

Progetto di Formazione Sul Campo

La gestione del paziente con Artrite Reumatoide e Spondiloartropatie: Esperienze cliniche real life a confronto

Hotel Piccolo Castello****

Monteriggioni (SI), 11 Settembre 2026

Programma Scientifico

- 10.00 Welcome coffee
- 10.15 Presentazione e obiettivi del Corso
Bruno Frediani, Serena Guiducci
- 10.30 **Dall'oral surveillance alla Real Life: JAK inibitori, come, quando e perché**
Introduce: *Maurizio Benucci*
- Discussants: *Massimiliano Cazzato, Andrea Delle Sedie, Valentina Di Sabatino, Caterina Baldi, Stefano Gentileschi, Bruno Frediani, Carlotta Nannini, Emanuele Cassarà, Maurizio Benucci, Gabriele Simonini, Serena Guiducci, Emanuele Bozzalla Cassone, Anna Panaccione, Riccardo Terenzi*
- 11.15 **Presentazione e discussione casi clinici in Real Life nel paziente con AR (artrite reumatoide)**
Massimiliano Cazzato, Andrea Delle Sedie, Valentina Di Sabatino, Caterina Baldi, Stefano Gentileschi, Bruno Frediani, Carlotta Nannini, Emanuele Cassarà, Maurizio Benucci, Gabriele Simonini, Serena Guiducci, Emanuele Bozzalla Cassone, Anna Panaccione, Riccardo Terenzi
- 13.30 **Pausa lavori**
- 14.30 **Presentazione e discussione casi clinici Real Life nel paziente in SpA (Spondiloartropatie)**
Massimiliano Cazzato, Andrea Delle Sedie, Valentina Di Sabatino, Caterina Baldi, Stefano Gentileschi, Bruno Frediani, Carlotta Nannini, Emanuele Cassarà, Maurizio Benucci, Gabriele Simonini, Serena Guiducci, Emanuele Bozzalla Cassone, Anna Panaccione, Riccardo Terenzi
- 16.30 **Tavola rotonda conclusiva sui temi trattati**
Massimiliano Cazzato, Andrea Delle Sedie, Valentina Di Sabatino, Caterina Baldi, Stefano Gentileschi, Bruno Frediani, Carlotta Nannini, Emanuele Cassarà, Maurizio Benucci, Gabriele Simonini, Serena Guiducci, Emanuele Bozzalla Cassone, Anna Panaccione, Riccardo Terenzi
- 17.30 **Verifica questionario di apprendimento ECM e Fine lavori**
Bruno Frediani, Serena Guiducci

Progetto di Formazione Sul Campo

La gestione del paziente con Artrite Reumatoide e Spondiloartropatie: Esperienze cliniche real life a confronto

Hotel Piccolo Castello****

Monteriggioni (SI), 11 Settembre 2026

Razionale

L'artrite reumatoide (AR) e le spondiloartropatie sono malattie infiammatorie croniche autoimmuni che colpiscono in maniera elettiva le articolazioni. Sono presenti in tutto il mondo e a tutte le latitudini. La loro prevalenza (numero di casi di artrite reumatoide e spondiloartropatie nella popolazione generale) è di circa l'1%; In Italia la prevalenza è di un malato ogni 250 abitanti. Vi sono quindi circa 400.000 malati nel nostro paese. Tra le malattie osteoarticolari l'artrite reumatoide rappresenta la malattia più severa in termini di danno strutturale delle articolazioni, di danno osseo secondario, di complicanze extra-articolari, di comorbidità associate e di rischio di mortalità. I farmaci attualmente a disposizione per la cura dell'artrite reumatoide e delle spondiloartropatie hanno migliorato la prognosi delle malattie. La terapia, se instaurata precocemente, a poco tempo dall'esordio dei primi sintomi, è in grado di modificare la storia naturale della malattia ed evitare che si instaurino danni articolari irreversibili. È quindi fondamentale per il buon esito della terapia, che il paziente con sintomi suggestivi di artrite reumatoide (dolore e gonfiore di almeno 3 articolazioni da più di 6 settimane, in particolare a piccole articolazioni di mani e piedi, e rigidità al risveglio superiore a 30 minuti) o spondiloartropatie, venga indirizzato tempestivamente allo specialista reumatologo per effettuare diagnosi ed iniziare la terapia quanto più precocemente possibile.

Le differenze principali risiedono nelle modalità di coinvolgimento articolare e nelle strategie di management, mentre le somiglianze riguardano l'importanza di diagnosi precoce e di un approccio multidisciplinare. La gestione in contesti real-life evidenzia spesso sfide come la variabilità delle risposte terapeutiche, la presenza di comorbidità e problemi di aderenza alle terapie.

L'obiettivo del corso è quello di fornire un aggiornamento sulle ultime novità in materia di gestione diagnostico- terapeutica di queste malattie. La gestione efficace di AR e SpA in ambito clinico quotidiano richiede un approccio integrato, personalizzato e basato su evidenze, con attenzione alle esigenze del paziente. L'esperienza clinica reale sottolinea l'importanza di un monitoraggio continuo e di strategie di comunicazione efficaci per migliorare gli outcome a lungo termine.

NOME E ID. DEL PROVIDER: Realtime Meeting Srl nr. Provider Standard 477

SEDE DELL' EVENTO: - Hotel Piccolo Castello **** Strada Provinciale Colligiana, 8, 53035 Monteriggioni (SI)

OBIETTIVO FORMATIVO: Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE: Formazione sul Campo, gruppi di miglioramento

TOTALE ORE FORMATIVE: 6 ore

CREDITI FORMATIVI ECM: 6

DESTINATARI DELL'OFFERTA FORMATIVA:

Nr. 11 Medici Chirurghi, specializzati in Reumatologia e Medicina Interna

Responsabili Scientifici:

Bruno Frediani

Professore Ordinario di Reumatologia
Università degli Studi di Siena

Serena Guiducci

Professore Associato di Reumatologia
Università degli Studi di Firenze

Tutor:

Maurizio Benucci

Direttore SOS Reumatologia
Ospedale S. Giovanni di Dio Firenze

Bruno Frediani

Professore Ordinario di Reumatologia
Università degli Studi di Siena

Serena Guiducci

Professore Associato di Reumatologia
Università degli Studi di Firenze

Gruppo di lavoro:

1. **Caterina Baldi**
Dirigente Medico U.O.C. Reumatologia
Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena
2. **Emanuele Bozzalla Cassione**
Medico S.O.D. di Reumatologia
A.O.U. Careggi, Firenze
3. **Emanuele Cassarà**
Dirigente Medico S.O.S. Reumatologia
Ospedale S. Giovanni di Dio Firenze
4. **Massimiliano Cazzato**
Medico U.O. Reumatologia
Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
5. **Andrea Delle Sedie**
Medico U.O. Reumatologia AOU Pisana
6. **Valentina Di Sabatino**

Medico Reumatologo U.O. Reumatologia
ASL Sud Est Provincia di Grosseto

7. **Stefano Gentileschi**
UOC Reumatologia Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena
8. **Carlotta Nannini**
Dirigente Medico U.O. Medicina II-Reumatologia
Ospedale Santo Stefano, Prato
9. **Anna Panaccione**
Dirigente Medico S.C. Clinica Medica Generale e Terapia Medica
A.O. Santa Maria, Terni
10. **Gabriele Simonini**
Responsabile SOS REUMATOLOGIA PEDIATRICA, AOU MEYER-IRCCS, Firenze
11. **Riccardo Terenzi**
Medico U.O. Reumatologia AOU Pisana

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Caterina Baldi	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena	Dirigente Medico U.O.C. Reumatologia Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena
Emanuele Bozzalla Cassione	Medico Chirurgo	Reumatologia	A.O.U. Careggi, Firenze	Medico S.O.D. di Reumatologia A.O.U. Careggi, Firenze
Emanuele Cassarà	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale S. Giovanni di Dio Firenze	Dirigente Medico S.O.S. Reumatologia Ospedale S. Giovanni di Dio Firenze
Massimiliano Cazzato	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana	Medico U.O. Reumatologia Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Andrea Delle Sedie	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana	Medico U.O. Reumatologia AOU Pisana
Valentina Di Sabatino	Medico Chirurgo	Reumatologia	ASL Sud Est Provincia di Grosseto	Medico Reumatologo U.O. Reumatologia ASL Sud Est Provincia di Grosseto
Stefano Gentileschi	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena	Dirigente Medico U.O.C. Reumatologia Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena
Carlotta Nannini	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale Santo Stefano, Prato	Dirigente Medico U.O. Medicina II-Reumatologia Ospedale Santo Stefano, Prato
Anna Panaccione	Medico Chirurgo	Reumatologia	A.O. Santa Maria, Terni	Dirigente Medico S.C. Clinica Medica Generale e Terapia Medica A.O. Santa Maria, Terni
Gabriele Simonini	Medico Chirurgo	Reumatologia	AOU MEYER-IRCCS, Firenze	Responsabile SOS REUMATOLOGIA PEDIATRICA, AOU MEYER-IRCCS, Firenze
Riccardo Terenzi	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana	Medico U.O. Reumatologia AOU Pisana
Maurizio Benucci	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale S. Giovanni di Dio Firenze	Direttore SOS Reumatologia Ospedale S. Giovanni di Dio Firenze
Serena Guiducci	Medico Chirurgo	Reumatologia	Università degli Studi di Firenze	Professore Associato di Reumatologia Università degli Studi di Firenze

Bruno Frediani	Medico Chirurgo	Reumatologia	Università degli Studi di Siena	Professore Ordinario di Reumatologia Università degli Studi di Siena
-----------------------	--------------------	--------------	---------------------------------	--

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accredimento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

ABSTRACTS

Dall'oral surveillance alla Real Life: JAK inibitori, come, quando e perché

L'introduzione degli inibitori delle Janus chinasi (JAK) ha rappresentato una delle più importanti innovazioni terapeutiche nella gestione delle malattie reumatologiche infiammatorie croniche, tra cui artrite reumatoide, artrite psoriasica e spondiloartriti. Grazie alla loro somministrazione orale, al rapido onset d'azione e alla capacità di modulare simultaneamente molteplici vie citochiniche, i JAK inibitori hanno ampliato le opzioni disponibili per i pazienti che non raggiungono un adeguato controllo di malattia con le terapie convenzionali o biologiche. Negli ultimi anni, tuttavia, i risultati degli studi di sicurezza post-marketing e dei trial di sorveglianza hanno evidenziato la necessità di una più attenta stratificazione del rischio, in particolare per eventi cardiovascolari maggiori, tromboembolismo venoso e neoplasie in specifiche categorie di pazienti. Le conseguenti raccomandazioni delle agenzie regolatorie hanno ridefinito il processo decisionale clinico, promuovendo un approccio personalizzato basato sul profilo di rischio individuale. L'esperienza di Real Life ha fornito dati complementari a quelli degli studi registrativi, confermando l'efficacia dei JAK inibitori nella pratica clinica quotidiana e contribuendo a identificare i pazienti che possono trarre il massimo beneficio da queste terapie. La selezione appropriata del candidato, la valutazione delle comorbidità, il monitoraggio della sicurezza e la condivisione delle decisioni terapeutiche con il paziente rappresentano oggi elementi centrali nella gestione del trattamento.

Presentazione e discussione casi clinici in Real Life nel paziente con AR (artrite reumatoide)

La presentazione di casi clinici reali rappresenta uno strumento fondamentale per comprendere come le evidenze derivanti dagli studi clinici vengano applicate nella pratica quotidiana e per analizzare i processi decisionali che guidano la scelta terapeutica. Attraverso l'analisi di casi selezionati, verranno affrontate situazioni cliniche frequenti e complesse, quali il paziente con risposta inadeguata ai DMARD convenzionali, il fallimento di terapie biologiche multiple, la gestione delle comorbidità cardiovascolari e infettive, nonché il ruolo dei JAK inibitori e delle altre terapie innovative nei diversi scenari clinici.

DESCRIZIONE CASI CLINICI

CASO CLINICO 1 - Anamnesi e presentazione clinica

Donna di 58 anni, non fumatrice, con anamnesi di ipertensione arteriosa ben controllata e dislipidemia. Giunge all'osservazione reumatologica per comparsa, da circa sei mesi, di dolore e tumefazione articolare a carico delle articolazioni metacarpofalangee, interfalangee prossimali e dei polsi, associati a rigidità mattutina superiore a 90 minuti e progressiva limitazione funzionale.

Gli esami di laboratorio evidenziano aumento degli indici di flogosi (VES 52 mm/h, PCR 18 mg/L), positività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-CCP ad alto titolo. L'ecografia articolare documenta sinovite attiva bilaterale a livello delle mani e dei polsi con segnale Power Doppler positivo.

La paziente riceve diagnosi di artrite reumatoide sieropositiva ad elevata attività di malattia.

Percorso terapeutico

Viene avviata terapia con metotrexato 15 mg/settimana associato a glucocorticoidi a basso dosaggio. Dopo sei mesi, nonostante l'ottimizzazione del dosaggio del metotrexato fino a 25 mg/settimana, la paziente mantiene un'attività di malattia moderata (DAS28-CRP 4,5) con persistenza di dolore e tumefazione articolare.

Alla luce della risposta insufficiente e dopo rivalutazione delle comorbidità e dei fattori di rischio cardiovascolare, si procede a una terapia avanzata secondo strategia treat-to-target. Dopo discussione condivisa con la paziente, viene avviato un inibitore delle JAK.

Follow-up

Dopo tre mesi si osserva una rapida riduzione della sintomatologia dolorosa, normalizzazione degli indici infiammatori e miglioramento della funzionalità fisica. A sei mesi il DAS28-CRP risulta compatibile con remissione clinica, consentendo la sospensione della terapia corticosteroidica.

Non si registrano eventi avversi rilevanti durante il follow-up; il monitoraggio clinico e laboratoristico rimane regolare.

Messaggi chiave

- Importanza della diagnosi precoce e dell'avvio tempestivo della terapia.
- Necessità di rivalutare periodicamente l'attività di malattia secondo il principio treat-to-target.
- Centralità della personalizzazione terapeutica sulla base delle caratteristiche del paziente e delle comorbidità.
- Ruolo delle terapie avanzate nei pazienti con risposta inadeguata ai DMARD convenzionali.
- Valore dell'esperienza Real Life nell'orientare le scelte cliniche quotidiane.

CASO CLINICO 2 - artrite reumatoide sieropositiva con risposta inadeguata al trattamento convenzionale

Donna di 52 anni, impiegata, con anamnesi negativa per patologie autoimmuni e familiarità positiva per artrite reumatoide. Da circa 8 mesi riferisce dolore e tumefazione alle articolazioni delle mani e dei polsi, associati a rigidità mattutina della durata di oltre un'ora, astenia e progressiva riduzione delle attività quotidiane. All'esame obiettivo si rilevano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni metacarpofalangee e interfalangee prossimali bilateralmente, oltre a sinovite dei polsi.

Esami diagnostici

Gli esami ematochimici mostrano:

- VES: 48 mm/h
- PCR: 22 mg/L
- Fattore reumatoide: positivo ad alto titolo
- Anticorpi anti-CCP: positivi

L'ecografia articolare evidenzia sinovite attiva con segnale Power Doppler positivo a livello di polsi e articolazioni delle mani.

La paziente soddisfa i criteri classificativi per artrite reumatoide sieropositiva.

Primo approccio terapeutico

Viene avviata terapia con metotrexato 15 mg/settimana, progressivamente aumentato fino a 25 mg/settimana, associato a breve ciclo di glucocorticoidi a basso dosaggio.

Dopo sei mesi di trattamento, nonostante una buona aderenza terapeutica, la paziente presenta ancora attività di malattia moderata con persistenza di dolore articolare e limitazione funzionale. Il DAS28-CRP risulta pari a 4,3.

Decisione terapeutica

In considerazione della risposta insufficiente al DMARD convenzionale e dopo valutazione delle comorbidità e dei fattori di rischio cardiovascolare, si decide di intensificare il trattamento con una terapia mirata. La scelta viene condivisa con la paziente dopo discussione dei benefici attesi, delle modalità di somministrazione e degli aspetti di sicurezza.

Follow-up

A 3 mesi dall'introduzione della nuova terapia si osserva una significativa riduzione della sintomatologia dolorosa e della rigidità mattutina, con normalizzazione degli indici di flogosi.

A sei mesi la paziente raggiunge una condizione di bassa attività di malattia prossima alla remissione clinica (DAS28-CRP 2,4), con recupero della capacità lavorativa e miglioramento della qualità di vita.

Discussione

Questo caso evidenzia l'importanza di:

- riconoscere precocemente i segni di artrite infiammatoria;
- impostare una strategia treat-to-target;
- monitorare regolarmente l'attività di malattia;
- modificare tempestivamente il trattamento in caso di risposta inadeguata;
- personalizzare le scelte terapeutiche sulla base delle caratteristiche cliniche e del profilo di rischio del paziente.

L'esperienza Real Life conferma come un approccio strutturato e orientato al raggiungimento della remissione o della bassa attività di malattia consenta di migliorare significativamente gli esiti clinici e funzionali nei pazienti con artrite reumatoide.

CASO CLINICO 3 - gestione terapeutica di una paziente con artrite reumatoide, comorbidità cardiovascolari e fallimento multiplo di terapie avanzate

Donna di 67 anni con diagnosi di artrite reumatoide sieropositiva erosiva da oltre 15 anni. Comorbidità significative: ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, obesità (BMI 33 kg/m²), pregresso infarto miocardico trattato con angioplastica coronarica e dislipidemia in terapia farmacologica.

La paziente presenta inoltre osteoporosi post-menopausale e una storia di bronchiti ricorrenti.

Storia terapeutica

Nel corso della malattia la paziente è stata trattata con:

- Metotrexato fino a 25 mg/settimana;
- Leflunomide;
- Anti-TNF in successione (interrotti per inefficacia secondaria);
- Inibitore dell'IL-6 sospeso per risposta clinica insufficiente;
- Terapia corticosteroidica cronica a basso dosaggio.

Negli ultimi 12 mesi si osserva una progressiva riacutizzazione della malattia con aumento del dolore articolare, rigidità mattutina superiore a due ore e marcata limitazione funzionale.

Valutazione clinica

All'esame obiettivo:

- Sinovite attiva di polsi, metacarpofalangee, ginocchia e caviglie;
- DAS28-CRP: 5,8 (elevata attività di malattia);
- HAQ: 2,1;
- Presenza di deformità articolari croniche delle mani.

Esami di laboratorio:

- PCR: 35 mg/L;
- VES: 65 mm/h;
- FR e anti-CCP fortemente positivi.

L'ecografia articolare documenta intensa attività Power Doppler multipla.

Problema clinico

La paziente necessita di una nuova strategia terapeutica, ma presenta molteplici fattori di rischio cardiovascolare e una storia di fallimento di diverse classi di farmaci biologici.

Il principale dilemma riguarda il bilanciamento tra:

- necessità di controllare rapidamente l'infiammazione;
- elevato rischio cardiovascolare;
- rischio infettivo correlato all'età e alle comorbidità;
- esposizione prolungata ai corticosteroidi.

Discussione multidisciplinare

Viene effettuata una rivalutazione condivisa tra reumatologo, cardiologo e medico internista. Si evidenzia come l'infiammazione persistente rappresenti essa stessa un importante fattore di rischio cardiovascolare e come il mantenimento di una malattia non controllata possa comportare un rischio superiore rispetto a quello associato a un trattamento avanzato adeguatamente monitorato.

Dopo attenta stratificazione del rischio, screening infettivologico e discussione con la paziente, viene definita una nuova strategia terapeutica personalizzata, accompagnata da un rigoroso programma di follow-up clinico e laboratoristico.

Evoluzione

A sei mesi si registra:

- riduzione significativa dell'attività di malattia;
- sospensione progressiva della terapia corticosteroidea;
- miglioramento della funzione articolare;
- assenza di eventi cardiovascolari o infettivi maggiori.

Messaggi chiave

- La gestione dell'artrite reumatoide complessa richiede una valutazione globale del paziente e non della sola malattia articolare.
- Le comorbidità cardiovascolari influenzano in modo determinante la scelta terapeutica.
- Il fallimento di più linee di trattamento impone un approccio personalizzato e multidisciplinare.
- Il controllo dell'infiammazione sistemica rappresenta un obiettivo fondamentale anche per ridurre il rischio cardiovascolare.

- Le decisioni terapeutiche devono derivare da una valutazione individualizzata del rapporto beneficio-rischio e da un processo di condivisione con il paziente.

Presentazione e discussione casi clinici Real Life nel paziente in SpA (Spondiloartropatie)

CASO CLINICO n. 4 fallimento terapeutico e personalizzazione della strategia di trattamento

Uomo di 34 anni, impiegato, fumatore occasionale, giunge all'osservazione reumatologica per lombalgia infiammatoria insorta all'età di 28 anni. Il paziente riferisce dolore lombare persistente, rigidità mattutina superiore a 60 minuti e frequenti risvegli notturni nella seconda parte della notte, con miglioramento dopo attività fisica e scarso beneficio con il riposo.

Negli ultimi due anni lamenta inoltre episodi intermittenti di dolore gluteo alternante e un episodio di uveite anteriore acuta trattato presso il servizio di oftalmologia.

Valutazione diagnostica

Gli esami ematochimici mostrano modesto incremento degli indici di flogosi (PCR 12 mg/L, VES 28 mm/h). Il paziente risulta positivo per HLA-B27.

La risonanza magnetica delle articolazioni sacroiliache evidenzia edema osseo subcondrale bilaterale compatibile con sacroileite attiva, mentre la radiografia del bacino non mostra alterazioni strutturali significative.

Viene pertanto posta diagnosi di spondiloartrite assiale non radiografica.

Primo approccio terapeutico

Il paziente viene trattato con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) a dosaggio pieno e inserito in un programma di esercizio terapeutico supervisionato.

Dopo sei mesi, nonostante una buona aderenza al trattamento, persiste elevata attività di malattia:

- BASDAI: 6,8
- ASDAS-CRP: 3,4
- significativa limitazione delle attività lavorative e sportive.

Si decide pertanto di avviare terapia biologica con inibitore del TNF. Nei primi mesi si osserva un netto miglioramento della sintomatologia assiale e degli indici di attività. Dopo circa due anni, tuttavia, il paziente riferisce progressiva ricomparsa del dolore lombare e della rigidità mattutina.

Gli esami confermano la ripresa dell'attività infiammatoria. La valutazione clinica e laboratoristica suggerisce una perdita secondaria di efficacia della terapia.

Decisione terapeutica

Considerata la storia di uveite e il fallimento secondario del primo biologico, viene effettuata una rivalutazione globale del paziente per identificare la strategia successiva più appropriata.

La scelta terapeutica viene orientata tenendo conto di:

- manifestazioni extra-articolari;
- attività di malattia residua;
- preferenze del paziente;
- modalità di somministrazione;
- profilo di sicurezza a lungo termine.

Dopo discussione condivisa, viene effettuato uno switch terapeutico verso un diverso meccanismo d'azione.

Follow-up

A sei mesi si osserva:

- riduzione significativa del BASDAI (2,9);
- miglioramento dell'ASDAS-CRP;
- recupero della capacità lavorativa;
- assenza di nuove manifestazioni oculari;
- miglioramento della qualità di vita riferita dal paziente.

Messaggi chiave La pratica Real Life conferma che la gestione della spondiloartrite richiede una rivalutazione continua degli obiettivi terapeutici e delle caratteristiche individuali del paziente. La disponibilità di differenti meccanismi d'azione consente oggi di personalizzare il trattamento e di ottimizzare gli esiti clinici anche nei casi caratterizzati da fallimento terapeutico o elevata complessità gestionale.

CASO CLINICO 5

- Uomo, 32 anni
- Impiegato informatico
- Nessuna patologia rilevante in anamnesi
- Fumatore occasionale

Dolore lombare persistente da circa 18 mesi.

Anamnesi

Il paziente riferisce:

- Lombalgia insidiosa, non correlata a trauma
- Dolore prevalentemente notturno con risveglio nella seconda metà della notte
- Rigidità mattutina di circa 60 minuti
- Miglioramento con l'attività fisica
- Scarso beneficio con il riposo
- Episodi intermittenti di dolore ai glutei alternante

Negli ultimi 6 mesi:

- Comparsa di dolore al tendine d'Achille destro (entesite)
- Episodio di uveite anteriore trattato dall'oculista

Esame obiettivo

- Ridotta mobilità lombare
- Test di Schober modificato: 3 cm
- Dolore alla palpazione dell'inserzione achillea destra
- Espansione toracica ridotta

Esami di laboratorio

- PCR: 18 mg/L (elevata)
- VES: 35 mm/h
- Fattore reumatoide negativo
- Anti-CCP negativi
- HLA-B27 positivo

Diagnostica per immagini

Radiografia del bacino:

- Nessuna chiara sacroileite strutturale

Risonanza magnetica delle articolazioni sacroiliache:

- Edema osseo subcondrale bilaterale compatibile con sacroileite attiva

Diagnosi

Spondiloartrite assiale non radiografica (nr-axSpA) secondo i criteri di classificazione di Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS).

Trattamento iniziale

- Terapia con FANS a dosaggio pieno per 4 settimane
- Programma di esercizio fisico supervisionato
- Educazione del paziente sulla natura cronica della malattia
- Sospensione del fumo

Follow-up a 3 mesi

Persistenza di:

- BASDAI 6,8
- Dolore lombare severo
- PCR ancora elevata

Poiché la malattia rimane attiva nonostante adeguata terapia con FANS, viene avviato un biologico anti-TNF.

Follow-up a 6 mesi

Miglioramento significativo:

- BASDAI 2,4
- Riduzione della rigidità mattutina a 10 minuti
- PCR normalizzata
- Ripresa completa dell'attività lavorativa e sportiva

Messaggi chiave

- La presenza di lombalgia infiammatoria in soggetti giovani deve far sospettare una SpA.
- Una radiografia normale non esclude la diagnosi.
- La RM permette di identificare precocemente l'infiammazione sacroiliaca.
- L'obiettivo terapeutico è il raggiungimento della remissione o della bassa attività di malattia.
- L'approccio multidisciplinare (reumatologo, fisiatra, oculista, gastroenterologo quando necessario) migliora gli outcome clinici.

CASO CLINICO 6

Bambino di 11 anni, maschio, senza patologie pregresse rilevanti.

Da circa 8 mesi presenta:

- dolore intermittente al **calcagno destro e sinistro**
- rigidità mattutina “non sempre presente”
- episodi di **zoppia dopo attività sportiva**
- dolore lombare saltuariamente riferito come “mal di schiena da crescita”

Negli ultimi 2 mesi:

- peggioramento del dolore al tallone
- riduzione attività sportiva (calcio)
- comparsa di **dolore al ginocchio destro senza trauma**

Prime valutazioni (pediatra e ortopedia)

- RX talloni: negativa
- Ecografia ginocchio: lieve versamento aspecifico
- Diagnosi iniziale: **apofisite calcaneare (Morbo di Sever)** + sovraccarico sportivo

Terapia: riposo + FANS al bisogno → miglioramento parziale, ma recidive frequent

Evoluzione clinica (red flags)

Dopo 3 mesi:

- dolore notturno ai talloni
- rigidità mattutina >30 minuti
- comparsa di dolore a livello sacro-iliaco (riferito come “dolore ai glutei”)
- peggioramento funzionale

Nuova valutazione reumatologica pediatrica.

Esame obiettivo reumatologico

- dolorabilità entesica a:
 - inserzione Achillea
 - fascia plantare
- test di Faber positivo (lieve dolore sacroiliaco)
- limitazione flessione lombare
- ginocchio dx con lieve sinovite

Esami di laboratorio

- PCR: 12 mg/L (lievemente elevata)
- VES: 28 mm/h
- ANA: negativi
- FR: negativo
- HLA-B27: **positivo**
- emocromo: normale

Imaging avanzato

- RMN bacino:
 - **edema osseo articolazioni sacroiliache**
 - sinovite precoce
- Ecografia entesi:
 - entesite Achillea bilaterale

Diagnosi finale Spondiloartrite giovanile (Juvenile Enthesitis-Related Arthritis – ERA)
(forma di SpA HLA-B27 associata)

Discussione clinica (perché è un caso complesso)

1. Fase iniziale “ingannevole”

- sintomi attribuiti a sport e crescita
- imaging iniziale negativo
- dolore entesico sottovalutato

2. Fenotipo pediatrico diverso dall’adulto

- prevalenza di:
 - entesite
 - artrite periferica (ginocchia, caviglie)
- assenza iniziale di lombalgia tipica

3. Ritardo diagnostico frequente

In media nelle SpA giovanili:

- diagnosi ritardata anche di **6–12 mesi**

Terapia impostata

- FANS continuativi (naprossene)
- fisioterapia mirata (stretching catena posteriore)
- infiltrazioni entesiche selezionate se recidiva
- introduzione di:
 - **anti-TNF (es. etanercept o adalimumab)** in caso di risposta insufficiente

Follow-up (6–12 mesi)

- riduzione significativa dolore entesico
- ripresa attività scolastica e sportiva moderata
- normalizzazione indici infiammatori
- persistenza minima rigidità mattutina occasionale

Take-home messages

- Nella SpA pediatrica il segno dominante spesso è **entesite, non lombalgia**
- Il “dolore da crescita” può mascherare una patologia infiammatoria
- HLA-B27 + entesite + sinovite periferica = sospetto precoce fondamentale
- RMN è decisiva per diagnosi precoce di sacroileite

CASO CLINICO 6

Paziente

- Donna, 38 anni
- Insegnante
- Nessuna patologia rilevante in anamnesi
- Non fumatrice

Anamnesi

Da circa 10 mesi la paziente riferisce:

- Dolore e tumefazione alle articolazioni delle mani
- Coinvolgimento bilaterale e simmetrico di polsi e dita
- Rigidità mattutina superiore a 90 minuti
- Difficoltà nell'aprire bottiglie e afferrare oggetti
- Marcata astenia

Negli ultimi 4 mesi:

- Comparsa di dolore ai piedi durante la deambulazione
- Episodi di gonfiore articolare persistente
- Riduzione della capacità lavorativa

Esame obiettivo

- Tumefazione delle articolazioni metacarpo-falangee (MCP) bilateralmente
- Dolore alla palpazione delle articolazioni interfalangee prossimali (PIP)
- Sinovite dei polsi
- Ridotta forza di presa
- Assenza di lesioni cutanee

Esami di laboratorio

- PCR: 22 mg/L (elevata)
- VES: 48 mm/h
- Fattore Reumatoide (FR): positivo
- Anticorpi anti-CCP: positivi ad alto titolo
- ANA negativi

Diagnostica per immagini

Ecografia articolare

- Sinovite attiva delle MCP e dei polsi
- Segnale Power Doppler positivo

Radiografia mani e polsi

- Riduzione dello spazio articolare
- Iniziali erosioni marginali a livello delle MCP

Diagnosi

Artrite Reumatoide sieropositiva secondo i criteri classificativi ACR/EULAR 2010.

Trattamento iniziale

- Metotrexato 15 mg/settimana
- Acido folico
- Breve ciclo di corticosteroidi a basso dosaggio come terapia ponte
- Programma di esercizi per mantenere la funzionalità articolare
- Educazione terapeutica

Follow-up a 3 mesi

Persistenza di:

- DAS28 = 5,4
- Dolore articolare significativo
- Rigidità mattutina di circa 60 minuti
- PCR ancora elevata

Poiché la malattia rimane moderatamente-attiva nonostante adeguata terapia con DMARD convenzionale, viene associato un farmaco biologico anti-TNF.

Follow-up a 6 mesi

Miglioramento significativo:

- DAS28 = 2,3
- Riduzione del dolore articolare
- Rigidità mattutina inferiore a 15 minuti
- PCR normalizzata
- Ripresa completa delle normali attività quotidiane

Messaggi chiave

- L'Artrite Reumatoide è una malattia autoimmune infiammatoria cronica che colpisce prevalentemente le piccole articolazioni in modo simmetrico.
- La presenza di rigidità mattutina prolungata e sinovite persistente deve far sospettare una AR.
- Gli anticorpi anti-CCP rappresentano il marker sierologico più specifico.
- La diagnosi precoce e il trattamento tempestivo riducono il rischio di erosioni articolari irreversibili.
- L'obiettivo terapeutico è la remissione clinica o la bassa attività di malattia secondo la strategia Treat-to-Target.

CASO CLINICO 7

Paziente

- Uomo, 29 anni
- Personal trainer
- Nessuna patologia rilevante
- Padre affetto da psoriasi

Anamnesi

Da circa 2 anni il paziente riferisce:

- Lombalgia infiammatoria
- Rigidità mattutina di circa 45 minuti
- Miglioramento con il movimento
- Peggioramento durante il riposo

Negli ultimi 8 mesi:

- Dolore al tallone sinistro

- Gonfiore diffuso del III dito del piede destro
- Comparsa di placche psoriasiche al cuoio capelluto

Esame obiettivo

- Entesite inserzionale achillea sinistra
- Dattilite del III dito del piede destro
- Dolore alle articolazioni sacroiliache
- Schober modificato: 4 cm

Esami di laboratorio

- PCR: 15 mg/L
- VES: 30 mm/h
- FR negativo
- Anti-CCP negativi
- HLA-B27 positivo

Diagnostica per immagini

RM Sacroiliache

- Sacroileite attiva bilaterale

Ecografia tendine d'Achille

- Entesite con segnale Power Doppler

Diagnosi

Artrite Psoriasica con coinvolgimento assiale (axPsA).

Trattamento iniziale

- FANS
- Fisioterapia
- Educazione terapeutica

Follow-up a 3 mesi

Persistenza di attività elevata di malattia.

Avvio di terapia biologica anti-IL17.

Follow-up a 6 mesi

- Risoluzione della dattilite
- Miglioramento della lombalgia
- Normalizzazione della PCR

Messaggi chiave

- Dattilite ed entesite sono caratteristiche delle SpA.
- La psoriasi può comparire prima o dopo l'artrite.
- Gli anti-IL17 sono particolarmente efficaci nell'artrite psoriasica.

CASO CLINICO 8

Paziente

- Donna, 52 anni
- Impiegata amministrativa
- Fumatrice da 20 anni

Anamnesi

Da circa 12 mesi riferisce:

- Dolore e tumefazione di mani e polsi
- Rigidità mattutina superiore a 2 ore
- Astenia importante
- Calo ponderale di 4 kg

Negli ultimi mesi:

- Comparsa di noduli ai gomiti
- Peggioramento funzionale delle mani

Esame obiettivo

- Sinovite bilaterale di MCP e PIP
- Dolore ai polsi
- Noduli sottocutanei reumatoidi

Esami di laboratorio

- PCR: 35 mg/L
- VES: 65 mm/h
- FR fortemente positivo
- Anti-C
- CP positivi ad alto titolo

Diagnostica per immagini

RX mani

- Multiple erosioni marginali
- Riduzione degli spazi articolari

Diagnosi

Artrite Reumatoide sieropositiva erosiva.

Trattamento iniziale

- Metotrexato
- Corticosteroidi a basso dosaggio
- Acido folico

Follow-up a 6 mesi

Persistenza di elevata attività di malattia (DAS28 = 5,8).

Introduzione di farmaco biologico anti-TNF.

Follow-up a 12 mesi

- DAS28 = 2,1
- Scomparsa della sinovite clinica
- Stabilizzazione radiografica

Messaggi chiave

- Fumo e anti-CCP rappresentano importanti fattori prognostici negativi.
- La presenza di erosioni indica malattia aggressiva.
- L'approccio Treat-to-Target migliora la prognosi.

CASO CLINICO 9

Paziente

- Uomo, 34 anni
- Cuoco

Anamnesi

Tre settimane dopo un episodio di diarrea acuta sviluppa:

- Gonfiore del ginocchio destro
- Dolore alla caviglia sinistra
- Dolore plantare
- Bruciore oculare

Esame obiettivo

- Artrite del ginocchio destro
- Entesite plantare
- Congiuntivite

Esami di laboratorio

- PCR: 28 mg/L

- VES: 42 mm/h
- FR negativo
- HLA-B27 positivo

Diagnostica

Ecografia:

- Versamento articolare al ginocchio
- Entesite della fascia plantare

Diagnosi

Artrite Reattiva post-infettiva.

Trattamento iniziale

- FANS
- Infiltrazione articolare di corticosteroide
- Riabilitazione

Follow-up a 6 mesi

- Risoluzione quasi completa della sintomatologia
- PCR normalizzata

Messaggi chiave

- L'artrite reattiva segue frequentemente infezioni gastrointestinali o urogenitali.
- L'interessamento è tipicamente asimmetrico.
- Fa parte delle spondiloartriti periferiche.

CASO CLINICO 10

Paziente

- Donna, 45 anni
- Infermiera

Anamnesi

Da circa 8 mesi presenta:

- Dolore e tumefazione alle mani
- Rigidità mattutina di oltre 1 ora
- Dolore ai piedi
- Stanchezza persistente

Esame obiettivo

- Sinovite di MCP, PIP e polsi
- Dolore alla compressione delle MTP
- Ridotta forza di presa

Esami di laboratorio

- PCR: 16 mg/L
- VES: 40 mm/h
- FR negativo
- Anti-CCP positivi

Diagnostica per immagini

Ecografia articolare

- Sinovite multipla con Power Doppler positivo

RX mani

- Nessuna erosione

Diagnosi

Artrite Reumatoide sieronegativa per FR ma anti-CCP positiva (fase precoce).

Trattamento iniziale

- Metotrexato
- Acido folico
- Breve terapia corticosteroidea

Follow-up a 3 mesi

- DAS28 = 3,4
- Miglioramento clinico parziale

Ottimizzazione della dose di Metotrexato.

Follow-up a 12 mesi

- DAS28 = 1,9
- Remissione clinica
- Nessuna progressione radiografica

Messaggi chiave

- L'AR può essere negativa per il fattore reumatoide.
- Gli anti-CCP possono comparire precocemente.
- La diagnosi e il trattamento tempestivi prevengono il danno articolare irreversibile.

CASO CLINICO 11

Paziente

- Uomo, 41 anni
- Autista di autobus
- Ipertensione arteriosa ben controllata
- Ex fumatore

Anamnesi

Da circa 14 mesi riferisce:

- Dolore e tumefazione progressiva di mani e polsi
- Rigidità mattutina di circa 2 ore
- Difficoltà nell'eseguire attività manuali fini (scrivere, abbottonarsi la camicia)
- Affaticamento persistente

Negli ultimi 4 mesi:

- Comparsa di dolore all'avampiede durante la deambulazione
- Episodi di tumefazione articolare sempre più frequenti
- Assenze lavorative per limitazione funzionale

Esame obiettivo

- Sinovite bilaterale di MCP, PIP e polsi
- Dolore alla compressione delle articolazioni metatarso-falangee (MTP)
- Ridotta forza di presa
- Modesta deviazione ulnare delle dita

Esami di laboratorio

- PCR: 24 mg/L (elevata)
- VES: 52 mm/h
- Fattore Reumatoide: positivo
- Anti-CCP: positivi ad alto titolo
- Emocromo: lieve anemia normocitica da malattia cronica

Diagnostica per immagini

Ecografia articolare

- Sinovite attiva multipla
- Power Doppler diffusamente positivo

Radiografia mani e piedi

- Erosioni marginali a livello delle II e III MCP
- Iniziale riduzione degli spazi articolari delle MTP

Diagnosi

Artrite Reumatoide sieropositiva con attività elevata di malattia e iniziale danno erosivo.

Trattamento iniziale

- Metotrexato 20 mg/settimana
- Acido folico
- Prednisone a basso dosaggio come terapia ponte
- Programma di educazione terapeutica
- Fisioterapia e terapia occupazionale

Follow-up a 3 mesi

Persistenza di:

- DAS28 = 5,6
- Dolore articolare importante
- PCR: 18 mg/L
- Rigidità mattutina di circa 90 minuti

Poiché non viene raggiunto il target terapeutico, viene introdotto un **farmaco biologico anti-IL-6 (Tocilizumab)**.

Follow-up a 6 mesi

Miglioramento significativo:

- DAS28 = 2,5
- Rigidità mattutina inferiore a 15 minuti
- PCR normalizzata
- Recupero della capacità lavorativa

Follow-up a 12 mesi

- DAS28 = 1,8 (remissione clinica)
- Nessuna progressione radiografica
- Sospensione graduale del corticosteroide

Messaggi chiave

- La presenza di anti-CCP ad alto titolo è associata a maggiore rischio di danno erosivo.
- Le erosioni radiografiche rappresentano un segno di progressione strutturale della malattia.
- La strategia **Treat-to-Target** prevede una rivalutazione precoce della risposta terapeutica.
- In caso di risposta insufficiente ai DMARD convenzionali è indicato il passaggio a farmaci biologici o target synthetic DMARD.

- L'obiettivo terapeutico è la remissione clinica o la bassa attività di malattia mantenuta nel tempo.

Genova, 12 Giugno 2026



Michele Savarino
Amministratore Unico e Rappresentante Legale

REALTIME MEETING SRL
unipersonale