

Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna

NOTIZIARIO

A.M.R.E.R.

Notiziario n. 19
dicembre 2006

L'associazione ha sede in
via San Carlo 44/2
40127 Bologna

ORARIO UFFICIO
Lunedì 14 / 17
Giovedì 9 / 12

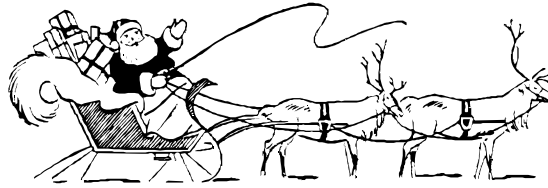
Tel. 051 249045
Cell. 335 6223895
amrer@libero.it

C.F. 80095010379

Iscriversi all'Associazione
è semplice.

Basta fare un versamento
di almeno € 6,00 su
conto corrente postale
N°12172409
A.M.R.E.R.
via San Carlo 44/2
40121 Bologna

Riconoscimento Regionale
DPGR 570 del 17/07/95



*Buon Natale
e felice Anno Nuovo*

Cari soci anche quest'anno, come consuetudine, alcuni nostri associati organizzano un momento di ritrovo per lo scambio degli auguri natalizi. Siete quindi tutti invitati, anche con parenti ed amici, il giorno:

domenica 10 dicembre 2006 dalle 14 alle 18

presso la Sala Polivalente del Quartiere **Borgo Panigale**
in via **Marco Emilio Lepido n°25/2**

Per raggiungere la Sala:

- **in auto** dalla tangenziale uscita Borgo Panigale;
- dal centro **l'autobus è il n°13** ;
- dalla **Stazione ferroviaria l'autobus n° 39**, scendere in Via Lame e prendere il n° 13 .

Scendere alla prima fermata dopo il **cavalcavia della ferrovia** (fermata scala) e svoltare subito a destra: dietro la caserma dei Carabinieri di Borgo Panigale Piazzeta delle Scuole.

Angolo Caffè

Cari amici,

eccoci nuovamente nel nostro personale "angolo caffè". Vogliamo in questo spazio mettervi al corrente di tutto quello che è stato messo in cantiere durante questi ultimi tre mesi che sono stati ricchissimi di attività e di esperienze per noi molto formative. All'interno di questo notiziario sono inserite alcune di queste, ma molte altre stanno ancora conoscendo lo sviluppo e la fase di crescita. Il notiziario rappresenta per tutto lo staff di lavoro l'occasione per comunicare le attività svolte affinché tutti voi possiate averne dei benefici. Le informazioni che vi diamo sono state raccolte e studiate, le esperienze vissute e rielaborate alla luce di un lavoro sinergico che vuol guardare a tutto tondo.

Siamo orgogliosi di dirvi che il Progetto di incontri nei Centri Reumatologici, che abbiamo chiamato Athena, sta conoscendo nel concreto il suo "debutto" in pubblico. Stiamo procedendo proprio in questi giorni alla sua presentazione presso i Reumatologi affinché lo personalizzino nell'intervento che riguarda la propria realtà locale. Nel prossimo numero vogliamo far uscire le date e i temi dei primi incontri che si realizzeranno nella primavera del 2007.

Altre attività di primaria importanza sono ai vertici della nostra agenda: la rilevazione della durata delle liste d'attesa, la mappatura territoriale dei servizi reumatologici e ambulatoriali, lo studio e l'aggiornamento della legislazione sociale (l. 68/99 e 104/92) e lo sviluppo di elaborati di ricerca sono solo un esempio di queste. Vi parleremo per ore dato il nostro entusiasmo, ma lo spazio ed il tempo sono tiranni, vi auguriamo quindi una buona lettura e buone feste.

Il presidente
Filippi Guerrina



Informazioni utili



Le persone con invalidità superiore al 33% e gli altri beneficiari previsti dalla normativa vigente hanno **diritto alla concessione** gratuita, da parte dell'Azienda USL di residenza, degli **ausili, ortesi e protesi** inclusi nel nomenclatore tariffario (Decreto Ministeriale della Sanità 27 agosto 1999, n. 332)

I presidi ortopedici sono classificati in:

- a. presidi locomotori (calzature ortopediche, plantari, tutori, corsetti, busti);
- b. presidi per la deambulazione (presidi deambulatori, stabilizzatori, carrozzelle).

Per ottenere i benefici è necessaria una prescrizione redatta da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale (dipendente o convenzionato) e un'autorizzazione alla fornitura del dispositivo rilasciata dall'Azienda USL di residenza.

Prima di effettuare la spesa è pertanto necessario rivolgersi al proprio Medico o all'Ufficio Assistenza Protesica dell'Azienda USL di residenza.

Per saperne di più e per conoscere i servizi delle Aziende USL della Regione è possibile contattare il **Numero Verde Servizio Sanitario Regionale**



800.033.033

Legge 68

"diritto al lavoro"



Possono iscriversi al collocamento disabili:

- o Le persone con minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali che hanno una percentuale d'invalidità pari o superiore al 46%.

Requisiti:

- o Invalidità civile riconosciuta dalla competente commissione medica dell'Asl
- o Essere disoccupati iscritti negli elenchi di collocamento ordinario (per i disabili occupati il reddito da lavoro che consente comunque è di 10.633 euro annui);
- o Avere assolto gli obblighi scolastici e compiuto i 15 anni.

NB: Il limite dei 55 anni per l'accesso al collocamento obbligatorio è stato abolito dalla legge 68/99.

Il **Centro per l'Impiego** svolge un ruolo di mediazione offrendo un sostegno completo a invalidi e disabili per dare un'occupazione lavorativa mirata e assistita consona alle proprie capacità, formazione professionale e stato di salute

Compito del servizio è anche quello di assistere i lavoratori in percorsi individualizzati di tirocinio e di formazione in azienda con l'ausilio di tutor.

Un buon inserimento lavorativo prevede:

- o Colloquio di orientamento e di consulenza;
- o Informazioni sulle iniziative di formazione;
- o Consultazione delle offerte di lavoro;
- o Avviamento mirato al lavoro.

I disabili senza qualifica professionale adeguata possono seguire percorsi personalizzati.

Per il disabile questo comporta:

- o Definizione di percorsi di inserimento lavorativo personalizzati;
- o Valutazione delle capacità e delle esperienze lavorative;
- o Analisi delle competenze e delle risorse personali;
- o Analisi delle schede informative dell'AUSL (diagnosi funzionale art. 1, comma 4, L. 8/99)

Documentazione necessaria:

1. verbale d'invalidità in originale accompagnato da una fotocopia che verrà trattenuta dall'ufficio. In alternativa, dichiarazione di conformità all'originale annotata a margine della copia (in questo caso sarà richiesta l'esibizione di un documento di identità valido);
2. dichiarazione di immediata disponibilità allo svolgimento di un'attività lavorativa, rilasciata presso il Centro per l'Impiego di riferimento per il Comune in cui si è domiciliati;
3. autocertificazione del proprio titolo di studio e di eventuali qualifiche professionali (che verrà fatta al momento dell'iscrizione);
4. reddito dell'anno precedente alla domanda ed eventuali familiari a carico.

Rapporto di lavoro dei disabili:

Ai disabili assunti con il collocamento obbligatorio si applica il trattamento economico e normativo previsto dai contratti e dalle leggi vigenti.

L'ITER IN SINTESI:

- o Diagnosi e informativa medico di famiglia sulla possibile invalidità,
- o Richiesta ad un patronato o altro per avviare pratica riconoscimento invalidità,
- o Visita da parte della Commissione prevista dalla L. 104/92 per il riconoscimento

dell'invalidità e sua percentuale al fine dell'iscrizione al collocamento obbligatorio,

- Iscrizione al collocamento obbligatorio per avviamento al lavoro;
- Collocamento mirato.

NB. non tutte le province chiedono l'iscrizione anche nel collocamento ordinario, a meno che il disabile non lo richieda espressamente.

L'iscrizione nel collocamento ordinario non aggiunge nulla in termini di prerogative finalizzate al lavoro rispetto alla sola iscrizione nell'elenco del collocamento obbligatorio

L'assolvimento dell'obbligo scolastico, che oggi coincide con l'acquisizione della licenza media, è indispensabile per l'avviamento nelle pubbliche amministrazioni mentre per l'avviamento presso privati è sufficiente il proscioglimento dall'obbligo scolastico.

Ogni Centro per l'Impiego offre servizi differenziati in base alla propria organizzazione, si consiglia quindi di informarsi presso le varie sedi di appartenenza.

Referenti Centri per l'Impiego Regione Emilia Romagna

BOLOGNA	051 6598942
PARMA	0521 931411
FERRARA	0532 299823 -834-841-851
MODENA	059 209977 / 209988
REGGIO EMILIA	0522 444559
PIACENZA	0523 795700 -01 -03 -06
RAVENNA	0544 258449 / 258531-454
FORLÌ CESENA	0543 714407
RIMINI	0541 358602 / 358622

Il medico risponde



In risposta ad alcune vostre richieste di approfondimento sulla Sindrome di Sjögren, abbiamo pensato di farvi cosa gradita nel richiedere un elaborato su questo argomento ai medici che molto gentilmente collaborano e ci aiutano a darvi delle risposte in campo medico.

La Sindrome di Sjögren

La Sindrome di Sjögren fa parte del gruppo delle connettiviti, malattie caratterizzate dal coinvolgimento del tessuto connettivo su base infiammatoria e capitolo di grande importanza nell'ambito delle malattie reumatiche. L'eponimo della sindrome è quello di un oculista svedese,

Henrik Sjögren, che oltre 50 fa, ne descrisse il quadro clinico in un gruppo di malati, molti dei quali erano contemporaneamente afflitti da artrite reumatoide.

Nella Sindrome di Sjögren sono colpite tipicamente le ghiandole salivari e lacrimali, interessate da un processo infiammatorio cronico che comporta una ridotta secrezione di saliva e lacrime. I sintomi principali sono pertanto la sensazione di "occhi secchi" (xeroftalmia) e di "bocca secca" (xerostomia).

Si parla di Sindrome di Sjögren primitiva quando il coinvolgimento delle ghiandole esocrine si presenta a se stante, non associato ad un'altra malattia reumatica evidente.

Si parla di Sindrome di Sjögren secondaria o sintomatica quando la compromissione delle ghiandole salivari e lacrimali si associa al quadro clinico di un'altra malattia reumatica come l'artrite reumatoide, il lupus eritematoso sistemico o la sclerodermia.

Il complesso sintomatologico occhio secco – bocca secca può presentarsi anche in modo isolato, senza nessun altro sintomo, come ad esempio nell'età avanzata (quando si verifica una riduzione fisiologica del volume delle ghiandole salivari), nei soggetti ansiosi e nei soggetti che fanno uso di alcuni psicofarmaci (ansiolitici e antidepressivi).

La malattia, nel suo complesso, colpisce prevalentemente il sesso femminile nell'età compresa fra i 40 ed i 60 anni. La reale frequenza con cui si manifesta è poco nota. In realtà sappiamo che si tratta di una malattia meno rara di quanto si potesse anche solo supporre fino a pochi anni fa.

Sintomi

L' "occhio secco" (xeroftalmia)

I sintomi oculari più frequentemente riferiti dai pazienti e che suggeriscono la presenza di una ridotta secrezione lacrimale sono: sensazione di occhio asciutto, "occhi appiccicati" al mattino, sensazione di "sabbia negli occhi" o di corpo estraneo, bruciore prurito, intolleranza alla luce del sole, difficoltà alla visione. La congiuntiva bulbare e palpebrale appare asciutta ed arrossata e possono comparire piccole abrasioni della cornea. La perdita della capacità antibatterica e del potere detergente delle lacrime può comportare l'insorgenza di una congiuntivite per infezione virale o batterica. Un buon rimedio è rappresentato dalla periodica umidificazione e detersione della congiuntiva usando più volte al giorno le lacrime artificiali.

La "bocca secca" (xerostomia)

La riduzione della secrezione salivare, dovuta all'interessamento delle ghiandole salivari sottomascolari, sottolinguali, parotidiche e delle formazioni ghiandolari minori, determina la sensazione di "bocca secca", di arsuria e la necessità di assumere liquidi con notevole frequenza, per cui spesso i pazienti sono costretti a portare con sé bottigliette d'acqua minerale o caramelle. Può risultare difficile ingoiare il cibo ingerito (disfagia), soprattutto se si tratta di cibi asciutti. La scarsa secrezione di saliva interferisce infatti con la formazione e la lubrificazione del bolo alimentare.

La mucosa del cavo orale e la lingua appaiono secche e arrossate e possono comparire screpolature e piccole ulcerazioni delle labbra e della lingua. Può anche subentrare perdita del gusto. Il mancato effetto detergente della saliva facilita inoltre la comparsa di carie. Un rigonfiamento delle ghiandole parotidi, apprezzabile al di sotto e al davanti delle orecchie, è apprezzabile in circa la metà dei pazienti. A volte l'aumento di volume di una sola ghiandola parotide può verificarsi acutamente e associarsi a dolore e febbre, simulando una parotide.

Sindrome di Sjögren primitiva

Nella Sindrome di Sjögren primitiva al complesso sintomatologico occhio secco più bocca secca può associarsi un quadro clinico sistemico conseguente alla compromissione di altri organi ed apparati:

- le articolazioni ed i muscoli: si tratta per lo più di poliartralgie, cioè dolori diffusi e simmetrici alle piccole e grandi articolazioni (possono essere colpite mani, polsi, gomiti, spalle, ginocchia, caviglie, piedi). Il dolore è presente anche a riposo e tende a comparire nella seconda metà della notte; si attenua nel corso della giornata; si associa spesso a rigidità mattutina. In genere mancano dei veri e propri gonfiori delle articolazioni, anche se in alcuni casi possono essere transitoriamente presenti. I pazienti a volte lamentano anche mialgie, cioè dolori delle masse muscolari ulteriormente accentuati dalla pressione. Le poliartralgie e le mialgie si accompagnano spesso ad un senso di malessere generale ad una facile affaticabilità;
- altre ghiandole esocrine, la cui ridotta secrezione può comportare la comparsa di svariati sintomi: secchezza e lesioni della mucosa nasale con possibile riduzione del senso dell'olfatto; bronchiti ricorrenti con tosse ed espettorato denso e viscoso per interessamento delle ghiandole delle vie aeree più basse; disfagia (difficoltà a deglutire i cibi solidi), indotta da secchezza del faringe e dell'esofago; secchezza della pelle per

interessamento delle ghiandole sudoripare e sebacee; secchezza della vagina con possibile insorgenza di dolore durante i rapporti sessuali;

- con frequenza variabile possono essere interessati dal processo infiammatorio cronico i polmoni (difficoltà respiratoria), il fegato (che può risultare aumentato di volume), i reni (urine più diluite), la tiroide (con ridotta secrezione di ormoni) ed il sistema nervoso centrale (con quadri diversi e variabili da caso a caso). E' possibile in circa ¼ dei pazienti la comparsa del fenomeno di Raynaud (la mano che cambia di colore quando esposta al freddo).

Sindrome di Sjögren secondaria

Si parla di Sindrome di Sjögren secondaria o sintomatica quando il complesso sintomatologico occhio secco – bocca secca si riscontra in corso di altre malattie come nell'artrite reumatoide, nel lupus eritematoso sistemico, nella sclerodermia, nella polimiosite ed in altre malattie autoimmuni che colpiscono il fegato, il polmone o la tiroide.

Eziologia

La causa della sindrome di Sjögren è sconosciuta, come quella di tutte le connettiviti. L'ipotesi prevalente è quella di una alterazione della regolazione immunitaria a causa di una predisposizione ereditaria. Ricerche recenti hanno anche evidenziato il possibile ruolo di alcune infezioni virali. Tuttavia tali ricerche necessitano di ulteriori conferme.

Diagnosi

Contrariamente a quanto ritenuto in passato oggi sappiamo che la sindrome di Sjögren è un'affezione frequente; nonostante ciò non sempre la diagnosi viene formulata correttamente e tempestivamente. Alcuni dei motivi sono facilmente individuabili:

- 1) si tratta di una delle affezioni reumatiche "meno note" al medico di base, che molto spesso è il primo ad osservare questi pazienti;
- 2) la malattia, in una fase iniziale che si può prolungare anche per qualche anno, può dare sintomi scarsi e passare inavvertita;
- 3) è poco nota tra gli oculisti e soprattutto tra i dentisti che in genere sono i primi specialisti cui il malato si rivolge;
- 4) anche quando il malato ricorre ad un reumatologo quasi mai denuncia spontaneamente la presenza di disturbi agli occhi e alla bocca in quanto è portato a non metterli in relazione con i sintomi dolorosi articolari. In questo caso il sospetto diagnostico potrà avere una prima conferma se il malato, a precisa

domanda, riferisce le sensazioni di occhio secco e bocca secca.

Per l'accertamento diagnostico andranno eseguiti:

a) esami del sangue; alcuni semplici esami sono di grande aiuto per la diagnosi di Sindrome di Sjögren come la VES, che risulta elevata; il fattore reumatoide e gli anticorpi anti-nucleo, quasi costantemente presenti; le gammaglobuline che possono raggiungere valori molto elevati;

b) test che documentano una ridotta secrezione lacrimale; molto comune è i test di Schirmer che si esegue ogni qual volta esiste un sospetto diagnostico. Consiste nell'introdurre l'estremità di una strisciolina di carta nella palpebra inferiore misurando, dopo cinque minuti, i millimetri di carta che risultano bagnati dalle lacrime (più di dieci millimetri in condizioni normali). Il test è rapido, di facile esecuzione e ben tollerato dal paziente;

c) esami che dimostrano il coinvolgimento infiammatorio delle ghiandole salivari. Sono stati proposti numerosi test che valutano l'entità della secrezione salivare, ma la certezza diagnostica si ottiene con la biopsia e l'esame istologico delle ghiandole salivari minori, facilmente esportabili con un minimo trauma a livello del labbro inferiore.

Terapia

Nella terapia della Sindrome di Sjögren bisogna distinguere il trattamento del complesso sintomatologico occhio secco – bocca secca e il trattamento delle altre manifestazioni sistemiche. Per la secchezza degli occhi si ricorre abitualmente all'uso quotidiano delle lacrime artificiali che assicurano di regola un buon beneficio sintomatico; per la secchezza della bocca è consigliabile la frequente assunzione di liquidi non acidi e non contenenti zucchero. Poiché la scarsa salivazione, per la mancanza di protezione, può portare alla carie dentaria, è necessaria una meticolosa igiene dei denti. Il trattamento delle manifestazioni sistemiche è eminentemente sintomatico e sarà deciso di volta in volta. Le artralgie e le mialgie possono essere controllate con i FANS, ma in molti casi si ricorre ai cortisonici ed agli antimalarici che sono efficaci a dosaggi bassi.

Conclusioni

La sindrome di Sjögren è oggi meglio conosciuta che in passato e la diagnosi può essere formulata precocemente. Sono necessari un'indagine anamnestica accurata, la conoscenza dei dati clinici, alcune semplici indagini di laboratorio e strumentali. La malattia è di solito benigna, non incide sulla qualità di vita del malato e i sintomi

sono ben controllabili con gli attuali presidi terapeutici a disposizione. Come in ogni malattia possono sopravvenire, lungo il decorso, delle complicanze di vario tipo; è pertanto importante contattare sempre immediatamente lo specialista reumatologo ed eseguire con scrupolo le visite di controllo.

Dott.ssa Gilda Sandri

Cattedra e Servizio di Reumatologia Università di Modena e Reggio Emilia

Dott. Giovanni Ciancio

Dipartimento Reumatologia – Regione Basilicata
Ospedale di Matera

Giornata del malato reumatico



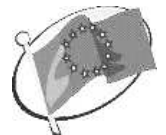
Il 12 Ottobre è la giornata a livello mondiale che ricorda periodicamente il malato reumatico. Per ricordare quest'avvenimento AMRER nel 2006 ha inviato a tutti voi il prodotto del suo lavoro in collaborazione con l'Associazione Nazionale: l'opuscolo dei "Diritti, opportunità del malato reumatico".

AMRER è stata presente, per ricorrenza, alla conferenza stampa tenuta a Milano affinché il peso e l'importanza dell'impatto delle patologie reumatiche trovi il suo giusto rilievo.

Nell'incontro si sono trattati i temi del "*contributo di fattori genetici e ambientali nello sviluppo della patologia*", "*i sintomi iniziali all'esordio*", "*l'importanza e il ruolo dell'informazione, dei diritti e dell'integrazione*".

Fondamentale è secondo noi cominciare a dare rilievo a tutte le vostre/nostre esigenze e necessità. Per questo stiamo lavorando su molteplici fronti, uno dei quali è pubblicare le vostre lettere con quesiti e domande affinché tutti possano giovare delle risposte. Quindi, affinché la giornata del malato reumatico sia lunga tutto un anno, fateci giungere la vostra voce tramite lettere, mail cosicché noi possiamo pubblicare il vostro pensiero.

In Europa



Le malattie reumatiche stanno finalmente ottenendo un forte riconoscimento anche in ambito europeo. Ciò rappresenta una grande opportunità per scambiare esperienze, studi, informazioni e conoscenze a 360 gradi su molti aspetti e tematiche che ci coinvolgono.

Conosciamo allora qualcosa di più su chi sono gli operatori che si muovono in Europa...

EULAR (Lega Europea contro il Reumatismo) è un'organizzazione pan-europea che incoraggia

molte attività nell'area della ricerca, della cura del paziente e dell'educazione. Per gestire e promuovere le sue attività con efficienza, EULAR ha costituito una struttura di comitati e di corpi manageriali. [...]

Dal 2005 EULAR è riconosciuta in Europa come unità di ricerca in merito alla ricerca reumatologica.

La missione di EULAR:

La Lega Europea contro il Reumatismo (EULAR) è un'organizzazione che si è impegnata, in tutte le nazioni d'Europa, a portar in evidenza le esigenze del paziente, delle società scientifiche e professionali della reumatologia. Gli scopi di EULAR sono di ridurre il peso delle malattie reumatiche sull'individuo e sulla società e di migliorare il trattamento, la prevenzione e la riabilitazione delle malattie muscolari. A tal fine EULAR incoraggia l'eccellenza nell'educazione e nella ricerca nel campo della reumatologia.

Promuove la conversione di progressi scientifici in cure quotidiane e combatte, attraverso i corpi governativi in Europa, per il riconoscimento dei bisogni della gente che ha malattie muscoloscheletriche.

L'**APOM**, Arthritis People On The Move (Persone Artritiche In Movimento), è la Conferenza Mondiale delle Associazioni di Pazienti Artritici e Reumatologici. APOM organizza come attività incontri finalizzati a far emergere le tematiche nonché i modi e gli strumenti adeguati per le possibili risposte ai problemi socio-sanitari

Dal 1997 al 2003 questa Conferenza viene organizzata dalle Leghe Sociali EULAR solamente una volta all'anno.

Nel 2004 dall'incontro di Bruxelles l'APOM può contare sul sostegno e l'organizzazione del PARE Manifesto (l'organismo europeo dei malati reumatici) e dell'EULAR. Da allora si è concordato di organizzare incontri almeno una volta all'anno.

In occasione del "Congresso dell'APOM in Italia", svoltosi nei giorni 24-26 novembre 2006 a Roma, **AMRER** ha portato la voce dei propri iscritti all'incontro intitolato "Luci sulla disabilità da malattie reumatiche". Durante questa conferenza, in cui hanno partecipato molti rappresentanti di realtà europee con le proprie esperienze, si sono focalizzati molti interessanti spunti di riflessione. I punti cardine sono stati:

- le disabilità nella vita quotidiana, dall'aprire un barattolo a salire le scale;
- l'interazione con gli altri, l'incapacità di far comprendere le difficoltà che ci si presentano;
- i trasporti, il salire su un autobus o su un treno;
- il lavoro, dal non poter adempiere alle proprie mansioni lavorative all'ambiente stesso in cui si trascorrono molte ore della propria vita, si interagisce con persone, colleghi e non;

- i costi derivati dall'impossibilità di svolgere le attività quotidiane e la necessità di aiuti, fisici e meccanici.

Si sono fatte proposte per future attività, da quelle di sviluppo di strumenti meccanici appropriati, come nuovi imballaggi con apertura facilitata, a percorsi di sensibilizzazione e istruzione medico-pazienti.

Incontri reumatologici virgiliani



In ottobre si è aperto, a Mantova, un ciclo di incontri, la cui proposta è di ripetersi annualmente, con lo scopo di sviluppare un momento di dibattito sulle tematiche reumatologiche. Il tema di quest'anno è stato: "Attualità nelle strategie terapeutiche delle malattie reumatiche".

Hanno partecipato diversi relatori i cui interventi sono stati:

- **C. Montecucco** (Pavia) "*La diagnosi precoce dell'A.R. aggressiva*";
- **M. Govoni** (Ferrara) "*Early arthritis clinic: indicazioni per una corretta gestione*";
- **U. Fiocco** (Padova) "*I farmaci di fondo nell' AR: quali prospettive terapeutiche*";
- **R. Gorla** (Brescia) "*I biologici nell'anziano con AR: utili o dannosi?*";
- **G. Girolomoni** (Verona) "*La terapia dell'artrite psoriasica con biologici: nuove esperienze*".

Altri esponenti hanno apportato il contributo all'incontro con le proprie esperienze professionali: Prof. C. Ferri (Modena), i dott. P.P. Vescovi, M. Carrabba, G. Arioli.



Rinnovo

quota associativa

AMRER vive principalmente grazie alle quote e ai contributi dei propri associati.

Con il notiziario vi inviamo il bollettino per il **rinnovo della quota associativa**, che, vi ricordiamo, rappresenta per l'Associazione la risorsa con la quale poter continuare a svolgere la propria attività di sostegno ed informazione a tutti voi.

Privacy: i dati che ci fornite in ottemperanza all'art. 13 D.Lgs 196/03 saranno utilizzati essenzialmente per i fini dell'associazione, come l'invio di materiale informativo, e non verranno trasmessi a terzi. Se volete cancellare i vostri dati o apportare modifiche scrivete al Presidente dell'associazione AMRER, via San Carlo 44/2, 40121 Bologna, manifestando le vostre intenzioni.