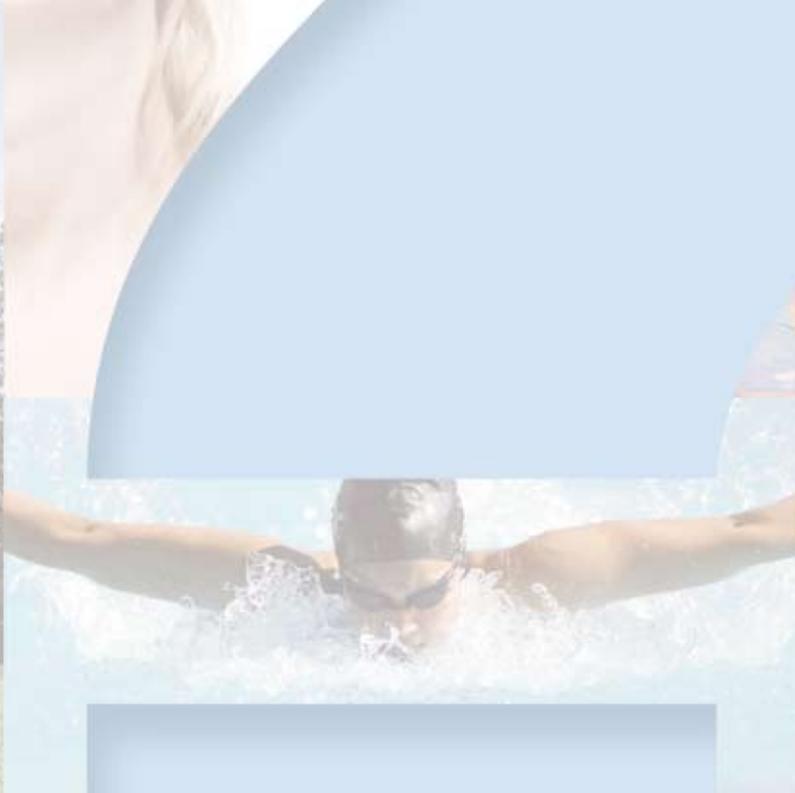


# ..... SPONDILITE ANCHILOSANTE in domande

100



**ANMAR**  
Associazione Nazionale  
Malati Reumatici  
ONLUS  
Gruppo Spondilite Anchilosante



*a cura di*

Fabrizio Cantini  
Alessandro Mathieu  
Ignazio Olivieri  
Leonardo Punzi  
Carlo Salvarani  
Raffele Scarpa  
Antonio Spadaro

**PACINI  
EDITORE  
MEDICINA**



**ANMAR**  
Associazione Nazionale  
Malati Reumatici  
ONLUS  
Gruppo Spondilite Anchilosante

## Curatori

Fabrizio Cantini

*Direttore, U.O. Medicina II-Reumatologia, Ospedale Misericordia e Dolce, Prato*

Alessandro Mathieu

*Direttore, Cattedra di Reumatologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Cagliari*

Ignazio Olivieri

*Direttore, Dipartimento Regionale di Reumatologia, Ospedale San Carlo, Potenza ed Ospedale Madonna delle Grazie, Matera*

Leonardo Punzi

*Direttore, Cattedra ed Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Università di Padova*

Carlo Salvarani

*Direttore, Struttura Complessa di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia*

Raffaele Scarpa

*Direttore, Cattedra di Reumatologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Federico II di Napoli*

Antonio Spadaro

*Professore Associato di Reumatologia, Sapienza Università di Roma*

*Si ringrazia l'avv. Anna Rita Melis e ASMAR per la cortese collaborazione*

Edizione revisionata ed integrata tratta dal volume "Spondylarthritis ankylosante: en 100 questions (sous la coordination de Maxime Dougados, France 2005)", a cura di Fabrizio Cantini, Alessandro Mathieu, Ignazio Olivieri, Leonardo Punzi, Carlo Salvarani, Raffaele Scarpa, Antonio Spadaro

© Copyright 2009 by Pacini Editore S.p.A. - Pisa

ISBN 978-88-6315-046-9

*Realizzazione editoriale e progetto grafico*

Pacini Editore

Via A. Gherardesca

56121 Ospedaletto (Pisa)

www.pacineditore.it

info@pacineditore.it

*Fotolito e Stampa*

Industrie Grafiche Pacini - Pisa

*La pubblicazione è resa possibile grazie al contributo di Wyeth*

*Edizione fuori commercio*

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org



Finito di stampare nel mese di Maggio 2009  
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.  
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa  
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300  
Internet: <http://www.pacinimedica.it>

## INDICE

### *Spondilite e Spondiloartriti*

<b>Domanda 1:</b>	Che cos'è un reumatismo?	1
<b>Domanda 2:</b>	Come definire la spondilite?	1
<b>Domanda 3:</b>	Che differenza esiste tra la spondilite anchilosante e la pelvispondilite reumatica?	1
<b>Domanda 4:</b>	Che differenza esiste tra spondilite anchilosante e spondiloartropatie?	2
<b>Domanda 5:</b>	Che cos'è l'artrite reattiva?	2
<b>Domanda 6:</b>	Che cos'è l'artrite psoriasica?	3
<b>Domanda 7:</b>	Che cos'è l'enteropatia infiammatoria?	3
<b>Domanda 8:</b>	Quali sono i principali segni clinici della spondilite anchilosante?	4

### *Diagnosi ed evoluzione della spondilite*

<b>Domanda 9:</b>	Come descrivere al meglio un paziente che soffra di spondilite?	4
<b>Domanda 10:</b>	Cosa vuol dire coinvolgimento assiale in corso di spondilite?	4
<b>Domanda 11:</b>	Quali sono i segni del coinvolgimento delle articolazioni sacroiliache?	5
<b>Domanda 12:</b>	Quali sono i rischi del coinvolgimento delle articolazioni sacroiliache?	5
<b>Domanda 13:</b>	Quali sono i segni del coinvolgimento del rachide?	6
<b>Domanda 14:</b>	Accanto a un'insorgenza mattutina del dolore, esistono delle altre caratteristiche tipiche dell'infiammazione del rachide?	6
<b>Domanda 15:</b>	Quali sono i rischi del coinvolgimento del rachide?	7
<b>Domanda 16:</b>	Quali sono i segni dell'anchilosi del rachide?	7
<b>Domanda 17:</b>	Perché l'anchilosi si verifica talvolta in posizione normale e qualche volta in posizione anormale (postura viziata)?	8
<b>Domanda 18:</b>	Si può prevenire l'anchilosi del rachide?	8
<b>Domanda 19:</b>	Come impedire che si instaurino posizioni viziate?	9
<b>Domanda 20:</b>	Quali sono i segni del coinvolgimento della gabbia toracica?	9
<b>Domanda 21:</b>	Quali sono i rischi del coinvolgimento della gabbia toracica?	10
<b>Domanda 22:</b>	Quali sono i segni del coinvolgimento articolare periferico?	10
<b>Domanda 23:</b>	Quali sono i rischi di coinvolgimento articolare periferico?	11
<b>Domanda 24:</b>	Che cos'è una entesi?	12
<b>Domanda 25:</b>	Quali sono i segni di coinvolgimento dell'entesi?	12

<b>Domanda 26:</b>	Quali sono i rischi dell'entesopatia?	12
<b>Domanda 27:</b>	A cosa è dovuto il dolore del tallone?	13
<b>Domanda 28:</b>	Quali sono i segni della talalgia?	14
<b>Domanda 29:</b>	Quali sono i segni di una uveite?	14
<b>Domanda 30:</b>	Quali sono i rischi di uveite?	14
<b>Domanda 31:</b>	Vi possono essere manifestazioni cardiache durante la spondilite?	14
<b>Domanda 32:</b>	Esiste un rischio di frattura durante la spondilite?	15
<b>Domanda 33:</b>	Una demineralizzazione dell'osso può essere associata ad una spondilite?	15
<b>Domanda 34:</b>	Che cos'è l'antigene HLA-B27?	15
<b>Domanda 35:</b>	Qual è il ruolo fisiologico dell'antigene HLA-B27?	15
<b>Domanda 36:</b>	Qual è il legame che esiste tra HLA-B27 e la spondilite?	16
<b>Domanda 37:</b>	Se io soffro di spondilite, i miei bambini ne soffriranno?	16
<b>Domanda 38:</b>	Cosa c'è in vista nell'ambito delle ricerche genetiche sulla spondilite?	16
<b>Domanda 39:</b>	Esistono altre aree di ricerca?	17
<b>Domanda 40:</b>	Un'infezione potrebbe essere responsabile di una riacutizzazione di spondilite?	17
<b>Domanda 41:</b>	Come evolve la spondilite?	17
<b>Domanda 42:</b>	Esistono indicatori che permettano di stabilire una prognosi?	18
<b>Domanda 43:</b>	Qual è il profilo tipico di un paziente che soffre di spondilite?	18
<b>Domanda 44:</b>	Esistono differenze tra la spondilite dell'uomo e quella della donna o del bambino?	19
<b>Domanda 45:</b>	Esiste un rischio particolare di recidiva della spondilite in caso di gravidanza?	19
<b>Domanda 46:</b>	Qual è l'aspettativa di vita di un paziente che soffre di spondilite?	19
<b>Domanda 47:</b>	Quali sono i principali trattamenti e terapie della spondilite?	20
<b>Domanda 48:</b>	Quali sono gli strumenti che permettono di vincere il dolore?	20

## **Trattamento della spondilite**

<b>Domanda 49:</b>	Che cos'è un farmaco antinfiammatorio?	21
<b>Domanda 50:</b>	Quali sono le indicazioni per la somministrazione di FANS per via endovenosa?	21
<b>Domanda 51:</b>	Quali sono le indicazioni per la somministrazione dei FANS per via intramuscolare?	21
<b>Domanda 52:</b>	Quali sono le indicazioni per la somministrazione percutanea dei FANS?	21
<b>Domanda 53:</b>	Quali sono i principali antinfiammatori non steroidei o FANS?	22
<b>Domanda 54:</b>	In che momento della giornata è opportuno assumere il trattamento antinfiammatorio non steroideo?	22

<b>Domanda 55:</b>	L'aspirina è un FANS?	23
<b>Domanda 56:</b>	Si possono associare diversi FANS tra loro?	23
<b>Domanda 57:</b>	Si possono prevenire le complicanze gastrointestinali dei FANS?	23
<b>Domanda 58:</b>	Esistono complicanze dei FANS diverse da quelle a carico delle vie digerenti?	24
<b>Domanda 59:</b>	Perché il fenilbutazone è sovente considerato come un FANS particolare?	24
<b>Domanda 60:</b>	I FANS possono essere assunti in maniera sistematica o devono essere assunti soltanto in caso di riacutizzazione dolorosa?	24
<b>Domanda 61:</b>	Se mi sento bene durante l'assunzione di un FANS, come posso sapere se questo è dovuto all'effetto del farmaco oppure ad una quiescenza della malattia?	25
<b>Domanda 62:</b>	Qual è la differenza tra gli antinfiammatori non steroidei (FANS) e i Coxib?	25
<b>Domanda 63:</b>	Quali sono gli effetti per il tratto gastrointestinale e/o cardiovascolari dei FANS e soprattutto dei Coxib?	26
<b>Domanda 64:</b>	Che cosa s'intende per rieducazione?	27
<b>Domanda 65:</b>	A cosa serve portare un corsetto in caso di spondilite?	28
<b>Domanda 66:</b>	Come effettuare la chinesiterapia?	28
<b>Domanda 67:</b>	Qual è il ruolo del chinesiterapeuta?	29
<b>Domanda 68:</b>	Quali sono i movimenti da privilegiare in corso di spondilite?	29
<b>Domanda 69:</b>	Perché si insiste tanto sulla rieducazione respiratoria?	30
<b>Domanda 70:</b>	Si può fare dello sport quando si soffre di spondilite?	30
<b>Domanda 71:</b>	Come fa il medico a valutare le deformazioni della spondilite?	30
<b>Domanda 72:</b>	Come fa il medico a valutare l'attività della spondilite?	31
<b>Domanda 73:</b>	Come gestire un'attività professionale quando si soffre di spondilite?	31
<b>Domanda 74:</b>	Il cortisone è efficace nella spondilite?	32
<b>Domanda 75:</b>	Quali sono le indicazioni delle infiltrazioni di cortisone nella spondilite?	32
<b>Domanda 76:</b>	Cosa si intende per trattamento di fondo della spondilite?	32
<b>Domanda 77:</b>	Qual è il ruolo dei trattamenti di fondo nella spondilite?	33
<b>Domanda 78:</b>	Che cosa si intende per farmaco anti-TNF-alfa?	34
<b>Domanda 79:</b>	Quali sono i principali rischi dei trattamenti anti-TNF-alfa?	34
<b>Domanda 80:</b>	Quali sono i differenti metodi per trattare una talalgia?	35
<b>Domanda 81:</b>	Al di fuori delle infiltrazioni di cortisone, quali sono gli altri mezzi locali di trattamento di un'artrite periferica?	35
<b>Domanda 82:</b>	Come si può trattare un coinvolgimento delle dita dei piedi?	36
<b>Domanda 83:</b>	Gli episodi di uveite vanno trattati urgentemente?	36
<b>Domanda 84:</b>	Quando e perché far ricorso alla chirurgia nella spondilite?	36

**Spondilite e condotta di vita**

**Domanda 85:** La spondilite può causare un affaticamento importante o addirittura una depressione? 37

**Domanda 86:** Si deve seguire una dieta particolare in corso di spondilite? 37

**Domanda 87:** I vaccini possono essere somministrati in corso di spondilite? 38

**Domanda 88:** Si può essere trattati con un "siero vaccinale" preparato a partire dalle feci? 38

**Domanda 89:** Qual è il ruolo dell'omeopatia nella spondilite? 39

**Domanda 90:** Cosa pensare dell'agopuntura, delle cure termali e dei trattamenti fitoterapici in ambito di spondilite? 39

**Domanda 91:** Cosa pensare delle medicine alternative? 40

**Domanda 92:** Chi può presentare domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile in Italia? 40

**Domanda 93:** Cosa è necessario fare per ottenere il riconoscimento? 41

**Domanda 94:** Quali sono i tempi per ottenere il riconoscimento? 41

**Domanda 95:** Quali sono i benefici riconosciuti a chi viene giudicato invalido? 42

**Domanda 96:** Cos'è cambiato rispetto al passato in tema di riconoscimento dell'invalidità? 43

**Domanda 97:** Che rapporto c'è tra invalidità e malattie reumatiche? 43

**Domanda 98:** Cosa si intende per "collocamento mirato"? 43

**Domanda 99:** Quali obblighi discendono per i datori di lavoro dalla Legge 68/1999? 44

**Domanda 100:** Quali sono i requisiti per ottenere i benefici della Legge 104/1992? 45

**Allegati** 47

## CHE COS'È UN REUMATISMO?

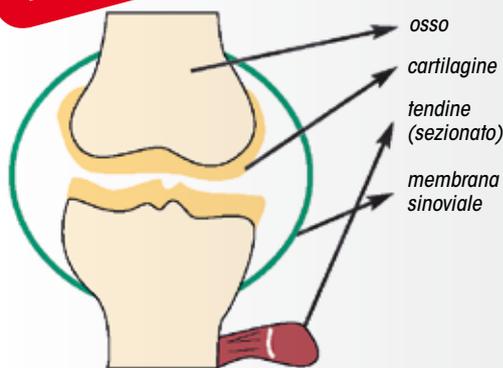
1

Si chiamano reumatismi tutte le malattie che coinvolgono l'apparato locomotore, vale a dire le ossa, le articolazioni, i muscoli, i tendini e i legamenti.

I principali reumatismi sono:

- osteoporosi: quando è coinvolto l'osso;
- artrosi: quando è coinvolta la cartilagine;
- tendinite: quando è coinvolto il tendine;
- artrite: quando è coinvolta la membrana sinoviale.

FIGURA 1



Sezione di un'articolazione normale

## COME DEFINIRE LA SPONDILITE?

2

La spondiloartrite è un reumatismo infiammatorio che interessa essenzialmente la colonna vertebrale o rachide (dalla parola greca *spondilos*), ma che può ugualmente coinvolgere le articolazioni periferiche, manifestandosi con delle artriti, così come può dar luogo a delle infiammazioni dei tendini o dei legamenti.

Inoltre possono essere coinvolti organi non appartenenti all'apparato locomotore, come l'occhio.

## DA RICORDARE

*Insieme al coinvolgimento della colonna vertebrale, più frequentemente colpita, possono essere osservate altre manifestazioni come artriti, tendiniti ed un coinvolgimento oculare*



## CHE DIFFERENZA ESISTE TRA LA SPONDILITE ANCHILOSANTE E LA PELVISPONDILITE REUMATICA?

3

Si tratta di una stessa malattia con due denominazioni diverse. Considerando che l'infiammazione interessa soprattutto le articolazioni del bacino (*pelvis*) e i legamenti delle vertebre (*spondilos*), piuttosto che le articolazioni del rachide (artrite), il termine di pelvispondilite descrive meglio ciò che si osserva nel corso della malattia.

Inoltre oggi l'anchilosi si osserva sempre meno. Per questo motivo non sembra neces-

## DA RICORDARE

*Il termine pelvispondilite descrive meglio la malattia, ma è sempre meno utilizzato rispetto al termine di spondilite. L'anchilosi è oggi sempre meno osservata durante l'evoluzione della malattia*

sario utilizzare questo aggettivo - anchilosante - che suggerisce, a torto, che l'evoluzione naturale della malattia sia inevitabilmente verso l'anchilosi.

## CHE DIFFERENZA ESISTE TRA SPONDILITE ANCHILOSANTE E SPONDILOARTROPATIE?

4

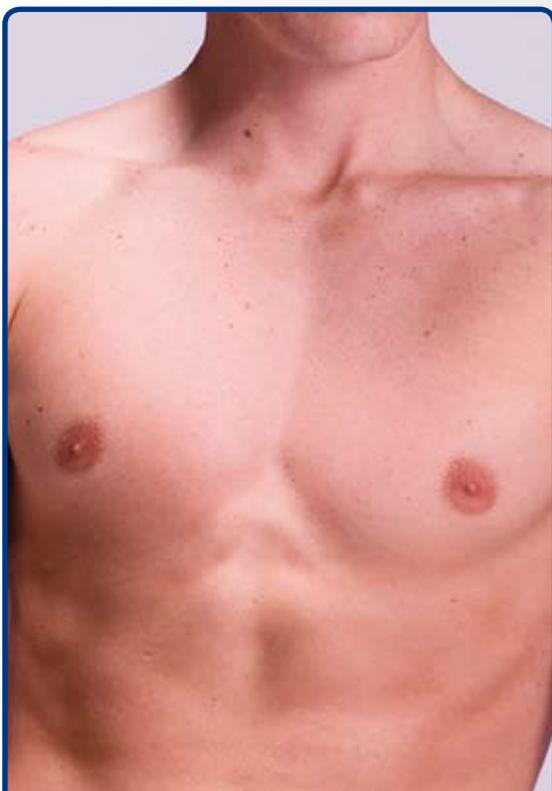
A partire dal 1950, i clinici hanno evidenziato in un medesimo paziente, contemporaneamente o in tempi successivi o anche nella famiglia stessa del paziente, che si riscontrano determinate patologie presenti con frequenza maggiore di quel-

### DA RICORDARE

*La spondilite può essere associata ad altre malattie (la psoriasi, l'artrite reattiva, le malattie infiammatorie intestinali).*

*Tutte queste affezioni sono state raggruppate sotto il termine comune di spondiloartropatie*

la attribuibile al caso. Queste patologie sono: la spondilite, l'artrite psoriasica, l'artrite reattiva, le manifestazioni infiammatorie intestinali.



## CHE COS'È L'ARTRITE REATTIVA?

5

Durante la Prima Guerra Mondiale il dottor Reiter, medico tedesco, e due medici francesi, Fiessinger e Leroy, hanno descritto, tra le truppe schierate nelle trincee, un'affezione in cui erano associate una congiuntivite (infiammazione dell'occhio, che appare arrossato, come se contenesse della sabbia), un'uretrite (secrezione purulenta dell'uretra) e un'artrite infiammatoria articolare (soprattutto delle grosse articolazioni degli arti inferiori: il ginocchio e le caviglie). Questa affezione è stata denominata sindrome di Fiessinger-Leroy-Reiter, oppure malattia di Reiter. Soprattutto ci si è rapidamente resi conto che da una parte questa malattia poteva essere associata ad una spondilite, e dall'altra che questa malattia sopraggiungeva 2-3 settimane dopo un'infezione genitale (soprattutto in caso di uretrite da un germe particolare: la clamidia), oppure intestinale (soprattutto in casi di diarrea acuta, secondaria ad una particolare infezione).

Se il germe responsabile dell'infezione iniziale è spesso facilmente identificabile, non è stato mai, invece, identificato nessun batterio nelle secrezioni congiuntivali o all'interno dell'articolazione. È per questo motivo che si parla di reazione infiammatoria asettica (non infettiva) ad una infezione che si instaura al di fuori dell'articolazione (di qui il termine di artrite reattiva).

Numerosi lavori di ricerca sono in corso per verificare che il germe non sia in effetti nell'articolazione.

### DA RICORDARE

*L'artrite reattiva compare da 2 a 3 settimane dopo un'infezione e si manifesta con una congiuntivite, un'artrite e un'uretrite. Sovente si associa a una spondilite.*

*Spesso questa affezione guarisce spontaneamente nel giro di qualche settimana o di qualche mese. In alcuni casi rari può cronicizzare oppure recidivare*

## CHE COS'È L'ARTRITE PSORIASICA?

6

L'artrite psoriasica è l'espressione reumatologica di una malattia chiamata psoriasi. La psoriasi cutanea è una malattia molto frequente (dal 3 al 5% della popolazione). Si manifesta con chiazze rosse, ricoperte di squame, che quando

hanno sede sul cuoio capelluto rilasciano forfora tra i capelli. L'evoluzione della psoriasi è di solito prolungata, ma le chiazze possono sparire completamente senza lasciare traccia.

**ATTENZIONE**  
*Avere una psoriasi cutanea e un dolore articolare o tendineo non necessariamente vuol dire che si soffre di un reumatismo psoriasico. Si può infatti anche avere un'artrosi, una tendinite banale o qualche altra cosa ancora ... senza rapporto con la psoriasi*

Tra i pazienti che hanno una psoriasi cutanea, si possono osservare manifestazioni articolari e tendinee con una frequenza più elevata di quella dovuta al caso. Si tratta di una spondilite e si parla in particolare di artrite psoriasica.



## CHE COS'È L'ENTEROPATIA INFIAMMATORIA?

7

Si chiama enteropatia infiammatoria ogni malattia responsabile di un'infezione dell'intestino crasso (colon), oppure dell'intestino tenue. Le malattie più frequenti di questo tipo sono la malattia di Crohn e la rettocolite ulcerosa. Queste due malattie si manifestano con dolori addominali, diarrea cronica che evolve a *poussé*, presenza di sangue o di muco nelle feci. Le *poussées* della malattia sono sovente responsabili di una perdita di peso. Queste affezioni sono qualche volta associate alle manifestazioni articolari delle spondilite.

### DA RICORDARE

*Le enteropatie infiammatorie sono delle malattie del tubo digerente che possono essere associate ad una spondilite*



## QUALI SONO I PRINCIPALI SEGNI CLINICI DELLA SPONDILITE ANCHILOSANTE?

8

Esistono tre principali segni reumatologici:

- il coinvolgimento assiale;
- il coinvolgimento articolare periferico;
- il coinvolgimento entesopatico (infiammazione dell'inserzione dei tendini sull'osso).

È necessario anche considerare:

- un coinvolgimento genetico o familiare;
- esiste un coinvolgimento extrarticolare, soprattutto oculare.

## COME DESCRIVERE AL MEGLIO UN PAZIENTE CHE SOFFRA DI SPONDILITE?

9

Come si può vedere, dalla seguente Tabella che riassume tutte le affezioni che fanno parte del gruppo delle spondiloartropatie e i corrispondenti segni clinici, esistono due modi di descrivere i pazienti colpiti da questa malattia:

- il primo modo è descrivere l'affezione: per esempio, spondilite anchilosante;
- il secondo modo è descrivere i segni clinici dei quali il paziente si lamenta, per esempio il coinvolgimento assiale puro delle spondiloartriti.

Si vede immediatamente che il secondo modo di descrivere queste malattie è più chiaro per tutti, non soltanto per il paziente, ma anche per i medici che prendono in carico questi pazienti.

### SPONDILOARTRITI -> MALATTIE

- Spondilite anchilosante
- Artrite reattiva
- Artrite psoriasica
- Enteropatie infiammatorie

### SPONDILOARTRITI -> MANIFESTAZIONI CLINICHE

#### Manifestazioni reumatologiche

- A) Coinvolgimento assiale: dolori a livello della regione glutea, del rachide e della gabbia toracica
- B) Coinvolgimento articolare periferico: artrite delle grosse articolazioni, dita delle mani o dei piedi a salsicciotto
- C) Entesopatia: dolore al tallone; altri dolori localizzati su un tendine

#### Fattori genetici predisponenti

- Presenza dell'antigene HLA-B27
- Malattie analoghe in ambito familiare

#### Manifestazioni extra-articolari

- Coinvolgimento oculare (uveite)
- Coinvolgimento cutaneo (psoriasi)
- Coinvolgimento intestinale (enteropatie)

## COSA VUOL DIRE COINVOLGIMENTO ASSIALE IN CORSO DI SPONDILITE?

10

Il termine di coinvolgimento assiale descrive tutte le manifestazioni cliniche in rapporto con un coinvolgimento della schiena e del torace. In pratica, si tratta di dolori che sono in rapporto con un'infiammazione delle articolazioni sacroiliache (articolazioni situate nella regione glutea tra il sacro e l'osso iliaco), un'infiammazione dei legamenti e/o delle articolazioni delle vertebre, un'infiammazione delle articolazioni del torace (petto o gabbia toracica).

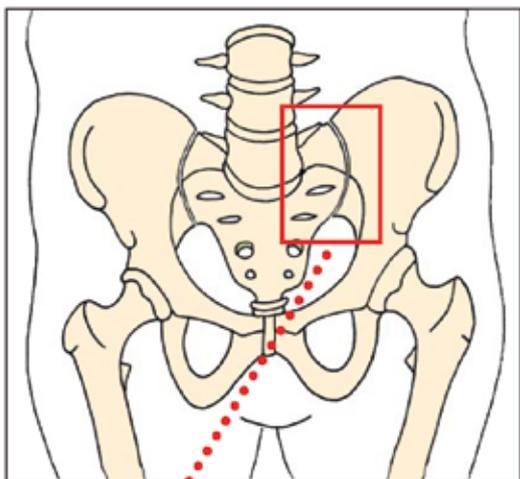


## DA RICORDARE

*Il coinvolgimento assiale può essere definito come il coinvolgimento delle articolazioni sacroiliache, il coinvolgimento dei legamenti e/o delle articolazioni delle vertebre, il coinvolgimento delle articolazioni della gabbia toracica*

## QUALI SONO I SEGNI DEL COINVOLGIMENTO DELLE ARTICOLAZIONI SACROILIACHE? 11

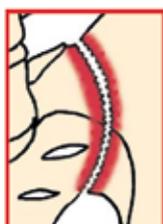
L'infiammazione delle articolazioni sacroiliache è responsabile di dolori che insorgono di solito nella regione glutea, che possono tenere svegli la notte e che aumentano quando si posa il piede a terra tanto da far cadere.



Articolazione sacroiliaca normale



Articolazione normale



Articolazione infiammata



Articolazione anchilosata

## QUALI SONO I RISCHI DEL COINVOLGIMENTO DELLE ARTICOLAZIONI SACROILIACHE? 12

Il principale rischio è il dolore. L'evoluzione può avvenire verso l'anchilosi articolare, vale a dire verso la formazio-

### DA RICORDARE

*Il coinvolgimento sacroiliaco, quando evolve verso l'anchilosi, non è mai all'origine di un handicap*

### DA SEGNALARE

*In caso di gravidanza non esistono rischi né per il bambino, né per la mamma. Per esempio, non vi sono indicazioni particolari per un parto cesareo*

ne di un ponte osseo che unisce le due superfici dell'articolazione che quindi scompare. D'altra parte, quest'anchilosi è di solito benvenuta, in quanto i dolori a questo punto spariscono e non esistono più limitazioni nelle attività quotidiane, perché l'articolazione sacroiliaca non è fondamentale ai fini del mantenimento dell'elasticità e dell'attività fisica in genere.



## QUALI SONO I SEGNI DEL COINVOLGIMENTO DEL RACHIDE?

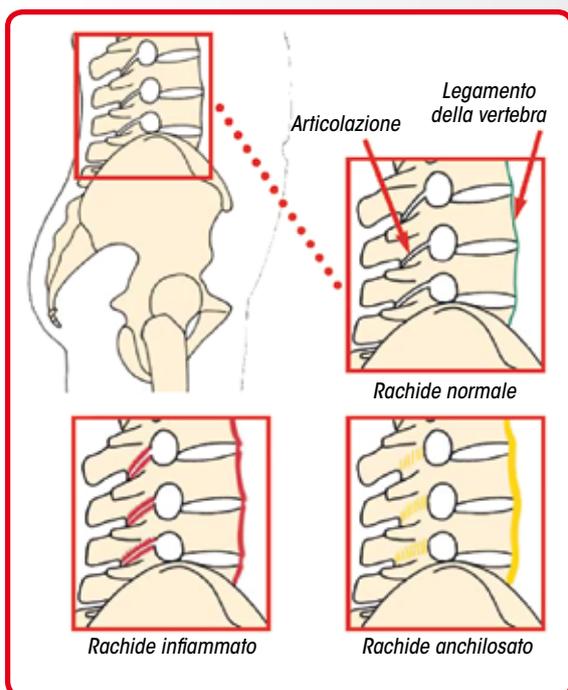
13

L'infiammazione, sia che colpisca i legamenti che uniscono le vertebre sia che colpisca le articolazioni intervertebrali, è responsabile di dolori, di impotenza funzionale e di diminuzione della mobilità del rachide.

### DA RICORDARE

*L'infiammazione del rachide si traduce in dolori che compaiono alla fine della notte o al risveglio, è responsabile di rigidità della schiena che persiste durante la giornata*

Il dolore della spondilite è detto "di tipo infiammatorio", vale a dire un dolore responsabile di risvegli notturni e soprattutto presente al mattino al risveglio. È frequente che i pazienti riferiscano, associata a questo dolore, una rigidità della schiena che impiega parecchio a risolversi (più di



trenta minuti, qualche volta diverse ore). Si comprende facilmente che, in queste condizioni, azioni quotidiane (lavarsi, cucinare, spostarsi, ecc.) sono difficili. Si parla a questo punto di impotenza o limitazione funzionale. D'altra parte il medico può notare a questo punto che il malato ha perso un po' della sua elasticità del rachide. Il dolore descritto si differenzia facilmente dal dolore dovuto ad altre affezioni dette "meccaniche" del rachide, come la lombalgia, l'ernia discale, l'artrosi. In effetti, in questi ultimi casi, il dolore compare dopo esercizi fisici e regredisce con il riposo.

## ACCANTO A UN'INSORGENZA MATTUTINA DEL DOLORE, ESISTONO DELLE ALTRE CARATTERISTICHE TIPICHE DELL'INFIAMMAZIONE DEL RACHIDE?

14

Classicamente si afferma che la spondilite è la causa più frequentemente osservata di dolori del rachide nel giovane adulto. I segni che devono mettere in allerta sono i seguenti: un inizio del dolore prima dell'età dei 40 anni, un inizio progressivo e non acuto come lo si vede invece tipicamente nella lombalgia o nell'ernia discale o nel dolore che segue uno sforzo fisico; la persistenza del dolore da più di tre mesi; l'associazione di questo dolore ad una rigidità della schie-

### DA RICORDARE

*È necessario conoscere bene alcune caratteristiche dell'infiammazione del rachide, facilmente individuabili, che permettono di non commettere errori di diagnosi nel considerare un mal di schiena come legato a un problema meccanico o traumatico*

na; il miglioramento del dolore dopo l'esercizio; il notevole miglioramento del dolore alla schiena dopo l'assunzione di un trattamento antinfiammatorio non steroideo.



## QUALI SONO I RISCHI DEL COINVOLGIMENTO DEL RACHIDE?

15

Abbiamo visto che l'infiammazione del rachide può comportare dolore e limitazione funzionale nella vita quotidiana. L'infiammazione può:

- scomparire senza trattamento e senza lasciare nessuna conseguenza;
- evolvere verso un'anchilosi, vale a dire verso un'ossificazione dei legamenti nei segmenti dove esisteva l'infiammazione, come se l'ossificazione fosse una specie di cicatrizzazione della malattia infiammatoria;

### DA RICORDARE

*I rischi del coinvolgimento del rachide sono dovuti da una parte all'infiammazione (dolore, rigidità), dall'altra all'anchilosi (rigidità, limitazione nelle azioni quotidiane)*

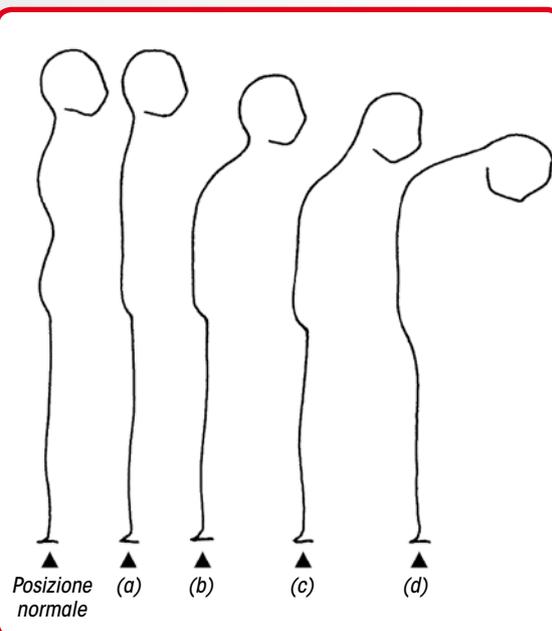
- persistere con riacutizzazioni più o meno intense, ma senza evolvere mai verso l'ossificazione.

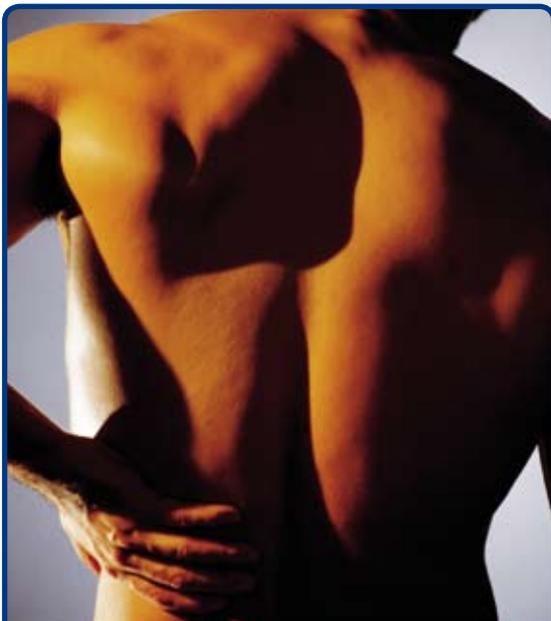
## QUALI SONO I SEGNI DELL'ANCHILOSIS DEL RACHIDE?

16

L'anchilosi è dovuta all'ossificazione dei legamenti e delle articolazioni che circondano le vertebre. È responsabile di una perdita della elasticità del rachide (rigidità). Questa rigidità può realizzarsi in una posizione normale o anormale: si parla in questi casi di postura viziata. Le posture anormali più frequentemente osservate sono:

- prima di tutto la perdita della normale curvatura della colonna a livello della regione renale (il termine medico è "perdita della lordosi lombare") (a);
- può seguire una posizione protesa in avanti dovuta ad un incurvamento fisso, stabile del dorso (il termine medico è cifosi dorsale) (b). In questo caso il paziente tenta di correggere questa posizione sollevando la testa;
- può infine seguire un'anchilosi del collo che impedisce talvolta al malato di sollevare la testa (c). In questo caso la limitazione funzionale può essere molto importante, specialmente se la postura viziata è tale che il paziente non arriva a vedere davanti a sé (d).





**DA RICORDARE**

*L'anchilosi è raramente osservata in questi ultimi anni. Se nonostante tutto essa si verifica, bisogna fare tutto ciò che si può perché l'anchilosi non dia luogo ad una postura anormale*

**PERCHÉ L'ANCHILOSIS SI VERIFICA TALVOLTA IN POSIZIONE NORMALE E QUALCHE VOLTA IN POSIZIONE ANORMALE (POSTURA VIZIATA)?** **17**

Si può avanzare la seguente spiegazione: in caso d'infiammazione, il paziente percepisce un dolore e istintivamente assume la postura che per lui è più confortevole. Questa posizione è la cosiddetta posizione fetale, con paziente accovacciato su se stesso, orizzontale.

L'ossificazione, l'anchilosi si verifica di conseguenza in questa posizione. Questa posizione è soprattutto assunta nei momenti in cui l'infiammazione è al suo massimo, vale a dire la notte, durante il sonno. È dunque incoscientemente che il paziente si mette in questa posizione.



**DA RICORDARE**

*La posizione antalgica (la più confortevole), in caso di infiammazione del rachide, è la posizione accovacciati su se stessi, cosiddetta fetale. Il paziente è incosciente di assumerla in quanto l'assume durante il sonno*

**SI PUÒ PREVENIRE L'ANCHILOSIS DEL RACHIDE?** **18**

Questa domanda ne sottintende in effetti due: si può prevenire l'ossificazione dei legamenti? Si può impedire che si instaurino posizioni viziate?

**DA RICORDARE**

*Il trattamento antinfiammatorio non steroideo, preso al momento delle riacutizzazioni dolorose dell'infiammazione, potrebbe avere – insieme all'effetto immediato sul dolore – un altro effetto favorevole, più a lungo termine, di prevenzione dell'anchilosi. Si può ugualmente sperare che i nuovi trattamenti anti-TNF avranno ugualmente lo stesso effetto*

Non è evidente come rispondere alla prima parte della domanda. D'altra parte il numero dei pazienti che dimostrano un'evoluzione della malattia verso l'ossificazione (l'anchilosi) è sempre più raro. In altri termini, si vedono meno anchilosi nel 2000 tra i pazienti che hanno iniziato la loro malattia nel 1980, di quanto ne si vedesse intorno al 1950 nei pazienti che avevano iniziato la loro malattia nel 1930. Il trattamento antinfiammatorio non steroideo assunto a partire dagli anni Sessanta, potrebbe essere stato un mezzo efficace per impedire questa ossificazione. Sono in corso alcuni studi per valutare l'effetto degli anti-TNF sull'anchilosi.

**COME IMPEDIRE CHE SI INSTAURINO POSIZIONI VIZIATE?**

19

Il metodo più semplice è di non mettersi in una postura viziosa. Come si è visto, queste posture sono assunte soprattutto in modo incosciente durante il sonno, nei casi di riacutizzazione infiammatoria. Il solo modo logico per evitarle è soprattutto di non esitare a prendere degli antinfiammatori non steroidei nel momento in cui si osservano dei segni e dei sintomi di riacutizzazione infiammatoria (dolore notturno e irrigidimento mattutino).

**DA RICORDARE**

*Un trattamento antinfiammatorio non steroideo ben adattato, associato a dei mezzi fisici semplici, è sufficiente nella gran maggioranza delle volte a prevenire l'anchilosi e gli atteggiamenti posturali viziosi che ne risultano*

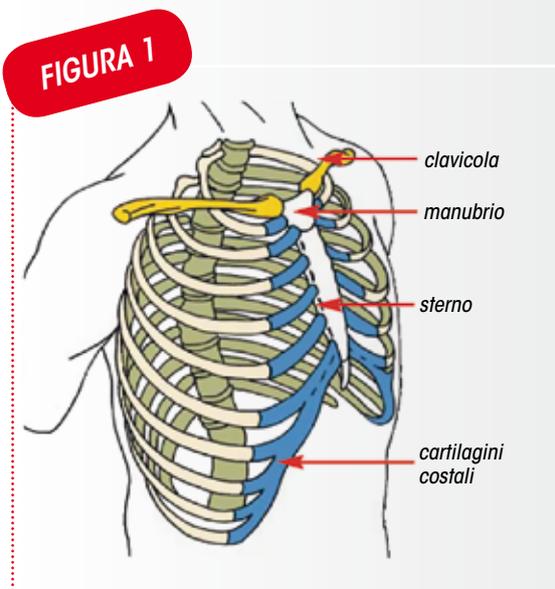
Oltre ai farmaci, è essenziale conservare una buona posizione attraverso delle misure "fisiche" diverse. Noi raccomandiamo soprattutto delle sessioni di fisioterapia ripetuta nel corso della giornata (allegato IV), un corsetto può ugualmente essere utile in alcuni casi (domanda 65).

**QUALI SONO I SEGNI DEL COINVOLGIMENTO DELLA GABBIA TORACICA?**

20

La parete della gabbia toracica, che contiene il cuore e i polmoni, è costituita dietro dalla colonna vertebrale, davanti dallo

sterno e sui lati dalle costole che uniscono la colonna vertebrale e lo sterno. Esistono dunque numerose articolazioni che possono essere coinvolte dalla spondilite. Al di fuori dei dolori infiammatori della



*Gabbia toracica*

schiena (dorsalgie), si considerano come segni più specifici del coinvolgimento articolare della parte toracica:

- un aumento dei dolori in caso di tosse o di starnuto in caso di coinvolgimento articolare;
- l'esistenza di dolori localizzati al petto che possono far temere, a torto, un coinvolgimento del cuore.

Quest'ultima diagnosi è facilmente scartata in quanto il dolore dovuto alla spondilite è molto localizzato ed è risvegliato dalla pressione su un punto preciso della parete toracica come per esempio l'angolo dell'articolazione manubrio sternale, vedi figura.

**DA RICORDARE**

*Il coinvolgimento della parete toracica può essere responsabile di dolori molto localizzati, aggravati dalla tosse e dallo starnuto. Queste caratteristiche permettono di differenziare facilmente questi dolori dai dolori di petto che si incontrano in caso di malattie cardiache come l'infarto*

**QUALI SONO I RISCHI DEL COINVOLGIMENTO DELLA GABBIA TORACICA?**

21

In caso di anchilosi delle articolazioni della parete toracica, le capacità respiratorie possono essere diminuite: a breve termine, in casi eccezionali, può persino comparire un'insufficienza respiratoria.

**DA RICORDARE**

*È molto importante che la chinesiterapia respiratoria sia correttamente eseguita per evitare l'insufficienza respiratoria a partire dal momento in cui ci sia il minimo sospetto che inizi l'anchilosi della parete toracica*

In pratica, si valuta l'anchilosi misurando la differenza del perimetro del torace (grazie a un semplice metro da sarto), in espirazione (dopo aver svuotato i polmoni) e in inspirazione (dopo aver insufflato l'aria e gonfiato i polmoni).

**QUALI SONO I SEGNI DEL COINVOLGIMENTO ARTICOLARE PERIFERICO?**

22

Il coinvolgimento articolare periferico si manifesta attraverso delle infiammazioni del tessuto che ricopre l'articolazione e che è chiamato membrana sinoviale. La membrana sinoviale infiammata secerne in modo anormale un liquido patologico che si accumula nell'articolazione, creando un'espansione della sinovia. L'articolazione appare gonfia e dolorosa.

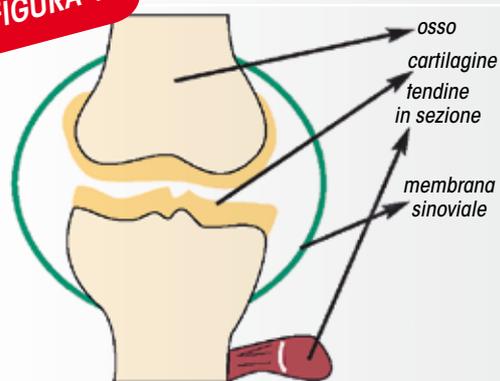
L'infiammazione può coinvolgere una sola articolazione o più articolazioni contemporaneamente. Quando essa colpisce la mem-

brana sinoviale presente nelle guaine che avvolgono i tendini flessori di uno o più dita della mano o del piede, indipendentemente dall'interessamento delle articolazioni del dito stesso, questo appare gonfio nel suo insieme e prende l'aspetto di un salsicciotto: si parla di dito della mano o del piede a salsiccia oppure, con termine medico, di "dattilite".

### DA RICORDARE

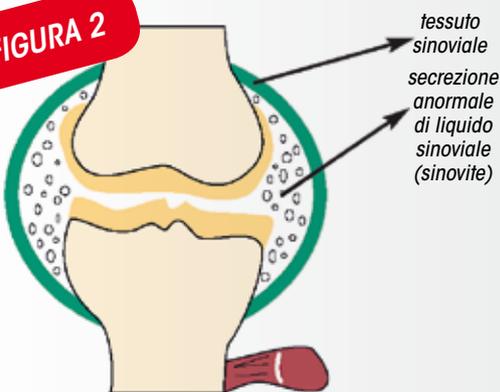
*Il coinvolgimento articolare periferico si manifesta attraverso delle artriti, cioè delle infiammazioni della membrana sinoviale che circonda le articolazioni ed i tendini, oppure attraverso dei rigonfiamenti che riguardano tutte le parti di un dito della mano o del piede. Si parla a questo punto di dito a salsicciotto*

FIGURA 1



Sezione di un'articolazione normale

FIGURA 2



Artrite

## QUALI SONO I RISCHI DI COINVOLGIMENTO ARTICOLARE PERIFERICO?

23

Spesso i problemi si limitano a un dolore e a un rigonfiamento che sono destinati a ridursi spontaneamente o sotto l'effetto del trattamento.

Esistono tuttavia due rischi: in caso di coinvolgimento del dito della mano o del piede, dito a salsicciotto, il rischio di un irrigidimento (soprattutto della mano), persino di un irrigidimento in una posizione sbagliata, per esempio una retrazione delle dita della mano.

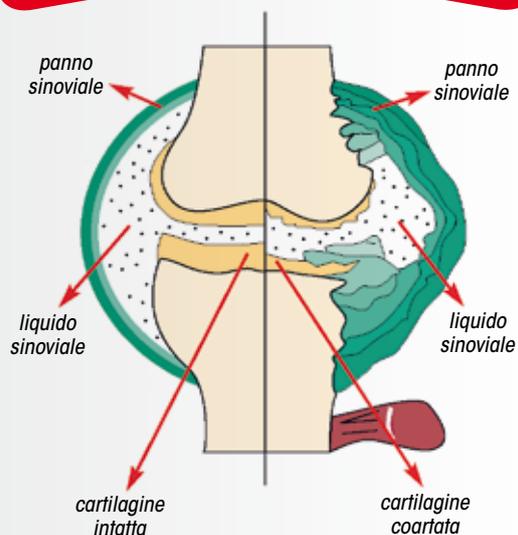
### DA RICORDARE

*Il dolore e la limitazione funzionale possono essere dovuti all'infiammazione, ma possono essere dovuti ugualmente alle conseguenze dell'infiammazione che sono gli atteggiamenti viziati delle articolazioni e le lesioni cartilaginee*

Questi atteggiamenti viziati possono comparire molto rapidamente, soprattutto ai piedi.

Artrite regolare

Artrite aggressiva



Il secondo rischio è che il liquido, che viene secreto dalla membrana sinoviale infiammata, possa contenere degli enzimi che attaccano la cartilagine articolare. Questa lesione della cartilagine è chiamata condropatia. Quando esistono delle lesioni condropatiche, si parla di artrite distruttiva oppure di artrite erosiva. Queste lesioni cartilaginee sono responsabili di dolori, di origine meccanica, che compaiono soprattutto dopo attività fisiche e sono responsabili anche di impotenza funzionale.

- dolore aumentato mettendo in tensione il tendine per contrazione o stirandolo passivamente.

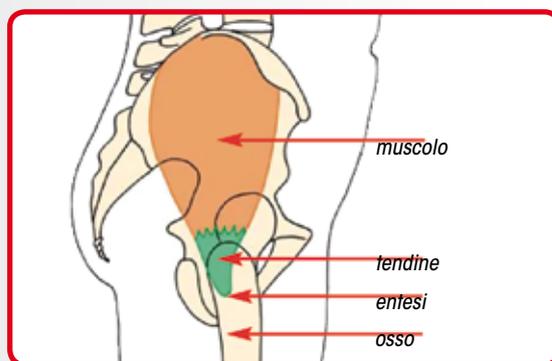
**DA RICORDARE**

*Il coinvolgimento dell'entesi, chiamato anche entesopatia, è responsabile di dolori molto localizzati come per esempio il dolore al tallone, al ginocchio, alle spalle, ecc.*

**CHE COS'È UNA ENTESI?**

24

L'entesi è la regione anatomica che è posta nel punto di contatto tra i tendini e l'osso sul quale s'attacca il tendine stesso.



**DA RICORDARE**

*L'entesi è la regione anatomica che si situa esattamente nel punto dove il tendine penetra dentro l'osso ed è la regione privilegiata della spondilite*

**QUALI SONO I SEGNI DI COINVOLGIMENTO DELL'ENTESI?**

25

L'infiammazione dell'entesi comporta un dolore che avrà le caratteristiche seguenti:

- dolore molto localizzato in un punto preciso, per esempio il tallone;
- dolore che è risvegliato dalla pressione (spingendo con un dito sulla lesione dolorosa lo si risveglia);

**QUALI SONO I RISCHI DELL'ENTESOPATIA?**

26

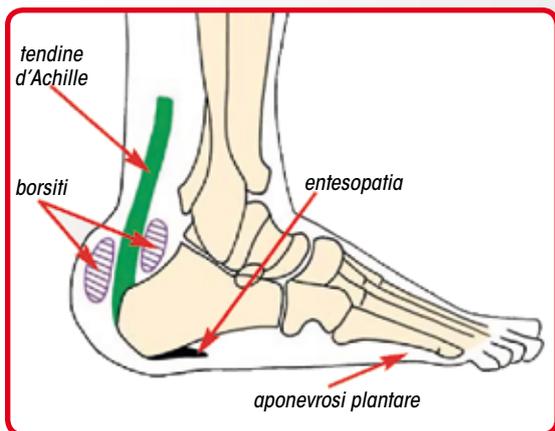
Il solo rischio (raro) è la continuazione del dolore, ossia la sua persistenza prolungata per molti mesi. Più spesso il dolore scompare, sia spontaneamente, sia sotto l'effetto del trattamento, nel giro di qualche giorno o al massimo di qualche settimana. Non ci sono mai rischi di rottura del tendine.

**DA RICORDARE**

*In caso di dolore legato ad una entesopatia, bisogna sapere che il dolore finisce praticamente sempre per scomparire senza lasciare postumi*

## A COSA È DOVUTO IL DOLORE DEL TALLONE?

27



Non c'è una sola causa del dolore del tallone, ma parecchie. Per meglio comprendere, inizialmente è necessaria una piccola lesione di anatomia. Il tendine d'Achille, che fissa il muscolo del polpaccio (tricipite) sull'osso del tallone (calcagno), è in effetti in continuità con una tela fibrosa solida che è chiamata "aponevrosi" o "aponevrosi plantare", che copre la pianta del piede e mantiene l'architettura del piede stesso.

Il tendine d'Achille è posizionato contro l'osso del tallone nei suoi ultimi centimetri e, per attutire l'attrito legato allo spostamento delle varie parti del piede a ciascun passo, esistono strutture protettive e lubrificanti, chiamate "borse sierose", che si interpongono tra l'osso e il tendine stesso e che agiscono come veri e propri cuscinetti ammortizzatori. Esse permettono al tendine di scivolare senza incepparsi nell'osso ogni volta che il piede si muove.

Queste borse sierose sono costituite da una membrana che è simile alla membrana sinoviale delle articolazioni e possono essere la sede di un'inflammatione esattamente come avviene per l'articolazione. Si parla in questi casi di "borsite". Il dolore al di sotto del tallone (termine

medico: "talalgia inferiore") è un esempio di entesopatia.

Il dolore dietro al tallone (termine medico: "talalgia posteriore") può essere dovuto ad una entesopatia che si manifesti nel punto dove il tendine d'Achille penetra nell'osso del calcagno. In questo caso esiste un dolore senza gonfiore, ma questo può essere dovuto anche a un'inflammatione di una delle due borse che sono poste avanti o dietro il tendine d'Achille (si parla allora di borsite pre oppure retro-achillea).

La borsa contiene del tessuto sinoviale e serve ad evitare le frizioni contro il tendine d'Achille sia con la scarpa all'indietro, sia con l'osso in avanti.



### DA RICORDARE

*Il dolore al di sotto del tallone è dovuto ad una entesopatia; il dolore localizzato dietro il tallone può essere dovuto ugualmente ad una entesopatia, ma anche all'inflammatione di una delle due borse sierose*

## QUALI SONO I SEGNI DELLA TALALGIA?

28

Alcune caratteristiche del dolore del tallone sono molto suggestive di diagnosi di spondilite:

- il dolore si verifica al mattino al risveglio;
- il dolore è suscitato fin dai primi passi, addirittura mettendosi in piedi;
- il dolore migliora durante la giornata;
- il dolore è alternato (vale a dire che spesso può verificarsi prima al tallone destro e poi al tallone sinistro).



## QUALI SONO I SEGNI DI UNA UVEITE?

29

L'uveite è un'infezione della parte anteriore dell'occhio. È chiamata anche iridociclite in quanto è un'infezione che può interessare sia l'iride, sia i corpi ciliari: clinicamente si ha molto spesso la comparsa di un occhio arrossato e dolente nel suo insieme e qualche volta in un deficit visivo.

### DA RICORDARE

*In caso di occhio arrossato, il fatto che esista un dolore o, al contrario, il fatto che non esista una sensazione di sabbia nell'occhio, deve far temere una uveite, piuttosto che una semplice congiuntivite*

## QUALI SONO I RISCHI DI UVEITE?

30

Anche se poco frequentemente, le recidive sono possibili. Le recidive di uveite riguardano soprattutto lo stesso occhio nel quale si è verificato il primo episodio. Si parla allora di occhio dominante. L'infiammazione dell'occhio può portare alla formazione di cicatrici (sinechie), che sono responsabili di disturbi gravi della visione.

### DA RICORDARE

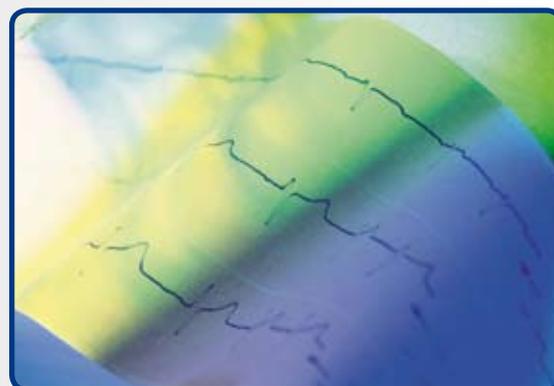
*L'uveite necessita di un trattamento urgente che permetta di evitare le sue conseguenze che possono tradursi in una perdita della visione*

## VI POSSONO ESSERE MANIFESTAZIONI CARDIACHE DURANTE LA SPONDILITE?

31

Sì, ma raramente. È stato descritto con una frequenza più alta del normale, il rischio di:

- disturbi del ritmo cardiaco (il termine medico è blocchi atrio-ventricolari);
- anomalie di talune valvole che separano il cuore dai grossi vasi, in particolare la valvola aortica.



## ESISTE UN RISCHIO DI FRATTURA DURANTE LA SPONDILITE? **32**

Effettivamente esiste il rischio di frattura vertebrale e per due ragioni:

- l'osso, nei pazienti con spondilite, è verosimilmente più fragile di quello della popolazione generale;
- in caso di ossificazione del rachide, la schiena è meno flessibile del normale e quindi più fragile. Si può prendere come esempio il giunco che si piega ma non si rompe, mentre un pezzo di legno rigido può rompersi in caso di pressione troppo forte.

### DA RICORDARE

*In caso di coinvolgimento grave della colonna vertebrale, esiste effettivamente un rischio di frattura che è necessario conoscere e cercare di prevenire con l'esercizio fisico o i farmaci*

## UNA DEMINERALIZZAZIONE DELL'OSSO PUÒ ESSERE ASSOCIATA AD UNA SPONDILITE? **33**

Sì. Si può spesso osservare una diminuzione della densità ossea. Questa demineralizzazione potrebbe essere una conseguenza della perdita di mobilità delle vertebre ("bloccate" dall'ossificazione) ma anche dei processi infiammatori osservati nella spondilite.

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*Nel caso di spondilite sarà necessario effettuare una osteodensitometria*

## CHE COS'È L'ANTIGENE HLA-B27? **34**

Per capirlo, il modo più semplice, ma comunque il migliore, è paragonarlo al gruppo sanguigno. Possiamo dire che una persona è di gruppo sanguigno A+, AB- ... in quanto possiamo differenziare le persone per certe proteine presenti sulla superficie dei globuli rossi del sangue, le proteine A, B, 0 o rhésus. Ugualmente esistono delle proteine sulla superficie dei globuli bianchi che si chiamano HLA (*Human Leukocyte Antigens*). Vi sono parecchie proteine: A, B, DR, ... Per ciascuna di esse ne esistono diversi tipi: B1, B2 .... La proteina B27 è una di queste.

### DA RICORDARE

*L'antigene HLA-B27 è una normale proteina che si trova sulla superficie dei globuli bianchi di parte della popolazione generale*

## QUAL È IL RUOLO FISILOGICO DELL'ANTIGENE HLA-B27? **35**

In Europa, gli individui portatori dell'antigene HLA-B27 sono circa l'8% (tale cifra esprime una media tra le diverse popolazioni). La funzione normale di questa proteina non è del tutto nota, ma riveste un ruolo nella difesa naturale contro le infezioni.

### DA RICORDARE

*L'antigene HLA-B27 è una normale proteina presente sulla superficie delle normali cellule di persone normali*

## QUAL È IL LEGAME CHE ESISTE TRA HLA-B27 E LA SPONDILITE?

36

Il legame è puramente statistico. In altri termini, l'antigene HLA-B27 si trova nell'8% degli individui sani e nel 60-90% dei malati di spondilite. Non si sa ancora perché né come l'antigene HLA-B27 potrebbe provocare o essere associato alla spondilite.

### DA RICORDARE

*L'antigene HLA-B27 è molto più spesso presente nei malati di spondilite rispetto alle persone senza spondilite. La presenza di questa proteina o del gene corrispondente si determina con un semplice prelievo di sangue*

## SE IO SOFFRO DI SPONDILITE, I MIEI BAMBINI NE SOFFRIRANNO?

37

Il rischio di sviluppo di una malattia spondilite nei figli di un malato di spondilite portatore dell'antigene HLA-B27 dipende dalla trasmissione o meno del gene che produce tale proteina. Nei figli che risultano positivi per l'antigene HLA-B27 il rischio di comparsa di spondilite è del 10% circa, mentre in quelli che non risultano portatori dell'antigene HLA-B27 il rischio non supera il 2%.



### DA RICORDARE

*Nello sviluppo della spondilite la familiarità gioca un ruolo ormai certo, ma il rischio della comparsa della malattia nei figli dei malati è limitato e pertanto non deve condizionare il desiderio della gravidanza e di un bambino. Non c'è una ragione pratica per ricercare l'antigene HLA-B27 nei parenti del malato di spondilite, fatta eccezione per gli studi e le ricerche scientifiche*

## COSA C'È IN VISTA NELL'AMBITO DELLE RICERCHE GENETICHE SULLA SPONDILITE?

38

Osserviamo che se l'antigene HLA-B27 è rilevato di frequente nei pazienti che soffrono di spondilite, non si può però affermare che la genetica abbia raggiunto risultati chiari:

- la proteina B27 potrebbe interagire con il sistema infiammatorio o immunitario;
- soprattutto altri geni e proteine diverse dall'HLA-B27 potrebbero intervenire nella genesi della spondilite.

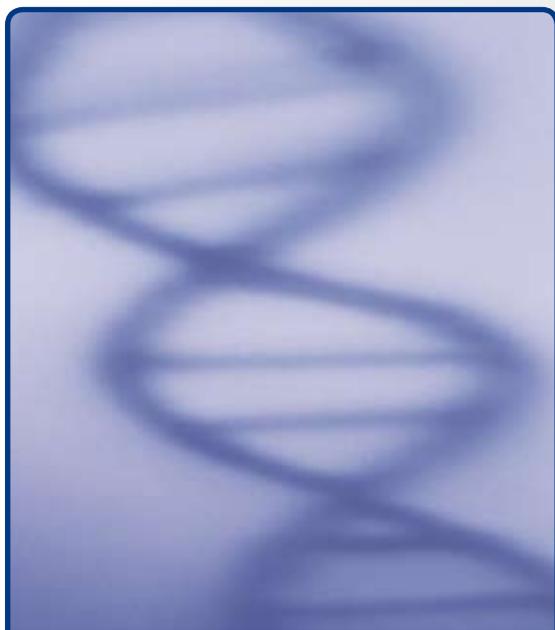
### DA RICORDARE

*C'è la necessità di approfondire fortemente le conoscenze sui fattori genetici della spondilite e molti studi sono stati intrapresi o sono programmati: per questo la collaborazione dei malati e dei loro familiari è fondamentale e indispensabile, sia per raccogliere dati informativi che per raccogliere campioni di sangue*

## ESISTONO ALTRE AREE DI RICERCA?

39

Certamente. Si indaga su alterazioni della funzione immunitaria e dei meccanismi infiammatori e sul possibile intervento di un agente infettivo nei meccanismi che provocano la spondilite.



### DA RICORDARE

*Sono in corso nel mondo molti studi da parte di numerosi gruppi di ricerca che sono impegnati senza sosta nel tentativo di scoprire quali meccanismi siano alla base della spondilite*

## UN'INFEZIONE POTREBBE ESSERE RESPONSABILE DI UNA RIACUTIZZAZIONE DI SPONDILITE?

40

Dipende se si parla di spondilite o di spondiloartropatia: nella prima non è finora

stata dimostrata la responsabilità di una infezione, mentre nelle artriti reattive si presuppone il ruolo scatenante di particolari agenti infettivi (domanda n. 5).

### DA RICORDARE

*La spondilite non è una malattia infettiva né contagiosa*

## COME EVOLVE LA SPONDILITE?

41

Abbiamo visto per ciascuna localizzazione (domande da n. 8 a n. 30), i segni clinici e i rischi a lungo termine. L'evoluzione può:

- avvenire con una successione di recidive dell'infiammazione seguite tuttavia da remissione di quest'ultima; a questo andamento potrebbe non seguire nessuna anchilosi o nessun difetto di postura da interessamento vertebrale e neppure alcuna manifestazione artritica agli arti o infiammatoria degli occhi (uveite). Questa è la forma più frequente;
- essere caratterizzata da recidive successive che comportano complicazioni in alcune sedi interessate;
- verificarsi sotto forma di infiammazione cronica costante e continua senza tregua.

### DA RICORDARE

*Attualmente l'evoluzione della spondilite è generalmente controllabile in quanto solo infrequentemente si verifica un handicap fisico dopo una presenza protratta della malattia*

**ESISTONO INDICATORI CHE PERMETTANO DI STABILIRE UNA PROGNOSI?**

42

Sì, ma nessuno è perfetto. Esistono tutt'al più dei segni clinici la cui assenza all'esordio della malattia (nei primi due anni) è predittiva di una prognosi migliore nel lungo termine.

Così se in un paziente nei primi due anni di evoluzione della sua malattia sono presenti le seguenti caratteristiche, egli avrà una evoluzione benigna a lungo termine:

- inizio della malattia dopo l'età di 16 anni;
- buona risposta al trattamento antinfiammatorio;
- nessun coinvolgimento dell'anca;
- nessuna artrite periferica;
- nessuna elevazione della velocità di eritrosedimentazione (VES) al di là di 30 minuti alla prima ora;
- nessuna rigidità importante del rachide.

**DA RICORDARE**

*Ci sono delle caratteristiche della malattia che sono predittive di una evoluzione favorevole*

**QUAL È IL PROFILO TIPICO DI UN PAZIENTE CHE SOFFRE DI SPONDILITE?**

43

La caratteristica tradizionalmente conosciuta della spondilite è quella di svilupparsi tipicamente nei giovani maschi, con esordio intorno ai 25 anni. In realtà, attualmente è noto che la spondilite colpisce anche le donne e che l'epoca di inizio può essere la prima infanzia (si parla allora di spondiloartropatia giovanile). Più rare sono le spondilite che esordiscono dopo i 50 anni.

Un'altra caratteristica della malattia spondilite è legata alla particolare frequenza della malattia in certe popolazioni particolari come quella degli eschimesi o delle tribù indiane d'America, mentre al contrario appare molto rara nelle popolazioni africane. Tale peculiare distribuzione epidemiologica è in rapporto alla frequenza dell'antigene HLA-B27 (molto frequente negli eschimesi, eccezionale nelle popolazioni dell'Africa sub-sahariana). Infine, in alcune aree (Nord Africa, Asia Sud-Orientale, America Latina) la spondilite appare in forme più gravi, forse in dipendenza del livello socio-economico ma anche di quello igienico.



## ESISTONO DIFFERENZE TRA LA SPONDILITE DELL'UOMO E QUELLA DELLA DONNA O DEL BAMBINO?

44

Si, ma tra l'uomo e la donna ci sono poche differenze. La spondilite della donna si manifesta più frequentemente attraverso artriti periferiche; la diagnosi di coinvolgimento assiale richiede più tempo perché le radiografie non si modificano per molto.

La spondilite del bambino non è rara, dato che dal 15 al 20% delle spondiloartriti inizia prima dei 16 anni con esordio della malattia intorno ai 10-12 anni, coinvolgendo in modo preferenziale le articolazioni periferiche (piedi, ginocchia, anche). Nell'età adulta, il 40% di queste spondiliti, appare fortemente evolutivo.

### DA RICORDARE

*In passato si pensava che la spondilite fosse appannaggio solo dell'uomo, ma studi recenti dimostrano che la malattia può manifestarsi anche nella donna. Nel bambino il coinvolgimento articolare periferico è di gran lunga l'espressione più frequente della malattia*

## ESISTE UN RISCHIO PARTICOLARE DI RECIDIVA DELLA SPONDILITE IN CASO DI GRAVIDANZA?

45

Si può riformulare la domanda in due modi: la gravidanza ha delle conseguenze sulla spondilite? E, all'opposto, la spondilite ha delle conseguenze sulla gravidanza?

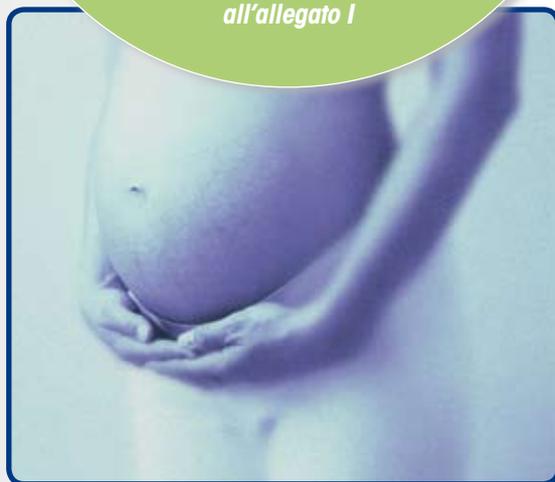
Gravidanza e spondilite: tutte le ricerche condotte sul tema dimostrano che si può verificare di tutto: miglioramento della spondilite, nessun effetto, recidiva della malattia soprattutto dopo il parto.

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*Se desiderate una gravidanza, parlatene al vostro reumatologo, domandandogli soprattutto se dovete smettere di prendere farmaci prima di concepire un bambino oppure da quando sarete incinta.*

*Se siete incinta, avvertite immediatamente il vostro reumatologo.*

*Per informazioni più dettagliate che riguardano la condotta che vi consigliamo durante la gravidanza si fa riferimento all'allegato I*



Spondilite e gravidanza: la spondilite non ha effetti sulla gravidanza. In altri termini: non si verificano più frequentemente casi di sterilità nella donna che abbia una spondilite rispetto a quanto avviene nella popolazione generale; mentre in caso di gravidanza, la frequenza di aborti spontanei o di parti prematuri non è modificata rispetto al resto della popolazione. Tuttavia, alcuni trattamenti somministrati per controllare la spondilite possono avere effetti sulla gravidanza.

## QUAL È L'ASPETTATIVA DI VITA DI UN PAZIENTE CHE SOFFRE DI SPONDILITE?

46

Il carattere benigno della spondilite si traduce normalmente in un'aspettativa di vita assolutamente simile a quella della popolazione generale. Naturalmente, in caso di malattia grave e, soprattutto, in caso di coinvolgimento cardiaco o polmonare, l'aspettativa di vita potrà essere diminuita.



## DA RICORDARE

*Nella maggior parte dei casi l'aspettativa di vita di un paziente che soffre di spondilite è identica a quella della popolazione generale*

## QUALI SONO I PRINCIPALI TRATTAMENTI E TERAPIE DELLA SPONDILITE?

47

Le terapie possibili sono numerose. In tutti i casi esse hanno due obiettivi essenziali: da una parte, vincere il dolore e l'infiammazione; dall'altra, prevenire eventuali complicanze: sequele irreversibili come le posture viziate del rachide dovute ad un'anchilosi, la riduzione della capacità respiratoria, la retrazione dei tendini e/o il coinvolgimento della cartilagine in caso di artrite periferica, oltre alla riduzione dell'acuità visiva in caso di coinvolgimento oculare (uveite).

## DA RICORDARE

*Le terapie possibili della spondilite sono numerose. Due sono gli obiettivi essenziali: da una parte vincere il dolore e l'infiammazione, dall'altra prevenire le complicanze della malattia*

## QUALI SONO GLI STRUMENTI CHE PERMETTONO DI VINCERE IL DOLORE?

48

Il dolore osservato in corso di spondilite è essenzialmente dovuto a fenomeni infiammatori. È dunque logico utilizzare prioritariamente un trattamento antinfiammatorio. D'altra parte, non bisogna dimenticare due elementi: oltre ai farmaci antinfiammatori, esistono altri mezzi terapeutici che possono essere utilizzati laddove non sia possibile prendere farmaci.

Oltre all'infiammazione esistono altre cause di dolore, in particolare gli atteggiamenti viziosi della postura, il coinvolgimento cartilagineo, la retrazione delle dita dei piedi, ecc., tutti causati dalla malattia. Tutte queste condizioni dolorose richiedono un trattamento particolare.



## DA RICORDARE

*I farmaci antinfiammatori rappresentano il mezzo essenziale per combattere il dolore della spondilite. D'altra parte non deve essere dimenticata l'esistenza di altri mezzi terapeutici non farmacologici*

## CHE COS'È UN FARMACO ANTINFIAMMATORIO?

49

Si distinguono schematicamente due tipi di trattamenti antinfiammatori, a seconda che contengano o meno del cortisone.

I farmaci antinfiammatori che contengono cortisone sono chiamati antinfiammatori steroidei, mentre quelli che non ne contengono sono chiamati antinfiammatori non steroidei, oppure FANS secondo la terminologia medica.

I FANS sono nella maggior parte dei casi utilizzati per via orale, ma possono essere utilizzati anche per via transdermica sotto forma di pomate, ma non possono mai essere somministrati per via intra-articolare.

I derivati corticosteroidi, chiamati anche antinfiammatori steroidei, possono essere invece utilizzati secondo numerose vie di somministrazione, ivi compresa la via intra- o periartricolare attraverso opportune infiltrazioni.

### DA RICORDARE

*Esistono due grandi gruppi di farmaci antinfiammatori distinti secondo il contenuto o meno di cortisone. I farmaci che non contengono cortisone sono chiamati antinfiammatori non steroidei oppure FANS e sono i più utilizzati in corso di spondilite*

## QUALI SONO LE INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FANS PER VIA ENDOVENOSA?

50

I FANS sono molto ben assorbiti dal tubo digerente. La somministrazione endovenosa ha una più elevata rapidità d'azione, ma

### LA NOSTRA OPINIONE

*In caso di spondilite non c'è di solito necessità di ricorrere all'iniezione endovenosa dei FANS, né per iniezione diretta, né in infusione*

tutto sommato la differenza è modesta e senza particolare interesse nella spondilite.

## QUALI SONO LE INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FANS PER VIA INTRAMUSCOLARE?

51

Ancora una volta non ce ne sono. In realtà, devono essere compresi due concetti: il rischio di avere effetti collaterali a carico del tubo digerente, legati all'assunzione dei FANS, non ha niente a che fare con la sua via di somministrazione - l'effetto indesiderato può verificarsi sia prendendo il FANS per bocca, sia assumendolo per via intramuscolare - ma è legato al suo meccanismo d'azione.

In altri termini, il rischio d'avere disturbi gastrointestinali è lo stesso, sia che il FANS sia assunto per bocca, sia che sia iniettato. L'efficacia dei FANS dunque, è la stessa, qualunque sia la via di somministrazione. Cambia solo la rapidità di azione, ma soltanto di qualche ora; questo è poco interessante in corso di spondilite. Infine, ultimo concetto, e non meno importante, è che per certi FANS esiste un rischio d'infezione o d'intolleranza locale nel punto di iniezione, che si può manifestare con una necrosi locale dei muscoli.

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*Evitare le iniezioni intramuscolari dei FANS*

## QUALI SONO LE INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE PERCUTANEA DEI FANS?

52

I FANS sotto forma di gel possono essere applicati su una superficie dolente.

A nostra conoscenza, non esistono studi scientifici ben condotti nella spondilite con

questa via di somministrazione, ma non è illogico pensare che in caso di dolore localizzato, questa via possa essere molto utile, tanto più che la via topica non espone al rischio di tossicità.

Se è stata presa la decisione di utilizzare il FANS per via percutanea, è necessario sapere che la tecnica di somministrazione è importante: almeno tre applicazioni al giorno; per far ben penetrare il prodotto a ciascuna applicazione, è necessario massaggiare, uscendo anche dalla zona strettamente dolente.



**DA RICORDARE**

*La via di somministrazione per applicazione locale non sembra presentare rischi di tossicità e potrebbe essere efficace in alcuni casi*

**QUALI SONO I PRINCIPALI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI O FANS?**

53

I farmaci cosiddetti FANS sono molto numerosi. Esistono parecchi modi di classificare i farmaci antinfiammatori non steroidei: sia in base alla loro composizione chimica (si utilizzano allora dei nomi molto tecnici come propionici o oxicam), sia in funzione della loro durata d'azione, sia infine in funzione della loro formulazione farmaceutica (compresse, gel, supposte, ecc.).

**IN CHE MOMENTO DELLA GIORNATA È OPPORTUNO ASSUMERE IL TRATTAMENTO ANTINFIAMMATORIO NON STEROIDEO?**

54

Questo dipende dal particolare FANS che si sta assumendo: ciascuno di questi farmaci si caratterizza per un tempo prevedibile di durata d'azione. Se la durata d'azione è breve (da 4 a 8 ore) sarà necessario assumere il FANS diverse volte ogni giorno (secondo il consiglio del vostro medico); se la durata d'azione è lunga (da 12 a 24 ore) potrà essere sufficiente una sola assunzione quotidiana. Inoltre, uno stesso FANS a breve durata d'azione può avere una durata d'azione prolungata se assunto in una forma galenica particolare: si parla generalmente di forme a rilascio prolungato. È normalmente raccomandato assumere il FANS con un bicchiere d'acqua durante il pasto.



**IL NOSTRO CONSIGLIO**

*Le caratteristiche dei FANS (durata d'azione) e la sintomatologia da trattare (dolore che sopravviene durante la notte oppure che si verifica alla fine della giornata) sono i due elementi da considerare per decidere l'orario di assunzione del FANS*

## L'ASPIRINA È UN FANS?

55

L'aspirina ha in effetti tre azioni differenti che ne giustificano l'impiego. A piccole dosi, meno di 350 mg al giorno, l'aspirina fluidifica il sangue (azione anti-aggregante piastrinica); a dosi medie (da 500 mg a 2 g al giorno) l'aspirina agisce come

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*Qualunque sia la dose utilizzata bisogna ricordarsi che l'aspirina non è innocua: in particolare, può avere un effetto pericoloso sullo stomaco, soprattutto se associata ad un altro trattamento antinfiammatorio. Non bisogna dunque trattare un mal di testa o un mal di denti con aspirina senza avvisarne il medico. Questa è una frequente fonte di errore, in quanto esistono in commercio numerose preparazioni a base di aspirina che sono liberamente disponibili senza ricetta*



antidolorifico; a dosi elevate (più di 2 g al giorno) l'aspirina diviene un antinfiammatorio.

## SI POSSONO PREVENIRE LE COMPLICANZE GASTROINTESTINALI DEI FANS?

57

Sì e no. No nel senso che non si può attualmente garantire al 100% l'assenza di complicanze gastrointestinali dopo l'assunzione di un FANS. Sì se si conoscono i fattori che favoriscono queste complicanze, soprattutto le ulcere gastriche.

Il rischio di disturbi gastrointestinali è accentuato in caso di assunzione di alcol e/o di tabacco: bisogna evitare l'assunzione sia di alcol, sia di tabacco durante tutto il trattamento.

L'altro fattore che incrementa fortemente il rischio di complicanze gastrointestinali è lo stress (per esempio in occasione di un intervento chirurgico). A persone fisicamente fragili (età avanzata, precedenti di ulcera, periodo perioperatorio) possono essere proposti altri farmaci. Per esempio, esistono dei nuovi FANS che agiscono sul-



## SI POSSONO ASSOCIARE DIVERSI FANS TRA LORO?

56

No, perché è pericoloso. Per contro, in funzione dell'orario di insorgenza e dell'intensità dei dolori, si può utilizzare uno stesso farmaco con posologia e forma farmaceutica diversa: per esempio si può utilizzare una forma a rilascio prolungato a elevato dosaggio la sera, al momento di andare a dormire, e utilizzare invece una a rilascio rapido, a dose più ridotta, il mattino anche a mezzogiorno.

l'infiammazione articolare, ma che hanno un minor effetto sulle vie digerenti rispetto ai FANS classici. Questi farmaci sono disponibili con ricetta medica, e appartengono alla classe dei Coxib. Infine, non bisogna mai dimenticare che tutti i FANS presentano una potenziale gastrolesività: questo vuol dire che non bisogna mai superare le dosi prescritte e che non sembra al momento giustificato proseguire un trattamento con FANS al di fuori delle *poussées* dolorose.

**DA RICORDARE**

*Se il rischio di una complicanza gastrointestinale legata all'assunzione di FANS non può essere eliminato del tutto, è vero che certe misure semplici permettono di ridurlo significativamente*

**ESISTONO COMPLICANZE DEI FANS DIVERSE DA QUELLE A CARICO DELLE VIE DIGERENTI?**

58

Sfortunatamente sì. Sebbene meno frequentemente, è possibile l'insorgenza, con alcuni FANS, di altri problemi: possibilità di un aggravamento di un'ipertensione arteriosa, di un aggravamento di un'asma, di reazioni allergiche (eruzioni cutanee), ecc.

**DA RICORDARE**

*I FANS sono dei veri farmaci, nel senso che sono efficaci, ma non sono del tutto privi di rischio. Sono molto usati nella spondilite. Di solito i FANS sono molto ben tollerati, purché siano assunti sotto attenta sorveglianza medica*

**PERCHÉ IL FENILBUTAZONE È SOVENTE CONSIDERATO COME UN FANS PARTICOLARE?**

59

Il fenilbutazone è stato uno dei primi FANS utilizzati. Si è rivelato rapidamente molto efficace nei pazienti che soffrono di spondilite anchilosante. Sfortunatamente il fenilbutazone sembra avere una tossicità, per le vie digerenti, più elevata rispetto agli altri FANS. Peraltro, esso presenta un rischio non specifico di indurre anomalie dei globuli bianchi, sebbene fortunatamente questo rischio sia molto, molto raro.

**IL NOSTRO CONSIGLIO**

*Il fenilbutazone è un FANS particolarmente efficace in caso di spondilite anchilosante. A causa della tossicità per le vie digerenti si riserva questo trattamento ai pazienti resistenti agli altri FANS e per i quali un trattamento anti-TNF sia controindicato*

**I FANS POSSONO ESSERE ASSUNTI IN MANIERA SISTEMATICA O DEVONO ESSERE ASSUNTI SOLTANTO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONE DOLOROSA?**

60

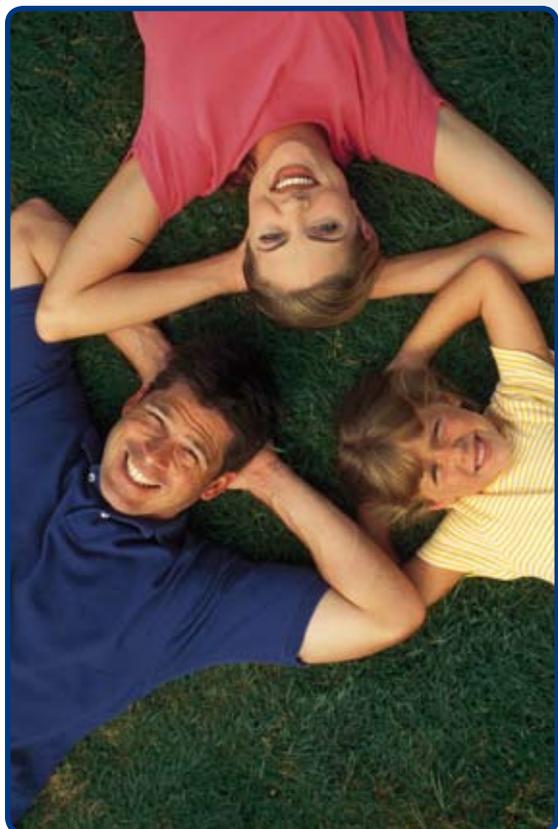
Sulla possibilità dell'assunzione continua dei FANS la risposta dovrebbe essere sì, se l'assunzione quotidiana sistematica del FANS fosse capace di prevenire le complicazioni della malattia (prevenzione delle recidive dolorose, prevenzione degli episodi di uveite, prevenzione dell'anchilosi del rachide, prevenzione delle posture viziate ecc.).

**LA  
NOSTRA OPINIONE**

*Attualmente non esistono dati scientifici solidi per rispondere a questa domanda. Considerando il rischio potenziale di tossicità a lungo termine dei FANS e l'assenza di prove irrefutabili di un loro effetto preventivo sull'evoluzione della malattia, ci sembrerebbe ragionevole raccomandare di limitare l'assunzione dei FANS agli episodi di riacutizzazione del dolore. Naturalmente ogni paziente è un paziente a sé e alcuni possono necessitare di un'assunzione quotidiana del farmaco ininterrotta anche per parecchi anni*

La risposta deve essere no, se i FANS sono solamente un trattamento sintomatico: in altre parole, se i FANS sono soltanto dei farmaci per controlla-

re i sintomi, vale a dire se agiscono soltanto nei confronti del dolore pronunciato nel corso delle recidive dolorose, e non sul decorso della malattia. Attualmente non esistono in realtà dei dati per dire che la verità stia da una parte o dall'altra. In altri termini, noi non sappiamo se i FANS siano dei farmaci puramente sintomatici o possano essere considerati anche capaci di prevenire le complicazioni e modificare la storia naturale della malattia.



## SE MI SENTO BENE DURANTE L'ASSUNZIONE DI UN FANS, COME POSSO SAPERE SE QUESTO È DOVUTO ALL'EFFETTO DEL FARMACO OPPURE AD UNA QUIESCENZA DELLA MALATTIA?

61

Questo non è possibile, o meglio è possibile rispondere a questa domanda soltanto facendo un test di sospensione del trattamento.

Se si tratta di una fase di quiescenza della malattia, il dolore non dovrebbe riapparire; se si tratta in effetti di una reale scomparsa del dolore dovuta all'assunzione del FANS, il dolore dovrebbe ricomparire rapidamente.

**IL NOSTRO  
CONSIGLIO**

*Dopo averne discusso con il vostro medico in caso di fase di quiescenza dalla malattia sotto trattamento può essere giustificato tentare di sospendere l'assunzione del FANS, riservandosi di riprenderla in caso di riaccensione della malattia e riacutizzazione dei sintomi*

## QUAL È LA DIFFERENZA TRA GLI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS) E I COXIB?

62

C'è qualche differenza e non ce ne sono nello stesso tempo. Per rispondere a questa domanda bisogna ricordare le principali tappe che hanno condotto allo sviluppo dei Coxib, negli anni '60 e '70, con la scoperta di un enzima dal nome tecnico di "ciclossigenasi", che è responsabile dell'infiammazione.



Dal momento del riconoscimento di questo enzima, si è cercato di bloccarlo e di impedirne l'azione. I farmaci che sono nati da questo filone di ricerca sono chiamati "inibitori della ciclossigenasi" e sono i FANS di uso abituale.

Sfortunatamente l'azione dell'enzima ciclossigenasi non si limita ad indurre l'infiammazione ma ha altre azioni, come per

## DA RICORDARE

*I FANS convenzionali impediscono l'azione di due enzimi (ciclossigenasi 1 e 2), mentre altri farmaci impediscono soltanto l'azione della ciclossigenasi di tipo 2.*

*In questo modo ci si può attendere che, sebbene l'efficacia dei "Coxib" sia simile a quella dei FANS convenzionali, la tossicità per il tubo digerente dei Coxib sia in realtà molto inferiore a quella dei FANS tradizionali.*

*D'altra parte, la tossicità cardiovascolare dei Coxib è identica a quella dei farmaci convenzionali*

esempio quella di proteggere la parete dello stomaco e di regolare il flusso del sangue nelle arterie.

Di conseguenza, interferire con l'azione della ciclossigenasi conduce sì a diminuire l'infiammazione (effetto positivo), ma rende anche più fragile la parete dello stomaco e altera l'equilibrio della pressione arteriosa (che invece non è consigliabile).

Nel 1990-2000, è stato scoperto che, in realtà, non c'è soltanto un'unica ciclossigenasi, ma piuttosto due (ciclossigenasi di tipo 1 o "COX 1" e ciclossigenasi di tipo 2 o "COX 2"). La ciclossigenasi di tipo 1 è l'enzima che mantiene l'integrità della mucosa gastrica, mentre la ciclossigenasi di tipo 2 è la responsabile dell'infiammazione e della tonicità vascolare.

I farmaci che impediscono in maniera selettiva l'azione della ciclossigenasi di tipo 2 sono chiamati Coxib.

## QUALI SONO GLI EFFETTI PER IL TRATTO GASTROINTESTINALE E/O CARDIOVASCOLARI DEI FANS E SOPRATTUTTO DEI COXIB? 63

La tossicità più importante dei FANS è a carico del tubo digerente, con rischi non soltanto di semplici bruciori di stomaco ma anche di ulcere, cioè di veri e propri buchi nella parete dello stomaco.

Queste ulcere possono complicarsi con emorragie, qualche volta catastrofiche, e addirittura con perforazioni con conseguente peritonite.

Per lottare contro questi aspetti negativi dei FANS, che appaiono soprattutto nelle persone di una certa età o che hanno sofferto di precedenti ulcere, si possono associare dei "protettori gastrici".

Più recentemente sono state introdotte delle nuove molecole raggruppate sotto il termine di "Coxib" che hanno una efficacia simile ai FANS convenzionali, ma anche una minore tossicità per il tubo digerente. Queste molecole recenti sono state valuta-

te rispetto ai FANS chiamati convenzionali, valutando i rischi su un gran numero di malati e per un lungo periodo e comparando l'efficacia di Coxib e FANS convenzionali, ma anche la loro tollerabilità. Questi studi hanno confermato la migliore tollerabilità dei Coxib per le vie digerenti, ma hanno anche permesso di quantificarne la tossicità cardiovascolare (rischio di incidenti vascolari cerebrali e infarto del miocardio) di queste due classi di antinfiammatori.

## DA RICORDARE

*Gli studi recenti hanno precisato che tutti i FANS (ivi compresi i Coxib) hanno un certo rischio cardiovascolare che sembra essere dose-dipendente (tanto più farmaco è assunto, tanto più il rischio diviene elevato) e tempo-dipendente (per tanto più tempo è assunto il farmaco, tanto più elevato diviene il rischio). È per questo motivo che è raccomandato attualmente, se possibile, che il farmaco venga assunto alla dose più bassa possibile e per minor tempo possibile*

Tutti questi studi recenti hanno confermato la migliore tollerabilità dei Coxib per le vie digerenti rispetto ai FANS chiamati convenzionali: la migliore tollerabilità dei Coxib è dimostrabile fin dal primo mese di trattamento. D'altra parte, questi studi hanno dimostrato che la cattiva tollerabilità cardiovascolare, comune sia ai Coxib, sia ai FANS tradizionali, compare dopo diversi mesi di utilizzo del farmaco, in maniera sistematica e quotidiana.

## CHE COSA S'INTENDE PER RIEDUCAZIONE?

64

La rieducazione e la riabilitazione rappresentano una branca della medicina (chiamata ancora medicina fisica). La rieducazione ha come scopo quello di correggere un deficit di postura recente; la riabilita-

zione funzionale ha come scopo quello di limitare le conseguenze di un handicap. Ma cosa si deve intendere per deficit? Cos'è un handicap? Prendiamo un esempio che non ha niente a che vedere con i reumatismi. La presbiopia è un deficit, gli occhi affetti da presbiopia sono incapaci di vedere da vicino: e se amiamo leggere o cucire, per esempio, siamo handicappati nel farlo. L'oftalmologo, malgrado i progressi della medicina, non ha il potere di correggere questo deficit, ma annulla l'handicap, prescrivendo un apparecchio appropriato, vale a dire gli occhiali. In altri termini, nessun trattamento permette agli occhi di avere un'acuità visiva normale, ma gli occhiali permettono al paziente di fare tutte le attività che richiedono una buona visione da vicino.

Riprendiamo il caso delle spondiloartriti: la rieducazione, associata a un trattamento farmacologico ben condotto, tende a prevenire l'anchilosi articolare (per esempio l'anchilosi delle piccole articolazioni della parete toracica che compromettono la capacità respiratoria). Quando l'anchilo-



### IL NOSTRO CONSIGLIO

*I medici specializzati in rieducazione utilizzano diversi metodi, soprattutto la chinesiterapia (chinesi = movimento), l'ergoterapia (ergon, dal greco = lavoro) e l'utilizzo di apparecchiature, per esempio corsetti. La rieducazione dunque è un lavoro di équipe, al meglio coordinato da un medico specialista in riabilitazione. Nell'evoluzione della spondilite c'è sempre una indicazione al trattamento di rieducazione. Il punto è sapere come farla (domanda n. 66)*

si non può essere evitata, la riabilitazione può quanto meno permettere che le articolazioni si irrigidiscano in una buona posizione, vale a dire in una posizione che non comprometta la funzione. Per esempio, se il collo inizia ad irrigidirsi, bisogna fare tutto quello che è possibile perché si irrigidisca mantenendo la testa dritta, al fine di poter continuare a guardare in avanti senza particolare dolore. Sfortunatamente, qualche volta l'équipe di riabilitazione interviene troppo tardivamente, quando si è ormai stabilita una postura viziata in modo irreversibile. La riabilitazione aiuta allora le persone handicappate a ritrovare un massimo di autonomia e quindi il proprio posto in famiglia e in ambito socio-professionale. I mezzi utilizzati sono diversi, e dipendono dalla natura dell'handicap, dai bisogni dell'individuo e dall'ambiente.

La rieducazione è utile all'esordio della spondilite per almeno due ragioni: da una parte essa è capace di migliorare i sintomi dei pazienti (dolore, sensazione di rigidità, ecc.), dall'altra è probabilmente capace di prevenire le deformazioni della malattia dovute alle posture viziate. Ma la rieducazione è ugualmente utile in fase più tardiva, per correggere le deformazioni o per attenuare le loro conseguenze.

## A COSA SERVE PORTARE UN CORSETTO IN CASO DI SPONDILITE?

65

Un corsetto può correggere una deformazione almeno parzialmente quando questa sia riducibile, perché rimane una certa flessibilità del rachide. Il corsetto può essere indicato per migliorare la curvatura della regione lombare o per ridurre la cifosi dorsale (schiena curva), o ancora per ridurre la cifosi dorsale e cervicale (dorso arcuato con proiezione in avanti della testa e del collo).

### DA RICORDARE

*Il corsetto e/o un altro apparecchio possono essere utili per ridurre le deformazioni. Il trattamento necessita di essere seguito con regolarità per poter giudicare la sua efficacia e la sua tollerabilità, ma anche per poterlo adattare ad ogni paziente in funzione della sua risposta*

## COME EFFETTUARE LA CHINESITERAPIA?

66

Esistono diversi modi:

- sicuramente in presenza di un chinesi-terapeuta, che, su prescrizione medica, può da una parte migliorare la vostra rigidità, dall'altra farvi conoscere bene i movimenti che dovrete effettuare da soli ed infine verificare regolarmente la corretta esecuzione dei movimenti prescritti;
- da soli, dopo semplici consigli dati dal vostro medico e/o contenuti in una brochure informativa come questa;



### DA RICORDARE

*Chinesiterapia non è sinonimo di chinesiterapeuta. Il coinvolgimento del paziente è quanto meno altrettanto importante dei consigli medici o delle sedute di chinesiterapia*

- alcune équipes vantano i meriti sull'apprendimento della rieducazione da parte di gruppi pazienti riuniti nel corso di una stessa seduta;
- in caso di problemi particolarmente gravi, ci può essere indicazione all'ospedalizzazione in un servizio di riabilitazione.

## QUAL È IL RUOLO DEL CHINESITERAPEUTA? 67

Il chinesiterapeuta non ha soltanto un ruolo nel trattamento e nella gestione del paziente che soffre di spondilite, ma diversi:

- assicura la chinesiterapia tradizionale in sessioni individuali sotto prescrizione medica (in queste sedute individuali, per esempio, può trattare una rigidità articolare);
- insegna al paziente il programma di ginnastica che dovrà condurre in autonomia al suo proprio domicilio;
- adatta questo programma in funzione dello stato clinico del paziente;
- verifica che il programma sia ben eseguito;
- partecipa infine alla gestione dei pazienti nell'ambito del centro di riabilitazione, sia nel corso delle sessioni di gruppo, sia nel corso dell'ospedalizzazione di un particolare paziente.

## QUALI SONO I MOVIMENTI DA PRIVILEGIARE IN CORSO DI SPONDILITE? 68

Questi movimenti devono essere valutati caso per caso: non si può, in questa sede, fare le veci del medico fisiatra che porrà le indicazioni di chinesiterapia in funzione dello stato clinico del paziente.

Tuttavia si possono schematizzare diverse situazioni:

- in assenza di sintomi (dolore, irrigidimento assiale, non sembra esserci l'indicazione per proporre una chinesiterapia sistematica);
- in presenza di sintomi clinici, ma senza deformazioni, soprattutto senza perdita della curvatura a livello della regione lombare (domanda n. 16), possono essere possibili due atteggiamenti:
  - imparare alcuni movimenti da effettuare con l'aiuto di un chinesiterapeuta;
  - effettuare da soli alcuni movimenti semplici, per esempio: da una parte sforzarsi di assumere delle posture in iperestensione del rachide lombare per almeno 20 minuti al giorno (in pratica, leggere o guardare la televisione sul ventre, sdraiati al suolo, nella posizione di una sfinge); dall'altra mantenere una regolare attività fisica e, se possibile, svolgere un'attività sportiva come il nuoto;
  - è opportuno effettuare da soli alcuni movimenti più complessi come quelli proposti nell'allegato IV;
- in presenza di sintomi clinici con deformazioni c'è l'indicazione a consultare un centro specializzato per una presa in carico multidisciplinare (reumatologo, rieducatore, chinesiterapeuta, ecc.).



### DA RICORDARE

*Certi semplici gesti possono essere utili per la prognosi a lungo termine della malattia, senza essere d'altra parte troppo impegnativi*

## PERCHÉ SI INSISTE TANTO SULLA RIEDUCAZIONE RESPIRATORIA?

69

Abbiamo visto che uno dei rischi a lungo termine del coinvolgimento assiale è la riduzione della mobilità, vale a dire l'anchilosi delle articolazioni del rachide, ma ugualmente delle costole. Questa anchilosi della gabbia toracica può comportare delle difficoltà a ventilare correttamente i polmoni. Può sopraggiungere in modo subdolo, senza sintomi violenti. Una volta che si sia sviluppata, sarà molto difficile da curare.

### DA RICORDARE

*È molto meglio prevenire che curare. Anche se l'insufficienza respiratoria dovuta all'anchilosi della gabbia toracica è oggi osservata raramente, noi raccomandiamo di effettuare dei movimenti specifici per prevenire questa complicanza*

## SI PUÒ FARE DELLO SPORT QUANDO SI SOFFRE DI SPONDILITE?

70

Si può naturalmente fare dello sport, ma non bisogna farlo con spirito competitivo: lo sport deve essere in realtà un complemento della attività ginnica suggerita dal medico e dal chinesioterapeuta. La pratica di alcuni sport può persino, quanto meno in parte, rimpiazzare la ginnastica consigliata dal medico e dal chinesioterapeuta. Lo sport coinvolge la massa muscolare e condiziona le performance cardiorespiratorie e il morale. È necessario scegliere di preferenza degli sport che non esponano il paziente a traumi, o anche solo a dei microtraumi, al freddo e all'umidità.

Il nuoto è eccellente, ma è raccomandabile bagnarsi in acqua tiepida a temperatura maggiore di 25°C. Lo stile a dorso è quello più consigliabile, perché permette di mobilitare e fortificare la muscolatura dell'insieme del corpo, di raddrizzare la schiena, ad ogni battuta di braccia, di aprire la gabbia toracica e di far lavorare la respirazione. Per contro, lo stile a rana e lo stile libero non sono raccomandati, in quanto la posizione del dorso in questi stili non è quella ideale. Anche la pallavolo è uno sport eccellente, perché sprona a raddrizzarsi. Se poi amate fare della bicicletta, non privatevene, ma guidate la vostra bicicletta tenendo la schiena eretta e non curva. Non scegliete una bicicletta da corsa, ma piuttosto una bicicletta di tipo olandese e tirate su il manubrio!

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*Fate dello sport dopo esservi consultati con il vostro medico, il vostro chinesioterapeuta e il vostro ergoterapeuta*

## COME FA IL MEDICO A VALUTARE LE DEFORMAZIONI DELLA SPONDILITE?

71

È necessaria un'opportuna valutazione clinica per verificare l'assenza di deformazione del rachide. Essa è anche utile per porre le indicazioni alla terapia fisica. L'esame fisico comprende: la valutazione della curvatura della regione lombare, la valutazione della capacità del torace a espandersi, la valutazione dell'assenza di proiezione del collo e della testa in avanti.

### DA RICORDARE

*Anche se vi sentite bene, è utile effettuare un esame medico regolare che permetta di individuare le deformazioni cliniche quanto prima possibile. L'individuazione clinica precoce delle deformazioni è il solo modo per garantire una buona efficacia della terapia fisica*

## COME FA IL MEDICO A VALUTARE L'ATTIVITÀ DELLA SPONDILITE?

72



Possono essere valutati diversi parametri da parte del medico:

- la quantità di compresse di antinfiammatorio consumate in un dato periodo;
- l'esistenza e/o il numero di risvegli notturni a causa del dolore;
- la durata della rigidità mattutina;
- l'indice BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*).

L'indice BASDAI è un auto-questionario che permette di valutare numerosi aspetti della malattia. L'indice BASDAI è composto di sei domande, con un punteggio totale che varia da 0 (assenza di attività della malattia) a 10 (attività massima della malattia) (allegato V). La valutazione di questi parametri soggettivi è sufficiente nella pratica quotidiana.

Tuttavia, se la malattia resta attiva malgrado i trattamenti proposti dal medico e se vi è indicazione al trattamento con gli "anti-TNF-alfa", è giustificata l'esecuzione degli esami complementari di tipo biologico (prelievo di sangue) e di imaging (risonanza magnetica nucleare, ecografia, scintigrafia ossea) per obiettivare l'infiammazione.

### DA RICORDARE

*Il ruolo del malato è preponderante nella valutazione dell'attività della malattia. Più che il medico, è il paziente a sapere esattamente se la sua malattia è attiva. Tuttavia oggi ci si chiede: è necessario obiettivare questi segni di attività attraverso alcuni esami complementari, ancorché si preveda di iniziare un trattamento con anti-TNF-alfa?*

## COME GESTIRE UN'ATTIVITÀ PROFESSIONALE QUANDO SI SOFFRE DI SPONDILITE?

73

Spesso la spondilite permette una vita professionale normale, qualunque sia la natura della professione. D'altra parte, se la spondilite sembra grave e se essa si rivela prima dell'inizio dell'età professionale, è prudente porsi degli obiettivi di orientamento professionale.

Questo non vuol dire che saranno autorizzate solo le attività strettamente sedentarie! Al contrario, sarà bene scartare le professioni che immobilizzino a lungo nella stessa posizione. Bisognerà tuttavia escludere i lavori che richiedano un'elevata forza fisica, le attività che costringa-



### DA RICORDARE

*La spondilite è compatibile con l'attività professionale. Tuttavia, per quanto sia possibile è opportuno adattare il livello d'attività, evitando lavori che impongano forza e lunghi viaggi*

no a portare degli oggetti pesanti, i lavori che espongano al freddo e all'umidità e i mestieri che impongano lunghi viaggi oppure attività su veicoli scomodi.

Quando la spondilite inizia in età adulta, allorché si ha già una professione, è opportuno continuare finché l'efficienza fisica e la salute lo permettano, anche nel caso non si tratti esattamente di un'attività professionale non del tutto compatibile con la malattia. Si conduce una vita migliore anche dal punto di vista fisico, sovente, se si prosegue la propria attività di lavoro, magari anche soffrendo (perché fermarsi nella professione influenza ovviamente il morale ...).

Per contro, non bisogna esitare a fare appello al medico del lavoro, eventualmente attraverso un intermediario come l'assistente sociale, poiché conservare il posto di lavoro può apportare un grande sollievo alla propria vita: il cambio dell'attività professionale deve essere preso in considerazione solo come rimedio estremo.

## IL CORTISONE È EFFICACE NELLA SPONDILITE?

74

Tutto dipende da quello che si intende per cortisone e per spondilite. Il cortisone può essere somministrato per via sistemica o generale (orale, endovenosa o intramuscolare) oppure per via locale (infiltrazioni nelle articolazioni, iniezioni vicino all'occhio, ecc.).

Evidenze scientifiche suggeriscono che il cortisone è utile per trattare gli episodi di uveite, sia per somministrazione locale sia per via sistemica. Evidenze scientifiche indicano anche che il cortisone somministrato per via generale è efficace nei confronti dell'artrite periferica che si osserva in corso di spondiloartriti. Per contro il cortisone, somministrato per via generale, è molto poco efficace sul coinvolgimento assiale della spondilite.

## QUALI SONO LE INDICAZIONI DELLE INFILTRAZIONI DI CORTISONE NELLA SPONDILITE?

75

- In caso di entesopatia? Questa è un'ottima indicazione in caso di coinvolgimento localizzato e persistente.
- In caso di artrite periferica? Anche questa è un'ottima indicazione all'infiltrazione di cortisone, a condizione di non ripetere le infiltrazioni troppo spesso (2-3 per anno).
- In caso di coinvolgimento assiale? L'infiltrazione di cortisone può essere forse utile quando il dolore è molto localizzato, per esempio ad una articolazione sacroiliaca e/o a una articolazione vertebrale (articolare posteriore vedere domanda n. 13).



### DA RICORDARE

*Non bisogna avere paura delle infiltrazioni: esse sono spesso molto utili per superare un momento difficile*

## COSA SI INTENDE PER TRATTAMENTO DI FONDO DELLA SPONDILITE?

76

È opportuno differenziare i trattamenti di fondo cosiddetti "classici" attualmente uti-

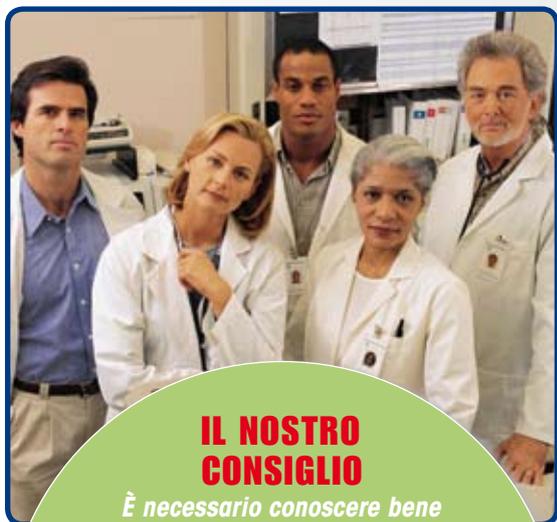
lizzati nella spondilite, chiamati anche "ad azione lenta", da una nuova classe di farmaci chiamati "anti-TNF-alfa". Per quanto riguarda i trattamenti di fondo "classici", essi si differenziano dagli antinfiammatori non steroidei per il ritardo nell'insorgenza dell'azione, il loro effetto sull'infiammazione e il loro effetto a lungo termine.

- Ritardo nell'inizio dell'azione. A differenza dei FANS, i trattamenti di fondo agiscono sull'infiammazione e sul dolore solo dopo alcune settimane o addirittura alcuni mesi di utilizzo. È dunque inutile attendersi un effetto benefico in qualche giorno, ed è "ridicolo" sospendere questi trattamenti prematuramente.
- Effetti sull'infiammazione. I trattamenti di fondo sono capaci di ridurre l'infiammazione a condizione che questa si manifesti attraverso la presenza di tumefazione delle articolazioni periferiche oppure attraverso un innalzamento nel sangue della proteina C reattiva (PCR) o un aumento della velocità di

eritrosedimentazione (VES), due marker d'infiammazione nel sangue.

- Effetti a lungo termine. Al momento attuale non si sa, ma si spera di saperlo in futuro, se i trattamenti di fondo siano in grado o meno di modificare la storia naturale e l'evoluzione della malattia. I farmaci più correntemente utilizzati come terapia di fondo sono: la sulfasalazina (allegato VI), soprattutto, i sali d'oro (allegato VII) e il metotressato (allegato VIII).

Gli agenti anti-TNF-alfa si differenziano dai farmaci di fondo "classici", da una parte per la per maggiore rapidità di azione, dall'altra per una maggiore efficacia ed, infine, per una azione più importante sulle manifestazioni assiali ed entesitiche periferiche. Questi farmaci sono descritti in dettaglio nell'allegato IX.



### IL NOSTRO CONSIGLIO

*È necessario conoscere bene i trattamenti che possono esservi prescritti e soprattutto il loro eventuale ritardo di azione per evitare qualsiasi sospensione non tempestiva del trattamento. È ugualmente importante conoscerne gli effetti indesiderati, con lo scopo di partecipare attivamente al loro monitoraggio e di allertare rapidamente il medico in caso che si verifichino o in caso di anomalia*

## QUAL È IL RUOLO DEI TRATTAMENTI DI FONDO NELLA SPONDILITE?

77



**A  
NOSTRO AVVISO**

*Gli agenti anti-TNF-alfa possono essere prescritti dopo il fallimento dei trattamenti di fondo tradizionali e in caso di coinvolgimento articolare periferico o extra-articolare. Esiste ugualmente l'indicazione all'utilizzo degli anti-TNF-alfa in caso di interessamento assiale o di entesite resistente ai trattamenti antinfiammatori non steroidei*

I trattamenti di fondo tradizionali sono indicati:

- in caso di importante (numerose articolazioni) e persistente (parecchie settimane o mesi) coinvolgimento articolare periferico, nonostante un precedente trattamento con FANS;
- in caso di coinvolgimento extra-articolare grave (per esempio recidive troppo frequenti di episodi di uveite);
- per contro questi farmaci hanno nessuna efficacia o efficacia ridotta nei casi di spondiloartrite con coinvolgimento assiale o entesitico periferico.

I nuovi trattamenti, chiamati anti-TNF-alfa, sono invece efficaci qualunque sia la forma clinica della malattia. Essi hanno le stesse indicazioni, alle quali si aggiungono le forme con coinvolgimento assiale e con entesiti periferiche importanti e persistenti.

**CHE COSA SI INTENDE PER FARMACO ANTI-TNF-ALFA?**

78

Gli anti-TNF-alfa appartengono a una nuova classe terapeutica. Il *Tumor Necrosis Factor* (TNF) è una proteina normalmente presente nell'organismo, che è fortemente prodotta in corso d'infiammazione.

Il ruolo dei farmaci anti-TNF-alfa è quello di bloccare l'azione biologica del TNF al fine di limitare l'intensità e l'estensione del processo infiammatorio nel corso delle recidive articolari.

Questi nuovi farmaci esistono sia sotto forma di anticorpi diretti contro il TNF (inflix-

mab e adalimumab), sia sotto forma di recettori solubili del TNF (etanercept). I farmaci anti-TNF-alfa sono prodotti con tecniche di biotecnologia, cosa che comporta un prezzo molto elevato di questi farmaci (circa 10 mila euro all'anno). A differenza dei trattamenti di fondo attualmente disponibili, essi hanno un ritardo nell'inizio dell'azione molto breve: iniziano ad agire subito o quasi subito e influenzano probabilmente il decorso evolutivo a lungo termine della malattia.

D'altra parte, questi farmaci richiedono una sorveglianza attenta in quanto sono ugualmente implicati nella difesa contro le infezioni e contro i tumori.

**IL NOSTRO CONSIGLIO**

*Se i trattamenti di fondo classici sono efficaci e dunque indicati in caso di coinvolgimento articolare periferico persistente o di grave coinvolgimento extra-articolare, sono generalmente poco o per nulla efficaci in caso di coinvolgimento assiale o di entesopatia.*

*D'altra parte, i farmaci anti-TNF-alfa hanno un'efficacia ed una rapidità d'azione superiori qualunque sia la presentazione clinica della malattia*

**QUALI SONO I PRINCIPALI RISCHI DEI TRATTAMENTI ANTI-TNF-ALFA?**

79

Ne esistono due, soprattutto: il rischio di favorire un'infezione e il rischio di facilitare l'insorgenza di un tumore.

Il rischio di infezioni è certo. L'infezione che più facilmente può recidivare è la tubercolosi. Di conseguenza, prima d'iniziare un trattamento, devono essere prese opportune precauzioni: verificare l'assenza di precedente tubercolosi effettuando il test cutaneo e una radiografia del torace.

Allo stesso modo, durante il periodo di trattamento, dovrà essere rivolta un'attenzione particolare ad alcune basilari norme d'igiene personale: pulizia regolare dei denti, visite regolari dal dentista, cura meticolosa delle unghie. Inoltre, si dovrà sospendere il trattamento con anti-TNF prima d'ogni

intervento chirurgico; in caso di febbre si dovrà fare subito una visita medica segnalando che si sta assumendo un farmaco anti-TNF-alfa.

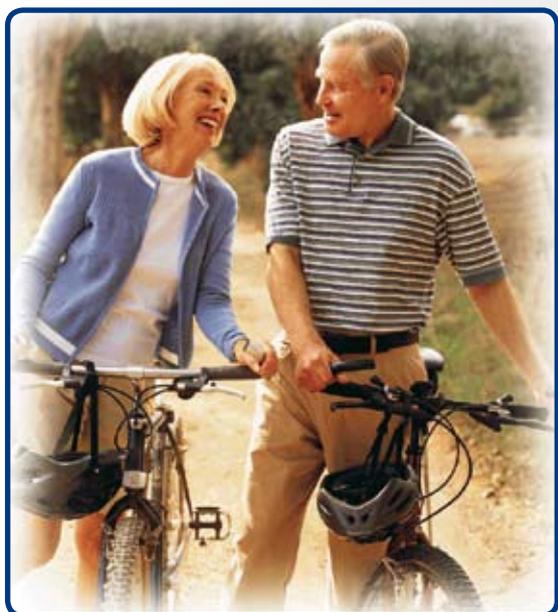
Il rischio di tumore è più ipotetico che realmente dimostrato. In ogni modo, in questo momento non è raccomandato iniziare un trattamento con farmaci anti-TNF in un malato che abbia sofferto di un cancro nel passato recente (meno di cinque anni); si raccomanda altresì un consulto al minimo dubbio: ingrossamento di un linfonodo, espansione di una qualsiasi lesione cutanea, ecc.

## QUALI SONO I DIFFERENTI METODI PER TRATTARE UNA TALALGIA?

80

La talalgia, sia inferiore che posteriore (vedi domanda n. 27), reagisce spesso bene al riposo e di solito si risolve con il tempo, salvo casi rari. In altri termini, anche quando sembra molto dolorosa e molto invalidante, finisce generalmente per risolversi completamente e spontaneamente.

Numerosi sono i mezzi terapeutici specifici oltre i FANS.



In caso di talalgia inferiore: infiltrazioni, indossare un piccolo rialzo che permetta di evitare l'appoggio del tallone; eccezionalmente, in caso di coinvolgimento evolutivo da più di due anni e ribelle al trattamento, si può prendere in considerazione una radioterapia antinfiammatoria locale.

In caso di talalgia posteriore: infiltrazioni della borsite; solo eccezionalmente, in caso di coinvolgimento grave e persistente, può essere consigliato un intervento chirurgico.

Infine, quale che sia la localizzazione, in caso di talalgia refrattaria a due infiltrazioni,

un trattamento anti-TNF risulterà senz'altro particolarmente efficace e può essere quindi consigliato.

### A NOSTRO AVVISO

*La talalgia è una manifestazione clinica, di solito benigna, che non giustifica altro che misure terapeutiche semplici. In caso di sintomi resistenti a questi trattamenti, può essere preso in considerazione l'impiego di un farmaco anti-TNF*

## AL DI FUORI DELLE INFILTRAZIONI DI CORTISONE, QUALI SONO GLI ALTRI MEZZI LOCALI DI TRATTAMENTO DI UN'ARTRITE PERIFERICA?

81

Sono di due tipi: terapie fisiche e trattamenti medico-chirurgici. Le terapie fisiche comprendono il riposo articolare e la rieducazione (ergoterapia, chinesiterapia).

L'indicazione al trattamento chirurgico dipende dall'importanza dell'infiammazione sinoviale e dall'esistenza di una distruzione cartilaginea (vedi domanda n. 23).

Per contrastare l'infiammazione del tessuto sinoviale, si può far ricorso a degli interventi di sinovio-artrodesi (iniezione intra-articolare di un prodotto che agisca non soltanto nei confronti dell'infiammazione, ma

anche e ugualmente nei confronti della proliferazione del tessuto sinoviale). Si può iniettare sia un corticosteroide in formulazione retard (triamcinolone), sia un prodotto radioattivo chiamato isotopo (erbio, renio, ittrio).

Si può ugualmente raggiungere questo scopo (sopprimere l'aumento del tessuto sinoviale) eliminando chirurgicamente la membrana sinoviale in eccesso. Si parla allora di sinoviectomia, normalmente realizzata con l'aiuto di un'artroscopia o nel corso di un vero e proprio atto chirurgico. Se la cartilagine è troppo danneggiata, si può sia bloccare l'articolazione chirurgicamente (artrodesi) sia rimpiazzarla (protesi).

**DA RICORDARE**

*I trattamenti locali di un'artrite periferica sono numerosi e impediscono di solito il coinvolgimento della cartilagine e, di conseguenza, prevengono lo sviluppo di handicap*

**COME SI PUÒ TRATTARE UN COINVOLGIMENTO DELLE DITA DEI PIEDI?**

**82**

Come qualsiasi interessamento articolare periferico. In caso di coinvolgimento delle articolazioni delle dita dei piedi, si può sviluppare facilmente, per retrazione, una deformazione di queste dita che può comparire molto rapidamente e sarà a questo punto molto difficile da ridurre. Indossare dei plantari adattati alla deformazione del piede, potrà essere utile per limitare l'aggravamento della deformazione e diminuire il dolore.

**IL NOSTRO CONSIGLIO**

*Avvertite subito il vostro medico, il più presto possibile, in caso di coinvolgimento della base delle dita dei piedi. Questo permetterà di iniziare il trattamento il più precocemente possibile, impedendo lo sviluppo di posture viziate delle dita*

**GLI EPISODI DI UVEITE VANNO TRATTATI URGENTEMENTE?**

**83**

Sì, se si vogliono evitare le complicazioni. Queste si sviluppano sotto forma di cicatrici (sinechie) che possono avere come conseguenza una diminuzione dell'acuità visiva.

**IL NOSTRO CONSIGLIO**

*In caso di occhio rosso e dolente consultare rapidamente un oculista segnalandogli che siete affetti da spondilite. Se si tratterà di una uveite, egli potrà allora somministrarvi il trattamento più adeguato, permettendovi di evitare le complicazioni dell'uveite*

**QUANDO E PERCHÉ FAR RICORSO ALLA CHIRURGIA NELLA SPONDILITE?**

**84**

Abbiamo già affrontato le indicazioni chirurgiche: in caso di talalgia posteriore ribelle (vedi doman-

**IL NOSTRO CONSIGLIO**

*Le indicazioni chirurgiche sono limitate in corso di spondilite. La decisione di operare deve essere presa collegialmente da diversi specialisti dopo aver ascoltato il parere ed avere ottenuto l'accordo del paziente, del reumatologo, del fisiatra e del chirurgo ortopedico*



da n. 80), di persistente infiammazione di un'articolazione periferica nel caso che questa giustifichi una sinoviectomia (vedi domanda n. 81) e, infine, in caso di coinvolgimento articolare periferico distruttivo che giustifichi un'artrodesi oppure il posizionamento di una protesi (vedi domanda n. 81).

La chirurgia può ugualmente essere indicata, sia pure eccezionalmente, in caso di coinvolgimento assiale, soprattutto per riparare una frattura o per correggere una postura viziata troppo pronunciata: per esempio un dorso ricurvo con proiezione in avanti della testa e del collo, tanto da impedire al paziente la visione della linea d'orizzonte davanti a lui.

## LA SPONDILITE PUÒ CAUSARE UN AFFATICAMENTO IMPORTANTE O ADDIRITTURA UNA DEPRESSIONE?

85

La malattia può effettivamente causare un senso di affaticamento importante e che è spesso poco migliorato dai trattamenti farmacologici convenzionali come i FANS, anche quando questi sono efficaci contro il dolore e la rigidità lamentati dal paziente. Il senso di affaticamento, di per sé, non è sinonimo di malattia grave e, fino a questo momento, non rappresenta un'indicazione per trattamenti particolari. Tuttavia, quando il senso di affaticamento si associa ad una malattia a carattere fortemente infiammatorio, questa sensazione di facile o continua stanchezza può incoraggiare a ricorrere ai nuovi farmaci come gli inibitori del TNF-alfa, che sembrano efficaci su questo sintomo.

Per quanto concerne la depressione, come in tutte le malattie croniche, essa può coesistere con la spondilite. L'ambiente che circonda il paziente e i suoi conoscenti sono a questo punto un importante ausilio contro la depressione: se quest'ultima ha un

importante impatto sulla vita quotidiana e professionale del paziente, bisogna saperla diagnosticare e trattarla adeguatamente (con farmaci antidepressivi, consulto presso uno psicologo o uno psichiatra).

## SI DEVE SEGUIRE UNA DIETA PARTICOLARE IN CORSO DI SPONDILITE?

86

A priori no, ma si potrebbero eventualmente apportare delle sfumature a questa affermazione: in caso di trattamento con cortisone, è raccomandato di seguire un regime con poco sale, povero di zucchero e di prodotti zuccherati (marmellata, miele, ecc.). La dieta deve essere anche ricca in calcio e in proteine e ugualmente povera di grassi animali (burro, creme fresche, salumi, ecc.). L'apporto di grassi particolari (acidi grassi polinsaturi) potrebbe avere un effetto antinfiammatorio, ma questo non è mai stato dimostrato in modo scientifico in corso di spondilite anchilosante.

Le principali fonti alimentari di acidi grassi sono riassunte nell'allegato X.

Esistono diverse possibilità per arricchire l'alimentazione con degli acidi grassi particolari, modificando le proprie abitudini alimentari e preferendo acidi grassi che abbiano azione antinfiammatoria (acidi grassi omega 3, acidi grassi omega 6).

Nell'allegato si trova l'elenco delle principali fonti alimentari di questi acidi grassi. In ogni caso, è necessario rendersi conto che questa semplice modificazione delle abitudini alimentari non può avere che una minima efficacia.

Così, sono stati anche consigliati i due seguenti comportamenti:

1. supplementare l'alimentazione con integratori che contengano acidi grassi particolari. Questi integratori sono liberamente disponibili in farmacia e in para-farmacia, ma possono essere molto costosi e avere un contenuto modesto di acidi grassi;

2. aiutarsi con farmaci contenenti dosi più forti di questi acidi grassi. I farmaci oggi disponibili sono stati sviluppati per trattare dei disturbi metabolici (ipertrigliceridemie) e non hanno quindi l'indicazione per la spondilite. D'altra parte, il loro dosaggio è ancora insufficiente per avere un effetto antinfiammatorio evidente.

In altri paesi, soprattutto in quelli scandinavi, sono disponibili degli integratori molto costosi e non rimborsati dal servizio sanitario nazionale per il trattamento della spondilite.

## IL NOSTRO CONSIGLIO

- *Avere un'alimentazione equilibrata*
- *Non abbiamo argomenti scientifici per raccomandare in modo sistematico un'integrazione della dieta con acidi grassi*
- *Rispetto alla popolazione generale, i vostri bisogni energetici sono aumentati. In caso di perdita di peso importante è necessario arricchire la vostra dieta di calorie e proteine. Per ottenere questo: fate tre pasti al giorno, pensate agli spuntini indispensabili per ottenere o mantenere un peso-forma*
- *Potete eventualmente consultare l'allegato XI che vi darà alcuni esempi di ricette ipercaloriche*

## I VACCINI POSSONO ESSERE SOMMINISTRATI IN CORSO DI SPONDILITE?

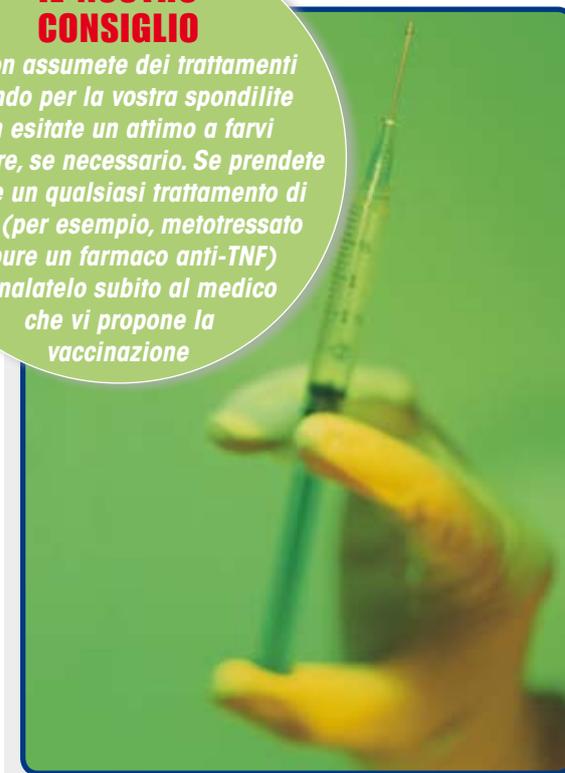
87

Sì, senza alcuna restrizione: non è controindicata nessuna vaccinazione e tutti i vaccini sono efficaci.

Tuttavia, non esistono vaccini contro la spondilite. D'altra parte, alcuni farmaci, e soprattutto il metotressato e gli agenti anti-TNF potrebbero rendere pericolosi quei vaccini a base di virus attenuati, come per esempio quello per la febbre gialla.

## IL NOSTRO CONSIGLIO

*Se non assumete dei trattamenti di fondo per la vostra spondilite non esitate un attimo a farvi vaccinare, se necessario. Se prendete invece un qualsiasi trattamento di fondo (per esempio, metotressato oppure un farmaco anti-TNF) segnalatelo subito al medico che vi propone la vaccinazione*



## SI PUÒ ESSERE TRATTATI CON UN "SIERO VACCINALE" PREPARATO A PARTIRE DALLE FECI?

88

Si tratta di una pratica non medica che utilizza un pseudo-vaccino fabbricato a partire dalle feci del paziente. Attualmente, questa pratica è molto diffusa in Francia. Questo cosiddetto trattamento, è guidato attraverso degli esami complementari molto numerosi, inutili, non rimborsati dal sistema sanitario nazionale e con una connotazione pseudo-scientifica che è in realtà un vero e proprio abuso del paziente, ma anche di alcuni medici male informati.

È opportuno sapere che questo pseudo-vaccino non ha dimostrato nessuna efficacia, né ha dimostrato di essere innocuo e non

## IL NOSTRO CONSIGLIO

*Questo trattamento deve essere evitato*

è naturalmente rimborsato, giustamente, dal servizio sanitario nazionale.

## QUAL È IL RUOLO DELL'OMEOPATIA NELLA SPONDILITE?

89

L'omeopatia utilizza gli stessi prodotti di base della medicina tradizionale, ma in quantità molto piccole.

Studi scientifici correttamente condotti hanno concluso che l'omeopatia è priva d'efficacia: in altri termini, che non vi è superiorità del trattamento omeopatico rispetto ad un trattamento di controllo farmacologicamente inefficace, chiamato placebo. Questo tuttavia non impedisce a numerosi malati di farvi ricorso.

I trattamenti omeopatici d'altra parte non sembrano essere tossici e possono dunque essere associati ai trattamenti convenzionali, ma soltanto se sono prescritti da un medico ed eseguiti in un centro appropriato.

In effetti, bisogna guardare con una certa perplessità ad alcuni trattamenti definiti omeopatici che in effetti non lo sono, e che contengono prodotti diversi (corticosteroidi, diuretici, anabolizzanti, sedativi, ecc.) che possono interferire con i trattamenti convenzionali.

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*Non possiamo consigliare questo tipo di trattamento che non ha dimostrato di essere realmente efficace. Se desiderate assumere un trattamento omeopatico non esitate a parlarne al medico che si prende carico della vostra spondilite*

## COSA PENSARE DELL'AGOPUNTURA, DELLE CURE TERMALI E DEI TRATTAMENTI FITOTERAPICI IN AMBITO DI SPONDILITE?

90

Questi trattamenti non possono in nessun caso rimpiazzare i trattamenti tradizionali. D'altra parte, non vi sono controindicazioni ad associarli, naturalmente essendo ben consci che dal punto di vista scientifico non esiste nessuna reale prova scientifica della loro efficacia.

Per quanto concerne le cure termali, esse possono essere l'occasione per riposarsi per un po' di tempo lasciando il proprio ambiente di vita abituale e ottenere quindi un certo sollievo dalle troppe occupazioni quotidiane. Una cura termale dovrà essere prescritta dal medico: il medico, a questo proposito, riempie un formulario speciale che dovrà essere poi presentato a un centro del servizio sanitario nazionale.

### IL NOSTRO CONSIGLIO

*La fitoterapia, l'agopuntura e le cure termali non hanno nessun effetto sul processo evolutivo della spondilite e non possono in nessun caso rimpiazzare le terapie tradizionali. Tuttavia, non vi è nessuna controindicazione ad associarle ai trattamenti normali. Per quanto riguarda le cure termali, non vi è nessuna ragione per astenersi dal farne un impiego regolare. Se siete particolarmente affaticati e se sentite un vivo bisogno di allontanarvi dalle vostre cure quotidiane, potete pensare a questa soluzione. Non vi sono controindicazioni al di fuori delle recidive infiammatorie gravi*

## COSA PENSARE DELLE MEDICINE ALTERNATIVE?

91

Le indagini fino ad oggi effettuate mostrano che la maggior parte degli utilizzatori delle medicine non convenzionali non ne parlano al loro medico curante, suggerendo che ci sia una mancanza di comunicazione tra medico e paziente.

Questo è da una parte legato al fatto che i medici non sono particolarmente lieti che i loro pazienti si rivolgano contemporaneamente a loro e ad altre forme di trattamento, ma è anche dovuto al fatto che i malati non osano dire che hanno provato questo o quel trattamento per paura di essere fraintesi o di offendere.

I medici mancano di dati obiettivi per formarsi una reale opinione sulle medicine parallele e informarne i malati.

- se con più di 65 anni, che abbia difficoltà persistenti a svolgere compiti e le funzioni proprie della sua età.

Il riconoscimento dell'invalidità civile in presenza di precise percentuali di invalidità e dei presupposti socio-economici richiesti dalla normativa in vigore dà diritto a determinate prestazioni:

- provvidenze economiche (assegno mensile di assistenza, indennità di accompagnamento, indennità di frequenza, pensioni ed assegni);
- prestazioni assistenziali (prestazioni protesiche, esenzione ticket, iscrizione al collocamento mirato, riduzione canone Telecom, contribuzione figurativa, ecc.).

Relativamente agli stranieri, si precisa che sebbene il permesso di sia condizione sufficiente per l'acquisto dello status di invalido civile, è necessaria la carta di soggiorno per ottenere la concessione ed erogazione delle provvidenze economiche previste per gli invalidi civili.

Le malattie per cui si presenta il riconoscimento dell'invalidità civile non devono essere state riconosciute come invalidità per causa lavoro, causa di servizio e di guerra con le quali l'invalidità civile è incompatibile.

## CHI PUÒ PRESENTARE DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE IN ITALIA?

92

I cittadini italiani, i cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione Europea che risiedono nel territorio nazionale, gli apolidi ed i cittadini extracomunitari che sono in possesso di carta di soggiorno di durata non inferiore ad un anno e dei requisiti previsti dalla L. 40/1998, affetti da malattia e menomazioni permanenti croniche, congenite o acquisite, anche a carattere progressivo e/o irregolare, sia di natura fisica che psichica ed intellettiva:

- se minore di anni 18, che abbia difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età;
- se di età fra i 18 ed i 65 anni, che abbia una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore ad un terzo (invalidità superiore al 33%);



## COSA È NECESSARIO FARE PER OTTENERE IL RICONOSCIMENTO?

93



Il cittadino interessato, chi lo rappresenta legalmente (genitore o tutore) o chi ne cura gli interessi nel caso degli inabilitati/interdetti (curatore/procuratore), devono presentare la domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile presso la ASL di competenza utilizzando l'apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Accettazione/Informazione del Servizio di Medicina Legale del Distretto Sanitario di residenza, correlato di:

1. certificato medico attestante la patologia invalidante;
2. altra documentazione medica utile per dimostrare di avere i requisiti per l'ottenimento dei benefici economici (cartelle, cliniche, referti, dichiarazione dei redditi);
3. eventuale certificazione del medico curante attestante la necessità di visita domiciliare per l'utente richiedente che sia allettato o in precarie condizioni di salute;



## QUALI SONO I TEMPI PER OTTENERE IL RICONOSCIMENTO?

94

Entro tre mesi dalla presentazione della domanda la Commissione Medica dell'Azienda ASL fissa la data della visita medica: se l'invalido è impossibilitato a muoversi, può essere disposta una visita domiciliare.

La Commissione Medica, dopo aver effettuato gli accertamenti sanitari di competenza, redige il verbale della visita nel quale esprime il proprio giudizio medico-legale e trasmette copia del verbale di visita completo della documentazione alla Commissione Medica di Verifica presso la sede INPS provinciale, che entro 60 giorni si pronuncerà sul giudizio emesso dalla Commissione Medica ASL, convalidandone il giudizio o disponendo nuovi accertamenti sanitari.

Terminata la procedura di accertamento sanitario, la Commissione Medica ASL emette un verbale di cui l'originale rimarrà alla Commissione Medica, una copia verrà inviata all'utente ed una altra copia sarà inviata all'Ufficio Invalidi Civili del Comune per gli adempimenti di competenza.

L'Ufficio Invalidi Civili ricevuto il verbale di visita medica, invita l'interessato a redigere e sottoscrivere sotto la propria responsabilità il Modello B, da cui deve risultare l'ammontare dei redditi soggetti ad IRPEF eventualmente posseduti e in particolare i trattamenti pensionistici.

Completata l'Istruttoria di rito se risulta accertata la sussistenza dei requisiti l'Ufficio Invalidi emette il provvedimento di pensione, assegno o indennità eventualmente spettante in relazione al grado di invalidità o alla minorazione accertata.

Il provvedimento, concessivo o negativo, è notificato all'interessato, il quale, ove del caso, può proporre ricorso amministrativo e giurisdizionale.

Qualora venga emesso un atto di concessione, l'INPS erogherà il pagamento dei benefici economici disposti dal Comune o disposti dal giudice (nel caso in cui venga emessa una sentenza che riconosca il diritto a benefici economici).

Nel caso di ratei maturati e non riscossi da parte di invalidi deceduti, il pagamento a favore degli eredi richiedenti viene fatto dall'INPS, sulla base della disposizione comunale, a seguito della suddivisione dei ratei in relazione alle quote che spettano agli eredi richiedenti aventi diritto. Durante il periodo di attesa del riconoscimento dell'invalidità e successivamente al riconoscimento della stessa, la persona disabile può richiedere l'aggravamento della propria condizione, con domanda analoga a quella per richiedere l'invalidità. Il tal caso è necessario allegare un certificato medico che indichi il peggioramento delle condizioni psico-fisiche o la presenza di nuove menomazioni.

## QUALI SONO I BENEFICI RICONOSCIUTI A CHI VIENE GIUDICATO INVALIDO?

95

La legge ha stabilito diversi gradi di invalidità con i relativi benefici.

La soglia minima per il riconoscimento dell'invalidità civile è il 34% che da diritto alle prestazioni protesiche.

Oltre il 34% si acquisiscono anche i seguenti diritti:

- 46% iscrizione al collocamento mirato (liste speciali di collocamento);
- 67% esenzione ticket;
- 74% assegno di assistenza mensile (il cui importo viene fissato annualmente dal Ministero dell'Interno, se incollocati



o incollocabili al lavoro e iscritti nelle liste speciali per il collocamento), riduzione del canone mensile Telecom;

- 100% pensione di invalidità civile secondo limiti di reddito stabiliti annualmente. Se l'interessato è anche non autosufficiente o non deambulante ha diritto all'indennità di accompagnamento indipendentemente dall'età e dal reddito.

Se minorenni ha diritto:

1. agli ausili e protesi previsti dal nomenclatore nazionale;
2. all'indennità mensile di frequenza se riconosciuto "minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età" (L. 289/90) o "minore con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore) durante la frequenza a centri riabilitativi o di formazione professionale o a scuole di ogni ordine e grado, secondo i limiti di reddito previsti annualmente;
3. se non autosufficiente o non deambulante anche all'indennità di accompagnamento.

Principali riferimenti legislativi L. 30/03/1971 n. 118, L. 11/02/1980 n. 18, D.Lgs. 23/11/1988 n. 509, L. 11/10/1990 n. 239.

## COS'È CAMBIATO RISPETTO AL PASSATO IN TEMA DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ?

96

Dal 1 gennaio 2001 le funzioni in materia di trattamenti economici a favore degli invalidi civili di competenza dello Stato (Ministro dell'Interno tramite Prefetture) sono state trasferite alle Regioni.

A tal fine le Regioni adottano disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'art. 1 della L. 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap grave di cui agli art 3 e 4 della L. 5 febbraio 1992, n. 104 con le successive modificazioni, effettuate dalle apposite commissioni in sede.

L'art. 6 del Decreto sul Pubblico Impiego del 1 marzo 2006 ha poi semplificato le procedure per l'ottenimento dell'invalidità, handicap ed indennità di accompagnamento per tutti coloro che sono affetti da malattia cronica e disabilità. In seguito all'approvazione di questa norma, i malati cronici e disabili non debbono più sottoporsi periodicamente alle visite di accertamento per verificare la permanenza della minorazione civile o dell'handicap e possono di conseguenza godere del beneficio economico e di accompagnamento al quale hanno diritto.



Infatti, mentre le malattie non evolutive consentono di fotografare il grado d'invalidità in un dato momento storico e per sempre, le malattie evolutive richiedono un costante aggiornamento del grado di invalidità che dalle stesse discende.

Pertanto, se il riconoscimento dell'invalidità civile ed i relativi benefici vengono concessi in un momento in cui il grado di invalidità si trova al 60%, in seguito, con il modificarsi del livello di autonomia del soggetto, sarà comunque necessario aggiornare costantemente il grado di invalidità a seconda dell'evoluzione della malattia.

## CHE RAPPORTO C'È TRA INVALIDITÀ E MALATTIE REUMATICHE?

97

Svariate sono le malattie reumatiche che determinano invalidità parziale o totale. Si tratta di malattie caratterizzate da un grado di evolutività elevato e la condizione di invalidità stessa è suscettibile di aggiornamenti fino al raggiungimento del 100% di invalidità.

## COSA SI INTENDE PER "COLLOCAMENTO MIRATO"?

98

Il collocamento mirato dei disabili, introdotto con la L. 68/1999, ha esteso su tutto il territorio nazionale la metodologia del "collocamento mirato", già operativa prima della nuova legge con grande successo in molte regioni italiane. Questo nuovo approccio, attorno al qua-

le ruotano tutte le disposizioni della legge, parte dalla consapevolezza che la minorazione fisica, psichica e/o sensoriale non corrisponde sempre e comunque una riduzione delle capacità lavorative. Infatti attraverso una "serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto di lavoro adatto, attraverso analisi dei posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzione di problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione" (art. 2) è possibile inserire la persona disabile giusta al posto di lavoro adatto. Questo approccio permette di integrare nel mondo del lavoro persone disabili agli stessi livelli di produttività degli altri lavoratori.

Nell'ambito del collocamento mirato hanno un ruolo fondamentale i Comitati Tecnici presenti presso gli Uffici per l'Impiego.

I Comitati Tecnici, composti da funzionari ed esperti del settore sociale e medico-legale, coadiuvati da una commissione tripartita della quale fanno parte sindacati ed associazioni di persone disabili, operano sulla base del profilo socio-lavorativo e la diagnosi funzionale elaborati dalla commissione di accertamento della L. 104/92 presso le ASL (art. 1 e DPCM del 13.1.2000), ed in raccordo con i servizi territoriali per aggiornare le informazioni utili ai fini della definizione di un progetto individualizzato per ogni persona iscritta alle liste del collocamento provinciale.

Ai sensi dell'art. 1 della L. 68/99 i destinatari del collocamento dei disabili sono:

- le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e ai portatori di handicap intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, accertata dalle competenti commissioni insediate presso le ASL;
- le persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%, accertata dall'INAIL in base alle disposizioni vigenti;
- le persone non vedenti (colpiti da cecità assoluta o con un residuo vi-

sivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi, con eventuale correzione) o sorde (colpite da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) o sordomute, di cui alla L. 382 del 1970, e successive modificazioni e alla L. 381 del 1970 e successive modificazioni. Resta ferma la normativa precedente per i centralinisti telefonici non vedenti, per i massaggiatori e massofisioterapisti non vedenti, per i terapisti della riabilitazione non vedenti, per gli insegnanti non vedenti e per i sordomuti;

- le persone invalide di guerra, invalidi civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensione di guerra, approvato con D.P.R. n. 915 del 1978, e successive modificazioni;
- vedove, orfani, e profughi ed equiparati ad orfani, nonché i soggetti individuati dalla L. 407 del 1998 (vittime del terrorismo e della criminalità organizzata).

Il lavoratore disabile non può essere utilizzato in mansioni non compatibili con il suo stato invalidante ed in caso di aggravamento delle condizioni di salute o variazioni nell'organizzazione del lavoro può chiedere la verifica della compatibilità delle condizioni di invalidità con la nuova mansione.

## QUALI OBBLIGHI DISCENDONO PER I DATORI DI LAVORO DALLA LEGGE 68/1999?

99

In favore di tali soggetti è prevista una quota di riserva sul numero dei dipendenti dei datori di lavoro pubblici e privati che occupano un numero preciso di soggetti (Tabella).

Datori di lavoro che occupano	Possibile assunzione nominativi	Quote riservate dalla L. 68/99	Quote riservate ante L. 68/99
Fino a 14 dipendenti	Nessuna	Nessuna	Nessuna
Dai 14 ai 35 dipendenti	Nessuna	1 disabile ma solo in caso di nuova assunzione	Sì
Dai 36 ai 50 dipendenti	15%	2 disabili	Sì, in misura del 50%
Più di 50 dipendenti	15%	7% dei lavoratori occupati	Sì, nei limiti del 60%

## QUALI SONO I REQUISITI PER OTTENERE I BENEFICI DELLA LEGGE 104/1992?

100

La L. 104/1992 riconosce dei benefici a favore sia dei portatori di handicap sia dei loro famigliari:

- il lavoratore affetto da grave disabilità ha diritto a tre giorni di permesso mensile retribuito, oppure, a due ore di permesso giornaliero (con orario di lavoro pari o superiore alle sei ore quotidiane) o a un'ora di permesso giornaliero (se l'orario di lavoro è inferiore alle sei ore);
- hanno diritto ai permessi lavorativi re-



tribuiti, con diverse modalità, criteri e condizioni, la madre lavoratrice o - in alternativa - il lavoratore padre, dopo il compimento del terzo anno di vita del bambino disabile e poi a seguire nella maggiore età; i parenti e gli affini che assistono la persona disabile.

Hanno diritto ai permessi lavorativi i lavoratori disabili in possesso di certificato di handicap grave.

I permessi spettano anche ai genitori affidatari e adottivi solo nell'ipotesi di disabili minorenni.

Presupposto indispensabile per ottenere i benefici di legge è quindi il riconoscimento dello status di "portatore di handicap": è persona handicappata "colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione" (art. 3 comma 1 della L. 104/92).

A tal fine occorre presentare domanda di visita medica alla Segreteria della Commissione Invalidi Civili, allegando la certificazione medica.

La visita medica (anche domiciliare se si tratta di persone non trasportabili) viene eseguita da parte di apposita commissione mista dell'ASL composta da medico, psicologo, psichiatra, assistente sociale e medico di categoria.



## LISTA DEGLI ALLEGATI

<b>Allegato I:</b>	Principi da tenere in considerazione per il trattamento della spondilite anchilosante in corso di gravidanza	48
<b>Allegato II:</b>	Elenco dei principi attivi (FANS) diversi dall'acido acetilsalicilico	49
<b>Allegato III:</b>	Farmaci analgesici: elenco dei principi attivi diversi dall'acido acetilsalicilico	50
<b>Allegato IV:</b>	Esercizi fisici raccomandati in corso di spondilite anchilosante	51
<b>Allegato V:</b>	Auto-questionario BASDAI	53
<b>Allegato VI:</b>	Sulfasalazina	54
<b>Allegato VII:</b>	Sali d'oro	55
<b>Allegato VIII:</b>	Metotressato	56
<b>Allegato IX:</b>	Farmaci anti-TNF-alfa	57
<b>Allegato X:</b>	Gli acidi grassi	58
<b>Allegato XI:</b>	Alcune ricette ipercaloriche	59
<b>Allegato XII:</b>	Le principali Associazioni Italiane in supporto ai pazienti	62

100

## ALLEGATO I

## PRINCIPI DA TENERE IN CONSIDERAZIONE PER IL TRATTAMENTO DELLA SPONDILITE ANCHILOSANTE IN CORSO DI GRAVIDANZA

### *Interrompere tutti i trattamenti che non sembrano indispensabili*

Gli **antinfiammatori non steroidei (FANS)** non sono formalmente controindicati, ma interromperli se possibile prima della trentaduesima settimana di gravidanza (sesto mese)

Il **cortisone** è utilizzabile durante tutta la gravidanza sotto forma di prednisone e/o di prednisolone

**Trattamenti di fondo:** i farmaci anti-TNF-alfa sono da interrompere da tre a sei mesi prima di prevedere una gravidanza: il metotressato e la ciclosporina sono da interrompere tre mesi prima di prevedere una gravidanza, mentre i sali d'oro e la sulfasalazina sono da interrompere non appena è nota la gravidanza (secondo alcuni reumatologi, è possibile proseguire durante la gravidanza)

Discutere caso per caso la ripresa del trattamento dopo il parto

**ALLEGATO II****ELENCO DEI PRINCIPI ATTIVI (FANS)  
DIVERSI DALL'ACIDO ACETILSALICILICO**

Naproxene	Piroxicam
Etoricoxib	Flurbiprofen
Ibuprofene	Aceclofenac
Diclofenac sodico	Ibuprofene
Piroxicam	Ketoprofene + sucralfato
Etoricoxib	Ketoprofene
Ketoprofene	Ketorolac
Diclofenac + misoprostol	Acido mefenamico
Piroxicam	Indometacina
Nimesulide	Diclofenac + misoprostol
Ibuprofene	Naproxene
Piroxicam	Ibuprofene
Celecoxib	Diclofenac sodico
Ibuprofene	Ibuprofene
Piroxicam betadex	Ketoprofene
Sulindac	Piroxicam
Diclofenac sodico	Tenoxicam
Diclofenac sodico	Naproxene
Diclofenac sodico	Ketorolac
Diclofenac sodico	Diclofenac sodico
Tenoxicam	Diclofenac potassico
Ketoprofene	

**ALLEGATO III**

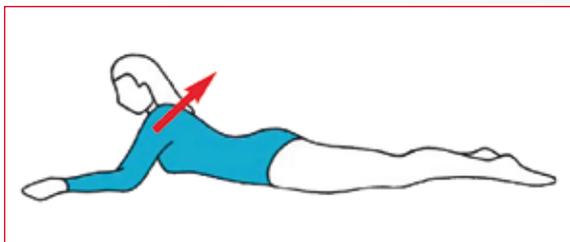
**FARMACI ANALGESICI: ELENCO DEI PRINCIPI ATTIVI DIVERSI DALL'ACIDO ACETILSALICILICO**

Paracetamolo
Ibuprofene
Ketoprofene
Acido mefenamico
Metamizolo (noramidopirina)
Diidrocodeina
Codeina + paracetamolo
Destropropoxifene cloridrato
Destropropoxifene + carbocaffeina
Tramadolo (cloridrato)
Buprenorfina
Morfina cloridrato
Morfina solfato
Oxycodone cloridrato
Oxycodone cloridrato + paracetamolo
Destromoramide (tartrato)
Pentazocina (lattato)
Fentanil

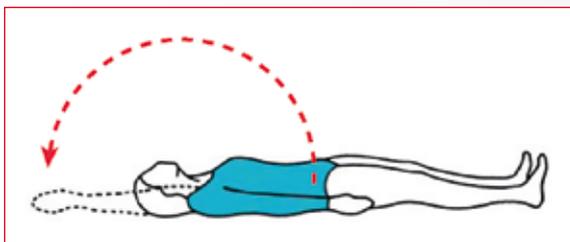
## ALLEGATO IV

## ESERCIZI FISICI RACCOMANDATI IN CORSO DI SPONDILITE ANCHILOSANTE

- Ogni esercizio dura da 6 a 10 secondi ed è ripetuto 10 volte
- Fare due serie di ogni esercizio almeno due volte al giorno
- Fare gli esercizi su una superficie morbida come un tappeto, un tappeto da ginnastica in tenuta confortevole

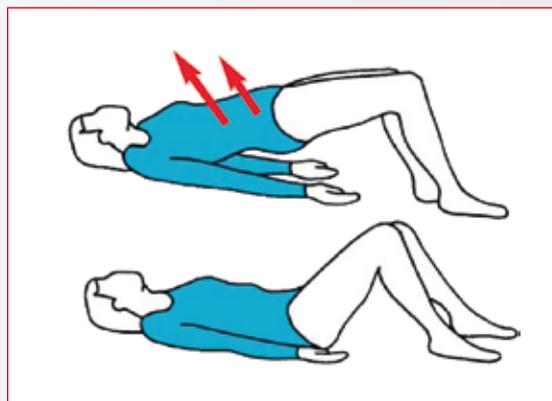


**Esercizio 1.** Postura della sfinge: ben distesi sul ventre, sollevarsi appoggiandosi sui gomiti. Conservare questa posizione da 15 a 20 minuti. Non è vietato leggere e/o guardare la televisione.



**Esercizio 2.** Condurre questo esercizio in posizione allungata sul dorso, a gambe unite, con le braccia lungo il corpo. Inspirando portare le braccia al di sopra della

testa, mantenendole distese. Riportare in posizione lungo i fianchi le braccia espirando.



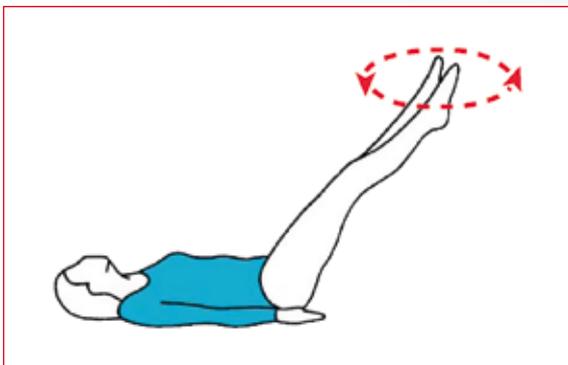
**Esercizio 3.** Sempre allungati sul dorso con le ginocchia piegate, spingere sulle anche in modo tale che le natiche si sollevino dal suolo e che le ginocchia appaiano come diretto prolungamento delle spalle (in pratica, che le spalle e le ginocchia siano sulla stessa linea). Mantenere questa posizione contando fino a 5 per poi ridiscendere.

## NOSTRO CONSIGLIO

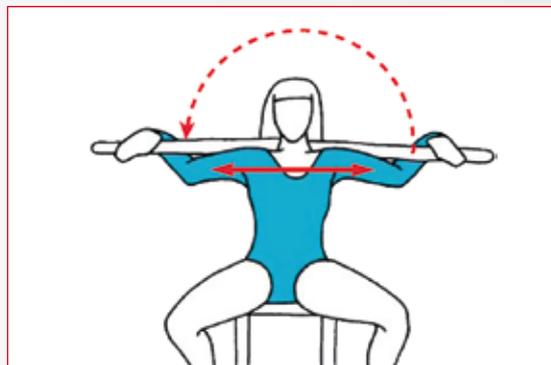
È importante fare questi esercizi regolarmente, soprattutto se si constata un inizio di irrigidimento. Essi possono essere integrati dalle attività della vita quotidiana: per esempio, l'esercizio n. 1 può essere condotto tranquillamente guardando la televisione oppure leggendo

## Le regole d'oro del vostro programma

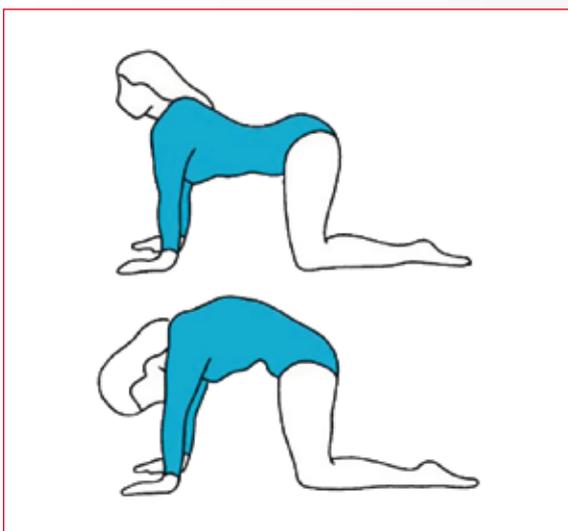
Al fine di evitare reazioni negative, cominciate sempre progressivamente. Al bisogno, riducete la durata e il numero delle ripetizioni consigliate. Procedete lentamente fino al limite delle vostre possibilità e in seguito tentate progressivamente di andare più lontano. Respirate in modo calmo e regolare. Non trattenete in nessun caso il respiro durante gli esercizi. Lo stiramento dei muscoli è lento e quindi un leggero dolore in tensione è normale. Mantenere con calma la posizione per il tempo consigliato. Correggete la vostra postura costantemente e non soltanto durante il periodo dell'esercizio.



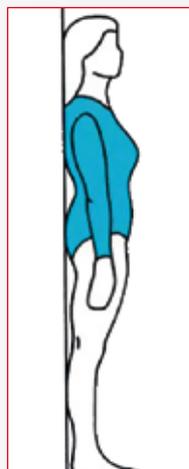
**Esercizio 4.** Portare a termine questo esercizio nella posizione allungata sul dorso, con le gambe tenute a 45 gradi, fare dei cerchi con gli arti inferiori distesi.



**Esercizio 6.** Compiere questo esercizio seduti su uno sgabello. Posare un bastone dietro la nuca all'altezza delle scapole. Da questa posizione fare due tipi di movimento: inclinare il tronco a destra e poi a sinistra e fare delle rotazioni del tronco a destra e poi a sinistra.



**Esercizio 5.** Mettersi a quattro zampe e spingere verso il terreno il dorso inspirando e poi fare il movimento opposto piegando quindi verso l'alto il dorso espirando. Rifate l'esercizio dieci volte.



**Esercizio 7.** In piedi, con i talloni, la schiena e le natiche contro il muro e avendo il mento rientrato, premere la testa all'indietro contro il muro e mantenere questa posizione contando fino a 5 poi rilasciarsi. Ripetere l'esercizio 10 volte.

## ALLEGATO V

## AUTO-QUESTIONARIO BASDAI

(BACK ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX)

**Segnate la casella che corrisponde meglio al vostro stato**

**Come valutate il vostro grado di stanchezza?**

Assente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fastidioso
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**Come valutate il vostro grado di dolore a livello del collo, della schiena e delle anche?**

Assente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fastidioso
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**Come valutate il vostro grado di rigonfiamento articolare del collo, della schiena e delle anche?**

Assente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fastidioso
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**Come valutate il vostro grado di fastidio per i punti che risultano dolorosi al contatto o alla pressione?**

Assente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fastidioso
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**Come valutate il vostro grado di rigidità mattutina al momento del risveglio?**

Assente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fastidioso
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**Qual è la durata della vostra rigidità mattutina a partire dal risveglio?**

0 ore	1 ora	2 ore o più

## ALLEGATO VI

## SULFASALAZINA

<b>Via di somministrazione</b>	Per via orale
<b>Posologia abituale</b>	Aumento progressivo delle dosi, fino alla dose usuale di 4 compresse al giorno che possono arrivare a 6 compresse al giorno. Compresse da 500 mg da prendere con un bicchiere d'acqua
<b>Ritardo nell'inizio dell'azione</b>	Da uno a tre mesi
<b>Durata del trattamento necessario per avere un giudizio definitivo di efficacia</b>	Quattro mesi
<b>Informazioni particolari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Non dimenticate di fare gli esami prescritti dal vostro medico per sorvegliare la terapia (emocromo con formula, piastrine, bilancio epatico)</li><li>• Associazioni particolari: attenzione se prendete antidiabetici orali o anticoagulanti orali. In questo caso, i rischi di ipoglicemia o di emorragia potranno essere evitati attraverso un monitoraggio particolare</li><li>• Chiedete consiglio al vostro medico in caso di problemi</li></ul>
<b>Non esitate ad avvertire il vostro medico in caso di:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disturbi digestivi (nausea, vomito, dolori addominali, disturbi del gusto)</li><li>• Mal di testa, vertigini, irritabilità, insonnia</li><li>• Febbre</li><li>• Eruzioni cutanee, fotosensibilità, allergia</li><li>• Una colorazione bruna delle urine può talvolta essere osservata durante il trattamento</li></ul>

## SALI D'ORO

<b>Via di somministrazione</b>	Intramuscolare
<b>Posologia abituale</b>	50 mg per settimana all'inizio, per poi distanziare le iniezioni, il ritardo nell'inizio dell'azione dura quattro mesi
<b>Durata del trattamento per avere un giudizio definitivo di efficacia</b>	Sei mesi
<b>Informazioni particolari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non dimenticate di fare gli esami prescritti dal vostro medico per monitorare il vostro trattamento (emocromo con formula, piastrine, proteinuria delle 24 ore)</li> <li>• La ricerca dell'albumina nelle urine deve essere fatta prima di ogni iniezione di sali d'oro, utilizzando una striscia reattiva che deve essere negativa; in caso di risultato positivo è indispensabile fare un dosaggio della proteinuria nelle urine delle 24 ore</li> <li>• Domandate consiglio al vostro medico in caso di problemi</li> </ul>
<b>Non esitate ad avvertire il vostro medico in caso di:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbi digestivi (feci molli o diarrea persistente, dolori addominali)</li> <li>• Prurito, arrossamenti della pelle, eruzioni cutanee, infiammazioni delle gengive, afte nella bocca</li> <li>• Tosse, affanno</li> </ul>

## ALLEGATO VIII

## METOTRESSATO

<b>Via di somministrazione</b>	Intramuscolare o per via orale
<b>Posologia abituale</b>	Da 5 a 25 mg alla settimana
<b>Ritardo nell'inizio dell'azione</b>	Da quattro a sei settimane
<b>Durata del trattamento necessario per un giudizio definitivo sull'efficacia</b>	Da tre a quattro mesi
<b>Informazioni particolari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Non dimenticate di fare gli esami prescritti dal vostro medico per il controllo della vostra terapia (emocromo con formula, piastrine, bilancio epatico)</li><li>• Rispettate scrupolosamente la prescrizione del vostro medico: trattamento intramuscolare: 1 iniezione a settimana; per via orale: un solo giorno a settimana</li><li>• Supplemento di acido folico: 1 compressa al giorno per 3-5 giorni a settimana (non il giorno stesso o il giorno dopo dell'assunzione del metotressato)</li><li>• Fate una valida contracccezione durante questo trattamento</li><li>• Se dovete sottoporvi ad un trattamento chirurgico, non dimenticate di precisare al vostro medico che assumete questa terapia</li><li>• Consultate il vostro medico in caso di febbre o di infezione</li><li>• Disinfettate bene ogni ferita e evitate i trattamenti di pedicure troppo aggressivi</li><li>• Se dovete fare un vaccino, informate il vostro medico che siete trattate/i con metotressato</li></ul>
<b>Non esitate ad avvertire il vostro medico in caso di:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In caso di disturbi digestivi: nausea, vomito, bruciore di stomaco, diarrea</li><li>• Eruzioni cutanee e, in caso di comparsa simultanea di tosse, febbre e affanno, interrompete immediatamente il vostro trattamento e consultate il vostro medico d'urgenza</li></ul>

## FARMACI ANTI-TNF-ALFA

<b>Via di somministrazione</b>	Sottocutanea per etanercept e adalimumab; endovenosa per infliximab
<b>Posologia abituale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etanercept: 50 mg una volta a settimana</li> <li>• Infliximab: 5 mg/kg per infusione-infusione iniziale, poi alle settimane 2 e 6 dalla 1ª infusione, poi ogni 8 settimane</li> <li>• Adalimumab: 40 mg ogni 14 giorni</li> </ul>
<b>Ritardo nell'inizio dell'azione</b>	2 settimane
<b>Durata del trattamento necessario per un giudizio definitivo sull'efficacia</b>	Da 12 a 16 settimane
<b>Informazioni particolari:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infliximab e adalimumab vengono abitualmente somministrati in associazione con metotressato o leflunomide</li> <li>• Togliere etanercept dal frigorifero 30 minuti prima dell'iniezione e cambiare il sito d'iniezione</li> <li>• È necessario prima di tutto escludere ogni problema infettivo, in particolare una pregressa tubercolosi che potrebbe riattivarsi durante la terapia. È necessario quindi fare in modo sistematico almeno una radiografia del torace e una intradermoreazione alla tubercolina (iniezione sull'avambraccio da leggere 72 ore dopo)</li> <li>• Controindicati in caso di cancro o sclerosi a placche</li> <li>• Vogliate fare una valida contraccezione durante la terapia: in caso desideriate una gravidanza interrompete il trattamento parecchi mesi prima del concepimento (sia che siate una donna sia che siate un uomo)</li> <li>• Prima di un intervento chirurgico avvisate il vostro medico in modo da interrompere il trattamento</li> <li>• Informate il reumatologo di ogni vaccino che dovete fare</li> </ul>
<b>Non esitate ad avvertire il vostro medico in caso di:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergia (orticaria, prurito, viso gonfio)</li> <li>• Febbre: in caso di febbre non fate l'iniezione e avvisate il vostro medico</li> <li>• Dolori muscolari</li> </ul>

## ALLEGATO X

**GLI ACIDI GRASSI\******Principali fonti alimentari di acidi grassi omega 6***

- Olio di girasole e di vinaccioli
- Olio di noce e di mais
- Olio di soia
- Olio di arachidi e di colza
- Olio di palma
- Olio di oliva
- Olio di enotera
- Olio di borragine<sup>1</sup>
- Olio di primula<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abitualmente questi oli non si trovano nell'alimentazione.

***Principali fonti alimentari di acidi grassi omega 3***

- I pesci grassi: salmone, sarda, sgombro, aringa, ippoglosso, ecc.
- Certi oli vegetali: olio di colza, di soia, di noce

\* Tuttavia, la varietà degli oli assicurerà l'equilibrio necessario all'organismo, perché essi sono complementari.

Esempi di associazioni possibili: oliva e noce, soia e oliva, mais e colza, girasole e colza ...

In commercio esistono anche degli oli misti.

## ALCUNE RICETTE IPERCALORICHE (QUANTITÀ MEDIE CALCOLATE PER 2 PERSONE)



### *Pasta al Basilico*

Cuocere la pasta. In una piccola casseruola fare fondere una noce di burro, aggiungere due cucchiaini colmi di panna fresca, erbe aromatiche (fresche o seccate) e del formaggio parmigiano grattugiato. Prima di servire (a fuoco spento), aggiungere un rosso d'uovo fresco sbattuto con un poco di latte e mescolare questa salsa con la pasta e servire.

### *Pasta alla bolognese*

Far rosolare della carne macinata fresca o surgelata (quantità almeno 100 g) in olio extravergine d'oliva o burro insieme a mezza cipolla. Aggiungere un barattolo (250 g) di pomodori pelati a pezzi, delle foglie di timo, alloro, sale e pepe. Lasciar cuocere a fuoco lento per 30 minuti. Condire con il sugo così preparato la pasta precedentemente cotta e aggiungere del parmigiano a piacere.



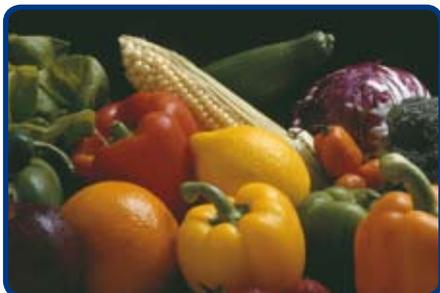
### *Pasta alla carbonara*

Far rosolare 100 g di pancetta affumicata o normale (a piacere) con una noce di burro e condire la pasta precedentemente cotta aggiungendo a crudo un rosso d'uovo fresco sbattuto con della panna fresca e con del formaggio parmigiano o gruviera grattugiato.

### *Riso cantonese*

Nel riso cotto a parte aggiungere dei funghi champignon, un cucchiaino di piselli, 100 g di prosciutto cotto tagliato a dadini o di pollo lessato o saltato in padella a parte. Preparare 3 piccole omelette con due uova e tagliarle a striscioline ed aggingerle al riso.





### **Flan di verdure**

Mettere le verdure (piselli, patate, carote tagliate a dadini e ben sgocciolate) in una pirofila imburrata. Mescolare insieme della panna fresca (2 cucchiari da minestra), 2 uova intere, 150 cl di latte, noce moscata, sale, pepe. Cospargere le verdure con questa miscela e infine ricoprire con uno strato di formaggio gruviera (o parmigiano) grattugiato. Tenere in forno per 30 minuti circa a temperatura medio alta.

### **Soufflè**

Preparare una besciamella (1/4 l di latte intero, 50 g di farina, 35 g di burro, sale, pepe, noce moscata) ed aggiungervi a freddo due rossi d'uovo, del formaggio groviera grattugiato ed un altro ingrediente a vostra scelta (ad esempio: fegatini di pollo, prosciutto cotto tritato, spinaci tritati, tonno al naturale, salmone, gamberetti tritati, ecc.). Montare i chiari d'uovo a neve molto ferma ed incorporare delicatamente al composto. Versare il composto in uno stampo da soufflè imburrato e far cuocere 30 minuti a temperatura moderata.



### **Latte di gallina**

**Latte intero:** 300 ml  
**Polvere di latte scremato:** 30 g (3 cucchiari da minestra)  
**Rosso d'uovo:** 1  
**Zucchero:** 20/40 g secondo i vostri gusti  
**Aromi:** caffè, cioccolato, vaniglia, buccia d'arancia o limone, mele a pezzettini, frutta candita ...  
 Sciogliere la polvere di latte in latte intero; aggiungere il rosso d'uovo, lo zucchero e gli aromi. Sbattere bene oppure frullare al mixer.

### **Frappè**

**Latte intero:** 200/300 ml  
**Latte scremato in polvere:** 3 cucchiari da minestra  
**Frutta:** 1 banana o 150 g di fragole o altra frutta a piacere.  
 Frullare tutti gli ingredienti nel mixer e bere freddo.



**Flan alla noce di cocco (per 6 persone)**

Latte concentrato zuccherato: 1 scatola di circa 400 g  
 Latte intero 400 g  
 Uova intere: 3  
 Noce di cocco: 100 g

Sbattere in una terrina il latte concentrato il latte intero e i rossi d'uovo. Aggiungere la noce di cocco grattugiata (o disidratata). Montare i chiari delle uova a neve e incorporarli al composto. Mettere in una pirofila imburrata e far cuocere nel forno a bagno maria per 45 minuti (temperatura moderata).

**Semolino al latte**

Latte intero: 1/2 l  
 Semolino: 50 g  
 Zucchero: 50 g  
 Burro: 20 g o 1 cucchiaio da minestra di panna fresca  
 Uova: 2

Versare a pioggia il semolino nel latte portato ad ebollizione. Cuocere per 20 minuti mescolando sempre. Aggiungere lo zucchero, il burro (o la panna) e i rossi d'uovo nel semolino cotto.

**Uova al latte al caramello (per 6 persone)**

Latte intero: 1 l  
 Latte scremato in polvere: 100 g  
 Zucchero: 80 g  
 Uova: 6

Aromi: caramello, vaniglia oppure buccia d'arancia o limone grattugiata (a scelta)  
 Far caramellare con lo zucchero una pirofila. Mescolare bene gli altri ingredienti. Far cuocere a bagno maria in forno (temperatura moderata).



ALLEGATO XII

## LE PRINCIPALI ASSOCIAZIONI ITALIANE IN SUPPORTO AI PAZIENTI



### Associazione Nazionale Malati Reumatici - ONLUS (ANMAR)

Presidente: Antonella Celano • cell. 327 8153762

Vice Presidenti: Ivo Picciau, Gabriella Voltan

Responsabile Gruppo Spondilite Anchilosante: Ivo Picciau • cell. 327 8153862

info@anmar-italia.it

www.anmar-italia.it

### Associazione Italiana Spondiloartriti (AISpA)

Presidente: Giuseppe Oranges

Vice Presidente e Tesoriere: Gino Ferioli

*Sede nazionale*

Via E. Sirani 3/2, 40129 Bologna

Tel./Fax 051 371141

contatti@aispaitalia.it

www.aispaitalia.it

## ELENCO ASSOCIAZIONI REGIONALI ANMAR

### **ABRUZZO**

#### **Associazione Abruzzese Malati Reumatici (AAMAR)**

Presidente: Fausta Trovarelli

*Sede dell'Associazione:*

c/o Ospedale Civile, Divisione di Reumatologia

Via Paolini 47, 65100 Pescara

Tel. 085 4252840 • 085 4252447

stcnico@libero.it

### **CALABRIA**

#### **Associazione Calabria Malati Reumatici (ACMAR)**

Presidente: Marilena Licandro

Via Itria 27, 89132 Reggio Calabria

Cell. 339 1077453

licandro6@interfree.it

### **CAMPANIA**

#### **Associazione Campana Malati Reumatici (ACMaR)**

Presidente: Pietro Catera • Tel. 081 7410957 • cell. 338 9456569

*Sede dell'Associazione:*

c/o Istituto Reumatologia Federico II

Via Pansini 5, 80131 Napoli

Tel. 081 7462126

donatellocatera@alice.it

### **EMILIA ROMAGNA**

#### **Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna (AMRER)**

Presidente: Guerrina Filippi

*Sede dell'Associazione:* (con apertura il lunedì dalle 14 alle 17 e il giovedì dalle 9 alle 12)

Via San Carlo 44/2, 40121 Bologna

Tel./Fax 051 249045 • Cell. 335 6223895

ass.amrer@alice.it

www.amrer.it

### **FRIULI VENEZIA GIULIA**

#### **Associazione Malati Reumatici Friuli Venezia Giulia (AMARe)**

Presidente: Marinella Monte • cell. 331 2564312, 327 • 8142476 (ANMAR)

*Sede dell'Associazione:*

Centro Polifunzionale "Micesio"

Via Micesio 31, 33100 Udine

Tel. 0432 501182

info@malatireumaticifvg.org

www.malatireumaticifvg.org

## **MOLISE**

### **Associazione Molisana Malati Reumatici (AMOMAR)**

Presidente: Geo Gioiosa • cell. 339 2021826 • geogioiosa@virgilio.it

*Sede dell'Associazione:*

c/o Servizio di Reumatologia

Ospedale S. Francesco Caracciolo

Viale Marconi 20, 86081 Agnone (IS)

Tel. 0865 7221 (int. 470) • Fax 0865 722395

## **PIEMONTE**

### **Associazione Piemontese Malati Reumatici (APIMaR)**

Presidente: Gigi Pastorello • cell. 329 2317481

*Sede dell'Associazione:*

Via Bertola 9, 13895 Muzzano (VC)

Cell. 329 4787443

www.apimar.it

luigi@studiopastorello.bi.it

## **PUGLIA**

### **Associazione Pugliese Malati Reumatici (APMAR ONLUS)**

Presidente: Antonella Celano • cell. 339 3227227 • a.celano@apmar.it

Cell. 327 8153762 (ANMAR) • celano@anmar-italia.it

*Sede dell'Associazione:*

Via Forlanini 26, 73100 Lecce

Tel./Fax 0832 520165

*Sede legale:*

c/o U.O. di Reumatologia

P.O. "A. Galateo", San Cesario di Lecce (LE)

info@apmar.it • presidenza@apmar.it

www.apmar.it

## **SARDEGNA**

### **Associazione Sarda Malati Reumatici (ASMAR)**

Presidente: Ivo Picciau

*Sede dell'Associazione:*

Via M. Sabotino 9, 09122 Cagliari

Tel./Fax 070 273096

*Sede legale:*

Via Giulio Cesare 59, 09028 Sestu (Cagliari)

Tel./Fax 070 262446 (associazione)

info@reumaonline.it

www.reumaonline.it

## **MOLISE**

### **Associazione Molisana Malati Reumatici (AMOMAR)**

Presidente: Geo Gioiosa • cell. 339 2021826 • geogioiosa@virgilio.it

*Sede dell'Associazione:*

c/o Servizio di Reumatologia

Ospedale S. Francesco Caracciolo

Viale Marconi 20, 86081 Agnone (IS)

Tel. 0865 7221 (int. 470) • Fax 0865 722395

## **PIEMONTE**

### **Associazione Piemontese Malati Reumatici (APIMaR)**

Presidente: Gigi Pastorello • cell. 329 2317481

*Sede dell'Associazione:*

Via Bertola 9, 13895 Muzzano (VC)

Cell. 329 4787443

www.apimar.it

luigi@consulenzapastorello.it

## **PUGLIA**

### **Associazione Pugliese Malati Reumatici (APMAR ONLUS)**

Presidente: Antonella Celano • cell. 339 3227227 • a.celano@apmar.it

Cell. 327 8153762 (ANMAR) • celano@anmar-italia.it

*Sede dell'Associazione:*

Via Forlanini 26, 73100 Lecce

Tel./Fax 0832 520165

*Sede legale:*

c/o U.O. di Reumatologia

P.O. "A. Galateo", San Cesario di Lecce (LE)

info@apmar.it • presidenza@apmar.it

www.apmar.it

## **SARDEGNA**

### **Associazione Sarda Malati Reumatici (ASMAR)**

Presidente: Ivo Picciau

*Sede dell'Associazione:*

Via M. Sabotino 9, 09122 Cagliari

Tel./Fax 070 273096

*Sede legale:*

Via Giulio Cesare 59, 09028 Sestu (Cagliari)

Tel./Fax 070 262446 (associazione)

info@reumaonline.it

www.reumaonline.it

## **SICILIA**

### **Associazione Siciliana Malati Reumatici (ASIMaR)**

Presidente: Luigi Bruno • 339 8002539

*Sede dell'Associazione:*

Via San Cusumano 4a, 91016 Erice (Trapani)

Tel. 0923 566312 (casa)

luibruno@gmail.com

## **TRENTINO**

### **Associazione Trentina Malati Reumatici (ATMAR)**

Presidente: Annamaria Marchionne

*Sede dell'Associazione:*

Largo Nazario Sauro 11, 38100 Trento

Cell. 348 3268464 • 331 6086119

atmar@reumaticitrentino.it

www.reumaticitrentino.it

## **UMBRIA**

### **Associazione Umbra Malati Reumatici (AMAR Umbria)**

Presidente: Alessandra Verducci • cell. 347 1372272

*Sede legale:*

Via Giovanni Papini 35, 06081 Assisi

Tel. 075/816894 (segretaria)

amarumbria@libero.it

## **VALLE D'AOSTA**

### **Associazione Valle D'Aosta Malati Reumatici (AVMAR)**

Presidente: Lidia Incutti • cell. 339 4516599

c/o studio Romano, Incutti

Via Repubblica 27, 13900 Biella

lidia@studioromanoeincutti.191.it

## **VENETO**

### **Associazione Malati Reumatici del Veneto (AMaRV)**

Presidente: Gabriella Voltan • cell. 339 1958517 • 327 8142398

*Sede dell'Associazione:*

Piazzale S. Lorenzo Giustiniani 6, 30174 Mestre (VE)

Tel. 041 5040987 (Associazione)

amarv@libero.it

www.amarv.it

## LE PRINCIPALI ASSOCIAZIONI STRANIERE IN SUPPORTO AI PAZIENTI

### **ASSOCIAZIONI DI MALATI IN FRANCIA**

#### **AFS: ASSOCIATION FRANCAISE DES SPONDYLARTHRIQUES**

CHU de Rennes-Hôpital Sud, Service de Rhumatologie  
16 Boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes Cedex 2  
Tel. 0299647384 • Fax 0299647836  
pres-afs@ujf-grenoble.fr  
www.afs.fr.st  
Presidente: Martine Roch

#### **SPONDYLIS (ex- ACSAC Ile-de-France)**

Hôpital Henri Mondor, Service de Rhumatologie  
51 Avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny, 94000 Créteil  
Tel./Fax 0149819701  
laurence.carton@libertysurf.fr  
www.spondylis.org  
Presidente: Laurence Carton

#### **ALUSSA: ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ET LES SPONDYLARTHROPATHIES ASSOCIÉES**

La Maison des associations BL 325  
93 La Canebière, 13001 Marseille Cedex  
Tel. 0491405448 • Fax 0491403004  
b.stenger@tiscali.fr  
Presidente: Blaga Stenger

#### **ACSAC Côte d'Azur**

Espace Associations  
12ter Place Garibaldi, 06300 Nice  
Tel. 0820066350  
info@acsac.fr  
www.acsac.fr  
Presidente: Franck Gérald

### **Association regroupant les affections des os et des articulations**

#### **AFLAR: ASSOCIATION FRANCAISE DE LUTTE ANTI-RHUMATISMALE**

2, rue Bourgon, 75013 Paris  
Tel. 0145803000 • Fax 0145803031  
aflar@wanadoo.fr  
www.aflar.org  
Presidente: PrLiana EULLER-ZIEGLER

## **ASSOCIAZIONI DI MALATI DI SPONDILOATROPATIE NEL MONDO**

### **FEDERAZIONE INTERNAZIONALE SPONDILOARTRITE**

c/o Jon ERLENDSSON  
Groenningen 10, DK-8700 Horsens, Denmark  
jon.erlendsson@stofanet  
www.asif-rheumanet.org

#### **Comitato esecutivo**

Presidente: Jon Erlendsson  
Groenningen 10, DK-8700 Horsens, Denmark,  
Tel. +4579274547 • Fax +4579274486  
jon.erlendsson@stofanet.dk

Vice-presidente e webmaster: Ernst Feldtkeller  
Michaeliburgstr. 15, D-81671 München, Germany  
Tel. +49-89493376 • Fax +49-8949003836  
E.Feldtkeller@t-online.de

Segretaria: Ken Mulholland  
31 Reidmount Ave., Toronto, Ontario, Canada, M1S 1B5,  
Tel./Fax +14162914826  
kmulhol@rogers.com

Treasurer: Torben Jorgensen  
Hjortogade 1, 4.tv., DK-2100 Kobenhavn O Denmark  
Tel. +4539209380  
fog-jorgensen@mail.dk

#### **Membri aggiunti**

Martine Roch, CHU de Rennes  
Hôpital-Sud – Service de Rhumatologie,  
16, Boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes Cedex 2, France  
Tel./Fax 02 99647836  
martine.roch@wanadoo.fr

Coby Otter  
Ijsboslaan 28, B-1701 Dilbeek, Belgium  
Tel./Fax +32-2306 05 99  
coby.otter@pandora.be

Seoirse Smith  
6 Falcarragh Road, Gaeltacht Park, Whitehall, Dublin 9, Ireland  
Tel. +353-18376614  
asai@oceanfree.net

## ALTRE ASSOCIAZIONI

### AUSTRALIA

#### **Ankylosing Spondylitis Group of New South Wales**

P.O. Box R1050, Royal Exchange, New South Wales 1225, Australia  
Tel. +61-293286762  
denisemckeon@bigpond.com  
Presidente: Denise McKeon, Sydney  
Tel. +61-293281384

#### **Ankylosing Spondylitis Group of Queensland**

P.O. Box 7366, East Brisbane, Queensland 4169, Australia  
Tel. +61-733914689  
queensland@asaustralia.org  
www.asaaustralia.org  
Presidente: M. John Ebert

#### **Ankylosing Spondylitis Group of Tasmania, 16 Somerdale Road - Claremont, TAS 7011**

Alicia Groves  
Tel. 0362278987  
mlimbric@tassie.net.au  
Presidente: M. Murray Limbrick

### AUSTRIA

#### **Österreichische Vereinigung Morbus Bechterew (ÖVMB)**

Obere Augartenstr. 26-28 A-1020 Wien  
Tel. +43-13322810 • Fax +43-13322810  
office@bechterew.at  
www.bechterew.at  
Presidente: Thomas-Jan Waller

### BELGIO

#### **Vlaamse Vereniging voor Bechterew-patiënten v.z.w. (VVB)**

c/o Leopold Bogaert  
Pinksterbloemhof 16, B-8300 Knokke-Heist  
Tel. +3250512830  
vblledenadministratie@scarlet.be  
www.vvb.rheumanet.org  
<http://forums.delphiforums.com/bechte-rew/start>

### CANADA

#### **Ankylosing Spondylitis Association of British Columbia (ASABC)**

c/o Anne Riddick,  
15273 24<sup>th</sup> Avenue # 3, Surrey, B.C. V4A 2H9 Canada  
a-griddick@uniserve.com

### **Manitoba Ankylosing Spondylitis Association**

105-386 Broadway, Winnipeg, Manitoba, R3C 3R6 Canada  
Tel. +1-204256-5320 • Fax +1-2049424894  
Presidente: M. Lon Brandon, Winnipeg

### **Ontario Spondylitis Association (OSA)**

393 University Avenue, Suite 1700, Toronto, Ontario, M5G 1E6 Canada  
Tel. +14169797228 • Fax +14169798366  
info@spondylitis.ca  
www.spondylitis  
Presidente: Ken Mulholland, Toronto

### **CROAZIA**

#### **Hrvatsko dructvo za ankilosantni spondilitis**

Vinogradska c. 29, HR-1000 Zagreb  
Tel. +385-013787248 • Fax +385-01 3769067  
Presidente: Tomislav Nemcic, Zagreb

### **DANIMARCA**

#### **Gigfforeningen for Morbus Bechterew**

Torben Jorgensen, Chairman  
Hjortogade 1, 4.tv., DK - 2100 Kobenhavn O  
Tel. +4539209380  
torben@bechterew.dk  
www.bechterew.dk

### **SPAGNA**

#### **Coordinadora Espanola de Espondilitis anquilosante**

c/o Ana Maria Martin Perez  
Avda. Instituto Obrero de Valencia, 18-3, E-46013 Valencia  
Tel. +34620111779 • Fax +34963730739 (Indicate "To AVAES")  
avaespondylitis@yahoo.es (VAES in Valencia)

### **STATI UNITI**

#### **Spondylitis Association of America (SAA)**

P.O. Box 5872, Sherman Oaks, CA 91413, USA  
Tel. +1-818981-1616 • Fax +1-818981-9826  
info@spondylitis.org  
www.spondylitis.org  
Presidente: Tom West

### **FRANCIA**

#### **Association Française des Spondylarthritiques (AFS)**

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Hôpital sud, Service de Rhumatologie 16,  
Boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes Cedex 2  
Tel./Fax +33299647384  
afs@fr.st  
www.afs.fr.st  
Presidente: Martine Roch

## **GRAN BRETAGNA**

### **The National Ankylosing Spondylitis Society (NASS)**

P.O. Box 179, Mayfield, East Sussex TN20 6ZL

Tel. +44-1435873527 • Fax +44-1435873027

nass@nass.co.uk

www.nass.co.uk

## **UNGHERIA**

### **Meosz Bechterew section**

c/o Majtényi Sándor

Zrinyi utca 109, H-1196 Budapest

Tel. +36-13581274 • Fax +36-12803830

homas-majtenyi@hu.inter.net

## **IRAN**

### **Iran Ankylosing Spondylitis Society**

Teheran, No. 25 South Villa St.

Tel. +98-218920989 or 8920990 • Fax +98-218920989

af\_iass@yahoo.com

www.iran-as.com

Presidente: Farzaneh Fattahi

## **IRLANDA**

### **Ankylosing Spondylitis Association of Ireland (ASAI)**

Carmichael House, North Brunswick Street, Dublin 7

Tel. +353-18376614

info@ankylosing-spondylitis.ie

www.ankylosing-spondylitis.ie/

Presidente: M. Hugh Cassidy, Dublino

## **GERMANIA**

### **Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB)**

Metzgergasse 16, D-97421 Schweinfurt

Tel +49-972122033 • Fax +49-972122955

dvmb@bechterew.de

www.bechterew.de

## **GIAPPONE**

### **Japan Ankylosing Spondylitis Club (JASC)**

c/o Inoue Hisashi

1-11-5, Shinkawa Mitaka-shi, Tokyo, 181-0004

Tel. +81-42245-7985 • Fax +81-42249-6817

fwif1005@mb.infoweb.ne.jp

## **NORVEGIA**

### **Norsk Revmatikerforbund (NRF)/BEKHTEREV**

Postboks 2653 Solli, N-0203 OSLO  
Tel. +47225476 00 • Fax +4722431251  
post@revmatiker.no  
www.revmatiker.no

## **PAESI BASSI**

### **Reumapatiëntenbond**

Postbus 1370, 3800 BJ Amersfoort  
Tel. +31-33616364 • Fax +31-33651200  
info@reumabond.nl  
www.reumabond.nl  
Presidente: L.O. Zandkamp

## **PORTOGALLO**

### **Associação Nacional da Espondilite Anquilosante (ANEA)**

Rua Francisco Ribeiro, no 57, Alcoitao, P-2645-094, Alcabideche, Portugal  
Apartado 69, P-2646-901 Alcabideche, Portugal  
Tel. +351-214603780 • Fax +351-214603788  
info@anea-sede.rcts.pt  
www.anea-sede.rcts.pt  
Presidente: Pedro Paulo Branco Ramires, Ferreira Nobre

## **REPUBBLICA CECA**

### **Klub Bechtic revikc**

c/o Revmatologické ústav  
Na Slupi 4, 128 50 Praha 2  
Tel. +420323661794 • Fax +420323661792  
klub.bechterevik@seznam.cz  
www.sweb.cz/klub.bechterevik

## **SINGAPORE**

### **Singapore Ankylosing Spondylitis Club (SASC)**

c/o National Arthritis Foundation  
10 Hoe Chiang Road, Keppel Towers #10-05, Singapore 089315  
Tel. +656227-9726 • Fax +6562202116  
info@arthritis.org.sg  
www.arthritis.org.sg

## **SLOVENIA**

### **Društvo za ankilozirajocispondilitis Slovenije (DASS)**

c/o Marjan Hudomalj (Presidente)  
Parmova 53, SI-1113 Ljubljana  
Tel. +386-1436 22 80 • Fax +386-1236 24 57  
dass@siol.net

**SVIZZERA****Société suisse de la spondylarthrite ankylosante (SSSA)**

Röntgenstr. 22, CH-8005 Zürich  
Tel. +41-12727866 • Fax +41-12727875  
mail@bechterew.ch  
www.bechterew.ch

**TAIWAN****Ankylosing Spondylitis Caring Society of R.O.C.**

c/o James C. Wei (Presidente)  
Chung Shan Medical University Taichung  
Taiwan. 110, sec. 1, Chien Kuo N. Road, Taichung 402, Taiwan  
wei3228@ms3.hinet.net  
www.ascare.org.tw

**TURCHIA****Ankilosan Spondilit Hasta Derneci (ASHAD)**

PK: 90 Bornova, 35040 Izmir, Turkey  
Tel +90-5448387869 • Fax +90-2323755044  
ashad@ashad.org  
www.ashad.org  
Presidente: Tuncay Duruöz

**UCRAINA****Society of sufferers with Ankylosing Spondylitis**

c/o Osirskij Viktor Dmitrijewitsch  
Vul. Gagarina 13/8, Solotonosha, Ukraine 19700  
Fax +380-4752172

## **ALTRE ASSOCIAZIONI UTILI**

### **KOURIR (Association regroupant les parents d'enfants atteints d'arthrite chronique juvénile)**

7 rue des Chauffourniers, 75019 Paris  
Tel./Fax 0142004043  
kourir@wanadoo.fr  
www.kourir.org  
Presidente: Xavier de Thore

### **APF (Association des Paralysés de France)**

17 Boulevard Auguste Blanqui, 75013 Paris  
Tel. 014078690 • Fax 0145894057  
www.apf.asso.fr

### **FNATH (Association des accidentés de la vie)**

47, rue des Alliés, 42030 Saint-Étienne Cedex 2  
Tel. 0477494242 • Fax 0477494248  
communication@fnath.com  
www.fnath.org

### **AGEFIPH (Association Nationale apportant conseils et aide aux personnes et aux entreprises pour favoriser l'accès ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées)**

192 rue Aristide Briand, 92220 Bagneux  
Tel. 0146110011/0012  
www.agefiph.asso.fr