costituzionali sospetti per una malattia tubercolare va eseguita una RMN del segmento osseo interessato, che mostra edema midollare, aree di necrosi ossea e segni di flogosi nei tessuti molli circostanti. In base a questi rilievi viene deciso se vi sia l'indicazione ad una biopsia guidata per confermare la diagnosi. La radiografia standard rileva le alterazioni da osteomielite in fase più avanzata: lesioni osteolitiche estese, sequestri intraossei, deformità della lamina corticale.

Artrite tubercolare

È stata segnalata per la prima volta nel 1892 da un clinico medico di Pisa, Pietro Grocco, che la definì "Pseudoreumatismo tubercolare". Quattro anni dopo un chirurgo di Lione, Antonin Ponchet, descrisse la stessa malattia chiamandola "Reumatismo tubercolare".

I Micobatteri raggiungono la membrana sinoviale usualmente attraverso la circolazione ematica; raramente l'articolazione viene coinvolta da lesioni tubercolari contigue, ossee oppure cutanee. I granulomi tubercolari determinano una infiammazione cronica che provoca dolore persistente e versamento articolare infiammatorio. Quando l'artrite non veniva diagnosticata tempestivamente, le lesioni granulomatoze sinoviali provocavano erosioni litiche a carico dell'osso adiacente, con formazione di ascessi "freddi". Alla fine si verificava una progressiva distruzione dell'articolazione colpita, che andava incontro anche ad alterazioni degenerative fino all'anchilosi.

L'artrite tubercolare è, nel 90% dei casi, una monoartrite che predilige le grosse articolazioni, più spesso degli arti inferiori (anca, ginocchio, caviglia), meno degli arti superiori (spalla, gomito). Può colpire anche una articolazione sacro-iliaca, mentre rara è la localizzazione alle piccole articolazioni di mani e piedi. Il sospetto diagnostico nasce in un soggetto a rischio nel quale si verifichi una tumefazione persistente di una grossa articolazione, accompagnata dai sintomi costituzionali tubercolari già descritti. Gli esami ematochimici mostrano un rialzo degli indici di flogosi. L'artrocentesi dà luogo a un liquido sinoviale moderatamente infiammatorio e consente l'identificazione del Micobatterio all'esame colturale, gold standard per la diagnosi. Utile la RMN articolare, che è in grado di documentare le lesioni infiammatorie sinoviali e le iniziali erosioni ossee, mentre la radiografia standard mostra solo le lesioni ossee più avanzate: ampie erosioni e marcata osteoporosi periarticolare.

Terapia della tubercolosi

La storia naturale della tbc è cambiata radicalmente da quando nel ventennio successivo alla seconda guerra mondiale (1946-1965) sono entrati nella farmacopea numerosi farmaci in grado di eradicare l'infezione da "Mycobacterium tuberculosis". Prima di allora la malattia tubercolare andava incontro a un progressivo peggioramento sia a livello polmonare sia in altre sedi e aveva in molti casi un esito infausto. Rimedi palliativi erano costituiti dal riposo a letto, dalla elioterapia e da una adeguata alimentazione, e i pazienti soggiornavano lungamente in strutture sanitarie denominate sanatori o preventori. Venivano anche sottoposti a interventi chirurgici per drenare ascessi tubercolari, rimuovere caverne o stabilizzare la colonna vertebrale al fine di ridurre le complicanze neurologiche.

Le linee guida attuali per la terapia della tbc extra-polmonare, qualsiasi sia la sua localizzazione, indicano che il trattamento farmacologico non si discosta da quello della tbc polmonare. Prevedono una terapia di associazione comprendente 4 farmaci (etambutolo, isoniazide, rifampicina e pirazinamide), che va proseguita per due mesi. Vengono poi sospesi etambutolo e pirazinamide, mentre isoniazide e rifampicina vengono mantenuti in terapia per altri 4-6 mesi. Questi farmaci riescono a penetrare bene nelle ossa e nelle altre strutture dell'apparato locomotore colpite dalla infezione e con i suddetti schemi di terapia antibiotica si ottiene la negativizzazione delle colture per il Micobatterio nel 85-95 % dei casi. Non rispondono alla terapia solo i pazienti che sviluppano resistenza ai farmaci, oppure quelli con grave depressione delle difese immunitarie. Tanto più la diagnosi e la terapia sono precoci, tanto maggiore è la possibilità che l'infezione non lasci danni persistenti nelle strutture dell'apparato locomotore colpite.

Tubercolosi e farmaci anti-reumatici

Da una ventina d'anni i farmaci cosiddetti "biologici" sono stati introdotti nella farmacopea come terapia delle malattie reumatiche infiammatorie croniche (artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondilite anchilosante), oltre che di patologie gastro-enterologiche e dermatologiche. I primi farmaci "biologici" sintetizzati agivano inibendo il TNF ("tumor necrosis factor"), una delle citochine più coinvolte nell'infiammazione cronica. Il loro capostipite, infliximab, era stato approvato nel 1998 per la cura dell'artrite reumatoide e del morbo di Crohn, ma già tre anni dopo su una autorevole rivista medica americana venivano riportati 70 casi di pazienti trattati con questo farmaco che si erano ammalati di tbc. Da qui è nata l'esigenza di sottoporre i pazienti ad uno screening per la tbc latente prima di iniziare la terapia con un farma-



co “biologico” anti-TNF. Lo screening prevede il dosaggio nel sangue del quantiferon, mentre il test intradermico della tubercolina è stato sostanzialmente abbandonato in quanto poteva risultare falsamente positivo nei soggetti in precedenza sottoposti alla vaccinazione antitubercolare con BCG. Quando il quantiferon risulta positivo va fatta una radiografia del torace per escludere una tbc attiva.

Qualora si ritenga opportuno prescrivere un farmaco anti-TNF in un paziente con il quantiferon positivo, va messa in atto una profilassi anti-tubercolare con la isoniazide, che va assunta per un mese prima di iniziare la terapia con il farmaco “biologico” e va proseguita per 9 mesi durante tale terapia. In caso di intolleranza alla isoniazide la profilassi va effettuata con la rifampicina, da assumere per 4 mesi. Nei pazienti ad alto rischio di contatto con pazienti ammalati di tbc il quantiferon va ripetuto una volta all’anno.

I farmaci “biologici” anti-TNF possono attivare una tbc latente in quanto il TNF è una citochina che ha un ruolo rilevante nell’attivazione delle cellule che formano i granulomi

all’interno dei quali rimangono intrappolati i Micobatteri. Inibendo il TNF, i farmaci possono determinare la disgregazione dei granulomi e la diffusione dei germi, provocando l’attivazione della tbc.

Negli ultimi dieci anni sono stati approvati come terapia delle malattie reumatiche infiammatorie croniche altri farmaci “biologici” che agiscono con un meccanismo d’azione diverso (inibitori di interleukine pro-infiammatorie, anti-CD20, inibitori delle molecole di co-stimolazione). È stato rilevato che con questi farmaci il rischio di attivare una tbc latente è molto basso, per cui potrebbero essere più indicati rispetto agli anti-TNF proprio nei pazienti con tbc latente. Di fatto anche nei pazienti candidati a un trattamento con questi farmaci va eseguito lo screening per la tbc prima di iniziare la terapia. Lo stesso approccio va messo in atto per i farmaci anti-reumatici di più recente introduzione, gli inibitori delle Janus-chinasi (anti-Jack), che pure hanno dimostrato un basso rischio di attivazione della tbc latente.

Conoscere l'artrite psoriasica



Prof. Raffaele Scarpa, Prof.ssa Gabriella Fabbrocini
Università FEDERICO II Napoli

Mesi fa Silvia Tonolo Presidente di ANMAR ci chiese di riscrivere l'opuscolo tematico dedicato all'Artrite Psoriasica. Accettammo con entusiasmo questo invito. Avevamo l'opportunità di raggiungere i pazienti con un'informazione completa che trattasse e chiarisse gli aspetti salienti della malattia.

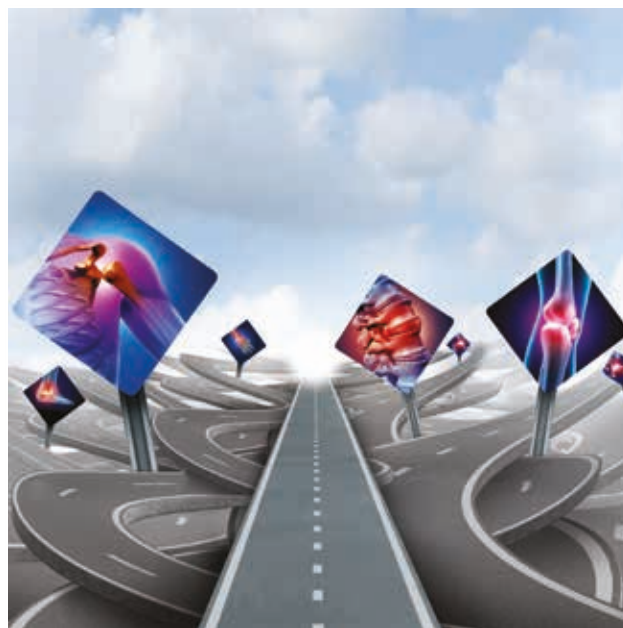
Oggi c'è infatti da parte degli ammalati, sempre più consapevoli dei problemi di salute che li riguardano, un'enorme richiesta di informazione. Purtroppo questa è spesso fornita dai social network attraverso l'uso della rete virtuale e ciò avviene a nostro avviso almeno per due motivi. Il primo in assoluto è la rapidità con cui, attraverso la rete, si può, a necessità, subito raggiungere una fonte d'informazione. Il secondo, non trascurabile per importanza, è la possibilità di approfondire e condividere un problema con chi lo vive o l'ha già vissuto.

Dovremmo però chiederci se questa modalità è tranquillamente applicabile anche nel caso dell'informazione medica. In particolare, dovremmo chiederci se ci sia a monte sempre un controllo dei contenuti che supportano i messaggi riportati in rete.

Quando, prima dell'era virtuale il paziente chiedeva al proprio medico di fiducia spiegazioni circa la propria malattia, sulla sua prognosi e sui risultati ottenibili con la terapia che gli era stata prescritta, certamente l'appropriatezza del messaggio era certificata dalla sicura professionalità dell'interlocutore. Abbiamo quindi immaginato che avevamo l'opportunità di incontrare idealmente i nostri pazienti per rispondere a tutti i loro possibili interrogativi.

L'opuscolo che abbiamo curato per l'ANMAR è risultato nelle nostre mani quindi un'agevole, immediata e sicura risposta a tutte le esigenze di informazione degli ammalati. La parte clinica sia diagnostica che terapeutica è stata da noi curata con grande attenzione ed è supportata da una ricca iconografia, ampiamente esplicativa, che deriva dall'attività corrente dei nostri ambulatori. Per i pazienti più esigenti abbiamo inserito anche una breve e chiara descri-

CONOSCERE L'ARTRITE PSORIASICA



Le guide di ANMAR



www.anmar-italia.it



ANMAR
Associazione Nazionale
Malati Reumatici
ONLUS

Numero Verde Anmar
800.910.625

zione del comune processo infiammatorio che è alla base della genesi sia della psoriasi che dell'artrite. Ampio spazio è stato dedicato poi alla terapia, includendo anche le più recenti novità che si sono, di volta in volta, aggiunte al consolidato armamentario terapeutico già a disposizione dello specialista. Abbiamo avuto sempre un approccio integrato dermatologico e reumatologico così come integrato dovrebbe essere, a nostro avviso, nella pratica clinica, l'ambulatorio cui afferiscono i pazienti di artrite psoriasica, per realizzare una virtuosa visione clinica congiunta.

La parte più accattivante dell'opuscolo è infine, a nostro avviso, quella dedicata alle risposte degli Esperti ai più frequenti quesiti posti nella quotidiana routine dai pazienti. Abbiamo infatti girato le più frequenti domande a Colleghi, Italiani e stranieri, che abitualmente visitano nell'ambulatorio gli ammalati di artrite psoriasica. Siamo certi che la lettura delle relative risposte soddisferà correttamente gran parte delle necessità degli ammalati. In particolare siamo certi che i messaggi saranno esaurienti, perché essi fotografano una realtà sostenuta da una consolidata **"good clinical practice"**.

Con questo contributo, speriamo di aver centrato lo scopo che dovevamo raggiungere e ringraziamo ancora una volta ANMAR per l'opportunità offertaci.

Conferenza EULAR PARE 20-22 ottobre 2022



di Ilaria Bini, Giovanni Mascarino,
Barbara Garrone

ANMAR YOUNG GROUP


Bini I., Mascarino G., Tonolo S. - ANMAR

How the social media allows us to increase the volunteers engagement

The ANMAR YOUNG Group is the young Group created in the ANMAR Association (Italian Association for Italian RMDs Patients). Since that moment our group had a constant grow-up also thanks to the use of social networks.

During the pandemic period we did monthly webinars for all the year 2020-2021, concerning various topics in collaboration with SIR YOUNG (the Italian group of young rheumatologists under 40 years old).

The online live meeting were followed very much during all year long, and they were been an occasion of comparison between the patients, who followed both the facebook and instagram pages, and the rheumatologists.



At this time the working group which constantly works to the initiatives is made of six people, mainly from north Italy, who provide to the creation of diverse social contents.

During all our activity we did also a project of narrative medicine:

"Chronic Pain Stories" in which we wrote some articles about various topics about RMDs and chronic pain problems.

Compared to pre-pandemic period, the use of the social networks has a very fundamental role in raising awareness about the importance of RMDs and in awareness about the existence of these kind of disease between young people.

In our specific case, the use of social media platforms was a common practice also in the years before the pandemic, so, after it, we decide to increase our social presence on facebook, and now we have more than 1200 people following the page.

The permanent columns in our work are the following:


- Raising awareness contents for international day, Live streaming, funny contents and bookish advises always concerning our main topics (RMDs and Chronic Pain).


After the stabilization of the working group it was possible to increase even more our online presence, not only on facebook, but also on instagram, taking more care of the graphic part of proposed contents.

A very important appointment is the annual meeting of our group.

This is a unique opportunity to meet each other, talking of various topics and doing the brainstorming activities to plan the initiative of the next year.

This year was the second annual meeting and we could plan different activities that we want to implement more in the next few months.





ANMAR
Associazione Nazionale
Reumatologia

<https://www.facebook.com/ANMARyoung>
<https://www.instagram.com/groupyoungonyoung/>
<https://www.anmar-italia.it/>

Copyright © 2021 Author Names and Contact Details

A fine ottobre si è tenuta la conferenza dedicata alle associazioni rappresentanti dei pazienti riunite assieme da EULAR PARE, un'organizzazione internazionale che riunisce tutte le realtà dedite alle malattie reumatiche di ciascun paese europeo.

ANMAR può vantare un'ampia partecipazione italiana, grazie alla presenza di ben tre persone: Ilaria Bini (rappresentante ANMAR e Young, e a capo della delegazione giovanile europea EULAR Young PARE), Giovanni Mascarino e Barbara Garrone.

EULAR Young PARE ha predisposto un'attività di confronto indirizzata a tutte le organizzazioni europee dedicate ai giovani malati reumatici.

Questo momento di condivisione è stato forse il più stimolante e il più formativo per i rappresentanti di ANMAR, in quanto volontari del Gruppo ANMAR Young. Mettendo a confronto i gruppi giovanili, è emerso l'interesse comune per temi rivolti ai giovani: l'attività di brainstorming ha proposto molteplici progetti creativi, da sviluppare su piattaforme reperibili a chiunque, grazie all'immenso potenziale di internet.

Questo è il processo più semplice per giungere agli schermi dei giovani, che siano o meno dei malati reumatici.

L'importanza della narrazione sta proprio in questo: permettere alle persone di cogliere gli aspetti fondamentali che si affrontano in una malattia reumatica, anche quando non la viviamo in prima persona. Uno degli aspetti più interessanti, infatti, riguarda il fatto che nei giovani cresce l'interesse di condividere esperienze emotive, indipendentemente dal loro coinvolgimento in prima persona.

In un mondo che fatica a empatizzare è importante fornire sempre più iniziative narrative.

Nella stessa conferenza Ilaria ha presentato un poster, nel

quale si illustravano le attività svolte dal Gruppo ANMAR Young, fra le quali i webinar condotti nel 2020 in sintonia con SIR Young e l'incontro nazionale di settembre. Il poster ha destato particolare interesse, perché nonostante la limitata possibilità di incontrarsi di persona, dovuta anche alla recente condizione pandemica, abbiamo dimostrato la capacità di mantenere un contatto con la nostra gente e a fornire nuovi contenuti divulgativi, focalizzandosi sui temi emersi dagli incontri effettuati dalle giovani volontarie e volontari.

In aggiunta, ultimamente, stiamo riscontrando un incremento della platea sui social, grazie a una campagna interna portata avanti dal gruppo Young, per creare sempre più contenuti e mantenere sempre più un rapporto di fidelizzazione con le persone interessate ai nostri progetti. La strada è quella: rimanere al passo coi social! Ovviamente rimaniamo disponibili anche sugli altri canali che utilizziamo, ma grazie all'impegno adoperato sul nostro canale instagram, la nostra platea è in costante aumento.

Durante la conferenza abbiamo avuto modo di scoprire le altre realtà europee e confrontarci sui problemi che affliggono tutti.

Spesso diamo per scontato di vivere nella peggiore delle situazioni e guardiamo a tutti i malesseri che affliggono la sanità. In realtà non dobbiamo dare per scontata la nostra sanità, perché in molti paesi europei (e non solo) la situazione spesso non è delle migliori.

Dobbiamo renderci conto che i problemi che ci affliggono in realtà sono comuni, e solo attraverso delle politiche di comune accordo è possibile affrontare molte sfide del futuro, gran parte delle quali devono ancora arrivare.

See You soon EULAR PARE!





DALLE REGIONI

Associazione Ammalati Pazienti Reumatici Autoimmuni (AAPRA ONLUS)

Il 7 e l'8 ottobre a Torino si è svolta, organizzata dalla Reumatologia e dalla Fisiatria delle Molinette, l'undicesima edizione del convegno "approcci interdisciplinari in reumatologia. Innovazione e patologie osteoarticolari: uno sguardo al futuro prossimo della diagnostica, della terapia e della riabilitazione". Tutte le relazioni che si sono succedute, concentrandosi sul focus del convegno, hanno informato l'uditorio sulle novità, nella cura delle patologie reumatologiche, sia di tipo degenerativo che infiammatorio e autoimmune, in termini non solo di terapie farmacologiche, ma anche di utilizzo di dispositivi e tecnologie informatiche. Alcuni interventi hanno ragguagliato su trial di confronto tra terapie con i biologici e gli immunosoppressori, e su protocolli di sperimentazione di nuovi biologici. Ampio spazio è stato dedicato ai cosiddetti wearable cioè a quei dispositivi indossabili, il cui fine è quello di registrare informazioni relative alla massa corporea o all'assetto osteoarticolare dei pazienti, per impostare e migliorare eventuali percorsi riabilitativi. Si è parlato anche di dispositivi utili al controllo delle terapie farmacologiche, sottolineandone l'importanza nella capacità di "tracciare" l'aderenza alla terapia, essenziale al raggiungimento di outcome positivi.

Altre due relazioni hanno riguardato gli studi in corso sui nuovi possibili biomarkers di laboratorio per l'AR e la correlazione tra microbioma e la risposta ai farmaci.

Due relazioni hanno illustrato lo sviluppo dell'intelligenza artificiale e del machine learning in medicina, mettendo in risalto, da una parte le potenzialità, dall'altra tutti i quesiti sia etici, sia giuridici, di queste nuove frontiere informatiche.

Al termine delle due giornate di convegno, una nutrita tavola rotonda ha discusso sulla possibilità e sui tempi di integrazione delle innovazioni esposte, per un Servizio Sanitario moderno, efficiente, ma anche sostenibile.

Nessuno dei partecipanti alla discussione ha però sollevato la questione della impossibilità, per i pazienti reumatologici piemontesi, ad accedere alla riabilitazione "tradizionale" usufruendo del SSR. Purtroppo, in Piemonte, i pazienti reumatologici che riescono a entrare in percorsi riabilitativi sono infatti pochissimi. Ma come sempre contano più le parole dei fatti e spesso, troppo spesso, ci si concentra di più su pagliuzze ancora futuribili tralasciando la rimozione di travi presenti e vicine.

Associazione Lombarda Malati Reumatici (ALOMAR ODV)

Sono ricominciati i corsi online ALOMAR di Sambaterapia, Mindfulness e Qi Gong, dedicati al nostro benessere psicofisico.

Nella *Sambaterapia* attraverso giochi creativi e ritmi di movimenti si muove tutto il corpo; così cresce la fiducia in se stessi divertendosi.

Grazie alla *Mindfulness* lavorando sul respiro e sul movimento consapevole si possono osservare i benefici che la meditazione può produrre sulla qualità di vita, sullo stress e sulla percezione del dolore cronico.

Il *Qi Gong* deriva dalla millenaria medicina tradizionale cinese e si articola in una serie di esercizi ripetuti più volte che prevedono rilassamento, concentrazione mentale e controllo della respirazione. Ciò aiuta a ridurre stress, ansia, percezione del dolore e migliora concentrazione, equilibrio e riposo notturno.

Il nostro *Laboratorio Teatrale* infine comprende teatro motivazionale, scrittura, lettura interpretata e comprensione del testo. I corsi sono gestiti da professionisti che da anni collaborano con ALOMAR e che sono esperti nel trattare persone con patologie reumatologiche.

Il 14 ottobre 2022 ALOMAR ha organizzato con Motore Sanità un Talk Show on-line sul tema "Quarta dose, e non solo", un momento

di confronto, approfondimento e scambio tra persone che vivono con malattie reumatologiche e clinici esperti (reumatologi e immunologi) con focus sul tema vaccinazioni: dalla quarta dose di

vaccino anti Covid-19, al vaccino contro l'herpes zoster e altro ancora. Il pubblico ha attivamente partecipato ponendo domande.

Una serie di eventi ALOMAR ha celebrato la Giornata Mondiale del Malato Reumatico. La Sezione ALOMAR Bergamo ha organizzato attività di divulgazione e incontri medici-pazienti su fibromialgia, sclerosi sistemica, attività fisica e sportiva, gravidanza nelle malattie reumatologiche. La Sezione ALOMAR Legnano, per promuovere l'attività fisica di gruppo, ha realizzato la camminata non competitiva denominata #6000passidisalute, preceduta da un convegno con la partecipazione di esperti e dei nostri Asteroidi – Lo spazio giovani di ALOMAR. La Sezione ALOMAR Sondrio ha promosso una serata a teatro per raccogliere fondi da destinare alle attività sul suo territorio. La Sezione ALOMAR Varese,

in collaborazione con ONDA, ha promosso un Open-Day dedicato alla donna sull'osteoporosi: consulti gratuiti su prenotazione, per evitare lunghi tempi di attesa per avere una visita specialistica.





DALLE REGIONI

Associazione Malati Reumatici delle Marche (A.Ma.R. Marche ODV)

Giornata del Malato Reumatico delle Marche – Fermo 1 e 2 Ottobre 2022. Si è svolta a Fermo la seconda edizione della Giornata

del Malato Reumatico delle Marche, organizzata da A.Ma.R Marche ODV, in collaborazione con i reumatologi del territorio ed i volontari della Croce Verde. Due giorni di dibattiti, consulenze e screening gratuiti per promuovere la conoscenza sulle malattie reumatiche e sottolineare l'importanza della diagnosi precoce.

Sabato 1 e domenica 2 ottobre, il centro della città capoluogo di Provincia, ha aperto le porte alla Reumatologia dando la possibilità agli utenti di usufruire gratuitamente di consulenze reumatologiche e di effettuare indagini strumentali di approfondimento (ecografie muscoloscheletriche, densitometrie ad ultrasuoni, capillaroscopia).

Nella mattinata di sabato 1° ottobre, inoltre, presso il Palazzo dei Priori si è svolto un Convegno sul tema "L'approccio multidisciplinare alle malattie reumatiche – Confronto medico-pa-

ziente". Il Dott. Stefano Angelici, Direttore dell'UOC Medicina Interna dell'Ospedale Murri di Fermo, ha evidenziato l'importanza di un

approccio multidisciplinare nel trattamento di queste patologie. La Dott. Antonella Farina, Responsabile dell'Ambulatorio di Reumatologia, ha parlato dell'importanza delle vaccinazioni per i pazienti reumatologici. Il Dott. Pietro Scendonì, Responsabile dell'UO di Reumatologia dell'INRCA di Fermo, ha sottolineato l'importanza del gioco di squadra contro queste patologie. Stella Rosi, Presidente A.Ma.R. Marche ODV, ha illustrato la problematica situazione assistenziale nella Regione.

L'evento ha avuto un largo riscontro da parte della popolazione e i numeri emersi sono importanti: sono state effettuate 200 consulenze, 100 densitometrie a ultrasuoni, altrettante ecografie muscolo scheletriche e 15 capillaroscopia, in soggetti con fenomeno di Raynaud sospetto secondario.

Numeri elevati che dovrebbero far riflettere le Istituzioni sulla grave problematica delle liste d'attesa.



Associazione Campana Malati Reumatici (A.C.Ma.R.)

Il Congresso SIR-CReI Campania 30 settembre 1 ottobre 2022 e il DGR130 del 31/03/21. Il Congresso SIR 2022, tenutosi a Napoli presso l' Hotel Mediterraneo, ha visto la partecipazione oltre a nomi illustrissimi della medicina Reumatologica che hanno lavorato in diverse sessioni alla rappresentanza dell' ANMaR e ACMaR ai lavori della tavola rotonda, la presenza autorevole del dott. U. Trama che ha illustrato il DGR130 del 31/03/21 che tratta delle ultime novità in campo della politica del farmaco e Dispositivi dalla Direzione Generale per la tutela della Salute e del Coordinamento del Sistema Sanitario della Regione Campania. La Regione Campania fa sue i temi delle sfide del Servizio Sanitario Nazionale che investono in Farmaci Biologici-Biosimilari, Vaccini, Dispositivi Medici, farmaci Innovativi, la Gestione della Cronicità, la Personalizzazione delle Cure in merito alla sostenibilità. Gli obiettivi posti sono due: il primo riguarda l'omogeneità nell'accesso Campania, che mediante l'uso delle tecnologie dell'informazione, consente lo sviluppo di interventi di Sanità Digitale rivolti ai cittadini e ai malati reumatici

della Regione Campania, in coerenza con gli obiettivi regionali, con il Piano Triennale per la Pubblica Amministrazione. Lo sviluppo di nuove linee di indirizzo alla prescrizione di farmaci Biologici/biosimilari hanno indirizzato il DGR 130 del 31/03/21 che dispone, in primis, l'adozione di un unico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) costituito da un elenco di principi attivi farmacologici e dispositivi classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) e CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici). In secondo ordine, consente di rimodulare i compiti e le funzioni delle Commissioni/ Tavoli di lavoro (PTO/PTA) presenti presso le Aziende Sanitarie, il cui obiettivo è quello di favorire l'osservanza delle disposizioni regionali e delle indicazioni del "Tavolo Tecnico Regionale" garantendo il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con le Commissioni e/o i Nuclei di Controllo Aziendale. Appare evidente che i malati e i malati reumatici, in particolare, si sentano tutelati e rassicurati dall'appropriatezza del loro piano terapeutico e della garanzia delle cure stabilite per loro.



DALLE REGIONI

Associazione Toscana Malati Reumatici (A.T.Ma.R.)

Un nuovo obiettivo è stato raggiunto nel mese di settembre di quest'anno 2022 grazie ad una convenzione, firmata dal Presidente di Atmar Toscana Paola Grossi e dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Dr. Rocco Donato Damone con la fondamentale collaborazione della Professoressa Serena Guiducci. La convenzione è finalizzata alla costituzione di una "Early Arthritis Clinic" presso le strutture ospedaliere ovvero nell'ambito di unità operative reumatologiche.

La creazione di ambulatori dedicati all'insorgenza precoce delle artriti (Artrite Reumatoide, Spondiloartropatie) permetteranno una

riduzione delle liste di attesa con conseguente recupero del fattore tempo per una corretta gestione della malattia. Più precoce è la diagnosi, con conseguente trattamento, più il decorso sarà favorevole, dal momento che il danno articolare si sviluppa in tempi rapidi e che un trattamento mirato è in grado di rallentare la velocità di progressione.

Nella convenzione l'Atmar e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi si impegnano a costituire una "Early Arthritis Clinic", a nominare il medico referente del progetto, elaborare report periodici sull'attività delle "attività dedicate" e a pubblicizzare l'iniziativa.

Associazione Siciliana Malati Reumatici (ASIMAR APS)

Il 2 ottobre la Sezione di Trapani ASIMAR ha celebrato la "29 Giornata del Malato Reumatico" con l'Assemblea dei Soci e i loro familiari, presso l'agriturismo "Baglio Fontanasalsa" a Misiliscemi. Siamo stati onorati della partecipazione del nostro Presidente nazionale ANMAR

Silvia Tonolo. Durante l'assemblea si sono discussi tanti argomenti, progetti futuri imminenti, quali il potenziamento dell'organico presso la UOSD di Reumatologia nell'ospedale di Trapani.

Il 21 ottobre si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e dell'Organo di controllo in seno all'Associazione regionale ASIMAR APS per il triennio 2023/2025 con il seguente organigramma, per il Consiglio Direttivo: Presidente Teresa Perinetto (Sez. di Trapani), Vicepresidente Maria Lucia Volante (Sez. di Ragusa), Segretario Cinzia Messina (Sez. di Enna), Tesoriere Liliana Colli (Sez. di Trapani), Consiglieri: Anita Bucolo (Sez. di Agrigento), Letizia Grifò (Sez. di Catania) e Lucia Zappulla (Sez. di Siracusa). Per l'Organo di controllo: Giuseppa Drago (Sez. Palermo), Vita Maria Gucciardo (Sez. di Trapani), Vincenza Zanti (Sez. di Catania). Teresa Perinetto ha ringraziato per la fiducia e riconferma alla carica di Presidente regionale, augurando a tutta la squadra forte e coesa di continuare l'importante comune percorso, tutelando il diritto alla salute dei pazienti reumatologici.

Il 7 novembre l'ASIMAR Associazione Siciliana Malati Reumatici-APS è stata iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore "RUNTS", in seguito alla conclusione della trasmigrazione. Consideriamo un altro importante traguardo, raggiunto con grande soddisfazione.

Il 19 novembre ha avuto luogo a Trapani nell'Aula Magna del Polo Universitario un importante convegno dal titolo "UPDATE IN REUMA-

TOLOGIA: la centralità del paziente" Responsabili scientifici i Reumatologi Dott. Carmelo Debilio e la Dott.ssa Flavia Luppino. Il Convegno ha riscosso grande successo di partecipazione. Significativo l'intervento della Presidente Teresa Perinetto, che ha portato la voce dei malati reumatologici siciliani, raccontando la realtà odierna dell'assistenza sanitaria, facendo un percorso sui servizi ottenuti e ciò che ancora è in cantiere, raccomandando di tenere sempre vivo l'interesse e il contatto continuo con i decisori del mondo politico-sanitario. Un gruppo di volontari ha allestito un banchetto espositivo, distribuendo materiale divulgativo ANMAR.

Il 5 dicembre Teresa Perinetto in qualità di referente CASMAR (Coordinamento Associazioni Siciliane Malattie Autoimmuni e Reumatiche) ha partecipato all'Evento svoltosi a Palermo dal titolo "Il modello di governance del paziente con TMA: la Expert Consensus in Regione Sicilia, dove hanno partecipato Funzionari dell'Assessorato regionale alla Salute e vari clinici. Il CASMAR ha avuto l'onore di concedere il patrocinio.

Il 9 e il 10 dicembre si è svolto a Ragusa "8° FOCUS REUMATOLOGICO Gestione delle malattie nell'era del post-Covid" Responsabile scientifico il Dott. Mario Bentivegna. Tante sono state le partecipazioni dei clinici, con importanti relazioni, affrontando temi di grande attualità. Nel contesto della sessione "La gestione integrata del paziente fragile: dalla pratica clinica alla telemedicina" Si è svolto un Talk show: la voce dei pazienti è stata riportata negli interventi di Giusy Fabio, Vicepresidente nazionale AISF ODV, Teresa Perinetto e Maria Lucia Volante, rispettivamente Presidente e Vicepresidente regionale ASIMAR Associazione Siciliana Malati Reumatici-APS e Silvia Tonolo Presidente ANMAR.



Associazione Nazionale Malati Reumatici ANMAR

Puoi trovare tutte le nostre iniziative ed essere aggiornato sulle malattie reumatiche sul sito dell'associazione

<http://www.anmar-italia.it>

Iscriviti alla nostra newsletter per essere sempre aggiornato sulle nostre iniziative e per ricevere i titoli dei contenuti di Sinergia in concomitanza ad ogni uscita



<http://www.anmar-italia.it/index.php/cosa-facciamo/newsletter>

ABBIAMO CREATO PER TE GUIDE PER I PAZIENTI E OPUSCOLI INFORMATIVI!!!

Sinergia ti offre un nuovo opuscolo per ogni uscita!

Stiamo uscendo con la revisione grafica e interna di tutti i nostri opuscoli informativi.

Scarica gratuitamente gli altri dal sito:

<http://www.anmar-italia.it/index.php/cosa-facciamo/guide-pazienti>



ASSOCIAZIONI REGIONALI

Elenco delle Associazioni regionali aderenti ad ANMAR

ABRUZZO

Associazione Abruzzese Malati Reumatici (A.A.MA.R.)
Presidente: Fiorella Padovani - cell. 3347682988
Sede dell'Associazione: c/o Ospedale Civile - Divisione di Reumatologia
Via Paolini, 47 - 65100 Pescara
Tel. 085. 4251 -Rep. 085.4252448
E-mail: info.aamar@libero.it - sito: www.aamar.it

BASILICATA

Associazione Basilicata Malati Reumatici (A.BA.MA.R.)
Presidente: Isabella Urbano - cell. 3281976805 - 3495315850
E-mail: abamar2015@gmail.com

CALABRIA

Associazione Calabrese Malati Reumatici (A.CAL.MA.R.)
Presidente: Rosario Pugliano -cell. 3316422153
Sede legale dell'Associazione: via F. Crispi, 115 -88046 Catanzaro
E-mail: (pugliano.rosario@gmail.com) www.acalmar.it
Numero Verde: 800168272

CAMPANIA

Associazione Campana Malati Reumatici (A.C.MA.R.)
Presidente: Pietro Catera -cell. 338.9456569
Tel. 081.7410957 (abitazione)
Sede dell'Associazione: c/o Istituto Reumatologia Federico II
Via Pansini, 5 -80131 Napoli
Tel. 081.7462126
E-mail: pietro.catera@libero.it

Associazione Malati Reumatici Benevento
(A.Ma.Re.Pro.Bene)
Presidente Maria Vellotti
Sede: Via Pace Vecchia 10 - 82100 Benevento
Cell. 3466493004
E-mail: vellottiarchiteto@gmail.com

FRIULI VENEZIA GIULIA

Associazione Malati Reumatici Friuli Venezia Giulia
(A.Ma.Re. FVG)
Presidente: Marinella. Monte - cell. 331.2564312 -
Sede dell'Associazione: Centro Polifunzionale "Micesio"
Via Micesio, 31 - 33100 Udine
tel: 0432.501182
E-mail: info@malatireumaticifvg.org
sito: www.malatireumaticifvg.org

LAZIO

Associazione Laziale Malati Reumatici (ALMAR)
Presidente: Sara Severoni
Sede operativa e legale dell'Associazione:
Via R.R.Garibaldi 40 -00145 Roma
Cell. 3921704992

Numero Verde: 800038488
E-mail: info@almar.org - sito: www.almar.org

LIGURIA

Associazione Ligure Malati Reumatici (A.L.Ma.R.)
Presidente: Graziano Mussi
Sede dell'Associazione: via Del Castello, 7
- 16036 Avegno (Ge)
Cell. 3391627111
E-mail: almar.liguria@libero.it

LOMBARDIA

Associazione Lombarda Malati Reumatici (ALOMAR)
Presidente: Maria Grazia Pisu - cell. 329.0285611 -
Sede legale dell'Associazione: Via Sidoli , 25 - 20129 Milano
Sede operativa ASST PINI-CTO (c/o Cattedra di Reumatologia) P.zza Cardinal Ferrari, 1 - 20122 Milano
tel e fax: 02.58315767 con segreteria
E-mail: info@alomar.it -presidenza.alomar@gmail.com
alomar@pec.it - sito: www.alomar.it

MARCHE

Associazione Malati Reumatici delle Marche (A.Ma.R. Marche ODV)
Presidente: Stella Rosi - cell. 3471279566
Sede dell'Associazione: c/o Clinica Reumatologica -
P.O. Carlo Urbani -Via A. Moro, 25 -60035 Jesi -(Ancona)
E-mail: amarmarcheonlus@gmail.com

MOLISE

Associazione Molisana Malati Reumatici (A.MO.MA.R)
Presidente: Giuseppe Campolieti- cell. 3460915561
Sede dell'Associazione: c/o Servizio di Reumatologia - Osp. S. Francesco Caracciolo
Viale Marconi, 20 - 86081 Agnone (IS)
E-mail: amomareumatici@gmail.com
- associazionemolisanaumatireumatici@pec.it

PIEMONTE

Associazione Malati Reumatici del Piemonte -AMaR Piemonte Onlus-
Presidente: Maria Teresa Tuninetti
Disponibile cell.Ugo Viora -cell. 3519142604
Sede legale dell'Associazione: Corso Trapani, 49 -10139 Torino
E-mail: info@ amarpiemonte.org
- posta@pec.amarpiemonte.org
Sito: www.amarpiemonte.org- facebook: Amarpiemonte -
Twitter: Amarpiemonte1

Associazione Ammalati Pazienti Reumatici Autoimmuni (AAPRA ONLUS)
Sede c/o Studio del Carmine
- Via Alberto Nota, 7 - 10122 Torino

Presidente Raffaele Paone
Cell. 3312867028 -3770824267 - 3408264980
E-mail: segreteria@aapra-onlus.it
- www.aapra-onlus.it

SICILIA

Associazione Siciliana Malati Reumatici (ASIMAR APS)
Presidente: Teresa Perinetta - cell. 340.8081636
Sede dell'Associazione: Via Cap. Fontana, 25
- 91100 Trapani
asimar.sic@gmail.com - teresa.perinetta@libero.it
asimaraps@legalmail.it

Associazione Reuma Sud Malati Reumatici (Reuma Sud)
Presidente: Magnoli Giovanni
Cell. 3279096086
Sede: Via Torino, 44 is.Z -98123 Messina
E-mail: reumasudmalatireumatici@gmail.com
Pec: postmaster@pec.reumasud.it

TOSCANA

Associazione Toscana Malati Reumatici (A.T.Ma.R.)
Presidente: Paola Grossi -cell. 3475353912
Sede legale: Policlinico Le Scotte, via Bracci 53100 Siena
Sede operativa c/o Paola Grossi via Pierververt n. 11 56036 Palaia (Pisa)
E-mail: paolagr1967@libero.it -www.atmartoscana.it

UMBRIA

Associazione Umbra Malati Reumatici (A.MA.R. UMBRIA)
Presidente: Alessandra Verducci - Cell. 3471372272
Sede legale: Via Giovanni Papini 35
06081 Assisi - Perugia
E-mail: amarumbria@libero.it

VENETO

Associazione Malati Reumatici del Veneto (A.Ma.R.V.)
Presidente: Silvia Tonolo - cell. 3403770688
Sede dell'Associazione: Via Porara 120 -30035 Mirano (VE)
Numero Verde: 800608519
E-mail: amarv@libero.it
Sito: www.amarv-veneto.it/



Silvia Tonolo, Presidente ANMAR
Mauro Galeazzi, Referente Medico-Scientifico
Patrizia Comite, Referente Legale

DIRETTIVO ANMAR

PRESIDENTE:

Tonolo Silvia (Presidente Veneto)

VICEPRESIDENTE:

Severoni Sara (Presidente Lazio)

TESORIERE :

Mussi Graziano (Presidente Liguria)

SEGRETARIA:

Padovani Fiorella (Presidente Abruzzo)

CONSIGLIERE CON DELEGA AI RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI REGIONALI:

Grossi Paola (Presidente Toscana)

COLLEGIO DEI PROVIVIRI:

Campolieti Giuseppe

Catera Pietro

Verducci Alessandra



www.anmar-italia.it

Numero Verde Anmar
800.910.625

Registrato al n. 28/07 del 25/10/2007
presso il Registro della Stampa del Tribunale
di Cagliari

DIRETTORE RESPONSABILE:

Nicola Ferraro

SEDE LEGALE ANMAR ONLUS:

Via R.R. Garibaldi 40, 00145 Roma

IMPAGINAZIONE:

Géraldine D'Alessandris

STAMPA:

Tipografia G.B.GRAF
Via Negrelli 34
30038 Spinea Ve