

Progetto di Formazione Sul Campo
Beyond clinical evaluation: the role of ultrasound in
the management of PsA patient
Programma

I EDIZIONE – Roma, 29 Settembre 2026 – The Hive Hotel ****

Programma

29 Settembre 2026

14.00 Welcome Coffee e registrazione partecipanti e Introduzione e obiettivi della giornata

14.10 La transizione della Psoriasi alla Early PsA (artrite psoriasica): aspetti clinici e ruolo dell'ecografia

Introducono: Marco Canzoni, Niccolò Possemato

Discussants: Caterina Baldi, Marco Canzoni, Francesco Cristiano, Fulvia Ceccarelli, Arianna D'Antonio, Andrea Delle Sedie, Andrea Picchianti Diamanti, Paolo Falsetti, Annacarla Finucci, Niccolò Girolimetto, Mirco Magnani, Marianna Oliva, Niccolò Possemato, Valentino Paci, Simone Parisi, Valentina Picerno, Emanuela Sabatini

15.10 Oltre la complessità del D2T in PsA (artrite psoriasica): il valore del T2T (treat to target), PIPSA e NIPSA e ruolo dell'ecografia

Introducono: Marco Canzoni, Niccolò Possemato

Discussants: Caterina Baldi, Marco Canzoni, Francesco Cristiano, Fulvia Ceccarelli, Arianna D'Antonio, Andrea Delle Sedie, Andrea Picchianti Diamanti, Paolo Falsetti, Annacarla Finucci, Niccolò Girolimetto, Mirco Magnani, Marianna Oliva, Niccolò Possemato, Valentino Paci, Simone Parisi, Valentina Picerno, Emanuela Sabatini

17.10 Tavola rotonda sul tema della giornata e condivisione di esperienze real-life

Caterina Baldi, Marco Canzoni, Francesco Cristiano, Fulvia Ceccarelli, Arianna D'Antonio, Andrea Delle Sedie, Andrea Picchianti Diamanti, Paolo Falsetti, Annacarla Finucci, Niccolò Girolimetto, Mirco Magnani, Marianna Oliva, Niccolò Possemato, Valentino Paci, Simone Parisi, Valentina Picerno, Emanuela Sabatini

20.10 Conclusioni e verifica questionario ECM e fine lavori

Marco Canzoni, Niccolò Possemato

II EDIZIONE – 11 Dicembre 2026 - Piattaforma web goto.

14.00 Obiettivi del Corso

Marco Canzoni, Niccolò Possemato

14.10 Sintesi e follow-up delle evidenze emerse dal percorso

Introducono: Marco Canzoni, Niccolò Possemato

Discussants: Caterina Baldi, Marco Canzoni, Francesco Cristiano, Fulvia Ceccarelli, Arianna D'Antonio, Andrea Delle Sedie, Andrea Picchianti Diamanti, Paolo Falsetti, Annacarla Finucci, Niccolò Girolimetto, Mirco Magnani, Marianna Oliva, Niccolò Possemato, Valentino Paci, Simone Parisi, Valentina Picerno, Emanuela Sabatini

15.30 Esperienze a confronto: il ruolo dell'ecografia nei differenti fenotipi di pazienti con PsA (artrite psoriasica) nella Real life

Caterina Baldi, Marco Canzoni, Francesco Cristiano, Fulvia Ceccarelli, Arianna D'Antonio, Andrea Delle Sedie, Andrea Picchianti Diamanti, Paolo Falsetti, Annacarla Finucci, Niccolò Girolimetto, Mirco Magnani, Marianna Oliva, Niccolò Possemato, Valentino Paci, Simone Parisi, Valentina Picerno, Emanuela Sabatini

18.30 Tavola rotonda conclusiva sui temi trattati nell'arco della giornata formativa

Caterina Baldi, Marco Canzoni, Francesco Cristiano, Fulvia Ceccarelli, Arianna D'Antonio, Andrea Delle Sedie, Andrea Picchianti Diamanti, Paolo Falsetti, Annacarla Finucci, Niccolò Girolimetto, Mirco Magnani, Marianna Oliva, Niccolò Possemato, Valentino Paci, Simone Parisi, Valentina Picerno, Emanuela Sabatini

20.00 Conclusioni e verifica questionario ECM

Marco Canzoni, Niccolò Possemato

Razionale

Il controllo rapido della malattia rappresenta un obiettivo centrale nella gestione delle patologie reumatologiche infiammatorie croniche, caratterizzate da attività persistente e rischio di danno strutturale progressivo. Il raggiungimento precoce della risposta terapeutica consente di limitare l'infiammazione, prevenire il danno d'organo e preservare la funzione articolare, con un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti. Negli ultimi anni, l'introduzione di terapie mirate e l'adozione di strategie di trattamento basate sul principio del *treat-to-target* hanno reso possibile ottenere un controllo più rapido ed efficace dell'attività di malattia. Tuttavia, la scelta dell'approccio terapeutico deve considerare molteplici fattori, tra cui le caratteristiche cliniche e biologiche della patologia, il profilo del paziente e il rapporto tra efficacia e sicurezza. In questo contesto, il monitoraggio precoce della risposta al trattamento e l'implementazione di strategie terapeutiche dinamiche risultano fondamentali per ottimizzare gli esiti clinici e favorire il raggiungimento della remissione o della bassa attività di malattia. Il controllo rapido dell'attività infiammatoria si configura quindi come un elemento chiave nella moderna gestione delle malattie reumatologiche, nell'ottica di una medicina sempre più personalizzata e basata sulle evidenze.

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

SEDE DELL' EVENTO: Hotel The Hive **** Via Torino, 6, 00184 Roma

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

Tra gli obiettivi del corso residenziale avremo:

- La standardizzazione del processo di presa in carico e follow-up del paziente
- La personalizzazione delle cure e miglioramento della qualità della vita del paziente
- Valutazione rapporto costi/benefici nella cura del paziente

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE: Formazione sul Campo, gruppi di miglioramento

TOTALE ORE FORMATIVE: 6 ore per la prima Edizione e 6 per la seconda edizione per un totale di 12 ore

CREDITI FORMATIVI ECM: 12

DESTINATARI DELL'OFFERTA FORMATIVA:

Nr. 15 Medici Chirurghi, specializzati in Reumatologia e Medicina Interna al fine di garantire interattività.

RESPONSABILI SCIENTIFICI E TUTOR 1 e 2 EDIZIONE

Marco Canzoni

Dirigente Medico U.O. Reumatologia, ASL Roma 1. Poliambulatorio Ospedale S. Giacomo, Roma

Niccolò Possemato

Dirigente Medico U.O. Reumatologia, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia

Gruppo di lavoro:

1. Caterina Baldi

U.O.C. Reumatologia
Ospedale Policlinico Santa Maria delle Scotte Siena

2. Francesco Cristiano,

U.O.C. Reumatologia
Policlinico Universitario Fondazione Agostino Gemelli Roma

3. Fulvia Ceccarelli

Professoressa Associata Dipartimento di Scienze Mediche e cardiovascolari Università La Sapienza di Roma

4. Arianna D'Antonio

UOC Reumatologia Policlinico Tor Vergata, Roma

5. Andrea Delle Sedie

U.O. Reumatologia AOU Pisana

6. Paolo Falsetti

UOSD Medicina Interna a Indirizzo Reumatologico Ospedale San Donato Azienda USL Toscana Sud Est Arezzo

7. Annacarla Finucci

UOC Reumatologia Azienda Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza Torino

8. Niccolò Girolimetto

Struttura Complessa Medicina Interna ad

Indirizzo Reumatologico Ospedale Maggiore, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna

9. Mirco Magnani

Struttura Complessa Medicina Interna ad

Indirizzo Reumatologico Ospedale Maggiore, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna

10. Marianna Oliva

UOC Reumatologia Azienda Ospedaliera Gaetano Martino Messina

11. Valentino Paci

Ricercatore Universitario Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Università Politecnica delle Marche e Clinica Medica, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche Ancona

12. Simone Parisi

UOC Reumatologia Azienda Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza Torino

13. Andrea Picchianti Diamanti

Ricercatore Universitario in Reumatologia

Università degli Studi "La Sapienza", Roma

14. Valentina Picerno

Unità Operativa di Reumatologia Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza

15. Emanuela Sabatini

UOC Medicina Generale 1 Presidio ospedaliero ASL Lanciano Vasto Chieti, Chieti

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
Marco Canzoni	Medico chirurgo	Reumatologia	Poliambulatorio Ospedale S. Giacomo, Roma	Dirigente Medico U.O. Reumatologia, ASL Roma 1. Poliambulatorio Ospedale S. Giacomo, Roma
Fulvia Ceccarelli	Medico Chirurgo	Reumatologia	Università La Sapienza di Roma	Professoressa Associata Dipartimento di Scienze Mediche e cardiovascolari Università La Sapienza di Roma
Francesco Cristiano	Medico Chirurgo	Reumatologia	Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Roma	Dirigente Medico U.O. Reumatologia, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Roma
Andrea Delle Sedie	Medico Chirurgo	Reumatologia	AOU Pisana	Dirigente medico U.O. Reumatologia AOU Pisana
Arianna D'Antonio	Medico Chirurgo	Reumatologia	Policlinico Tor Vergata, Roma	Dirigente medico UOC Reumatologia Policlinico Tor Vergata, Roma

Paolo Falsetti	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda USL Toscana Sud Est Arezzo	Dirigente medico UOSD Medicina Interna a Indirizzo Reumatologico Ospedale San Donato Azienda USL Toscana Sud Est Arezzo
Annacarla Finucci	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza Torino	Dirigente medico UOC Reumatologia Azienda Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza Torino
Nicolò Girolimetto	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale Maggiore, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna	Dirigente medico Struttura Complessa Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico Ospedale Maggiore, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna
Mirco Magnani	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale Maggiore, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna	Struttura Complessa Medicina Interna ad Indirizzo Reumatologico Ospedale Maggiore, Azienda Unità Sanitaria Locale Bologna
Marianna Oliva	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliera Gaetano Martino Messina	Dirigente medico UOC Reumatologia Azienda Ospedaliera Gaetano Martino Messina
Valentino Paci	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche Ancona	Ricercatore Universitario Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Università Politecnica delle Marche e Clinica Medica, Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche Ancona
Simone Parisi	Medico Chirurgo	Reumatologia	Azienda Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza Torino	Dirigente medico UOC Reumatologia Azienda Ospedaliera della Città della Salute e della Scienza Torino
Valentina Picerno	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza	Dirigente medico Unità Operativa di Reumatologia Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza
Andrea Picchianti Diamanti	Medico Chirurgo	Reumatologia	Università degli Studi "La Sapienza", Roma	Ricercatore Universitario in Reumatologia Università degli Studi "La Sapienza", Roma
Niccolò Possemato	Medico Chirurgo	Reumatologia	Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia	Dirigente Medico U.O. Reumatologia, Ospedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
Emanuela Sabatini	Medico Chirurgo	Reumatologia	Presidio ospedaliero ASL Lanciano Vasto Chieti Chieti	Dirigente medico UOC Medicina Generale 1 Presidio ospedaliero ASL Lanciano Vasto Chieti, Chieti

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 Accreditamento 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;

ABSTRACT

La transizione della Psoriasi alla Early PsA: aspetti clinici e ruolo dell'ecografia

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della cute associata a un aumentato rischio di sviluppo di artrite psoriasica (PsA). La fase di transizione tra psoriasi cutanea e PsA precoce rappresenta un momento cruciale per l'identificazione tempestiva dei pazienti a rischio e per

l'avvio di strategie terapeutiche in grado di modificare la storia naturale della malattia. Clinicamente, questa fase può essere caratterizzata da sintomi muscolo-scheletrici aspecifici, come artralgie, entesite subclinica o rigidità mattutina, spesso non sufficienti a soddisfare i criteri classificativi di PsA conclamata.

In questo contesto, l'ecografia muscoloscheletrica si è affermata come uno strumento sensibile per la rilevazione precoce di alterazioni infiammatorie, inclusa sinovite subclinica, entesite e tenosinovite, anche in pazienti dermatologicamente affetti da psoriasi senza segni clinici evidenti di artrite. L'impiego dell'ecografia ad alta risoluzione consente inoltre di stratificare il rischio di progressione verso PsA e di monitorare l'evoluzione delle lesioni nel tempo.

L'integrazione tra valutazione clinica dermatologica e reumatologica ed imaging ecografico rappresenta quindi un approccio promettente per l'identificazione precoce della PsA. Una diagnosi tempestiva può favorire l'intervento terapeutico precoce, con potenziale impatto positivo sull'outcome funzionale e sulla qualità di vita del paziente.

Oltre la complessità del D2T in PsA: il valore del T2T, PIPSA e NIPSA e ruolo dell'ecografia

L'artrite psoriasica (PsA) rappresenta una malattia infiammatoria cronica eterogenea e complessa, nella quale una quota non trascurabile di pazienti evolve verso una condizione di difficult-to-treat (D2T), caratterizzata da persistenza dell'attività di malattia nonostante multipli tentativi terapeutici. In questo contesto, l'approccio treat-to-target (T2T) si conferma una strategia fondamentale per ottimizzare gli outcome clinici, ridurre la disabilità e migliorare la qualità di vita, attraverso il raggiungimento di obiettivi terapeutici predefiniti e condivisi.

Recentemente, l'identificazione di fenotipi clinici distinti, come PsA periferica (PIPSA) e PsA non infiammatoria o prevalentemente algica (NIPSA), ha permesso una migliore stratificazione dei pazienti, evidenziando la necessità di percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati. Tuttavia, la distinzione tra attività infiammatoria residua e dolore non infiammatorio rimane spesso complessa nella pratica clinica. In questo scenario, l'ecografia muscoloscheletrica assume un ruolo centrale nel supportare la valutazione dell'attività di malattia, consentendo l'identificazione di sinovite subclinica, entesite e tenosinovite, e contribuendo alla discriminazione tra attività infiammatoria persistente e condizioni non infiammatorie. L'integrazione dell'imaging ecografico nei percorsi T2T e nella definizione dei fenotipi PIPSA e NIPSA può migliorare l'accuratezza diagnostica e guidare decisioni terapeutiche più mirate, riducendo il rischio di overtreatment o undertreatment.

Tavola rotonda sul tema della giornata e condivisione di esperienze real-life

La gestione dell'artrite psoriasica (PsA) richiede un approccio sempre più multidisciplinare e personalizzato, in cui l'integrazione tra evidenze scientifiche e pratica clinica rappresenta un elemento chiave per ottimizzare gli outcome terapeutici. La tavola rotonda si propone di favorire un confronto interattivo tra esperti, con l'obiettivo di approfondire le principali sfide nella gestione del paziente con PsA, dalla diagnosi precoce alla stratificazione del rischio, fino alla gestione delle forme complesse e difficili da trattare.

Particolare attenzione sarà dedicata alla condivisione di esperienze real-life, che consentono di evidenziare la variabilità dei fenotipi clinici, le criticità nella pratica quotidiana e le strategie adottate nei diversi contesti assistenziali. Il confronto multidisciplinare tra reumatologi, dermatologi e altri specialisti coinvolti nella gestione della malattia permetterà di integrare prospettive differenti e di promuovere un approccio più coerente e condiviso.

L'incontro intende inoltre stimolare la discussione sul ruolo delle strategie treat-to-target, sull'impiego dell'imaging e sull'identificazione precoce delle forme complesse, con particolare

riferimento alle difficoltà legate alla gestione del paziente con malattia persistente o refrattaria.

Conclusioni e verifica questionario ECM e fine lavori

L'incontro finisce con discussione e test di apprendimento ecm

II EDIZIONE – 11 Dicembre 2026 - Piattaforma web goto.**Obiettivi del Corso**

Saranno discussi gli obiettivi del corso dell'11 dicembre

Sintesi e follow-up delle evidenze emerse dal percorso

Il percorso formativo e di confronto multidisciplinare dedicato alla gestione dell'artrite psoriasica (PsA) ha permesso di integrare evidenze scientifiche aggiornate e aspetti di pratica clinica real-life, evidenziando i principali progressi e le criticità ancora aperte nella gestione della malattia. La sintesi delle evidenze emerse sottolinea l'importanza di un approccio strutturato e proattivo, basato su strategie treat-to-target (T2T), finalizzate al raggiungimento e al mantenimento di obiettivi clinici condivisi.

Un elemento centrale del percorso è rappresentato dalla crescente rilevanza della stratificazione fenotipica dei pazienti, con particolare attenzione alle forme periferiche e non infiammatorie, e alla necessità di una maggiore precisione diagnostica per guidare decisioni terapeutiche più appropriate. In questo contesto, il ruolo dell'imaging ecografico si conferma cruciale nel supportare la valutazione dell'attività di malattia e nel migliorare l'accuratezza nella distinzione tra infiammazione attiva e dolore non infiammatorio.

Il follow-up delle evidenze discusse evidenzia inoltre la necessità di consolidare percorsi condivisi tra specialisti, rafforzando la collaborazione multidisciplinare e l'implementazione di strumenti di valutazione standardizzati nella pratica clinica quotidiana.

Esperienze a confronto: il ruolo dell'ecografia nei differenti fenotipi di pazienti con PsA nella Real life

L'artrite psoriasica (PsA) è una malattia eterogenea caratterizzata da molteplici fenotipi clinici, che spaziano dalle forme prevalentemente periferiche con marcata componente infiammatoria alle presentazioni con dolore persistente a bassa attività infiammatoria o prevalenza di sintomi non strutturalmente correlati. Questa variabilità rende complessa la valutazione dell'attività di malattia e la scelta della strategia terapeutica più appropriata nella pratica clinica quotidiana.

In questo contesto, l'ecografia muscoloscheletrica rappresenta uno strumento fondamentale per la caratterizzazione del coinvolgimento articolare e periarticolare, consentendo l'identificazione di segni di infiammazione subclinica quali sinovite, entesite e tenosinovite, e contribuendo alla definizione del reale burden infiammatorio nei diversi fenotipi di malattia. L'utilizzo dell'ecografia nella real life permette inoltre di supportare il processo decisionale nei pazienti con quadro clinico complesso o discordante tra sintomi e segni obiettivi.

Il confronto tra esperienze cliniche provenienti da diversi contesti assistenziali evidenzia come l'integrazione dell'imaging ecografico possa migliorare la stratificazione dei pazienti con PsA, facilitando l'identificazione di forme realmente infiammatorie rispetto a quelle prevalentemente algiche o multifattoriali. Questo approccio contribuisce a una gestione più personalizzata e a una migliore aderenza alle strategie treat-to-target.

In conclusione, l'ecografia si conferma uno strumento chiave nella gestione dei differenti fenotipi di PsA nella real life, supportando il clinico nella decisione terapeutica e favorendo un approccio più accurato e mirato alla complessità della malattia.

CASO CLINICO 1

Un uomo di 48 anni si presenta all'ambulatorio di reumatologia riferendo dolore e gonfiore alle articolazioni delle mani e dei piedi da circa sei mesi. Il paziente racconta che il dolore è più intenso al mattino, con una rigidità che dura circa un'ora e migliora gradualmente con il movimento. Riferisce inoltre episodi di dolore al tallone destro e una sensazione di affaticamento generale.

Dall'anamnesi emerge una diagnosi di psoriasi cutanea presente da oltre dieci anni, con placche localizzate principalmente su gomiti e cuoio capelluto. Il padre è affetto da psoriasi. Il paziente non presenta altre patologie rilevanti.

All'esame obiettivo si osservano tumefazione e dolorabilità di alcune articolazioni interfalangee distali delle mani, tumefazione diffusa di un dito della mano sinistra (dattilite) e dolore alla palpazione del tendine d'Achille destro, suggestivo di entesite. Sono inoltre evidenti le lesioni cutanee psoriasiche e alterazioni ungueali con piccole depressioni (pitting).

Gli esami di laboratorio mostrano un modesto aumento degli indici di infiammazione (VES e PCR), mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. Le radiografie delle mani evidenziano iniziali alterazioni erosive e proliferative compatibili con artrite psoriasica.

Sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e degli accertamenti eseguiti, viene posta diagnosi di artrite psoriasica. Il paziente inizia un trattamento con un farmaco antireumatico modificante la malattia (DMARD), associato a un breve ciclo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) per il controllo del dolore. Vengono inoltre consigliati esercizi di fisioterapia, il controllo del peso corporeo e un follow-up periodico per monitorare l'andamento della malattia e la risposta alla terapia.

Dopo alcuni mesi di trattamento, il paziente riferisce una significativa riduzione del dolore e della rigidità mattutina, con miglioramento della funzionalità articolare e della qualità di vita.

CASO CLINICO 2

Una donna di 45 anni si presenta in ambulatorio lamentando dolore e gonfiore alle articolazioni delle mani e dei piedi da alcuni mesi. Riferisce rigidità mattutina della durata di circa un'ora, con miglioramento nel corso della giornata. In anamnesi è presente una diagnosi di psoriasi cutanea da diversi anni, con lesioni localizzate ai gomiti e al cuoio capelluto.

All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione e dolorabilità di alcune articolazioni delle dita, associate a una lieve dattilite. Gli esami ematici mostrano un modesto aumento degli indici di infiammazione, mentre il fattore reumatoide risulta negativo. Il quadro clinico, insieme alla storia di psoriasi, consente di porre diagnosi di artrite psoriasica.

La paziente inizia una terapia con farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD) e viene indirizzata a un programma di fisioterapia. Ai controlli successivi riferisce una riduzione del dolore, della rigidità articolare e un miglioramento della funzionalità nelle attività quotidiane.

CASO CLINICO 3

Una donna di 49 anni si presenta presso l'ambulatorio di reumatologia per un peggioramento progressivo della sintomatologia articolare negli ultimi dieci mesi. Riferisce dolore persistente alle mani, ai polsi, alle ginocchia e ai piedi, associato a rigidità mattutina di circa due ore e marcata difficoltà nello svolgere le attività quotidiane, come aprire una bottiglia, salire le scale e camminare per lunghi tratti. Negli ultimi mesi lamenta anche dolore lombare notturno, che migliora con il movimento, e frequenti risvegli dovuti al dolore. In anamnesi emerge una

psoriasi volgare diagnosticata all'età di 35 anni, con interessamento del cuoio capelluto, dei gomiti e delle unghie. La paziente presenta inoltre diabete mellito di tipo 2, obesità e dislipidemia. Riferisce di aver assunto negli anni farmaci antinfiammatori non steroidei con beneficio solo temporaneo e di aver sospeso un precedente trattamento con un DMARD per comparsa di effetti indesiderati gastrointestinali.

All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni interfalangee distali e prossimali delle mani, sinovite dei polsi, dattilite del quarto dito della mano destra ed entesite a livello del tendine d'Achille sinistro e della fascia plantare. La mobilità del rachide lombare è ridotta e le lesioni cutanee psoriasiche risultano estese, con evidente coinvolgimento ungueale caratterizzato da pitting e onicolisi.

Gli esami ematochimici mostrano un aumento significativo della VES e della PCR, lieve anemia da infiammazione cronica e negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-CCP. L'ecografia articolare documenta una sinovite attiva con aumento del segnale al Power Doppler e tenosinovite dei flessori delle dita. La risonanza magnetica delle articolazioni sacroiliache evidenzia segni di sacroileite infiammatoria, mentre le radiografie delle mani mostrano erosioni e fenomeni di nuova apposizione ossea, compatibili con una forma avanzata di artrite psoriasica.

Considerata l'elevata attività di malattia, il coinvolgimento sia periferico sia assiale e la risposta inadeguata alle terapie precedenti, la paziente viene avviata a trattamento con un farmaco biologico, associato a un breve ciclo di corticosteroidi, fisioterapia e un programma di educazione terapeutica. Vengono inoltre pianificati controlli periodici multidisciplinari per monitorare la risposta clinica, gestire le comorbidità metaboliche e prevenire ulteriori danni articolari.

Dopo nove mesi di trattamento si osserva una marcata riduzione del dolore e della rigidità mattutina, una diminuzione degli indici di infiammazione e un miglior recupero funzionale. Permane una lieve limitazione della motilità delle mani e del rachide lombare, attribuibile al danno articolare ormai consolidato, rendendo necessario il proseguimento del follow-up reumatologico e del percorso riabilitativo.

CASO CLINICO 4

Una donna di 54 anni si presenta all'ambulatorio di reumatologia lamentando un progressivo peggioramento del dolore articolare negli ultimi otto mesi. Riferisce dolore e gonfiore alle articolazioni delle mani, dei polsi, delle ginocchia e della caviglia destra, associati a rigidità mattutina della durata di circa due ore. La paziente descrive inoltre intensa stanchezza, difficoltà nella deambulazione e limitazione nello svolgimento delle attività quotidiane, come vestirsi, salire le scale e afferrare piccoli oggetti.

In anamnesi emerge una psoriasi cutanea diagnosticata circa 12 anni prima, con placche localizzate a gomiti, ginocchia e cuoio capelluto, trattata in modo discontinuo con terapie topiche. È affetta da obesità e ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Negli ultimi mesi ha sospeso autonomamente le visite di controllo e ha assunto solo farmaci antinfiammatori al bisogno, con scarso beneficio.

All'esame obiettivo si osservano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni interfalangee distali e metacarpofalangee, dattilite del terzo dito della mano sinistra ed entesite a livello del tendine d'Achille destro. Le lesioni cutanee risultano estese e sono presenti alterazioni ungueali con pitting e onicolisi. La mobilità articolare è ridotta e la forza di presa delle mani appare diminuita.

Gli esami di laboratorio evidenziano un aumento degli indici di infiammazione (VES e PCR), lieve anemia da malattia cronica e negatività per fattore reumatoide e anticorpi anti-CCP. L'ecografia articolare mostra sinovite attiva e tenosinovite, mentre le radiografie delle mani e

dei piedi evidenziano erosioni articolari e iniziali deformità compatibili con una forma evolutiva di artrite psoriasica.

Considerata l'elevata attività di malattia e la risposta insufficiente ai trattamenti precedenti, viene avviata una terapia con un farmaco biologico, associata a un breve ciclo di corticosteroidi e a un programma di fisioterapia personalizzato. La paziente riceve inoltre indicazioni sull'importanza dell'aderenza terapeutica, del controllo del peso corporeo e del monitoraggio periodico per valutare l'efficacia del trattamento e prevenire la progressione del danno articolare.

Al controllo dopo sei mesi si registra una significativa riduzione del dolore, della rigidità mattutina e della tumefazione articolare, con miglioramento della funzionalità e della qualità di vita. Persistono tuttavia lievi limitazioni della mobilità delle mani dovute al danno articolare già instaurato, rendendo necessario il proseguimento del follow-up reumatologico e del percorso riabilitativo.

CASO CLINICO 5

Una donna di 51 anni giunge all'ambulatorio di reumatologia per una riacutizzazione della sintomatologia articolare. Riferisce dolore intenso e tumefazione a carico di mani, polsi, ginocchia e caviglie, associati a rigidità mattutina della durata di oltre due ore e marcata limitazione funzionale. Negli ultimi tre anni ha presentato numerosi episodi di riacutizzazione dell'artrite psoriasica, alternati a periodi di parziale remissione. Durante le fasi acute lamenta difficoltà a camminare, a vestirsi e a svolgere le attività domestiche.

La paziente è affetta da psoriasi cutanea da circa 20 anni, con coinvolgimento del cuoio capelluto, dei gomiti, delle ginocchia e delle unghie. Nel corso degli anni è stata trattata con FANS, corticosteroidi e diversi DMARD convenzionali, ottenendo inizialmente un miglioramento clinico. Successivamente, per la persistenza dell'attività di malattia, è stata avviata a terapia biologica, sospesa in passato per scarsa aderenza e per la comparsa di frequenti infezioni delle vie respiratorie, con conseguente ripresa delle manifestazioni articolari.

All'esame obiettivo si evidenziano artrite poliarticolare con tumefazione delle articolazioni metacarpofalangee, interfalangee prossimali e distali, dattilite del secondo dito della mano sinistra, entesite del tendine d'Achille bilaterale e ridotta escursione del rachide lombare. Le lesioni cutanee psoriasiche sono estese e si osservano alterazioni ungueali con pitting e onicolisi.

Gli esami di laboratorio mostrano un marcato incremento della VES e della PCR, lieve anemia da infiammazione cronica e negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-CCP. L'ecografia articolare documenta sinovite attiva e tenosinovite, mentre la risonanza magnetica delle articolazioni sacroiliache evidenzia segni di infiammazione compatibili con interessamento assiale. Le radiografie delle mani mostrano erosioni articolari, proliferazione ossea e iniziali deformità secondarie alla progressione della malattia.

Considerata l'elevata attività clinica, la frequenza delle recidive e la risposta insufficiente alle precedenti terapie, la paziente viene ricoverata per una rivalutazione terapeutica multidisciplinare. Dopo aver escluso infezioni attive e altre controindicazioni, viene impostata una nuova terapia biologica con diverso meccanismo d'azione, associata a un breve ciclo di corticosteroidi, fisioterapia, supporto infermieristico ed educazione terapeutica finalizzata a migliorare l'aderenza al trattamento e il riconoscimento precoce dei segni di riacutizzazione.

Al controllo dopo dodici mesi si osserva una significativa riduzione della frequenza delle recidive, un miglior controllo dell'infiammazione e un recupero della capacità funzionale. Persistono tuttavia modeste limitazioni della motilità delle mani e della colonna lombare dovute al danno articolare strutturale, rendendo necessario il proseguimento del follow-up reumatologico e del programma riabilitativo a lungo termine.

CASO CLINICO 6

Un bambino di 11 anni viene accompagnato dai genitori presso l'ambulatorio di reumatologia pediatrica per dolore e gonfiore persistenti al ginocchio sinistro e alle dita della mano destra, presenti da circa cinque mesi. I genitori riferiscono che il bambino al mattino presenta una marcata rigidità articolare, zoppica nei primi passi e spesso evita di partecipare alle attività sportive a scuola per il dolore. Negli ultimi due mesi sono comparsi episodi di tumefazione diffusa di alcune dita della mano e del piede, associati a stanchezza e riduzione dell'appetito.

In anamnesi emerge una familiarità per psoriasi: la madre è affetta dalla malattia da molti anni. Il bambino presenta inoltre piccole chiazze eritemato-desquamative sul cuoio capelluto e dietro le orecchie, inizialmente trattate come dermatite. All'esame obiettivo si evidenziano artrite del ginocchio sinistro, tumefazione delle articolazioni interfalangee delle mani, dattilite del terzo dito della mano destra ed entesite a livello del tendine d'Achille sinistro. Sono inoltre presenti alterazioni ungueali con pitting.

Gli esami ematochimici mostrano un aumento della VES e della PCR, mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia articolare documenta una sinovite attiva con versamento articolare e la risonanza magnetica del ginocchio conferma un'importante infiammazione della membrana sinoviale. Durante la valutazione specialistica viene inoltre eseguito uno screening oculistico, che evidenzia un'uveite anteriore asintomatica, complicanza che richiede un trattamento tempestivo e un monitoraggio periodico.

Alla luce del coinvolgimento poliarticolare, della presenza di dattilite, entesite, lesioni cutanee compatibili con psoriasi, familiarità positiva e uveite associata, viene posta diagnosi di artrite psoriasica giovanile. Considerata l'elevata attività di malattia e il rischio di danno articolare permanente, viene avviata una terapia con un DMARD e, per l'insufficiente risposta clinica dopo alcuni mesi, un farmaco biologico. Il bambino viene inserito in un programma di fisioterapia, seguito da un'équipe multidisciplinare composta da reumatologo pediatrico, dermatologo, oculista, fisioterapista e infermiere specializzato.

Dopo un anno di follow-up si osserva una significativa riduzione dell'attività di malattia, con miglioramento della mobilità articolare, della partecipazione alle attività scolastiche e sportive e della qualità di vita. L'uveite rimane sotto controllo grazie ai controlli oculistici periodici e all'aderenza alla terapia, mentre il monitoraggio continua per prevenire nuove riacutizzazioni e limitare il rischio di danni articolari a lungo termine.

CASO CLINICO 7

La signora M.R., 47 anni, impiegata amministrativa, si presenta all'ambulatorio di reumatologia riferendo dolore articolare ingravescente alle mani, ai polsi e ai piedi da circa un anno. Descrive una rigidità mattutina di circa 90 minuti, associata a gonfiore delle dita e difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, come scrivere al computer, aprire barattoli e camminare per lunghi tragitti. Negli ultimi mesi lamenta inoltre una marcata stanchezza e frequenti risvegli notturni dovuti al dolore.

La paziente è affetta da psoriasi cutanea dall'età di 30 anni, con interessamento del cuoio capelluto, dei gomiti e delle unghie. In passato è stata seguita esclusivamente dal dermatologo con terapia topica, senza mai essere sottoposta a una valutazione reumatologica. Presenta obesità (BMI 32 kg/m²) e ipertensione arteriosa in terapia farmacologica.

All'esame obiettivo si rilevano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni metacarpofalangee e interfalangee distali, dattilite del quarto dito della mano destra ed entesite del tendine d'Achille sinistro. Sono evidenti lesioni psoriasiche attive e alterazioni ungueali con pitting e onicolisi. La valutazione del dolore mediante scala NRS è pari a 8/10.

Gli esami di laboratorio evidenziano aumento della PCR e della VES, mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia muscoloscheletrica conferma

una sinovite attiva con segnale Power Doppler positivo a livello dei polsi e delle articolazioni delle mani, oltre a un'entesite achillea. Le radiografie mostrano iniziali erosioni delle articolazioni interfalangee distali.

Viene posta diagnosi di artrite psoriasica poliarticolare con interessamento periferico ed entesico. Si avvia un trattamento con un DMARD convenzionale; tuttavia, dopo sei mesi, la paziente continua a presentare attività di malattia moderata con persistenza di dolore, tumefazione articolare e aumento degli indici infiammatori. Dopo rivalutazione multidisciplinare viene quindi iniziata una terapia biologica.

Nei successivi dodici mesi si osserva una progressiva riduzione dell'attività di malattia, con miglioramento del dolore (NRS 3/10), della rigidità mattutina e della funzionalità articolare. La paziente riprende regolarmente l'attività lavorativa senza limitazioni significative e riferisce un netto miglioramento della qualità di vita. Rimane inserita in un programma di follow-up reumatologico periodico, con monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale, oltre a interventi educativi finalizzati a favorire l'aderenza terapeutica e la gestione delle comorbidità.

CASO CLINICO 8

Il signor L.B., 55 anni, operaio edile, si presenta all'ambulatorio di reumatologia per dolore articolare diffuso a mani, ginocchia e caviglie, associato a rigidità mattutina di circa due ore e progressiva riduzione della capacità lavorativa negli ultimi 12 mesi. Riferisce anche dolore al tallone destro e difficoltà a mantenere la posizione eretta prolungata.

In anamnesi patologica remota è presente psoriasi cutanea da circa 20 anni, con andamento cronico-recidivante e coinvolgimento di cuoio capelluto, gomiti e unghie. Il paziente presenta numerose comorbidità: diabete mellito di tipo 2 in trattamento orale, ipertensione arteriosa, dislipidemia e obesità (BMI 33 kg/m²). Riferisce inoltre fumo di circa 15 sigarette/die da oltre 30 anni.

All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni interfalangee delle mani, sinovite dei polsi, dattilite del secondo dito della mano sinistra ed entesite del tendine d'Achille bilaterale. Le lesioni psoriasiche risultano attive e diffuse, con marcate alterazioni ungueali (pitting e onicolisi). La deambulazione appare rallentata e dolorosa.

Gli esami di laboratorio mostrano aumento della PCR e della VES, lieve anemia normocromica normocitica e profilo metabolico alterato con glicemia e trigliceridi elevati. Il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia muscoloscheletrica evidenzia sinovite attiva e segni di entesite, mentre le radiografie delle mani mostrano iniziali erosioni articolari e fenomeni di proliferazione ossea compatibili con artrite psoriasica evolutiva.

Alla luce del quadro clinico, della presenza di comorbidità metaboliche e cardiovascolari e della scarsa risposta ai FANS e a un precedente DMARD convenzionale, viene impostata terapia con farmaco biologico. Viene inoltre attivato un percorso multidisciplinare che coinvolge reumatologo, dermatologo, diabetologo e nutrizionista, con obiettivo di ottimizzare il controllo della malattia e delle comorbidità.

Il paziente viene inserito in un programma di educazione terapeutica finalizzato alla cessazione del fumo, al controllo del peso e all'aderenza farmacologica. Dopo circa nove mesi si osserva una riduzione significativa dell'attività infiammatoria, miglioramento del dolore e della funzionalità articolare, oltre a un migliore controllo metabolico. Permangono tuttavia limitazioni funzionali residue e la necessità di follow-up regolare per la gestione integrata della patologia cronica.

CASO CLINICO 9

Una donna di 58 anni si presenta all'ambulatorio di reumatologia per dolore articolare diffuso a mani, polsi e ginocchia, associato a rigidità mattutina di circa due ore e progressiva difficoltà nella deambulazione e nelle attività quotidiane. Riferisce inoltre episodi di dolore al tallone e

marcata stanchezza generale. In anamnesi è presente psoriasi cutanea da circa 18 anni, con andamento cronico-recidivante e interessamento di cuoio capelluto, gomiti e unghie. La paziente presenta importanti comorbidità cardiovascolari: ipertensione arteriosa non sempre ben controllata, dislipidemia e pregresso episodio di angina stabile. Riferisce inoltre sovrappeso e vita sedentaria. All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni interfalangee delle mani, sinovite dei polsi, dattilite del terzo dito della mano destra ed entesite a livello del tendine d'Achille bilaterale. Le lesioni psoriasiche sono attive, con evidenti alterazioni ungueali (pitting e onicolisi). La paziente presenta inoltre ridotta tolleranza allo sforzo con facile affaticabilità. Gli esami di laboratorio mostrano aumento degli indici infiammatori (VES e PCR), mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. Il profilo lipidico evidenzia ipercolesterolemia. L'ecocardiogramma documenta lieve ipertrofia ventricolare sinistra compatibile con ipertensione cronica. L'ecografia articolare conferma sinovite attiva e segni di entesite. Viene posta diagnosi di artrite psoriasica periferica con entesite, associata a significativo rischio cardiovascolare globale aumentato. Considerata l'attività di malattia e la presenza di comorbidità cardiovascolari, viene avviata terapia con DMARD e successiva rivalutazione per eventuale terapia biologica, insieme a stretto monitoraggio internistico-cardiologico. La paziente viene inserita in un percorso multidisciplinare che coinvolge reumatologo, cardiologo e medico di base, con impostazione di terapia antipertensiva e ipolipemizzante ottimizzata, oltre a programma di attività fisica adattata e dieta ipocalorica. Viene inoltre fornita educazione terapeutica sull'importanza dell'aderenza ai trattamenti e della modifica dello stile di vita. Al follow-up a sei-nove mesi si osserva una riduzione del dolore articolare e della rigidità mattutina, miglior controllo pressorio e del profilo lipidico e una lieve ripresa della funzionalità fisica. La paziente continua tuttavia a necessitare di monitoraggio regolare per il rischio cardiovascolare aumentato e per la natura cronica e recidivante della patologia reumatologica.

CASO CLINICO 10

Un uomo di 44 anni si presenta all'ambulatorio di reumatologia per dolore e gonfiore alle articolazioni delle mani e dei piedi da circa nove mesi, associati a rigidità mattutina di circa un'ora e difficoltà nello svolgere attività lavorative manuali. Riferisce inoltre la comparsa di intenso prurito cutaneo diffuso, soprattutto a livello del cuoio capelluto, dei gomiti e della regione lombare, con peggioramento notturno.

In anamnesi è presente psoriasi cutanea da circa 10 anni, con andamento cronico-recidivante e scarsa aderenza alle terapie dermatologiche topiche. Il paziente riferisce inoltre fumo attivo e consumo occasionale di alcol. Negli ultimi mesi ha sospeso i controlli specialistici per difficoltà lavorative.

All'esame obiettivo si evidenziano placche eritemato-desquamative diffuse con marcato grattamento e segni di escoriazione da prurito, oltre a tumefazione delle articolazioni interfalangee delle mani, sinovite dei polsi e dattilite del secondo dito del piede destro. Sono presenti alterazioni ungueali con pitting e onicolisi. Il prurito risulta importante e interferisce con il sonno e la qualità di vita. Gli esami di laboratorio mostrano aumento della PCR e della VES, mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia muscoloscheletrica evidenzia sinovite attiva e segni di entesite a livello achilleo. La valutazione dermatologica conferma riacutizzazione della psoriasi cutanea, verosimilmente aggravata da scarsa aderenza terapeutica e stress. Viene posta diagnosi di artrite psoriasica attiva con importante coinvolgimento cutaneo pruriginoso. Si avvia terapia sistemica con DMARD, associata a trattamento dermatologico specifico per il controllo del prurito e dell'infiammazione cutanea, oltre a FANS per il dolore articolare nelle fasi iniziali. Il paziente viene inserito in un percorso multidisciplinare reumatologico-dermatologico con educazione terapeutica finalizzata a migliorare l'aderenza ai trattamenti e ridurre i fattori scatenanti. Al

follow-up dopo alcuni mesi si osserva riduzione del dolore articolare e del prurito, miglioramento delle lesioni cutanee e della qualità del sonno, con progressiva ripresa delle attività quotidiane.

CASO CLINICO 11

Una ragazza di 15 anni viene portata dai genitori all'ambulatorio di reumatologia pediatrica per dolore persistente al ginocchio destro e alle dita della mano sinistra da circa quattro mesi. Riferisce rigidità mattutina di circa un'ora e difficoltà a camminare soprattutto nei primi passi della giornata. Negli ultimi mesi ha progressivamente ridotto la partecipazione alle attività sportive scolastiche per il dolore.

In anamnesi familiare è presente psoriasi cutanea nella madre. La paziente riferisce la comparsa, circa un anno prima, di piccole chiazze eritemato-desquamative al cuoio capelluto e dietro le orecchie, trattate inizialmente come dermatite seborroica. All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione del ginocchio destro, sinovite delle articolazioni interfalangee prossimali della mano sinistra, lieve dattilite del secondo dito del piede sinistro e segni di onicopatia con pitting ungueale.

Gli esami ematochimici mostrano aumento della VES e della PCR, mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia articolare conferma la presenza di sinovite attiva con versamento articolare a livello del ginocchio destro. La valutazione dermatologica evidenzia lesioni compatibili con psoriasi del cuoio capelluto in fase attiva.

Alla luce del quadro clinico (artrite periferica, dattilite, interessamento cutaneo e familiarità positiva), viene posta diagnosi di artrite psoriasica ad esordio adolescenziale. La paziente viene avviata a terapia con DMARD e inserita in un percorso multidisciplinare che include reumatologia pediatrica, dermatologia e fisioterapia, con l'obiettivo di controllare l'infiammazione e preservare la funzionalità articolare.

Nei mesi successivi si osserva un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della mobilità articolare, con graduale ripresa delle attività scolastiche e sportive, pur mantenendo un follow-up regolare per il monitoraggio dell'attività di malattia e della crescita.

CASO CLINICO 12

Una donna di 32 anni, alla 18^a settimana di gravidanza, si presenta all'ambulatorio di reumatologia per riacutizzazione di dolore e tumefazione alle articolazioni delle mani e dei piedi. Riferisce rigidità mattutina di circa un'ora e progressiva difficoltà nella deambulazione e nelle attività quotidiane. La paziente è affetta da artrite psoriasica diagnosticata da circa cinque anni, con interessamento prevalentemente periferico.

In anamnesi è presente psoriasi cutanea dall'età di 20 anni, con andamento cronico-recidivante. La gravidanza è la prima e decorre finora senza complicanze ostetriche. La paziente riferisce di aver sospeso autonomamente la terapia di mantenimento (DMARD) alla scoperta della gravidanza, per timore di effetti teratogeni.

All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni interfalangee e metacarpofalangee, lieve dattilite del terzo dito della mano destra ed entesite a livello del tendine d'Achille sinistro. Le lesioni psoriasiche cutanee risultano lievemente peggiorate rispetto ai controlli precedenti.

Gli esami di laboratorio mostrano aumento degli indici infiammatori (VES e PCR), mentre il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. La valutazione ecografica conferma sinovite attiva e segni di entesite. Il monitoraggio ostetrico non evidenzia anomalie fetali.

Viene posta diagnosi di riacutizzazione di artrite psoriasica in gravidanza, verosimilmente correlata alla sospensione della terapia. Dopo valutazione multidisciplinare reumatologica e ginecologica, viene impostato un trattamento compatibile con la gravidanza, con controllo del

dolore e dell'infiammazione e ripresa di una terapia di fondo sicura. Vengono inoltre avviate fisioterapia dolce ed educazione terapeutica.

Nei mesi successivi si osserva una riduzione dell'attività di malattia e un miglioramento della funzionalità articolare, con prosecuzione della gravidanza senza complicanze e attento follow-up congiunto reumatologico e ostetrico per garantire il controllo della malattia e la sicurezza materno-fetale.

CASO CLINICO 13

Una donna di 76 anni viene trasferita da una RSA all'ambulatorio reumatologico per peggioramento del dolore articolare e riduzione della mobilità. La paziente presenta artrite psoriasica diagnosticata circa 15 anni prima, con andamento progressivamente erosivo e trattamento irregolare negli ultimi anni a causa del declino cognitivo. Negli ultimi mesi è diventata sempre più dipendente nelle attività quotidiane, con difficoltà nella deambulazione e frequenti cadute.

In anamnesi è presente psoriasi cutanea di lunga data, ipertensione arteriosa, osteoporosi e diabete mellito di tipo 2. Da circa tre anni è stata diagnosticata una demenza di tipo Alzheimer in fase moderato-avanzata, con progressivo deficit di memoria, disorientamento e scarsa collaborazione alla terapia farmacologica.

All'esame obiettivo si evidenziano deformità articolari delle mani con riduzione della funzionalità, tumefazione residua delle articolazioni interfalangee, dattilite pregressa e importante rigidità del rachide. Le lesioni psoriasiche cutanee sono diffuse ma scarsamente trattate. La paziente appare disorientata, poco collaborante e non in grado di riferire con precisione la sintomatologia dolorosa, che viene dedotta prevalentemente da segni indiretti (irritabilità, agitazione e riduzione dell'appetito).

Gli esami di laboratorio mostrano aumento moderato degli indici infiammatori (VES e PCR), anemia lieve e alterazioni metaboliche compatibili con diabete non perfettamente controllato. Il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'imaging evidenzia esiti erosivi avanzati e deformità articolari compatibili con artrite psoriasica di lunga durata.

La gestione terapeutica risulta complessa per la scarsa aderenza e la difficoltà di monitoraggio legata al deterioramento cognitivo. Viene attivato un approccio multidisciplinare che coinvolge reumatologo, geriatra, dermatologo e fisiatra. La terapia viene semplificata privilegiando schemi a lunga durata e basso rischio di interazioni, con attenzione particolare al controllo del dolore e al miglioramento della qualità di vita.

Viene inoltre coinvolta l'équipe assistenziale della struttura residenziale per garantire regolarità nella somministrazione dei farmaci, prevenzione delle complicanze da immobilità (lesioni da pressione, rigidità articolare) e supporto nelle attività quotidiane. La fisioterapia viene adattata alle capacità residue della paziente, con mobilizzazioni dolci e interventi di mantenimento funzionale.

Nel follow-up si osserva una stabilizzazione del quadro infiammatorio articolare e un miglior controllo del dolore percepito, sebbene persistano importanti limitazioni funzionali legate sia al danno articolare strutturale sia alla progressione della demenza. L'obiettivo principale diventa il mantenimento del comfort, la prevenzione delle complicanze e il supporto globale della paziente nel contesto di fragilità clinica e cognitiva avanzata.

CASO CLINICO 14

Un uomo di 50 anni si presenta all'ambulatorio di reumatologia per una nuova riacutizzazione di artrite psoriasica. Negli ultimi tre anni ha presentato quattro episodi di recidiva, caratterizzati da dolore e tumefazione articolare a mani, polsi e ginocchia, associati a rigidità mattutina prolungata e marcata riduzione della funzionalità.

In anamnesi è presente psoriasi cutanea da circa 15 anni con interessamento diffuso del cuoio capelluto e degli arti. Il paziente riferisce inoltre sovrappeso e abitudine tabagica. Nel corso degli anni è stato trattato inizialmente con FANS e successivamente con DMARD convenzionali, con beneficio parziale e transitorio.

A causa della persistenza di attività di malattia e delle frequenti recidive, è stata intrapresa terapia con farmaco biologico anti-TNF α circa due anni prima, con iniziale buon controllo dei sintomi. Tuttavia, nel tempo si sono verificate due ulteriori riacutizzazioni, una delle quali in seguito a sospensione autonoma della terapia per infezione delle vie respiratorie e mancata ripresa tempestiva del trattamento.

All'esame obiettivo si rilevano tumefazione delle articolazioni interfalangee e metacarpofalangee, lieve sinovite dei polsi e dolore alla pressione del tendine d'Achille. Le lesioni cutanee psoriasiche risultano in fase attiva. Gli indici infiammatori (VES e PCR) sono moderatamente elevati. Fattore reumatoide e anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia muscoloscheletrica conferma sinovite attiva e segni di entesite.

Considerata la storia di recidive multiple nonostante terapia biologica, viene rivalutata l'aderenza terapeutica e la risposta clinica. Dopo valutazione multidisciplinare si decide il cambio di classe di farmaco biologico con meccanismo d'azione differente, associato a breve ciclo di corticosteroidi per il controllo della fase acuta e a fisioterapia mirata al recupero funzionale.

Il paziente viene inserito in un programma di follow-up stretto con monitoraggio clinico e laboratoristico periodico, oltre a un percorso di educazione terapeutica finalizzato a migliorare l'aderenza alla terapia e la gestione precoce dei segni di riacutizzazione. Nei mesi successivi si osserva una riduzione della frequenza delle recidive e un miglior controllo della sintomatologia, con miglioramento della qualità di vita e della capacità lavorativa, pur persistendo necessità di monitoraggio continuo per il rischio di nuove riacutizzazioni.

CASO CLINICO 15

Un uomo di 52 anni si presenta all'ambulatorio di reumatologia per peggioramento progressivo del dolore articolare a mani, polsi e ginocchia, associato a rigidità mattutina di circa due ore e riduzione importante della capacità lavorativa. Il paziente è affetto da artrite psoriasica da circa 10 anni, con andamento cronico-recidivante.

In anamnesi è presente psoriasi cutanea estesa e numerose comorbidità, tra cui ipertensione arteriosa, dislipidemia e sovrappeso. In passato è stato trattato con FANS e DMARD convenzionali con risposta insufficiente, motivo per cui è stata avviata terapia con farmaco biologico anti-TNF α circa tre anni prima.

Inizialmente il trattamento biologico ha determinato un buon controllo dei sintomi, con riduzione significativa del dolore e della rigidità. Tuttavia, negli ultimi 12 mesi il paziente ha presentato due riacutizzazioni importanti della malattia, una delle quali associata a sospensione autonoma della terapia per infezione delle vie respiratorie e successiva ripresa tardiva del trattamento. Riferisce inoltre aderenza irregolare ai controlli specialistici.

All'esame obiettivo si evidenziano tumefazione e dolorabilità delle articolazioni interfalangee e metacarpofalangee, sinovite dei polsi, dattilite del terzo dito della mano destra ed entesite a livello del tendine d'Achille bilaterale. Le lesioni psoriasiche sono attive e associate a importante prurito e desquamazione.

Gli esami di laboratorio mostrano aumento degli indici infiammatori (VES e PCR). Fattore reumatoide e anticorpi anti-CCP risultano negativi. L'ecografia muscoloscheletrica evidenzia sinovite attiva e segni di entesite, mentre le radiografie mostrano iniziali erosioni articolari e fenomeni di proliferazione ossea compatibili con evoluzione della malattia.

Considerata la risposta clinica subottimale al farmaco biologico in corso e le recidive multiple, viene effettuata rivalutazione specialistica. Si decide di effettuare switch terapeutico verso un

biologico con differente meccanismo d'azione, associato a breve ciclo di corticosteroidi per il controllo della fase acuta. Il paziente viene inserito in un programma di follow-up stretto e multidisciplinare, con monitoraggio reumatologico e dermatologico, screening per infezioni e supporto per migliorare l'aderenza terapeutica. Viene inoltre avviato un percorso di educazione sanitaria e modifica dello stile di vita.

Al controllo dopo circa nove mesi si osserva una riduzione dell'attività infiammatoria, con miglioramento del dolore, della rigidità mattutina e della funzionalità articolare. Persistono tuttavia episodi sporadici di riacutizzazione, rendendo necessario un monitoraggio continuo e una possibile futura rivalutazione terapeutica.

Tavola rotonda conclusiva sui temi trattati nell'arco della giornata formativa

La tavola rotonda conclusiva rappresenta un momento di sintesi e confronto multidisciplinare sui principali temi affrontati nel corso della giornata formativa dedicata all'artrite psoriasica (PsA). L'incontro si propone di integrare le diverse prospettive emerse, favorendo una riflessione condivisa sulle più recenti evidenze scientifiche e sulla loro applicabilità nella pratica clinica quotidiana. Particolare attenzione viene rivolta ai modelli di gestione basati sul treat-to-target (T2T), alla complessità della stratificazione clinica dei pazienti e al riconoscimento dei diversi fenotipi di malattia, con specifico riferimento alle forme periferiche e alle condizioni caratterizzate da dolore non strettamente infiammatorio. In questo contesto, il ruolo dell'ecografia muscoloscheletrica emerge come elemento trasversale di supporto decisionale, utile sia nella valutazione dell'attività di malattia sia nella definizione delle strategie terapeutiche.

Il confronto tra esperti consente inoltre di valorizzare le esperienze real-life condivise durante la giornata, evidenziando criticità, buone pratiche e possibili aree di miglioramento nei percorsi diagnostico-terapeutici. La discussione finale mira a consolidare un approccio più uniforme e consapevole alla gestione della PsA, rafforzando la collaborazione tra specialisti e l'integrazione tra evidenze e pratica clinica.

In conclusione, la tavola rotonda si configura come un momento di sintesi operativa e scientifica, finalizzato a tradurre i contenuti della giornata in indicazioni utili per una gestione più efficace e personalizzata del paziente con PsA.

Conclusioni e verifica questionario ECM

L'incontro finisce con discussione e test di apprendimento ecm