



# Malato Reumatico

il notiziario del



Giugno 2013  
Notiziario AMRER • Numero 39

*Periodico informativo*

Redaz. e Amm. AMRER Via Gandusio, 12 - 40128 BO Autorizz. Trib. di Bologna n°7762 del 5/06/2007. Poste Italiane Spa. - Sped. ap. - DL. 353/2003 (conv. in L.27/02/200) art. 1, c.2 e5 Comm. Business Rimini n. 40/2007 - Dir. Resp. Guerrina Filippi

**I diritti del malato:** Focus sulle agevolazioni per l'acquisto e la gestione dei veicoli e sui congedi per cure del disabile. Disponibile on-line la Guida alle agevolazioni fiscali per i disabili aggiornata al marzo 2013. Interno pagina 30

## Approfondimento e aggiornamento sulle Vasculiti



my favourite things

**La classificazione aggiornata la fisiopatologia e la patogenesi delle vasculiti**

**I sintomi di orientamento, le cause, la diagnosi e le terapie**

» Interno pagina 14



### La comunicazione nel rapporto medico-paziente

La capacità di comunicare e di ascoltare rappresentano la base del rapporto tra medico e paziente.

I punti di vista di entrambi.

» Interno pagina 24

### Esenzioni per patologia

**29.403 esenzioni attive sul territorio della Regione Emilia Romagna**

AMRER sta lavorando con clinici e istituzioni ad un aggiornamento delle prestazioni in prospettiva del contenimento dei Day Hospital.

» Interno pagina 9



### Approfondimenti

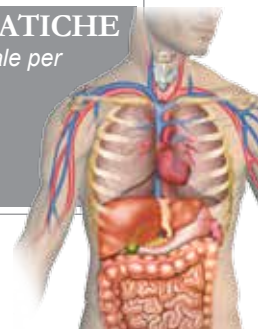
#### ECOGRAFIA ARTICOLARE:

il ruolo nella diagnosi e nel follow-up del paziente reumatico. » Interno pagina 13

#### MALATTIE REUMATICHE

Un inquadramento generale per conoscere epidemiologia, approccio diagnostico e chance terapeutiche.

» Interno pagina 10



## A.M.R.E.R. Onlus Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna

AMRER nasce nel 1979 e con il riconoscimento regionale DPGR n. 570 del 17/07/95 è ONLUS di diritto.

L'Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna è impegnata da sempre nella tutela dei diritti sociosanitari della persona affetta da malattie reumatiche, e nella divulgazione dell'informazione al paziente e alla cittadinanza circa gli effetti di tali patologie. Gli operatori sul territorio sono tutti volontari e per la maggior parte malati reumatici, i quali, vivendo nelle condizioni indotte dalla malattia, ben conoscono i problemi che vengono loro esposti.

L'Associazione svolge la sua attività in stretta collaborazione con i Reumatologi della Regione, gli esperti in campo socio sanitario, e in piena sintonia con gli operatori del volontariato sul territorio. Non ha alcuna finalità di lucro.

Con Deliberazione n. 12 del 15/01/2007 la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto AMRER Onlus come Organizzazione a Rilevanza Regionale

### Perché associarsi?

Associarsi ad AMRER Onlus significa aiutarci a:

- Fornire informazioni corrette ed aggiornate
- Sostenere ed esprimere al meglio idee e bisogni
- Studiare e creare opportunità per il malato reumatico
- Trovare soluzioni a problemi che superano il singolo
- Rappresentare al meglio il malato reumatico nelle sedi opportune

### Avvisi • Chiusura Estiva

La sede AMRER di Bologna chiude per il periodo estivo dal 22 luglio 2013 fino al 2 settembre 2013.

Rimarremo sempre reperibili al cellulare dell'associazione: 3356223895

**AUGURIAMO UNA BUONA  
ESTATE A TUTTI VOI!!**

## Legenda

- **Appuntamenti**
- **Attività svolte**
- **Articoli medici**
- **Approfondimenti e Interviste**
- **Diritti**
- **Il filo della storia**
- **Ricette**
- **Lettere**
- **Gli associati ci scrivono**

## Per Ricevere il Notiziario



### Iscriviti ad AMRER

Basta fare un versamento di almeno

€ 15,00 socio ordinario

€ 30,00 socio sostenitore

su conto corrente postale N° 12172409

oppure c.c. bancario

IBAN - IT 81 S 02008 02450 000002971809

## Notiziario AMRER

Registrazione presso il Tribunale di Bologna n°7762 del 5/06/2007

### Proprietario ed Editore

AMRER Onlus

Associazione Malati Reumatici

Emilia Romagna

C.F. 80095010379

### Direttore responsabile

Guernina Filippi

### Redazione a cura di

Valeria Bodin - Annamaria Carparelli

Nadia Forlani - Rodolfo Giovanetti

Emanuela Mislei - Luciana Reggiani

Omer Righi - Marzia Predieri

Liliana Presciuttini - Silvana Stefani

### Coordinatore attività

Daniele Conti

### Si ringrazia per la collaborazione in questo numero:

Valeria Bodin, Marco Bruschi,

Daniele Conti, Patrizia Corsini,

Mirco Magnani, Pasquale Maticchione,

Adelmo Mattioli, Annamaria Marchionne,

Giovanni Minisola, Luca Montaguti,

Samantha Panaroni, Giuseppe Paolazzi,

Giulia Pazzola, Nicolò Pipitone,

Massimo Reta, Maria Angela Silvestri,

Ilaria Vaccari, Martina Venerandi.

### Progetto grafico

Ricreativi S.r.l.

### Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica

Editore Villa Verucchio" s.r.l.

www.lapievepoligrafica.it

Stampato il 26 Giugno 2013

Tiratura: 6.500 copie

## All'interno del Notiziario

- pg. 03 **Editoriale**
- pg. 04 **ATTIVITÀ SVOLTE:**  
Assemblea annuale e Focus Fibromialgia
- pg. 06 **Giornata del sollievo contro il dolore cronico**
- pg. 06 **Corsi di supporto alle abilità motorie e cognitive**
- pg. 07 **Gruppo AMRER di Cesena: lavori in corso**
- pg. 07 **Gruppo auto mutuo aiuto per pazienti fibromialgici**
- pg. 08 **Convenzioni per soci**  
Convenzioni con le Terme di Riolo
- pg. 08 **Progetto Benessere fibromialgia 2013**  
I turni autunnali
- pg. 09 **Esenzioni per patologie**  
la necessità di aggiornare le prestazioni
- pg. 10 **Le malattie reumatiche: inquadramento generale**  
a cura di Luca Montaguti e Marco Bruschi
- pg. 13 **Il ruolo dell'Ecografia Articolare**  
a cura di Massimo Reta e Mirco Magnani
- pg. 14 **Le Vasculiti: generalità e criteri classificativi** - a cura di Giuseppe Paolazzi, Nicolò Pipitone e Giulia Pazzola.  
L'infiammazione. Classificazioni delle vasculiti. I vasi sanguigni. La fisiopatologia e la patogenesi. Le cause delle vasculiti. La diagnosi. Le terapie
- pg. 21 **Le principali vasculiti**  
Poliarterite Nodosa. Poliarterite Microscopica. Poliarterite Granulomatosa con eosinofilia - Churg Strauss. Poliarterite con Granulomatosi - Wegener. Porpora di Schonlein-Henoch
- pg. 24 **La comunicazione e il suo ruolo nel rapporto medico/paziente**  
a cura di Giovanni Minisola
- pg. 28 **I paziente "narratore": nuovo approccio alla comunicazione medico/paziente**  
a cura di Annamaria Marchionne
- pg. 30 **I diritti del malato**  
Agevolazioni per l'acquisto / gestione dei veicoli. Congedo per cure del disabile. Guida alle agevolazioni fiscali.
- pg. 32 **La posta dell'associazione**  
Che percentuale c'è che mio figlio sviluppi la malattia? Cellule staminali.
- pg. 34 **Il filo della storia - La Romagna nello zodiaco / a cura di Floriana Raggi**
- pg. 36 **I nostri consigli in cucina**  
alla scoperta della Romagna solatia
- pg. 38 **Il corpo porta spasso le idee**  
i nostri consigli di lettura / a cura di Valeria Bodin
- pg. 40 **L'arte e la passione di un associato**  
a cura di Samantha Panaroni
- pg. 42 **L'associazione e i suoi associati**  
felicitazioni e condoglianze

## Contatti

AMRER Onlus  
Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna  
Sede Regionale: Via Gandusio, 12  
40128 Bologna  
Codice Fiscale: 80095010379

### ORARIO UFFICIO

Apertura al pubblico: Lun. 10.00 / 12.30  
Attività ordinaria: Merc., Gio., Ven. 10.00/12.30  
Sabato si riceve su appuntamento.

Tel. / Fax. 051 249045 - Cell. 335 6223895  
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

# Il volontariato, una risorsa per sé stessi e per gli altri



**Guerrina Filippi**  
Presidenta AMRER Onlus  
Associazione Malati  
Reumatici Emilia-Romagna  
ass.amrer@alice.it

Per diventare  
**Volontari AMRER**

Contattaci al **051 249045**  
via mail **ass.amrer@alice.it**



## Editoriale

Cari Associati, Amici e Sostenitori, in questo nuovo numero ancora tante informazioni ed iniziative che sono sicura faranno comprendere a tutti voi quanto impegno, dedizione e professionalità dedichino i volontari attivi di Amrer per garantire ai propri associati, ma anche a tutti coloro, cittadini e simpaticizzanti che ci seguono, la realizzazione della rivista che pubblichiamo.

Mi è d'obbligo quindi una riflessione rivolta a questa grande risorsa che è il **volontariato e quanto sia importante l'impegno civile ad essere volontari.**

Per definizione, è volontario "la persona che, adempiuti i doveri di ogni cittadino, mette a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per gli altri, per la comunità di appartenenza o per l'umanità intera. Egli opera in modo libero e gratuito promuovendo risposte creative ed efficaci ai bisogni dei destinatari della propria azione o contribuendo alla realizzazione dei beni comuni".

Qualcuno certamente si chiederà: "Chi fa volontariato lo fa per interesse? Pensa forse di ricevere qualcosa in cambio? Lo fa perché è una tradizione o una consuetudine familiare?"

A volte si inizia anche così, per caso, perché capita di trovarsi in quella particolare circostanza, perché lo fa un amico o per provare un'esperienza nuova. Un'unica risposta, precisa e razionale, sul senso del donare attenzione agli altri, non esiste, o perlomeno, è difficile trovarla.

A volte si è mossi dal semplice piacere di dare o offrire qualcosa, per amore nei confronti del prossimo, per capire meglio se stessi e i propri limiti nella gestione delle relazioni con gli altri o per chi ha necessità di aiuto. Dipende molto dal significato che le persone attribuiscono a questa attività. Può anche capitare (ed è successo a qualcuno di noi) di intraprendere l'operato di volontariato per riconoscenza, perché ci si è trovati nella condizione di bisogno e proprio questo "bisogno" ha contribuito a far capire quanto essenziale sia trovare comprensione e sostegno in momenti critici della nostra esistenza. La vera essenza dell'essere volontario, infatti, sta proprio nella capacità di rispondere a fondamentali valori quali: la solidarietà, l'appartenenza, la condivisione e l'impegno civile che, oggi più che mai, sono più che necessari. Da sempre i volontari rappresentano una risorsa importante per sensibilizzare la comunità e stimolare risposte adeguate su tematiche attuali e che coinvolgono e interessano una moltitudine di persone.

Un'Associazione di volontariato vive gli appuntamenti con i propri associati (siano essi meeting, convegni e, soprattutto, l'Assemblea annuale) quale riscontro fondamentale sul lavoro svolto e sui risultati raggiunti. Sono questi, anche, i momenti nei quali ogni associato deve saper cogliere e comprendere quanta e quale importanza, rivesta la propria partecipazione attiva, sia essa di consenso, oppure di critica costruttiva. Ciò è di vitale importanza per la vita e la crescita futura dell'Associazione stessa. Il Direttivo e i volontari attivi, a volte, sentono lontani e dissociati i componenti la propria base, che dovrebbe esserne invece la colonna portante. Spesso chi risponde alle tante richieste di aiuto, si sente chiedere "cosa può fare per me AMRER?", sarebbe di enorme aiuto e

**La paura nasce dalla disinformazione sulla malattia, sulla sua evoluzione, dalla scarsa conoscenza delle nuove possibilità terapeutiche e dall'incertezza del domani derivante dallo stato di malato.**

apprezzamento, qualche volta, sentirsi chiedere "cosa posso fare io per contribuire alle attività dell'Associazione?". Si immaginano gli Organi Direttivi quasi come entità astratte non come persone, per lo più malate, che dedicano, quasi tutto il loro tempo libero, alla concretizzazione di quelle azioni necessarie (sarebbe davvero troppo lungo qui elencarle) per l'attuazione delle finalità perseguite. Si dà per scontato che basti rinnovare l'iscrizione (e non sempre, tutti lo fanno puntualmente) per dare il proprio contributo. Vi assicuro che non è affatto così. Senza l'apporto dei soci attivi AMRER non potrebbe realizzare nessuno degli obiettivi che si è prefissata fin dalla sua nascita, nessuna delle attività poste in essere oggi e in futuro. Pretendiamo spesso diritti, ma non sentiamo l'obbligo e la necessità di esercitarne i doveri, medianamente l'apporto responsabile e irrinunciabile di ognuno!

Amrer nel 2014 compirà 35 anni di vita ed è attualmente in una fase di crescita esponenziale. Ne abbiamo conferma dalle tantissime iscrizioni ed anche dall'infinità di persone che si rivolgono a noi, per i più svariati motivi.

Altra testimonianza di questo incremento è ampiamente dimostrato dallo sviluppo di importanti progetti, che hanno portato notevoli benefici a molti malati reumatici.

Le iscrizioni alla mailing list, come per ricevere il Notiziario cartaceo e tutte le altre delucidazioni sui nostri servizi, hanno subito una forte impennata (oltre 20.000 contatti in un anno), altra chiara indicazione, che siete in molti ad essere interessati alle nostre attività ed alle informazioni che forniamo. Anche le richieste, che ci giungono attraverso la posta elettronica, sono in continuo aumento, e tutte in una sola direzione: pubblicare notizie utili alla conoscenza, alla cura ed alla gestione delle malattie reumatiche.

E qui arriviamo al vero punto nodale di questo mio editoriale..

Amrer, per mantenere l'attuale standard di qualità, creando nuovi servizi e nuove attività per soddisfare i bisogni espressi da chi a Lei si rivolge, **ha assoluta necessità di nuovi volontari!**

Il volontario di Amrer Onlus ha un profilo che risponde a questi criteri:

- Avere un forte senso di altruismo e generosità nei confronti del prossimo;
- Avere uno stile di vita allargato, trasferibile in tutti i contesti;
- Avere una positiva capacità relazionale.

Sulla base della nostra personale esperienza, riteniamo sia fondamentale unire alle competenze tecniche quelle di tipo relazionale, indispensabili per intrattenere una positiva relazione d'aiuto. Cosa possono fare i volontari in Amrer Onlus?

Ogni volontario può mettere a disposizione le proprie capacità, di qualunque tipo esse siano. Le prestazioni e i servizi che Amrer Onlus svolge sono molteplici. Non sarà quindi difficile trovare un ambito in cui inserirsi per dare il proprio contributo: dall'accoglienza alla comunicazione, dal sostegno al fundraising, non ci sarà che l'imbarazzo della scelta. In base al tempo disponibile e agli interessi specifici, oltre che alla formazione e all'esperienza di ognuno, con l'aiuto di chi si occupa delle risorse umane, potrà essere individuata l'idoneità più consona a ciascun volontario.

Vi ringrazio per l'attenzione e vi invito, come al solito, a non smettere di inviarci tutte le segnalazioni che riterrete opportune e condividere così, queste informazioni con gli altri malati oltre, ovviamente, a suggerimenti, impressioni e giudizi per il miglioramento continuo del lavoro per tutti i malati reumatici!

Guerrina Filippi ■



# Assemblea Annuale AMRER 2013

## 2° Focus sulla Sindrome Fibromialgica

Quest'anno l'assemblea dei soci abbinata al convegno sulla Fibromialgia ha visto partecipare quasi 400 persone (384 le firme di presenza) all'interno di una sala convegni e di una sala in streaming che si sono subito dimostrate piccole per accogliere le tantissime persone arrivate da tutta Italia! La giornata è stata uno splendido momento di confronto sulla patologia fibromialgica, sulle opportunità di intervento e la presa in carico del paziente. Molta strada però deve ancora essere percorsa affinché siano riconosciuti diritti e opportunità per chi soffre di queste patologie e AMRER con tutti i suoi volontari è in prima linea con impegno e serio lavoro per il loro riconoscimento, per mantenere alta l'attenzione e pungolare le istituzioni e pazienti!

Di seguito alcuni scatti della giornata che esprimono meglio di tante parole il lavoro e i risultati ottenuti! Un grazie prima di tutto ai tanti volontari che hanno reso possibile questa giornata: Guerrina Filippi, Martina Venerandi, Nadia Forlani, Angela Lazzari, Elisa Arnaudo, Giulia Sabattini, Elisa Ragno, Samantha Panaroni, Patrizia Pieraccini, Luciana Magalotti, Lorella Gasperini, Daniele Conti.

Un ringraziamento particolare a tutti i relatori e alle Terme di Riolo Bagni che hanno creduto e sostenuto questa giornata!

Alla prossima Assemblea! ■



### I relatori: un GRAZIE a tutti loro!



**Andrea Naldi**  
Regione Emilia Romagna



**Lucio Favaro**  
Riolo Terme



**Sara Bonazza**  
Ferrara



**Michela Ronchi**  
Bologna



**Giancarlo Caruso**  
Bologna



**Martina Venerandi e  
Daniele Conti**  
AMRER



**Chiara Moretti**  
Berlino



**Simona Bosi**  
Ravenna



**Giancarlo Caruso e  
Simona Bosi**



**Massimo Reta**  
Bologna



**Guerrina Filippi**  
Presidente AMRER Onlus

### Pubblico del convegno



### Alcuni momenti del convegno



Momenti dell'esercitazione pratica in piscina



Da sx: Massimo Reta, Guerrina Filippi,  
Gianmarco Lanzoni

### DVD degli interventi

E' disponibile il DVD con la video registrazione degli interventi eseguiti. Per richiederne una copia contattare la segreteria AMRER Onlus. Tel. 051.249045 - ass.amrer@alice.it



Tutti gli atti scritti del convegno saranno pubblicati nel prossimo numero del notiziario del Malato Reumatico di settembre 2013.



## Volontari al lavoro



Desk informativi



Desk di accoglienza



Patrizia Pieraccini e Luciana Magalotti



Elisa Arnaudo e Angela Lazzari



Guerrina Filippi e Lorella Gasperoni



Nadia Forlani



Staff di lavoro



Angela Lazzari e Lorella Gasperini



Giulia Sabattini



Lorella Gasperini e Martina Venerandi



Da sx Nadia Forlani, Elisa Ragno, Giulia Sabattini



Guerrina Filippi, Angela Lazzari e Nadia Forlani



Nadia Forlani e Elisa Ragno



Luciano Baroni e Angela Lazzari



Elisa Ragno



Angela Lazzari e Daniele Conti

Amrer C.F. 80095010379, Via Gandusio 12 - 40128 Bologna

## Bilancio Sintetico - Situazione economico/patrimoniale

SITUAZIONE DI CASSA dal 01/01/12 al 31/12/12

ENTRATE	
Quote associative Donazioni e lasciti testamentari	€ 24.615,00
Contributi da Enti pubblici e Aziende Private	€ 68.698,00
Ripartizione 5x1000 (rif. anno 2010)	€ 24.584,56
Altre	€ 999,32
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€ 118.896,88</b>

USCITE	
Risorse umane	€ 22.325,00
Rimborsi spese ai volontari	€ 21.759,20
Costi di struttura	€ 3.207,95
Costi di gestione	€ 20.755,15
Comunicazione e pubblicità	€ 20.947,62
<b>TOTALE USCITE</b>	<b>€ 88.994,92</b>

Si informano tutti gli associati che è possibile consultare l'intero bilancio presso i locali dell'Associazione:  
Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna, previo appuntamento con la Tesoriera Martina Venerandi

AVANZO ESERCIZIO 2012	
ENTRATE	€ 118.896,88
USCITE	€ 88.994,92
<b>AVANZO DI ESERCIZIO</b>	<b>€ 29.901,96</b>





## Gruppo AMRER Bologna - Alcuni scatti di noi Giornata del sollievo contro il dolore cronico



Il dolore è il principale sintomo comune a tutte le malattie reumatiche e in molti casi diventa cronico e insopportabile. E' molto importante lavorare su questo aspetto della malattia poiché i margini di miglioramento sono possibili e di sicuro impatto sulla qualità della vita dei pazienti! AMRER Onlus assieme alle Aziende Sanitarie e alle Fondazioni ANT, Hospice Seragnoli, e Nelson Frigatti il 26 maggio 2013 ha partecipato alla giornata del sollievo svolta a Bologna in Piazza Santo Stefano. Un primo passo verso la sensibilizzazione anche in ambito reumatologico! ■



Da sx i volontari: Guerrina Filippi, Patrizia Pieraccini, Angela Lazzari, Silvia Severi



Angela Lazzari con i clown dell'Hospice



Da sx. Guerrina Filippi, Silvia Severi, Patrizia Pieraccini, Martina Venerandi



## Gruppo AMRER Piacenza Corsi di supporto alle abilità motorie e cognitive

Lo spazio di via pollastrini (ex palestra di via buozzi) sta diventando un vero e proprio Laboratorio Creativo dove i volontari delle associazioni Amrer, Armonia, Alice e Aisla sono arrivate a mettere a regime una serie di corsi che in questa prima stagione 2013 ha visto la partecipazione di oltre 60 persone. Dato l'ottimo riscontro, con l'obiettivo di migliorare sempre più l'offerta "formativa", a settembre 2013 partiranno i nuovi corsi aperti agli associati e alla cittadinanza tutta:

### Corsi di sostegno alle abilità motorie degli arti superiori **Yoga, Pilates, Shiatsu**

per favorire il corretto mantenimento motorio degli arti superiori e inferiori

### Corsi di sostegno alla mobilità delle piccole articolazioni **Taglio e cucito, Bigiotteria**

per favorire la mobilizzazione delle piccole articolazioni con attività ricreative

### Corsi di sostegno alla concentrazione **Allenamento della memoria**

per favorire la stimolazione cognitiva

### Corsi di sostegno all'equilibrio psicofisico e al coordinamento motorio **Movimento Armonico, Ballo liscio**

per favorire il coordinamento motorio e l'aggregazione grupppale.

Sono in sviluppo anche corsi educazionali di economia articolare e mobilizzazione delle articolazioni rivolti a pazienti con artriti e spondiloartriti... continuate a seguire le attività del gruppo! ■

Con il sostegno di  
**SVEP**  
CENTRO SPERIMENTALE E RICERCA  
SULLA FIBROSI

**ARMONIA**  
Associazione per la Lotta  
all'ictus Cerebrale

**Alice**  
Associazione per la Lotta  
all'ictus Cerebrale

**Aisla**  
Associazione per la Lotta  
all'ictus Cerebrale

Corsi di Yoga, Shiatsu, Pilates, Movimento Armonico,  
Allenamento della Memoria, Training di Stimolazione Cognitiva

Per informazioni sui prossimi corsi:  
cell. 3282335502 (Milena Maitan) – [info@sveppiacenza.it](mailto:info@sveppiacenza.it)



## Gruppo AMRER Cesena - Alcuni scatti di noi

### Attivata la formazione per i nuovi volontari delle sedi locali



A Cesena un gruppo di 13 volontari ha gettato le basi per il Gruppo AMRER locale. Da febbraio i volontari stanno facendo la prima "gavetta" per diventare Pazienti Esperti attraverso un "lavoro" di formazione personale e di gruppo per migliorare la propria conoscenza sulle malattie reumatiche, la gestione della cronicità, i diritti dei

pazienti, come organizzare al meglio una comunicazione e un evento... e molto altro ancora!! Grazie alla collaborazione con la reumatologia del Bufalini e gli esperti del territorio è stato possibile creare una prima esperienza di "Patients Academy" locale! Hanno partecipato come relatori il responsabile della medicina legale dell'INPS e

dell'Ausl di Cesena, il responsabile dell'ufficio stampa del Comune di Cesena e molti professionisti sulle tematiche sociali e del terzo settore. Per il prossimo autunno il gruppo sta preparando l'inaugurazione della sede locale!! Ci aspettiamo quindi una crescita dei servizi per i cittadini e per il territorio! Buon lavoro a tutto il gruppo! ■



Gruppo AMRER Cesena: da sx Patrizia, Milena, Antonio, Donatella, Franca, Luciana, Mario, Silvia



Alcuni scatti dei volontari durante le serate formative

## Le attività sul territorio di Ferrara

### Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto per pazienti fibromialgici



I gruppi di sostegno psicologico, condotti dalla psicologa Ilaria Vaccari, sono attivati per il secondo anno consecutivo attraverso la collaborazione tra l'ASP (Azienda Servizi alla Persona - Settore Adulti) di Pontelagoscuro (Ferrara) e Amrer (Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna). I gruppi si propongono di agire proprio sulla dimensione soggettiva, attraverso l'elaborazione dei vissuti di malattia e il rinforzo delle capacità di gestione. Per raggiungere tale obiettivo i gruppi di sostegno psicologico si avvalgono, attraverso un approccio cognitivo, principalmente di tecniche di auto-osservazione e riflessione individuale, tecniche di rilassamento, di mindfulness (prestare attenzione in modo consapevole) e di promozione di abilità sociali quali l'assertività. Saranno affrontati anche temi specifici, legati ai sintomi e al trattamento della Sindrome Fibromialgica (SFM) attraverso letture guidate. Altro argomento importante riguarderà la partecipazione alle azioni dell'Associazione e allo sviluppo del senso di appartenenza. La dimensione gruppiale potenzia tali tecniche e consente l'approfondimento di tali temi poiché realizza un laboratorio esperienziale e di condivisione dei vissuti di malattia e di strategie per farvi fronte.

Nel dettaglio verranno ripresi e sinteticamente descritti gli aspetti principali del programma del gruppo di sostegno per pazienti affetti da SFM.

#### Tecniche di auto-osservazione e riflessione individuale

Sono finalizzate a comprendere i propri vissuti legati alla malattia, mettere a fuoco pensieri ed emozioni collegati alla SFM;

#### Tecniche di mindfulness

Per mindfulness si intende un modo particolare di prestare attenzione allo svolgersi dell'esperienza: intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1990). L'opposizione al dolore cronico e i tentativi di controllarlo portano ad una maggior sofferenza, un atteggiamento mindfulness, al contrario, amplia la capacità di accettarlo con conseguente riduzione del disagio (Siegel, 2010; Di Bernardino, 2008);

#### Tecniche di rilassamento

Le tecniche di rilassamento consentono di "far respirare" corpo e mente, quindi sollevarli dalla gravosa tensione che provoca il dolore cronico. Attraverso tecniche di respirazione, visualizzazioni e musica, si propone al malato di crearsi

un momento di sollievo e distacco, da riprodurre anche nella quotidianità (Maiolo, 2012);

#### Tecniche per potenziare l'assertività

La SFM comporta un profondo cambiamento della vita sociale e familiare. Acquisire maggior assertività consente ai pazienti di comunicare efficacemente i propri bisogni e non caricarsi eccessivamente di responsabilità che aggravano il senso di impotenza e stanchezza;

#### Temi legati alla SFM e all'Associazione

Attraverso la lettura di articoli scientifici o del periodico di Amrer i pazienti acquisiscono conoscenze più precise in merito alla propria malattia. Una lettura guidata e condivisa che ha l'obiettivo di correggere informazioni distorte o talvolta catastrofiche sulla SFM. Il confronto sul tema della partecipazione, invece, all'Associazione è centrale per sviluppare senso di appartenenza e responsabilità civica, quindi acquisire un ruolo attivo sul territorio come cittadino oltre che come paziente.

#### Incontri di gruppo

Nell'ambito del gruppo i pazienti hanno modo di confrontarsi sui trattamenti e sulle strategie impiegate per alleviare il dolore (es. attività fisica, utilizzo di erbe ed infusi, massaggi...). Tale condivisione infonde fiducia e speranza circa la possibilità di imparare a gestire questo stato di sofferenza. Lo scambio di suggerimenti e di consigli implicano e manifestano un interesse reciproco, che ha un effetto terapeutico sui partecipanti. Altro aspetto fondamentale all'interno del gruppo è la condivisione della propria condizione e dello stato di malattia. ■



Alcuni scatti del gruppo di Auto aiuto assieme alla psicologa Ilaria Vaccari

### Gruppo di Auto Mutuo Aiuto Fibromialgia

Tutti coloro che sul territorio di Ferrara fossero interessati a partecipare ai Gruppi possono contattare la Dr.ssa Ilaria Vaccari al n. 347.0436641

## Convenzioni con le Terme di Riolo Bagni S.r.l.

# Progetto Benessere 2013 – Percorsi per Fibromialgia

Prosegue la collaborazione tra AMRER Onlus con il Centro Termale di Riolo Bagni. Le sinergie create hanno permesso lo sviluppo di importanti risultati come momenti informativi, lo sviluppo e perfezionamento di protocolli per la gestione di attività complementari per la gestione della sintomatologia dolorosa e lo studio di nuovi servizi e opportunità per i pazienti reumatici. Di seguito il programma del percorso per pazienti con fibromialgia e sotto la convenzione per tutti i soci AMRER. ■

### Progetto Benessere Fibromialgia 2013

Nel 2013 abbiamo proseguito lo sviluppo e lo studio dei protocolli per i pazienti fibromialgici con la collaborazione dell'UOC di Reumatologia dell'Università di Ferrara. Gli obiettivi del progetto Benessere 2013 rimangono quelli di migliorare la sintomatologia algica di pazienti affetti da sindrome fibromialgica mediante terapia fisica in ambiente termale; validare l'efficacia di tale terapia tramite valutazioni mediche e somministrazione di questionari, eseguite prima e dopo il programma terapeutico; sperimentare, creare e promuovere modelli, successivamente trasferibili per il benessere complessivo delle persone.

### Il protocollo previsto per 12 giorni prevede:

n.	Trattamenti
2	visite mediche
2	Trattamenti Osteopatici Dr. Lucio Favaro
4	STRALE - TM Ginnastica di prevenzione e benessere con docente
2	Mini conferenza - seduta di gruppo Prof.ssa Randi e Dott. Favaro
4	Cicli di ginnastica in acqua con operatore bordo vasca seduta di gruppo
3	2 Massaggio intero corpo + 1 Massaggio parziale
2	Flower Massage (Fiori di Back)
6	Accesso in piscina termale / acqua calda
3	2 Somministrazioni di questionari 1 conferenza informativa sulla patologia

### Periodi di realizzazione previsti

**05 agosto 2013 - 16 agosto 2013**  
**09 settembre - 20 settembre 2013**  
**23 settembre - 4 ottobre 2013**  
**14 ottobre - 25 ottobre 2013**  
**18 novembre - 29 novembre 2013**

Tutti i gruppi si terranno con il seguente orario **9.00 – 13.00**

*L'impegno orario giornaliero sarà massimo di 3 ore, eventuali necessità orarie dovranno essere esplicitate nell'apposita modulistica.*

**Criteri di inclusione:** fibromialgia primaria - età compresa tra i 18 e i 70 anni

**Criteri di esclusione:** gravi comorbidità non compatibili con le cure termali (neoplasie in atto, IMA recente, infezioni acute, reumatismi infiammatori cronici, Connettiviti, IBD in fase attiva, grave insufficienza venosa cronica, tromboflebiti recenti, gravi insufficienze respiratorie, IRC severa).

**N.b. la presente attività non costituisce offerta al pubblico, e non ha caratteri commerciali.**



Per maggiori informazioni e conoscere le procedure di iscrizione contattare il n. 051.249045 - oppure 327.4415008 / 349.5800852 in orario ufficio



## “Per tutti i soci AMRER”

Presso le Terme di Riolo Bagni è possibile eseguire:

- Cicli di cure in convenzione AUSL (fanghi e bagni, vasculopatie periferiche, sordità rinogena, cure inalatorie, ventilazioni polmonari, etc.)
- Centro convenzionato INAIL, INPS, BUONI GOVERNATIVI
- Protocolli specifici per Artrosi, Fibromialgia, Psoriasi
- Programmi Pneumologici Buon Respiro e Stop al fumo
- Centro di Nutrizione Clinica con diagnosi e protocolli dimagranti
- Centro del Benessere completo di Piscina Termale 34°C a ozono e Thermarium
- Metodologie Naturali e Medicina Estetica
- Centro di Riabilitazione

*è previsto lo sconto del*  
**15% su medicina riabilitativa, massaggi, prestazioni diagnostiche, piscina termale, fangoterapia**  
**5% su protocolli di cura reumatologici con il 20% di sconto sulla visita specialistica reumatologica**

Per informazioni: Tel. 0546/71045 e sito [www.termediriolo.it](http://www.termediriolo.it)



# Incidenza delle malattie reumatiche in Emilia Romagna - 2012

## E' necessario aggiornare le esenzioni per malattia.

AMRER è da sempre impegnata a monitorare l'incidenza e l'evoluzione delle malattie reumatiche sul territorio e le esenzioni sono il primo indicatore al riguardo.

Nel 2012, in Regione Emilia Romagna, sono **29.403 le persone** con un codice attivo per una delle sette esenzioni attualmente riconosciute. Questo numero tuttavia sottostima il dato reale, che include molte altre patologie significative come artrosi, osteoporosi, sindromi fibromialgiche e le c.d. malattie rare di tipo reumatologico (per esempio le vasculiti).

Le prestazioni sanitarie previste attraverso le esenzioni risalgono a molti anni fa e non tengono conto dell'evoluzione scientifica in campo reumatologico e quanto attualmente previsto per il monitoraggio dell'evoluzione della malattia e la gestione dei protocolli terapeutici necessari per i pazienti reumatici. Nelle more di questo aggiornamento si è proceduto a prendere in carico i pazienti attraverso lo strumento del Day-Hospital, il ricovero giornaliero che non prevedere costi per i pazienti. Una recente indicazione ministeriale invita entro il 2014 la riduzione di tutti i Day Hospital, convertendoli in Day Service Ambulatoriali, con previsione di ticket per tutte quelle prestazioni che non rientrano nelle esenzioni per patologia, nè nelle agevolazioni per reddito, età, invalidità.

E' facile intuire che tutto questo graverà su moltissimi pazienti, che si troveranno a proprio carico tutte le prestazioni attualmente non previste in esenzione.

AMRER Onlus si è prontamente attivata ed ha inviato nel mese di Giugno 2013 una raccomandazione alla Direzione dei Servizi Distrettuali della Regione Emilia Romagna con il dettaglio del bisogno dei pazienti in base ai vari codici di malattia. L'obiettivo è ovviamente quello di anticipare questo provvedimento, prevenendo



## Incidenza malattie reumatiche

disagi e disomogeneità di cura per i pazienti. In questo forte periodo di contenimento della spesa pubblica è oltremodo importante mantenere la sostenibilità dei servizi per coloro che hanno effettiva necessità di interventi e per questo AMRER sta chiedendo non di ampliare in modo indiscriminato le prestazioni per patologia, ma di sviluppare sistemi e protocolli che, attraverso i codici esenzione e il riconoscimento di setting (momenti specifici) di bisogno, prevedano tutte le prestazioni necessarie in base al bisogno del paziente nella sua fase specifica – terapeutica e di follow-up.

Questa raccomandazione è stata resa possibile grazie alla collaborazione di tutte e tredici le reumatologie della regione, e contiamo nei prossimi mesi di potervi trasmettere un positivo riscontro alle richieste avanzate a favore di tutti i pazienti reumatici del territorio. ■

### Malattie Reumatiche - Anno 2012

Tabella 7: Numero di esenzioni ticket rilasciate dalle Aziende USL della RER e attive al 31 dicembre 2012

Codice e descrizione della patologia cronica ed invalidante	Azienda USL											Totale
	Piacenza	Parma	Reggio E.	Modena	Bologna	Imola	Ferrara	Ravenna	Forlì	Cesena	Emilia	
00 Artrosi reumatiche	946	1.446	1.599	1.282	1.984	283	1.142	867	409	340	835	11.293
02 Lupus eritematoso sistemico	162	222	206	379	395	69	363	281	128	144	224	2.973
03 Malattia di Sjogren	110	220	367	532	388	83	676	330	234	143	363	3.291
07 Morbo di Paget	61	53	79	136	175	21	39	88	42	26	31	771
05 Psoriasi (artropatia, pustolosa grave, eritrodermica)	461	1.635	949	837	1.649	173	763	380	434	204	915	8.394
02 Sclerosi sistemica (progressiva)	134	88	136	209	334	47	229	140	91	79	109	1.676
054 Spondilite anchilosante	61	128	211	195	334	45	112	134	88	83	94	1.505
<b>Totale Azienda USL</b>	<b>1.935</b>	<b>3.822</b>	<b>3.567</b>	<b>3.830</b>	<b>5.289</b>	<b>723</b>	<b>3.346</b>	<b>2.285</b>	<b>1.496</b>	<b>1.019</b>	<b>2.371</b>	<b>29.403</b>

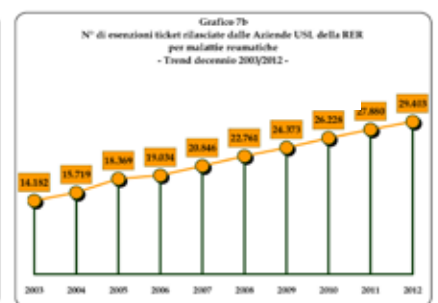
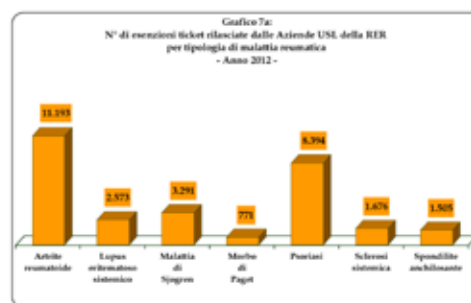


Grafico 8a: Distribuzioni % delle esenzioni distinte per fasce di età e per genere

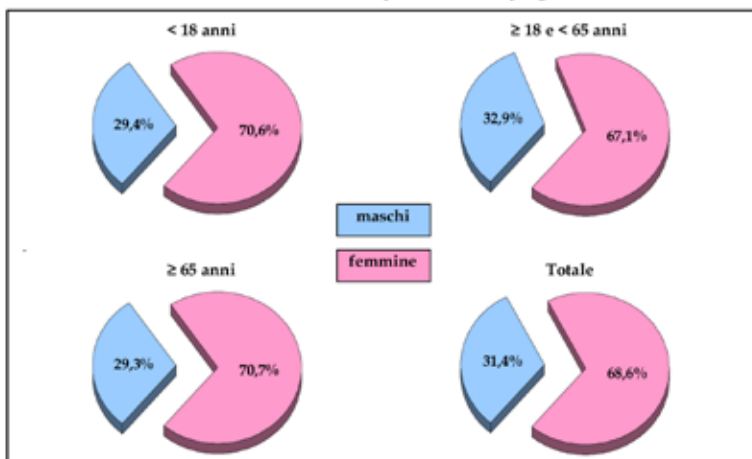
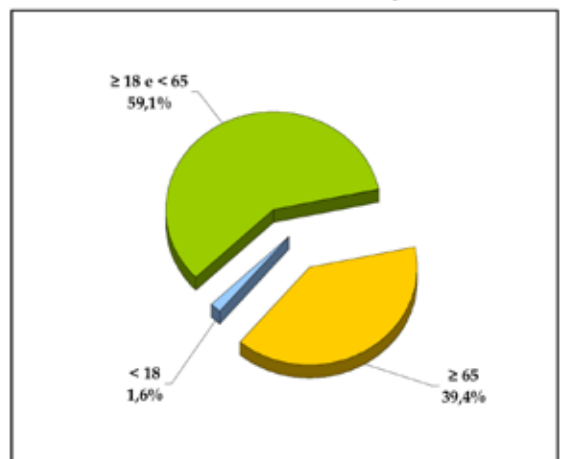


Grafico 8b: Distribuzione % delle esenzioni distinte per fasce di età



Fonte: Regione Emilia-Romagna, giugno 2013. Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari Referenti per l'analisi: Pasquale Matacchione, Clara Curcetti, Vittoria Pastorelli

## Capire, conoscere e curare Le malattie reumatiche: inquadramento generale



**Luca Montaguti**  
Servizio di Reumatologia  
Ospedale Bufalini  
Cesena  
lmontaguti@ausl-cesena.emr.it



**Marco Bruschi**  
Servizio di Reumatologia  
Ospedale Bufalini  
Cesena  
marco.bruschi@ausl-cesena.emr.it



### INTRODUZIONE

Le malattie reumatiche comprendono una serie di patologie che hanno spesso in comune il possibile o prevalente interessamento delle articolazioni, ma riconoscono **cause, modalità di esordio, livello di interessamento viscerale** (*extra articolare come cuore, polmoni, rene, cute, muscoli, occhio, sistema nervoso centrale e periferico, apparato digerente*) e **decorso** molto diversi fra loro.

Alcune di queste patologie sono molto frequenti nella popolazione, altre appartengono alla famiglia delle cosiddette malattie rare. Un elemento che le accomuna è la **capacità di determinare nei pazienti disabilità di vario grado e la necessità di una assistenza qualificata da parte di Strutture specializzate nella diagnosi e nella terapia di tali patologie.**



In Italia le malattie reumatiche interessano complessivamente il 10% della popolazione e rappresentano la prima causa di inabilità temporanea e la seconda di invalidità permanente, anche tra i giovani. **Quasi la metà dei pazienti affetti da malattie reumatiche ha meno di 50 anni e nel 20% dei casi l'età è compresa tra i 25 e i 35 anni.** Otto pazienti su dieci sono in età lavorativa. Molte malattie reumatiche di natura infiammatoria hanno una significativa **prevalenza nel sesso femminile** in età fertile.

La rilevante variabilità delle manifestazioni cliniche in termini di modalità di esordio (acuto - cronico) e severità dei sintomi (forme paucisintomatiche [ndr scarsità di sintomi] - aggressive) giustifica differenze nell'atteggiamento terapeutico, che può comportare la somministrazione di farmaci per brevi periodi o la necessità di

politerapie croniche da monitorare attentamente per i possibili effetti collaterali. Spesso il **sintomo principale riferito dal paziente è il dolore**, talvolta accompagnato da **limitazione funzionale** conseguente a danni non reversibili e da gradi variabili di disabilità, con elevati costi personali e sociali. Alcune malattie reumatiche comportano il rischio di severe complicanze per il paziente, soprattutto quando hanno un carattere "**sistemico**". Non di rado la complessità dei quadri clinici determina reali e rilevanti difficoltà nell'interpretazione diagnostica, talvolta alimentate dalla possibile sovrapposizione di sintomi e segni appartenenti a malattie diverse, di natura reumatologica e non. Processi di "riadattamento" e modifica parziale dell'orientamento diagnostico iniziale sulla base del follow-up [ndr sviluppi successivi] sono quindi esperienze relativamente comuni nella pratica clinica.

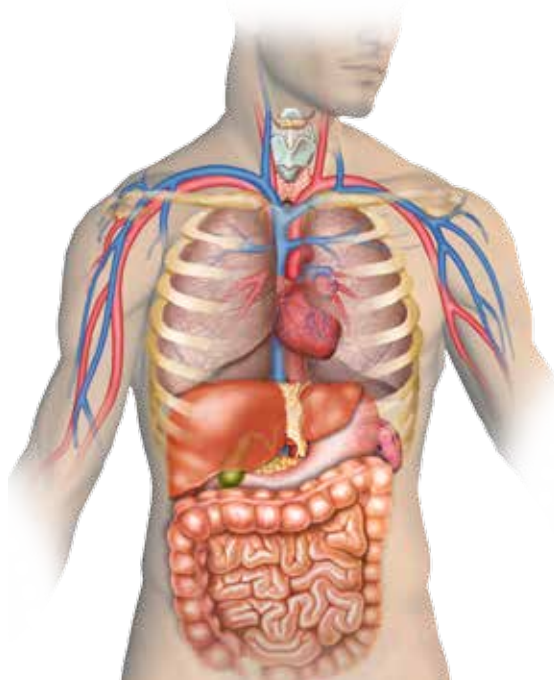
### CLASSIFICAZIONE

Le patologie reumatiche comprendono una serie di oltre 100 entità che in base ai meccanismi fisiopatologici possono essere grossolanamente distinte in **forme infiammatorie** (es. artrite reumatoide) e in **forme di natura prevalentemente a base meccanico-degenerativa** (es. artrosi primaria).

Riportiamo di seguito una sintesi della classificazione delle malattie reumatiche proposta dalla Società Italiana di Reumatologia:

1. **Artriti croniche primarie** (es. artrite reumatoide); **spondilo-entesoartriti** (es. artrite psoriasica, spondilite anchilosante); **artriti transitorie o ricorrenti**
2. **Connettiviti e vasculiti**: Lupus eritematoso sistemico, sindromi sclerodermiche, sindrome di Sjogren e forme correlate, miositi, sindromi da sovrapposizione (o sindromi overlap), connettiviti indifferenziate, vasculiti sistemiche, sindrome da anticorpi antifosfolipidi, polimialgia reumatica, eritema nodoso, panniculiti, policondriti
3. **Artriti da agenti infettivi**: artriti infettive, artriti reattive

4. **Artropatie da microcristalli** (es. gotta, artropatia da pirofosfato di calcio) e da **alterazioni metaboliche**
5. **Artrosi**: forme primarie e secondarie
6. **Afezioni dolorose non traumatiche del rachide i extra-articolari**: forme localizzate e forme generalizzate (es. fibromialgia)
8. **Sindromi neurologiche, neurovascolari e psichiche**: neuropatie da compressione, sindromi algodistrofiche, artropatie neurogene (artropatia di Charcot)
9. **Malattie dell'osso**: osteoporosi generalizzata e regionale, osteomalacia, osteodistrofia renale, osteopatie genetiche, malattia di Paget, osteonecrosi asettiche, osteomieliti, tumori maligni e benigni dell'osso
10. **Malattie congenite del tessuto connettivo**: Sd di Marfan, Sd di Ehlers Danlos, osteogenesi imperfetta, displasie ossee e articolari, condrodistrofie
11. **Neoplasie articolari e tendinee e sindromi correlate**
12. **Altre malattie con possibili manife-**





**stazioni reumatologiche:** sarcoidosi, amiloidosi, cardiopatie cianogene, malattie dell'apparato digerente, emolinfopoietico, respiratorio, della cute e delle mucose, endocrino-metaboliche

13. **Miscellanea:** osteoartropatia ipertrofica primitiva, campodattilia familiare, coccigodinia, etc.

I **reumatismi infiammatori** (artriti croniche, connettiviti, vasculiti) sono patologie croniche che impegnano in modo particolare lo specialista reumatologo dal punto di vista clinico. Si ritiene che il processo infiammatorio derivi da una attivazione anomala di cellule del sistema immunitario con effetto lesivo nei confronti delle articolazioni e di altri tessuti dell'organismo (infiammazione "immuno-mediata"). **Non sono oggi ancora note le cause** e gli eventi biologici iniziati di queste reazioni auto-immunitarie.

L'insorgenza dei reumatismi infiammatori è verosimilmente favorita da fattori genetici. In soggetti geneticamente predisposti, il contributo di determinati fattori ambientali (es. eventi infettivi, ormoni) può indurre alterazioni del sistema immunitario che hanno come conseguenza una risposta infiammatoria contro componenti propri ("self") dell'organismo, verso i quali in condizioni normali non è prevista alcuna reazione. I reumatismi infiammatori possono interessare soggetti di ogni età. Il picco di massima incidenza varia a seconda delle diverse patologie; nelle donne spesso coincide con il periodo fertile.

Il principale **reumatismo degenerativo** è rappresentato dall'artrosi. Si tratta di una **malattia articolare cronica caratterizzata da uno squilibrio tra processi di deterioramento e riparazione della cartilagine**. L'età costituisce il principale fattore di rischio. Rivestono tuttavia importanza variabile anche fattori meccanici come anomale sollecitazioni articolari, traumi, sovrappeso, malformazioni, instabilità articolare e processi infiammatori (l'incidenza è maggiore nei pazienti con artrite). Le sedi più frequentemente interessate sono colonna vertebrale, ginocchia, mani, anche.

I **reumatismi extra-articolari** (o reumatismi dei tessuti molli) includono un gruppo di entità patologiche che coinvolgono principalmente l'apparato tendineo e altre strutture extra-articolari come le capsule, le fasce e l'apparato muscolare. Si distinguono **forme localizzate e generalizzate**. Le prime sono molto comuni, per lo più di natura meccanico-

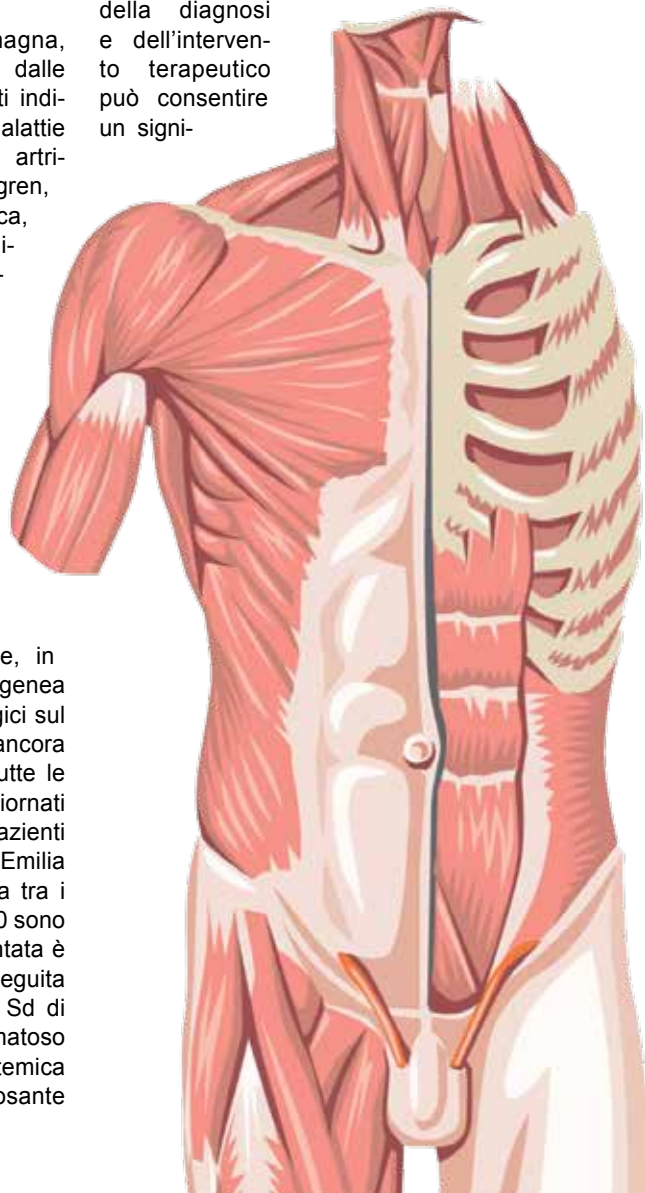
degenerativa (da sovraccarico), come tendiniti, periartriti, borsiti e sindromi dolorose miofasciali. Alcune di queste (borsiti, tendiniti) sono di comune riscontro anche in patologie di natura infiammatoria come le spondiloartriti e l'artrite reumatoide. La forma più comune di reumatismo extra-articolare generalizzato è la sindrome fibromialgica. Si tratta di una patologia molto diffusa, specie nel sesso femminile, caratterizzata da dolore muscolo scheletrico diffuso cronico, evocabile in corso di visita medica mediante pressione digitale esercitata su specifiche aree corporee ad alta densità di innervazione, chiamate "tender points". Il dolore è tipicamente associato a spossatezza e può essere accompagnato da riferita rigidità mattutina e dalla sensazione di gonfiore delle aree interessate; può variare in relazione ai momenti della giornata, al tipo di attività svolte, alle condizioni atmosferiche e allo stress. Sono inoltre comunemente riportati disturbi del sonno, intestinali e neurologici (cefalea, problemi di concentrazione, vertigini, disestesie).

#### EPIDEMIOLOGIA

In riferimento all'Emilia Romagna, il numero di esenzioni rilasciate dalle diverse Aziende USL fornisce dati indiretti relativi alla prevalenza di 7 malattie reumatiche nella nostra regione: artrite reumatoide, LES, Sd di Sjogren, morbo di Paget, artrite psoriasica, sclerosi sistemica, spondilite anchilosante. Per altre patologie considerate rare è prevista un'esenzione solo da Centri autorizzati dalla Regione. Nel corso degli anni è stato documentato un costante aumento del numero di pazienti affetti dalle 7 patologie sopra indicate, che dal 2003 al 2011 è passato da 14182 a 27880 casi, un dato presumibilmente in difetto se si considerano le significative discrepanze registrate tra le diverse province, in parte condizionato dalla non omogenea distribuzione dei centri reumatologici sul territorio e il fatto che non è ancora riconosciuta una esenzione per tutte le patologie. Basandosi su dati aggiornati al 2011, la maggior parte dei pazienti affetti da malattie reumatiche in Emilia Romagna (60%) ha età compresa tra i 18 e i 65 anni e in circa 7 casi su 10 sono donne. La patologia più rappresentata è l'artrite reumatoide (10730 casi), seguita da artrite psoriasica (7824 casi), Sd di Sjogren (3167 casi), Lupus eritematoso sistemico (2459 casi), sclerosi sistemica (1573 casi) e spondilite anchilosante (1377 casi).

#### DIAGNOSI

Considerato il numero elevato di malattie classificate come reumatiche e la grande eterogeneità di manifestazioni cliniche non è possibile estrapolare indicazioni diagnostiche generali. Inoltre diversi sintomi che interessano l'apparato muscolo-scheletrico così come alcune anomalie bioumorali possono in realtà dipendere da patologie non reumatologiche (es. infettive). Pertanto il primo fondamentale strumento diagnostico del reumatologo è rappresentato da una anamnesi accurata e una visita scrupolosa. L'utilizzo degli esami di laboratorio e di indagini strumentali (ecografia, radiografie, risonanza magnetica, scintigrafie, ecc.) deve essere circostanziato e rispondere a precisi quesiti diagnostici per favorire una migliore interpretazione dei risultati. Spesso è indispensabile il contributo di altri professionisti (radiologo, dermatologo, neurologo, ematologo, gastroenterologo, ecc.) per un adeguato inquadramento diagnostico. In riferimento ai reumatismi infiammatori su base autoimmune (es. artriti croniche, connettiviti, vasculiti), la precocità della diagnosi e dell'intervento terapeutico può consentire un signi-



ficativo miglioramento della evoluzione clinica. L'intervallo temporale in fase precoce di malattia, in cui una terapia ben condotta può modificare favorevolmente la storia naturale, è chiamato **"finestra di opportunità terapeutica"**. Pertanto in ogni caso di sospetto reumatismo infiammatorio all'esordio dovrebbe essere ridotta al minimo la latenza tra comparsa dei sintomi e valutazione reumatologica. Questo intento giustifica la necessità di adottare una rete organizzativa che coinvolga attivamente il Medico di Medicina Generale nel percorso di presa in carico del paziente da parte delle strutture specialistiche. D'altra parte, la complessità di alcune problematiche reumatologiche può comportare il fatto che i tempi necessari per una diagnosi corretta e per il miglioramento del quadro clinico talvolta non coincidano.

## TERAPIA

I principali obiettivi della terapia delle malattie reumatiche sono (1) **il controllo dei sintomi e della limitazione funzionale**, (2) **la prevenzione della disabilità** e (3) **il controllo della attività di malattia e il raggiungimento della remissione clinica**.

L'atteggiamento terapeutico è condizionato dalla natura della malattia (infiammatoria o meccanico-degenerativa), dalla fase di malattia, che modifica l'obiettivo del trattamento, dall'età del paziente e dalle sue comorbidità [ndr. *più disturbati di origine diversa*].

L'approccio terapeutico prevede l'impiego di farmaci con diversi meccanismi d'azione, spesso usati in combinazione:

- **Anti-infiammatori non steroidei (FANS)**
- **Corticosteroidi**
- **Immunomodulatori e immunosoppressori** (idrossiclorochina, methotrexate, salazopirina, lefunomide, ciclosporina, azatioprina, ciclofosfamide)
- **Farmaci biotecnologici** (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab, Anakinra, Rituximab, Abatacept, Tocilizumab)
- **Analgesici ad azione periferica** (es. paracetamolo) e **centrale** (es. oppiacei)

**FANS e analgesici** agiscono sui sintomi senza modificare in modo significativo il decorso di malattia. Possono essere impiegati in fase iniziale, prima che sia completata la caratterizzazione diagnostica e la stadiazione [ndr. *estensione*] di malattia, o in attesa dell'effettivo funzionamento di terapie mirate, che può richiedere periodi prolungati. La scelta dei farmaci, dosi e durata del trattamento sono condizionati dal rischio di effetti avversi,

valutato in ogni singolo caso.

**I cortisonici** svolgono un ruolo fondamentale nel trattamento dei reumatismi infiammatori, in particolare per il controllo della fase acuta di malattia. In determinate condizioni svolgono un'azione terapeutica specifica oltre ad agire sui sintomi, per esempio a basso dosaggio nell'artrite reumatoide, o nella polimialgia reumatica. Tuttavia il loro impiego a lungo termine si accompagna a effetti collaterali non trascurabili (es. osteoporosi, fragilità cutanea, cataratta, diabete, ipertensione arteriosa), la cui incidenza e gravità è proporzionale alla dose cumulativa.

**I farmaci immunosoppressori**, chiamati **farmaci "di fondo"** o **Disease-Modifying Antirheumatic Drugs – DMARDs** [ndr. *farmaci in grado di modificare l'evoluzione della malattia*], hanno la proprietà di intervenire sui meccanismi immunopatologici che sostengono le malattie reumatiche, con la possibilità di arrestare o rallentare la loro progressione e di prevenire i danni tissutali e la disabilità. Per questo motivo la loro introduzione dovrebbe avvenire il più precocemente possibile, qualora sussistano le indicazioni cliniche. Dopo l'inizio della terapia è necessario monitorare il paziente in modo regolare a brevi intervalli temporali con lo scopo di valutare la tolleranza del trattamento e la risposta clinica, che in genere non è apprezzabile prima di alcuni mesi. Condizioni che rappresentano in linea generale controindicazioni all'utilizzo o motivo di sospensione dei farmaci di fondo convenzionali sono rappresentate da infezioni attive severe, neoplasie in atto o recenti, insufficienza epatica e renale severa, alterazioni ematologiche importanti, sindromi da immunodeficienza. **I farmaci biotecnologici** (o "biologici"), frutto dell'ingegneria molecolare, svolgono una potente azione antagonista nei confronti molecole (citochine) e cellule responsabili dell'infiammazione cronica. Questi farmaci vengono riservati a malattie reumatiche infiammatorie, in particolare artrite reumatoide e spondiloartriti, che non rispondono alle terapie immunosoppressive tradizionali. La somministrazione dei farmaci biologici prevede una rigorosa selezione dei pazienti, basata su linee guida locali-internazionali (indicazioni) e su accertamenti di screening, finalizzata a definire un profilo di rischio/beneficio favorevole per ogni candidato al trattamento. In generale, i benefici derivati da un uso corretto dei farmaci di fondo tradizionali e biotecnologici, spesso associati, sono superiori ai rischi legati alla possibilità di effetti avversi e di mancata/insufficiente risposta clinica.

**Misure di tipo non farmacologico** possono svolgere un ruolo coadiuvante nella



terapia delle malattie reumatiche. La **fisiochinesiterapia** viene comunemente impiegata nei reumatismi extra-articolari. **Programmi riabilitativi individuali** possono essere proposti con beneficio anche in alcune patologie infiammatorie (es. artriti croniche, miopatie infiammatorie), solo in determinate fasi di malattia. Alcune forme di reumatismo extra-articolare (es. fibromialgia) possono trarre giovamento dalle terapie balneotermali. **L'economia articolare** è una componente spesso trascurata del programma terapeutico dei reumatismi infiammatori articolari. E' basata sull'apprendimento di gesti, attività corrette e sull'uso di ausili e di tutori finalizzati al mantenimento e al recupero della funzione articolare. **Il disagio psicologico** che spesso accompagna le malattie reumatiche, sostenuto dalla cronicità dei disturbi, dalle significative limitazioni delle abilità individuali e nella vita di relazione e da livelli di sensibilità e supporto sociale ancora inadeguati, può trarre beneficio da specifiche misure di supporto (gruppi di mutuo aiuto, spesso coordinati dalle Associazioni dei Malati o programmi individuali). Inoltre il **percorso di accettazione** di una malattia cronica non può prescindere dal **coinvolgimento della famiglia** e dalla creazione di un **rapporto di fiducia con il medico di base**. ■





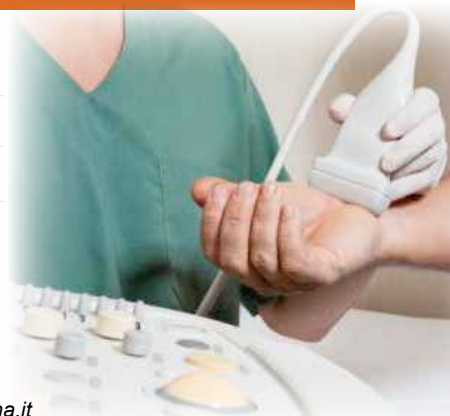
# Capire, conoscere e curare Ruolo dell'Ecografia Articolare nelle Patologie Reumatiche



**Massimo Reta**  
UOS di Reumatologia  
Ospedale Maggiore  
Ausl di Bologna  
massimo.reta@ausl.bologna.it



**Mirco Magnani**  
UOS di Reumatologia  
Ambulatorio di  
Ecografia Articolare  
Ospedale Maggiore  
Ausl di Bologna  
mirco.magnani@ausl.bologna.it



L'ecografia è una tecnica di studio del corpo umano che consente di visualizzare i nostri organi utilizzando onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni), non udibili dall'orecchio umano, che attraversano i tessuti, grazie ad un sistema elettronico, sono trasformate in immagini.

Tra le Tecniche di "imaging" disponibili l'ecografia svolge un ruolo importante nella gestione clinica del paziente affetto da patologie reumatiche, in quanto la valutazione ecografica articolare permette il riconoscimento di edema infiammatorio capsulo-sinoviale, sinovite, alterazioni della cartilagine articolare ed erosioni ossee, con possibilità di studio dinamico dell'articolazione, oltre che una approfondita valutazione di tendini e guaine tendinee

E' una metodica "sicura" poiché non utilizza radiazioni ionizzanti (RX), di veloce esecuzione e totalmente indolore. E' l'unica tecnica che in tempo reale può analizzare la sede di un dolore, di una articolazione tumida.

I recenti progressi tecnologici compiuti negli ultimi anni nel campo dell'ecografia muscolo scheletrica, grazie alla disponibilità di ecografi sempre migliori e di sonde a più alta frequenza, ci permettono di ottenere immagini di miglior qualità e risoluzione (inferiore al millimetro), determinando quindi una più ampia diffusione di questa metodica in ambito reumatologico.

Oggi l'ecografia rappresenta una delle metodiche diagnostiche fondamentali nella valutazione e nel follow-up del paziente reumatologico. Come scientificamente dimostrato, il danno articolare si produce con maggior velocità nei primi anni della malattia, da qui l'importanza di questa tecnica nella diagnosi precoce in grado di prevenire o quanto meno ritardare l'evoluzione della malattia.

## Cosa vede l'ecografia articolare?

Vede le lesioni intraarticolari:

- Versamento articolare
- Sinovite
- Spazio articolare e anomalie della cartilagine articolare

Vede le lesioni extra-articolari:

- Lesioni entesi
- Lesioni tendinee

- Masse periarticolari
- Cisti
- Lesioni delle borse
- Lesioni ligamentose

La metodica ecografica nel tempo, è divenuta sempre più accessibile, ma soprattutto più sensibile nella diagnosi; la sensibilità riguarda l'individuazione delle erosioni precoci e fornisce vantaggi non solo nello studio della cartilagine, ma anche della membrana sinoviale delle piccole e grandi articolazioni e la sua vascolarizzazione grazie all'ausilio del color Doppler.

Si ritiene quindi indispensabile che il medico reumatologo utilizzi l'ecografia articolare come strumento diagnostico per completare la valutazione clinico-strumentale del paziente al fine di identificare la strategia terapeutica più adeguata.

Necessita l'uso dell'ecografia articolare, muscolo-scheletrica, nei pazienti selezionati durante la visita reumatologica, al letto del paziente, perché se è vero che l'ecocardiografia è per il cardiologo il prolungamento della auscultazione con il fonendoscopio, è altrettanto vero che l'ecografia articolare è il prolungamento della vista, del tatto e del ragionamento reumatologico.

Con l'ecografia articolare si riescono a provare, o perlomeno a rendere più significative le ipotesi diagnostiche, nonché ad avere in tempo reale una valutazione dell'andamento dell'infiammazione e del danno cartilagineo al fine di migliorare il trattamento medico (tight control).

L'uso dell'ecografia trova anche un'ampia applicazione in ambito interventistico (infiltrazioni eco guidate intra-articolari di farmaci, prelievo di liquido sinoviale, ecc.), offrendo la possibilità di un approccio mirato, con il posizionamento dell'ago esattamente nel punto prescelto. In tal modo si evita il danno provocato dai farmaci a strutture particolarmente "fragili", quali ad esempio i tendini, che rappresentano una causa frequente di complicazioni legate a infiltrazioni effettuate "alla cieca".

Attualmente, gli sforzi della comunità scientifica sono diretti verso la standardizzazione della metodica applicata al campo reumatologico, al fine di minimizzare la

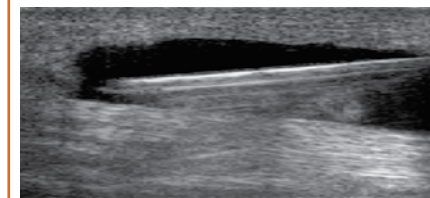
variabilità dei riscontri fra i diversi operatori, attraverso la definizione di scansioni standard e di punti di riferimento nei valori di normalità dei diversi parametri valutati; ciò permetterà di effettuare i controlli di follow-up in qualunque ambulatorio reumatologico. Da quanto sopra esposto, si evince che un ambulatorio dedicato alla reumatologia non può prescindere dall'utilizzo dell'ecografia per effettuare una diagnosi precoce ed efficace di malattia reumatica. Una diagnosi reumatologica corretta è decisiva per la successiva terapia farmacologica, che spesso si protrae per mesi, anni o anche per tutta la vita. ■



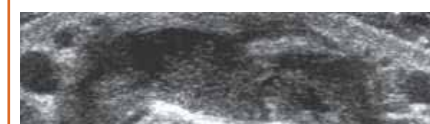
Erosione con sinovite attiva



Cisti poplitea di Baker



Artrocentesi ecoguidata, visibile l'ago



Artrite reumatoide, ipertrofia sinoviale



Artrite reumatoide con power doppler positivo. Sinovite attiva ed erosione

## Capire, conoscere e curare

# Le Vasculiti: generalità e criteri classificativi



**Giuseppe Paolazzi**  
U.O. Reumatologia  
Ospedale S. Chiara  
Trento  
giuseppe.paolazzi@  
apss.tn.it



**Nicolò Pipitone**  
Struttura Complessa di  
Reumatologia  
AOSP S. Maria Nuova  
Reggio Emilia  
pipitone.nicolo@asmn.re.it



**Giulia Pazzola**  
Struttura Complessa di  
Reumatologia  
AOSP S. Maria Nuova  
Reggio Emilia  
Giulia.Pazzola@asmn.re.it

### INTRODUZIONE

Il termine **“vasculite”** significa **“infiammazione dei vasi sanguigni”**, i condotti del sistema circolatorio adibiti al trasporto del sangue attraverso il corpo. Le **vasculiti** sono un gruppo eterogeneo di **malattie caratterizzate da un processo infiammatorio che interessa la parete dei vasi sanguigni**, che conduce ad alterazioni del flusso ematico e danneggia l'integrità del vaso. I vasi coinvolti possono essere di diverso tipo o calibro con conseguenze su uno o più organi o apparati. Le sindromi cliniche che ne derivano sono conseguenza delle alterazioni vasali, che determinano uno scarso afflusso sanguigno nei tessuti irrorati dal vaso stesso, e dell'infiammazione sistemica che portano a febbre, anoressia e calo ponderale.

Le vasculiti possono essere **primarie** o **secondarie**, in base alla loro manifestazione associata o meno ad altre patologie, e **sistemiche** (quando coinvolgono più organi) o **limitate ad un solo organo**.

### L'INFIAMMAZIONE

L'**infiammazione**, o **flogosi**, è un meccanismo di difesa non specifico innato, che costituisce una risposta protettiva, seguente all'azione dannosa di agenti fisici, chimici e biologici, il cui obiettivo finale è l'eliminazione della causa iniziale di danno cellulare o tissutale, nonché avviare il processo riparativo.

Le infiammazioni acute sono **scatenate** da diverse tipologie di stimoli lesivi: infezioni, risposta immunitaria, necrosi, ipossia, corpi estranei. Di questi:

- Le **infezioni**, di qualsiasi tipo, sono uno degli stimoli più comuni per l'insorgenza dell'infiammazione; spesso le tossine prodotte da microrganismi patogeni [*ndr. virus e batteri*] sono una delle cause principali di infiammazione.
- La **risposta immunitaria** è un'altra causa principale di infiammazione. Essa può avvenire in seguito all'infezione da parte di un organismo patogeno con rilascio di sostanze proinfiammatorie (*citochine, leucotrieni...*) ma in condizioni patologiche può essere anche diretta verso cellule *self* [*ndr. del proprio organismo*] facendo insorgere una malattia autoimmune; spesso questa tipologia di malattia determina infiammazione cronica. In alternativa, si possono avere risposte immunitarie non regolate ed eccessive che oltre ad uccidere i patogeni arrecano danno anche alle cellule circostanti.

#### Segni cardinali dell'infiammazione acuta sono:

- **rubor**: arrossamento dovuto all'aumento di sangue nell'area
- **tumor**: rigonfiamento dovuto all'edema [*accumulo di liquidi*]
- **calor**: aumento della temperatura in seguito all'ipertermia e ad un aumento del metabolismo cellulare
- **dolor**: dolore per alterazioni biochimiche locali
- **functio laesa**: inibizione della funzionalità dell'area colpita (specie se si tratta di un'articolazione) a causa del dolore e degli squilibri indotti

Approfondimento liberamente tratto da **WIKIPEDIA**  
The Free Encyclopedia

dai meccanismi facilitatori dell'infiammazione (es. edema) sull'integrità delle strutture infiammate.

#### Alterazioni dei vasi sanguigni

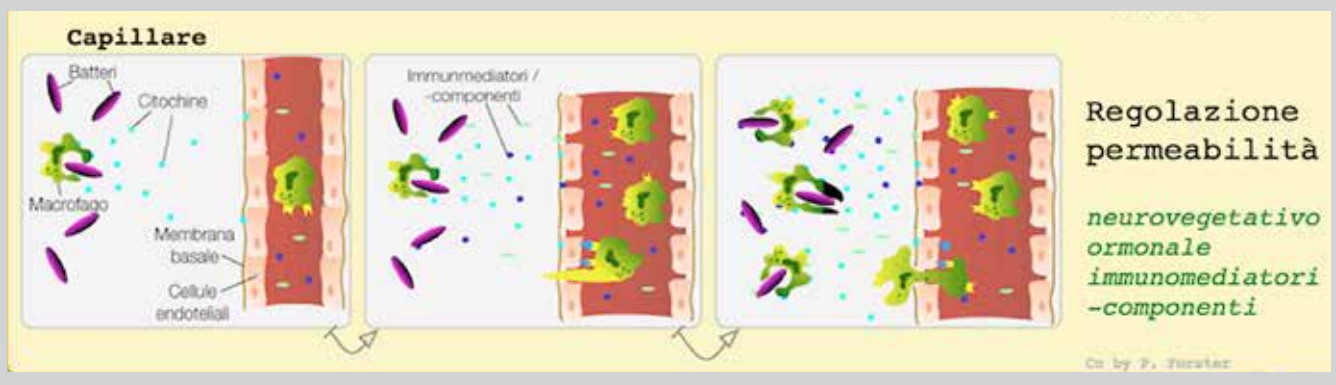
Le prime modificazioni che si verificano per generare un'infiammazione sono a carico dei vasi sanguigni di calibro minore cioè arteriole, venule e capillari. Si può dire che gli eventi che avvengono a livello vascolare sono volti a spingere la migrazione di cellule del sistema immunitario (leucociti) verso il distretto interessato dall'infezione o dalla lesione. Una funzione fondamentale dell'infiammazione è appunto quella di **permettere ai leucociti di giungere nella sede del danno** e, quindi, di fagocitare agenti lesivi, uccidere batteri, degradare il tessuto necrotico e gli agenti estranei.

Alcune forme di alterazioni dei vasi sono: Vasocostrizione, Vasodilatazione o iperemia attiva, Fase di rallentamento del circolo o iperemia passiva, Migrazione dei leucociti nella sede d'infiammazione.

Obiettivo di questi processi stimolati dai mediatori infiammatori è portare l'organismo alla completa *“restitutio ad integrum”* (ripristino) del tessuto danneggiato, qualora quest'ultimo sia capace di rigenerarsi o alla deposizione di una cicatrice di fibrina e tessuto connettivo qualora il danno sia a carico di un tessuto nobile.

Se l'infiammazione è particolarmente intensa o interessa un'area molto estesa di tessuto possono instaurarsi le cosiddette risposte di fase acuta, che comprendono:

- Febbre
- Sintesi epatica delle proteine di fase acuta (es. PCR: proteina C reattiva)
- Alterazioni metaboliche (es. diffusa astenia / cachessia)





# Approfondimenti

## Classificazione delle vasculiti



### Le tappe fondamentali nel corso degli anni

In assenza di test specifici di laboratorio i primi tentativi di classificazione furono basati fondamentalmente sulle dimensioni dei vasi interessati e successivamente in base alla presenza o meno di altre patologie, a marcatori specifici e a determinati aggregati cellulari.

Nel 1990, dopo uno studio durato 10 anni, l'**American College of Rheumatology (ACR)** propose i suoi criteri classificativi per le **vasculiti primitive**. In tale studio le vasculiti secondarie ad altre malattie, come Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite Reumatoide, Crioglobulinemia, non furono considerate, poiché esse erano, sia da un punto di vista clinico sia per le caratteristiche sierologiche, facilmente distinguibili dal gruppo delle vasculiti idiopatiche (*Jennette et al., 1994*).

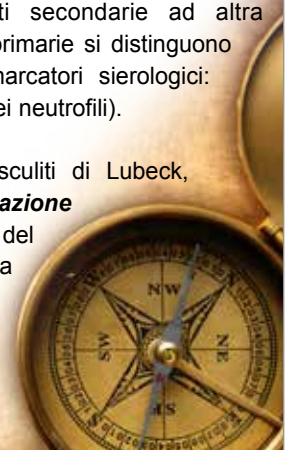
Nel 1992 durante il **Chapell-Hill Consensus Conference (CHCC)** si procedette a riclassificare le vasculiti usando criteri istopatologici [*ndr. ossia criteri che osservano le alterazioni nei tessuti e negli organi*] basati sulle dimensioni dei **vasi interessati di piccolo, medio e grande calibro**.

Tale classificazione, incentrata sulla dimensione dei vasi prevalentemente colpiti dal processo infiammatorio, includeva solo le sindromi con studio descrittivo meglio definito, escludendo dunque le forme di incerto inquadramento, con manifestazioni da sovrapposizione e ovviamente le forme

secondarie. Fu riconosciuta in questa sede la Poliangoite Microscopica (MPA) come nuova entità distinta dalle altre forme già note. La classificazione della CHCC ha avuto il merito di fornire al clinico le linee guida generali (quando sospettare e dove effettuare la biopsia) nell'approccio diagnostico ai singoli quadri morbosi.

Nel 1994 la **Classificazione di Norwich** integra il criterio della suddivisione della vasculiti in base alle dimensioni dei vasi interessati prendendo in considerazione le forme secondarie, ossia quelle vasculiti secondarie ad altra malattia, e nell'ambito delle forme primarie si distinguono le forme associate a particolari marcatori sierologici: gli ANCA (Anticorpi anticitoplasma dei neutrofili).

Nel 2000 il centro studi sulle vasculiti di Lubeck, in Germania, presentò la **Classificazione definita di Gross** basata sui criteri del calibro dei vasi interessati e sulla presenza o meno di **granulomi**, aggregati di cellule giganti di origine macrofagica, manifestazione di una lesione tipica delle infiammazioni croniche.



### CHAPEL HILL CONFERENCE NOMENCLATURE - rivista 2012

*Arthritis & Rheumatism vol 65, No 1, January 2013, pp 1-11*

#### Con interessamento dei vasi di grosso calibro

1. Arterite di Takayasu
2. Arterite temporale a cellule giganti

#### Con interessamento predominante dei vasi di medio calibro

1. Poliarterite nodosa
2. Malattia di Kawasaki

#### Con interessamento predominante dei vasi di piccolo calibro

1. Vasculiti ANCA associate
  - Poliangoite con granulomatosi (Wegener)
  - Poliangoite granulomatosa con eosinofilia (Churg-Strauss)
  - Poliangoite microscopica

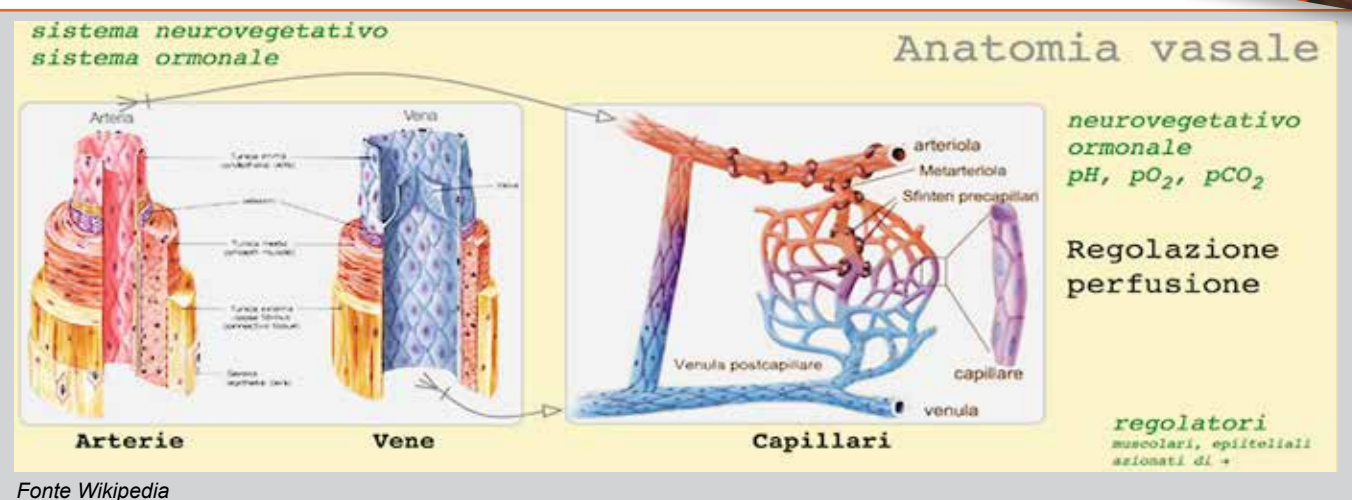
#### 2. Vasculiti da immuniocomplessi

- Vasculite crioglobulinemica
- Schonlein Henoch
- Orticaria vasculitica ipocomplementemica
- Malattia da anticorpi anti membrana basale glomerulare

#### 3. Angioite cutanea leucocito classica

#### Miscellanea

1. Malattia di Behcet
2. Sindrome di Cogan



## Descrizione sintetica della Classificazione

(Consensus Conference Chapel-Hill 1992, rivista 2012)

### Vasculiti dei vasi di GROSSO CALIBRO

Sono vasculiti che interessano, più spesso di altre vasculiti, i vasi di grosso calibro. Vasi di grosso calibro sono l'aorta e le sue branche principali; può essere coinvolto qualsiasi distretto.

- **Arterite temporale a cellule giganti:** arterite granulomatosa dell'aorta e delle sue branche maggiori con predilezione dei rami extracranici della carotide. Spesso coinvolge l'arteria temporale (c.d. *arterite di Horton*). Normalmente colpisce i pazienti con età superiore ai 50 anni e spesso si associa con la polimialgia reumatica (PMR). **Codice esenzione: RG0080**
- **Arterite di Takayasu:** arterite a carattere granulomatoso dell'aorta e delle sue branche maggiori. Solitamente colpisce soggetti con età inferiore ai 50 anni. **Codice esenzione: RG0090**

### Vasculiti dei vasi di MEDIO CALIBRO

Sono vasculiti che interessano in maniera predominante le arterie di medio calibro definite come le arterie maggiori dei visceri e le loro branche. Qualsiasi distretto può essere coinvolto. Sono comuni aneurismi infiammatori e stenosi [ndr. *rispettivamente dilatazione e restringimento dei vasi*].

- **Poliarterite nodosa:** flogosi necrotizzante delle arterie di piccolo e medio calibro, senza glomerulonefrite o vasculite delle arteriole, capillari o venule. **Codice esenzione: RG0030**
- **Malattia di Kawasaki:** arterite con coinvolgimento dei vasi di grosso, medio e piccolo calibro associata a sindrome linfonodale mucocutanea. Le coronarie sono spesso coinvolte. Coinvolge solitamente l'età pediatrica. **Codice esenzione: RG0040**

### Vasculiti dei vasi di PICCOLO CALIBRO

Sono vasculiti che interessano in maniera predominante le piccole arterie, in particolare le arterie intraparenchimali, le arteriole, i capillari e le venule; possono essere coinvolte anche le arterie di medio calibro e le vene.

- **Vasculiti ANCA associate:** vasculiti necrotizzanti, con pochi o assenza di depositi immuni, interessanti in misura maggiore i piccoli vasi (capillari, venule, arteriole e piccole arterie) associate alla positività di anti mieloperossidasi (MPO), anti proteinasi 3 (PR3). Queste forme sono spesso associate a particolari autoanticorpi sierici detti "ANCA" (anticorpi anticitoplasma dei neutrofilii); non tutti i pazienti sono però ANCA positivi. Tre le principali forme:
- **Poliangiote microscopica:** vasculite necrotizzante con scarso o assente deposito di immunocomplessi (nei capillari, venule od arteriole) che colpisce più spesso reni e polmoni. Può rilevarsi la presenza di arterite necrotizzante dei vasi di piccolo o medio calibro. Molto frequente la glomerulonefrite necrotizzante. Spesso è presente una capillarite polmonare. Assente flogosi granulomatosa. **Codice esenzione: RG0020**
- **Poliangiote con granulomatosi (Wegener):** flogosi granulomatosa con interessamento delle alte e basse vie respiratorie (dal naso al polmone) con vasculite necrotizzante predominante dei vasi di piccolo e medio calibro (capillari, venule, arteriole ed arterie). E' frequente l'interessamento renale con glomerulonefrite necrotizzante. **Codice esenzione: RG0070**

- **Poliangiote granulomatosa con eosinofilia (Churg-Strauss):** flogosi granulomatosa eosinofila con interessamento del tratto respiratorio e vasculite necrotizzante predominante dei vasi di piccolo e medio calibro associata ad asma ed eosinofilia. La positività ANCA è più frequente se c'è glomerulonefrite. **Codice esenzione: RG0050**

### ALTRE FORME che interessano i vasi di PICCOLO CALIBRO:

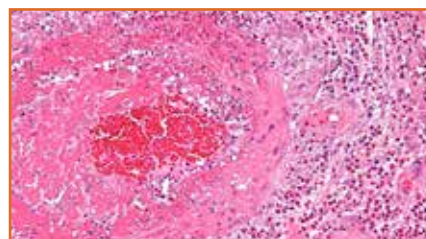
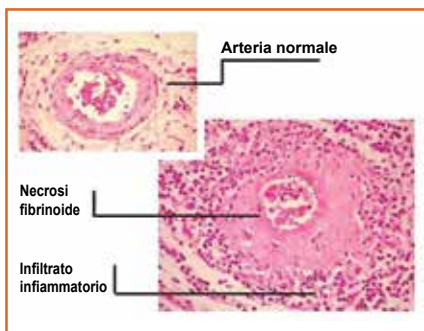
- **Vasculite da IgA (porpora di Henoch-Schonlein):** vasculite con predominante deposito di IgA1 con interessamento dei vasi di piccolo calibro (capillari, venule, arteriole). Spesso interessa la cute (porpora, rash orticarioide), il rene, il tratto gastrointestinale e frequentemente si accompagna a manifestazioni articolari (es. artrite). La glomerulonefrite, quando presente, è indistinguibile dalla glomerulonefrite da nefropatia IgA. **Codice esenzione: RD0030**
- **Vasculite da crioglobulinemia:** vasculite con deposito da immunocomplessi costituiti da crioglobuline a livello dei vasi di piccolo calibro (capillari, venule, arteriole) associata a presenza di crioglobuline sieriche. Sono spesso coinvolti la cute, i glomeruli renali, ed i nervi periferici. **Codice esenzione: RC0110**
- **Orticaria vasculitica:** vasculite accompagnata ad un quadro di orticaria con particolari caratteristiche (lesioni violacee, fisse, poco pruriginose, refrattarie alla comune terapia con antistaminici e steroide) con o senza alterazioni immunologiche (nella variante ipocomplementemica caratteristica la riduzione di C3 e C4; possibile presenza di anticorpi anti-C1q). Sono comuni la glomerulonefrite, artralgie/artrite, la malattia ostruttiva polmonare e la infiammazione oculare.
- **Malattia di Behcet:** vasculite nella malattia di BH; può interessare arterie e vene. La malattia di BH è caratterizzata da aftosi ricorrenti orali e-genitali accompagnate da manifestazioni cutanee, articolari, gastrointestinali, del sistema nervoso centrale. Possono essere presenti vasculite dei piccoli vasi, tromboangiote, trombosi arteriose e venose, arterite ed aneurismi arteriosi.
- **Sindrome di Cogan:** vasculite in corso di sindrome di Cogan. La sindrome di Cogan è caratterizzata da manifestazioni infiammatorie oculari includenti cheratite interstiziale, uveite, episclerite, otite media, ipoacusia neurosensoriale, disfunzione vestibolare. Le manifestazioni vasculitiche (coinvolgenti piccoli, medi o grosse arterie) possono dare aortite, aneurismi infiammatori aortici, valvulite aortica e mitralica.
- **Vasculiti di singolo organo:** vasculiti di arterie e vene coinvolgenti singoli organi senza aspetti clinici sistemici. La distribuzione di malattia all'interno dell'organo può essere diffusa o localizzata. Alcune forme isolate possono evolvere in vasculiti sistemiche.
- **Vasculiti associate a malattie sistemiche:** sono vasculiti associate o secondarie a malattie sistemiche quali artrite reumatoide, lupus ed altre).
- **Vasculiti associate a causa probabile nota:** vasculiti associate ad specifico agente causale (ad esempio associate a HCV e HBV).



Immagine angiografica di arterite di Takayasu



Arterite temporale a cellule giganti: arterite di Horton



Microscopio ad alto ingrandimento di vasculite eosinofila coerente con la sindrome di Churg-Strauss - Poliangioite granulomatosa con eosinofilia



## I vasi sanguigni

Approfondimento liberamente tratto da... **WIKIPEDIA**  
 The Free Encyclopedia

Si definiscono **vasi sanguigni** o **sanguiferi** i condotti sanguigni del sistema circolatorio adibiti al trasporto del sangue attraverso il corpo. Le tipologie più importanti sono le arterie, le **vene**, e i **capillari** che portano, rispettivamente, il sangue dal cuore al resto dell'organismo e viceversa. I vasi sanguigni hanno la stessa struttura di base. La parete interna è detta **endotelio** ed è circondata da un **tessuto connettivo subendoteliale**. Attorno a questo si trova uno strato di **muscolo vascolare liscio**, che è particolarmente sviluppato nelle arterie. Infine, vi è un ulteriore strato di tessuto connettivo noto come **l'avventizia**, che contiene i nervi che servono lo strato muscolare, e i **capillari** per il trasporto dei nutrienti nei vasi più grandi. I capillari constano in poco più di uno strato di endotelio e talvolta di tessuto connettivo. Da un'estremità all'altra, i vasi sanguigni si snodano nel corpo umano per circa 62.000 miglia, 2.5 volte il giro della Terra. I vasi sanguigni non intervengono attivamente nel trasporto di sangue (non hanno una peristalsi apprezzabile), ma le arterie - e le vene in un certo modo - possono regolare il loro diametro interno mediante la contrazione dello strato muscolare. Questo cambia l'irrorazione del sangue agli organi, ed è determinato dal sistema nervoso autonomo. La vaso-costrizione e la vasodilatazione sono anche usati antagonisticamente come metodi di **termoregolazione**.

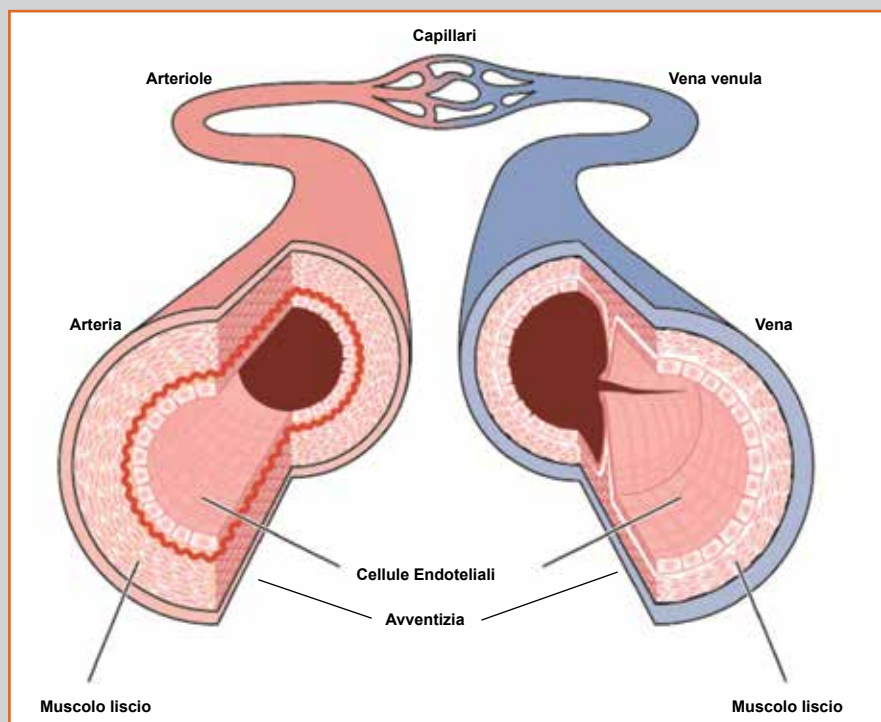
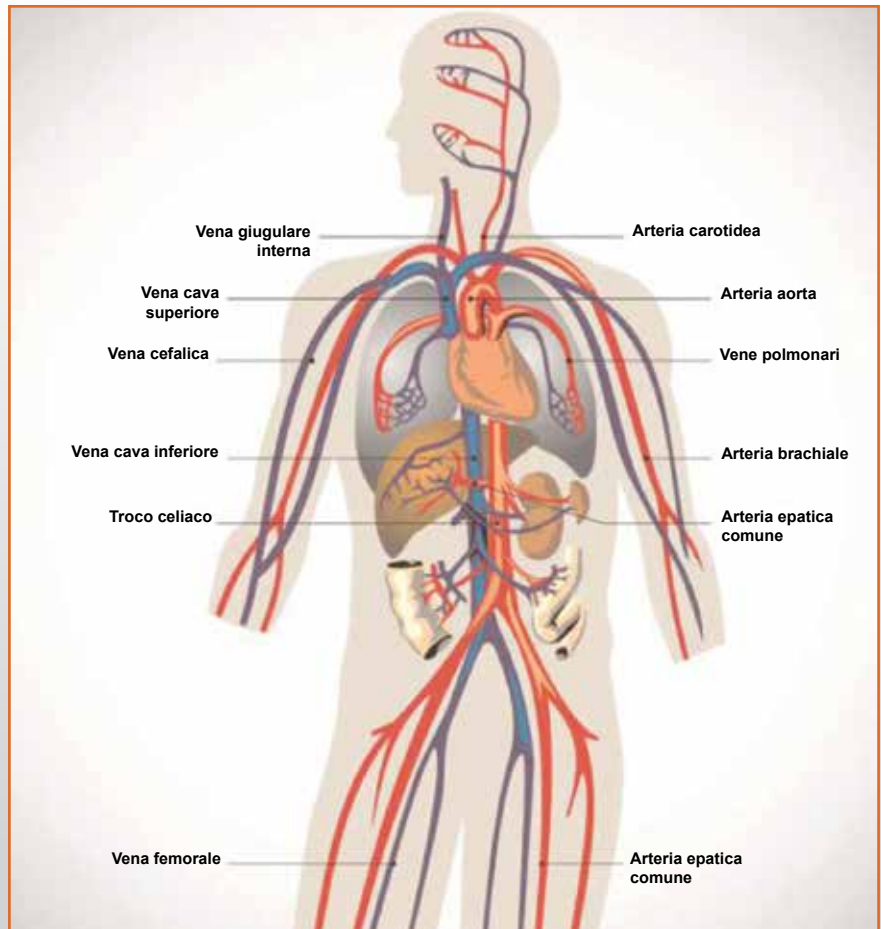
### Ruolo nelle patologie

I vasi sanguigni svolgono un ruolo importante praticamente in tutte le condizioni cliniche. Il cancro, per esempio, non potrebbe svilupparsi senza che il tumore causi la cosiddetta angiogenesi per irrorare le cellule maligne. L'aterosclerosi, la formazione di grumi lipidici nelle pareti del vaso, è la prima causa di patologie al sistema cardiocircolatorio, la principale causa di morte nel Mondo occidentale. Danni, dovuti a traumi o spontanei, provocano un'emorragia. Al contrario, l'occlusione di un vaso sanguigno causata da una placca aterosclerotica, da un grumo di sangue embolizzato o da un corpo estraneo) provoca ischemia (insufficiente irrorazione di sangue) e la necrosi (morte del tessuto).

La **Vasculite** è l'infiammazione della parete del vaso sanguigno, dovuta a patologia autoimmune o infezione.

### Curiosità

Recenti studi hanno mostrato che il cioccolato fondente è in grado di migliorare il funzionamento dei vasi sanguigni.



### Si intendono per

#### VASI DI GRANDE CALIBRO:

aorta e branche maggiori dirette verso i distretti corporei maggiori (alle estremità, alla testa ed al collo).

#### VASI DI MEDIO CALIBRO:

si intendono i vasi viscerali maggiori (arterie renali, coronarie e arterie mesenteriche).

#### VASI DI PICCOLO CALIBRO:

capillari, venule arteriole di arterie intraparenchimali distali in connessione con le arteriole.

## La fisiopatologia e la patogenesi delle vasculiti

La maggior parte delle vasculiti è mediata da reazioni immunopatologiche (autoimmuni) legate a:

1. formazione e deposito di immunocomplessi
2. alterazioni della risposta immunitaria cellulomediata con formazione di granulomi
3. processi autoanticorpali diretti contro le cellule endoteliali
4. meccanismi autoanticorpali nei confronti dei leucociti dei neutrofili
5. meccanismi scatenati da agenti infettivi
6. meccanismi scatenati da cellule tumorali

Un ruolo importante è svolto dalle cellule endoteliali in risposta a stimoli di varia natura, prevalentemente immunologici, che secernono numerose citochine e altri mediatori dell'infiammazione che esprimono sulla loro superficie svariate molecole di adesione e modulano (*ndr variano*) l'equilibrio tra i meccanismi della coagulazione e dell'anticoagulazione intravascolare.

La più frequente reazione immunopatologica è quella mediata da **IMMUNOCOMPLESSI** con componente anticorpale di tipo IgG, IgA o IgM. Una volta formati gli immunocomplessi [*ndr. molecole antigene-anticorpo*], questi si depositano nella parete dei vasi (generalmente nei punti di biforcazione) e attivano la produzione di sostanze con innesco di una catena di processi che

suscitano una risposta infiammatoria locale o generalizzata.

Gli immunocomplessi possono anche intervenire direttamente nel danno vasale attraverso il loro legame con recettori presenti sulla superficie di monociti e granulociti con conseguente rilascio di citochine ed attivazione cellulare e conseguente danno della parete vasale.

Esiste poi un meccanismo **cellulomediato** che comporta l'interazione tra antigeni e linfociti sensibilizzati con successivo rilascio di numerose linfocine che richiamano e attivano i macrofagi, che in ambiente ricco di stimoli proinfiammatori, si trasformano in cellule epitelioidi ed in cellule giganti multinucleate con danno della parete vascolare e formazione di granulomi [poliangerite granulomatosa con eosinofilia – Sindrome di Churg-Strauss, poliangerite granulomatosa (Wegener)].

Un altro meccanismo è costituito da **anticorpi diretti contro antigeni delle cellule endoteliali (AECA)**. Si tratta di anticorpi aspecifici che si ritrovano molto frequentemente nelle vasculiti primitive come la malattia di Kawasaki, l'artrite reumatoide, il Lupus Eritematoso Sistemico e la Sclerodermia.

Altro meccanismo coinvolto è rappresentato da **anticorpi diretti contro antigeni dei neutrofili** chiamati **ANCA** (Anticorpi anticitoplasma dei neutrofili) con successiva liberazione di enzimi in grado di produrre danno cellulare e quindi infiammazione. Dal punto di vista

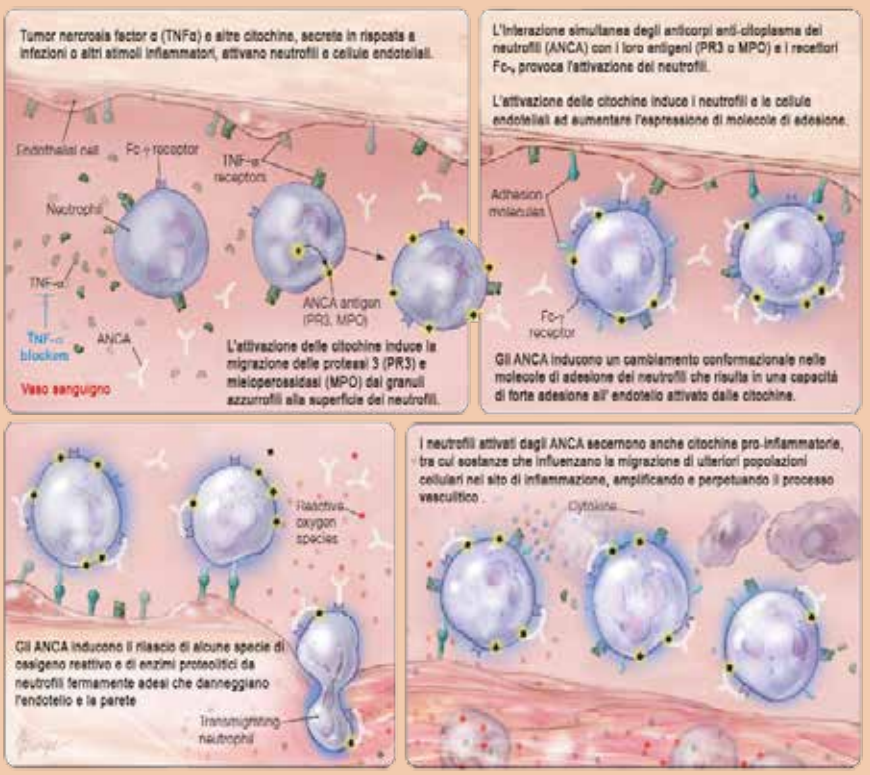
laboratoristico gli ANCA si dimostrano, attraverso tecniche di immunofluorescenza diretta (IFI), in due forme principali c-ANCA e p-ANCA. Gli ANCA si riscontrano nell'80% circa dei soggetti affetti dalla forma sistemica della poliangerite con granulomatosi (Wegener), nel 40-50% dei casi della stessa malattia a forma localizzate e nel 50-60% dei casi di poliangerite microscopica e di poliangerite granulomatosa con eosinofilia (Churg-Strauss).

Il danno della parete vasale può anche essere causato da **agenti infettivi** attraverso 3 meccanismi principali:

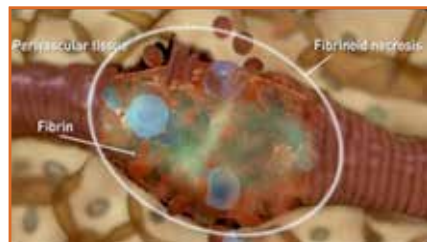
- effetti tossici diretti,
- espressione di antigeni estranei sulle cellule endoteliali con conseguente stimolazione di risposte immunitarie cellulomEDIATE o umorali,
- formazione di immunocomplessi contenenti antigeni infettivi (quali HIV, HTLV-1, rickettsia, herpes virus varicella, herpes simplex e CMV, virus dell'epatite B e C).

Il danno della parete vasale può anche essere mediato da **cellule tumorali** come nel caso della leucemia a cellule capellute, in alcune forme di poliartrite nodosa (PAN), nella malattia di Hodgkin, in alcune vasculiti granulomatose. Il meccanismo potrebbe essere legato a deposizione di immunocomplessi contenenti antigeni tumorali o a seguito di invasione diretta della parete vasale da parte delle cellule tumorali stesse.

Modello di Patogenesi della Vasculite ANCA associata nella Granulomatosi di Wegener, Poliangerite microscopica, e Sindrome di Churg-Strauss / Target terapeutici della risposta immunitaria.



In questa fase la conformazione della molecola di adesione dei neutrofili cambia e i neutrofili aderiscono all'endotelio. Sono quindi rilasciate molecole reattive all'ossigeno, enzimi proteolitici e fattori che attivano una via alternativa al complemento causando dei danni all'endotelio e alle pareti vascolari.



I Neutrofili ANCA - attivati e altre cellule infiammatorie come linfociti e monociti s'infiltrano e distruggono le pareti dei vasi sanguigni. Nel momento in cui questo processo infiammatorio e necrotizzante si estende nel tessuto perivascularare, si forma la fibrina (prodotta dal fattore di coagulazione nel plasma). Questo produce una necrosi fibrinoide.



## I sintomi di orientamento

L'infiammazione vascolare può causare **stenosi** (*restringimenti*) fino a vere e proprie **ostruzioni** e, meno frequentemente, **aneurismi** (*dilatazioni*) delle pareti dei vasi affetti. Il restringimento dei vasi causa un ridotto apporto di sangue e quindi di ossigeno agli organi irrorati dai vasi interessati, determinando un danno (ischemico) d'organo di varia gravità. Le dilatazioni dei vasi, generalmente a livello clinico silenti, invece possono andare incontro a rottura dei vasi, causando emorragie.

La sintomatologia generale delle vasculiti può essere aspecifica e comune alle varie forme. Alcune caratteristiche peraltro facilitano l'orientamento diagnostico con manifestazioni tipiche a seconda del diametro dei vasi sanguigni coinvolti.

Nelle vasculiti **dei grossi vasi** si riscontrano *claudicatio* agli arti (dolore dopo cammino), pressione arteriosa diversa tra i due arti, assenza di polsi periferici, soffi vascolari, dilatazione dell'aorta. In quelle dei vasi medi è possibile il riscon-

tro di noduli cutanei, di ulcere, di livedo reticularis [*Indr manifestazione cutanea a forma di reticolato*], di gangrena digitale [*Indr cancrena digitale*], di microaneurismi, di mononeurite multipla [*Indr danno ai nervi extracerebrali e del midollo spinale (neuropatia periferica)*]. Nelle vasculiti dei **piccoli vasi** è comune il riscontro di porpora, di lesioni vescicolo-bollose, di orticaria, di glomerulonefrite, di emorragia alveolare (emorragia polmonare), di granulomi (noduli) cutanei extravascolari necrotizzanti, di emorragie a fiamma (spesso a livello ungueale), di scleriti-episcleriti-uveiti (infiammazione dell'occhio).

Le manifestazioni generali comuni sono la febbre, la perdita di peso, la presenza di artralgie-artriti, la astenia (stanchezza). Esistono dei precisi criteri classificativi per le varie forme. Per l'orientamento diagnostico devono essere peraltro considerati una serie di dati comprendenti la grandezza vasi, il dato epidemiologico, l'età, il sesso, la sede e tipo di impegno d'organo, la presenza di granulomi, il

tipo di risposta immune, il *tipo* di istologia, la presenza degli ANCA, la presenza di specifiche infezioni (HCV-HBV).

Anche il tropismo d'organo (rilevazione dell'organo maggiormente colpito) è importante per l'orientamento diagnostico. Se maggiormente colpite sono le vie respiratorie, il polmone ed il rene è possibile l'orientamento verso una poliangioite granulomatosa (**Wegener**); se c'è interessamento del polmone con emorragia alveolare e coinvolgimento del rene è possibile un orientamento verso la **micropoliangioite**; se c'è storia di asma bronchiale, di eosinofilia (aumento eosinofili – particolari globuli bianchi – nel sangue), se c'è assenza di impegno renale e presenza di coinvolgimento del sistema nervoso -specie periferico- è possibile l'orientamento verso una **polinagioite granulomatosa con eosinofilia (Churg Strauss)**; se c'è dolore testicolare, aumento pressione arteriosa, neuropatia periferica è possibile l'orientamento verso una **panarterite nodosa**.

## Le cause delle vasculiti

Non sappiamo che cosa causi la maggior parte dei tipi di vasculite. Alcuni casi di vasculite sono indotti da farmaci, mentre altri possono essere scatenati da agenti infettivi, quali il virus dell'epatite B o C. Le vasculiti possono anche essere secondarie ad altre malattie, compresi il lupus eritematoso sistemico, l'artrite reumatoide e la sindrome di Sjogren. Tuttavia, nella maggior parte dei casi non è possibile identificare una causa scatenante né un'altra patologia associata alle vasculite.

**Le vasculiti non sono malattie ereditarie.** Le vasculiti non sono malattie geneticamente determinate, ciò nonostante alcuni geni potrebbero predisporre a sviluppare una vasculite.

Le vasculiti sono in genere considerate malattie autoimmuni, ossia malattie in cui il proprio sistema immunitario attacca il corpo. Nelle vasculiti, specificamente, il sistema immunitario attacca i vasi sanguigni. Per tale motivo, il trattamento delle vasculiti si basa spesso sull'uso di farmaci quali i cortisonici e gli immunosoppressori, che sono in grado di inibire la risposta anomala del sistema immune.

Le vasculiti sono **malattie rare** che possono colpire persone di entrambi i sessi e di tutte le fasce di età. Alcune forme di vasculite si manifestano preferenzial-

mente o esclusivamente in determinati gruppi di soggetti. Per esempio, la malattia di Kawasaki colpisce solo i bambini, la vasculite di Henoch-Schönlein è molto più comune nei bambini rispetto agli adulti e l'arterite di Takayasu è più comune nelle giovani donne, mentre l'arterite a cellule giganti colpisce solo i soggetti adulti di età superiore a 50 anni.

La **gravità con cui si manifestano** le vasculiti non è sempre uguale. Ci sono gravità diverse con forme limitate, non diffuse e forme gravi con impegno di organi vitali. In linea generale l'impegno cardiaco, l'impegno renale con proteinuria sopra il grammo nelle 24 ore o con insufficienza renale (creatinina maggiore di 1.5 mg/dL), l'impegno gastroenterico e l'impegno del sistema nervoso centrale identificano le forme più gravi.

E' molto importante definire l'*aggressività di una vasculite per instaurare una terapia precoce efficace al fine di controllare rapidamente la malattia e migliorare la mortalità* (6-20% a 5 anni con terapia aggressiva contro una bassa sopravvivenza senza terapia aggressiva).

La qualità di vita è peraltro spesso bassa, con **ricadute** (non infrequenti) e comorbidità cronica (legata anche ai farmaci) ancora frequenti.

## Dizionario Medico

### Immunocomplessi:

*macromolecole formate da un antigene e dall'anticorpo corrispondente.*

**Granuloma:** *è un aggregato di cellule giganti di origine macrofagica (appartenente al sistema immunitario), manifestazione tipica di una lesione causata da infiammazioni croniche.*

**Autoanticorpo** *è un'immunoglobulina il cui bersaglio antigenico non è un agente esterno patogeno (batteri, virus, parassiti ecc.) o non-patogeno (allergeni), ma una o più sostanze proprie dell'organismo stesso; in altre parole, si tratta di un anticorpo diretto contro il self.*

**Endotelio / tessuto endoteliale:** *è un tipo particolare di tessuto epiteliale che riveste la superficie interna dei vasi sanguigni, dei vasi linfatici e del cuore (endocardio).*

**Neutrofili:** *particolari globuli bianchi (leucociti) con una vita non superiore alle 48 ore prodotti quotidianamente dal midollo osseo.*

**ANCA:** *Gli anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili (spesso chiamati ANCA, dall'inglese anti-neutrophil cytoplasmic antibodies), costituiscono un gruppo di autoanticorpi, prevalentemente del tipo IgG, diretti contro antigeni situati nel citoplasma dei granulociti neutrofili (il tipo più numeroso di globuli bianchi) e dei monociti. Si possono rilevare nel siero, mediante un semplice esame del sangue, in molte malattie autoimmuni, ma in particolare sono associati con alcune forme di vasculiti, le cosiddette vasculiti ANCA-associate.*

## La diagnosi nelle vasculiti

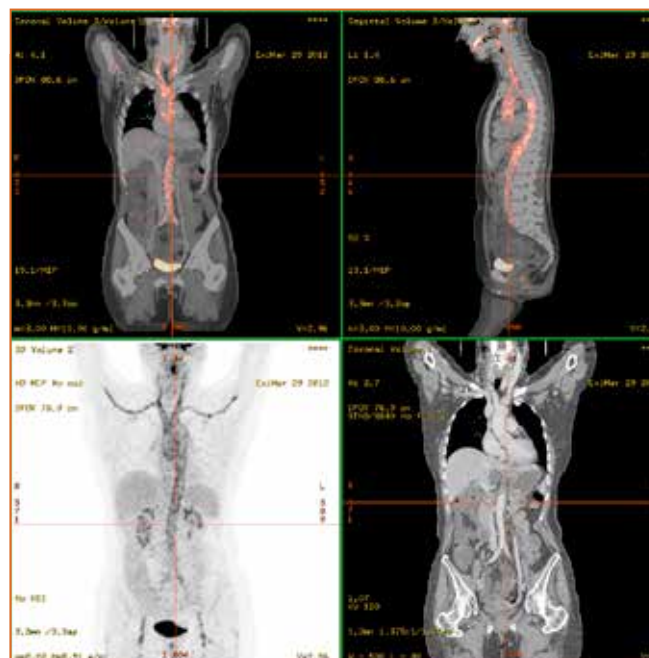
I test utilizzati per la diagnosi delle vasculiti sono molteplici e dipendono in larga parte dalle manifestazioni cliniche, che portano a sospettare una determinata vasculite.

In genere, i test più comunemente usati sono gli esami del sangue, le metodiche iconografiche (raggi X, TAC, risonanza magnetica nucleare, Eco-Doppler e tecniche angiografiche per visualizzare i vasi) e la biopsia, ossia la rimozione di un piccolo pezzo di tessuto e/o vaso sanguigno da esaminare al microscopio.

Le indagini di base sono quelle laboratoristiche (VES, PCR, emocromo con formula, urine, elettroforesi sieroproteine, C3, C4, creatinina, AST, ALT, ferritina, ecc.), che possono supportare l'orientamento verso una forma infiammatoria sistemica. La positività di esami autoimmunitari specifici (in particolare ANCA, FR, ANA, ENA, anticorpi contro la membrana basale dei glomeruli renali, virologici per virus B e C) possono orientare verso una diagnosi specifica. In particolare rivestono molta importanza in alcuni tipi di vasculite gli ANCA, che sono degli anticorpi contro granuli contenuti nei neutrofili (una cellula del sangue). Tali anticorpi sono non solo utili nella diagnosi di queste vasculiti ma possono anche venire utilizzati nel follow up per sospettare, in caso di variazione del loro titolo, la recidiva di malattia. Le vasculiti che hanno positività degli ANCA sono chiamate anche ANCA associate e sono in particolare la poliangiite con granulomatosi (Wegener), la poliangiite granulomatosa con eosinofilia (Churg Strauss) e la micropoliangiite.

Quando si sospetta una vasculite dei grandi vasi sono utili le metodiche iconografiche per lo studio di tali vasi, che comprendono l'Eco-Doppler, l'angio-risonanza, l'angio-TAC e l'angiografia digitale. Le tecniche iconografiche sono anche utili per dimostrare i danni ai vari organi che possono essere indotti dalle vasculiti. Viceversa, quando si sospetta una vasculite dei

piccoli vasi, si fa più spesso ricorso ad una biopsia, ad esempio della pelle o del rene. La biopsia viene anche effettuata spesso quando si sospetta una arterite a cellule giganti: in tal caso l'arteria che viene biopsiata è l'arteria temporale, un'arteria di medio calibro interessata dall'infiammazione nell'80% circa dei pazienti con arterite a cellule giganti.



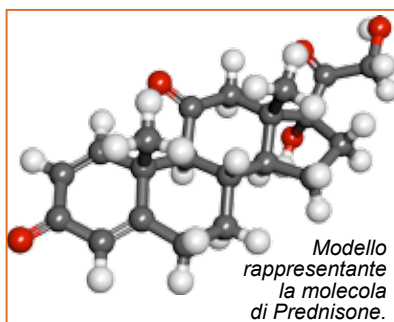
Grave vasculite dei grandi vasi, visualizzati tramite una PET  
fonte wikipedia.

## La terapia nelle vasculiti

La terapia dipende dal tipo di vasculite e dall'organo che questa ha interessato; se questo è un organo vitale chiaramente la terapia dovrà essere più aggressiva rispetto ad un interessamento di un organo non vitale come ad esempio la cute.

Il trattamento delle vasculiti si fonda sull'uso dei **cortisonici** (più propriamente detti glucocorticoidi) e dei **farmaci immunosoppressori**.

I **cortisonici** (comprensivi il **prednisone**, il **prednisolone** e il **metilprednisolone**) sono una parte importante del trattamento di molte forme di vasculite. La dose e la durata del trattamento dipendono dal tipo di vasculite, dalla gravità delle manifestazioni



Modello rappresentante la molecola di Prednisone.

cliniche e dalla risposta dei pazienti. Questi farmaci aiutano a ridurre l'infiammazione, ma possono causare svariati effetti collaterali in particolare se usati per lungo tempo. Per limitare gli effetti collaterali da cortisonici e per ottenere una maggiore efficacia della terapia talora si prescrivono farmaci immunosoppressori, tra i quali ricordiamo la ciclofosfamide, il metotrexate, l'azatioprina, ma anche alcuni farmaci biologici.

La **ciclofosfamide** è uno dei farmaci immunosoppressori maggiormente usati nelle vasculiti maggiori, in bolus endovenosi o per via orale. La ciclofosfamide è adoperata, associata al cortisone ad alte dosi, per cercare di indurre la remissione della malattia. Una volta ottenuta la remissione la terapia viene poi proseguita per alcuni anni con farmaci adatti per il "mante-

nimento" della remissione. Tra i più usati la **azatioprina**, **metotrexate** e il **micofenolato**. Il cortisonico viene adoperato a dosi elevate inizialmente e poi progressivamente ridotto fino a sospensione. In alcuni casi gravissimi è contemplato, accanto allo steroide ed alla ciclofosfamide,

l'utilizzo della **plasmaferesi**, una procedura che rimuove dal sangue sostanze nocive.

Un'altra terapia possibile in alcune forme, specie se vi è coinvolgimento del sistema nervoso periferico, è quella con **immunoglobuline** endovena ad alte dosi. In casi di malattia refrattaria o recidivante viene ora contemplato l'uso di un **farmaco biotecnologico** che agisce sulle cellule B; si tratta del **rituximab (anti CD20)**, farmaco che ha dimostrato molta efficacia e che ora può essere usato in casi selezionati in alternativa alla ciclofosfamide. Il rituximab è inoltre una possibile opzione nella terapia di mantenimento delle vasculiti ANCA-associate. ■

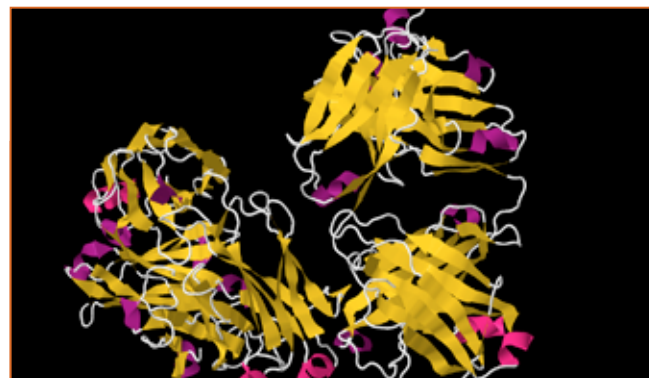


Immagine rappresentante un frammento di antigene con Rituximab



## Le principali vasculiti

### POLIARTERITE NODOSA (PAN)

Originariamente descritta da Kussmaul-Maier si tratta di una vasculite necrotizzante che interessa arterie muscolari di piccolo e medio calibro di qualsiasi organo ad eccezione del polmone che è raramente interessato. E' una malattia piuttosto rara con incidenza annuale di 0.7/100.000 e prevalenza 6.3/100.000. Tali dati aumentano in zone ad alta endemia per infezione da HBV come tra gli Eschimesi dell'Alaska. Il rapporto maschi-femmine di 2:1 con prevalenza nella quarta e quinta decade di vita. Interessa tutti i gruppi razziali.



Poliarterite nodosa – Angiografia: presenza di stenosi vasali diffuse con dilatazioni di tipo aneurismatico.

Le **cause** della malattia restano al momento pressoché sconosciute anche se dal punto di vista della patogenesi si pensa siano coinvolti immunocomplessi.

Gli antigeni coinvolti possono essere virali (in particolare virus dell'epatite B) o endogeni (malattie del tessuto connettivo?, neoplasie?).

**Manifestazioni cliniche:** accanto a sintomi poco specifici quali astenia, iperpiresia, calo ponderale, ci possono essere manifestazioni correlate al coinvolgimento di determinati organi bersaglio: glomerulonefrite necrotizzante per interessamento dei **reni**, insufficienza cardiaca o infarto miocardico per coinvolgimento del **cuore**.

Frequente **l'interessamento articolare** con artrite non erosiva in circa la metà dei pazienti. Nel 50% dei casi è coinvolto l'**apparato digerente** con dolore addominale, diarrea mucosanguinolenta fino a quadri di perforazione intestinale e peritonite. Tipico è **l'interessamento neurologico** con un quadro di mononeurite multipla dovuta all'interessamento dei *vasa nervorum* (*ndr. vasi dei nervi*) e caratterizzata da disturbi sensitivi (parestesie) e motori, in un territorio di un nervo periferico degli arti. Poiché sono interessati vari tronchi nervosi in maniera asimmetrica si parla di mononeurite multipla; più rara la polineuropatia.

L'interessamento della **cute** si traduce in manifestazioni quali porpora palpabile, livedo reticularis, noduli eritematosi e dolenti.

Può esservi un coinvolgimento **oculare** con scleriti, coroiditi, iridocicliti, neurite ottica e infarto della retina. Le alterazioni degli esami di laboratorio sono poco significative. In circa un quarto dei pazienti c'è positività per il virus dell'epatite B. Gli indici di infiammazione sono più o meno aumentati, vi è anemia, trombocitosi e

<b>Malattia rara</b>
Codici di esenzione <b>SSN italiano RG0030</b>
<b>Classificazione e risorse esterne</b> <b>ICD-9-CM (EN) 446.0</b> <b>ICD-10 (EN) M30.0</b>
<b>Sinonimi</b> Malattia di Kussmaul-Maier Periarterite nodosa

<b>Criteri classificativi: ACR 1990</b>
1. perdita di peso > 4kg,
2. livedo reticularis,
3. dolore o dolorabilità testicolare,
4. mialgia o astenia,
5. mono o polineuropatia,
6. ipertensione sistolica > 90 mmHg,
7. iperazotemia > 40 mg/dl, ipercreatininemia >1.5 mg/dl,
8. positività sierica per antigeni o anticorpi dell'epatite B
9. anormalità arteriografiche,
10. presenza di granulociti o infiltrato linfocitario misto alla biopsia di un'arteria di medio o piccolo calibro.

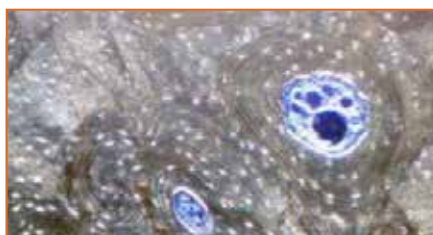
leucocitosi neutrofila. Possono esserci segni dell'interessamento renale con proteinuria, microematuria, leucocituria, ipercreatininemia. Può, inoltre, esserci ipocomplementemia, presenza di immunocomplessi e crioglobuline e positività per il fattore reumatoide. Gli anticorpi antinucleo e gli ANCA sono generalmente negativi.

La presenza di 3 o più criteri permette di classificare il paziente come affetto da PAN.

La diagnosi si avvale della biopsia e/o dell'arteriografia. La prognosi varia in funzione dell'impegno d'organo. Se non trattata la sopravvivenza a 5 anni è inferiore al 15%. Dal punto di vista terapeutico si utilizzano cortisonici ad alte dosi associati a farmaci immunosoppressori (in particolare ciclofosfamide).

### POLIANGIOITE MICROSCOPICA

Vasculite ad interessamento delle arterie di piccolo calibro (capillari, venule e arteriole) e caratterizzata clinicamente da glomerulonefrite in aggiunta alle manifestazioni della Poliarterite nodosa (PAN). Tipico è l'interessamento renale con glomerulonefrite necrotizzante focale segmentaria (GNFS) che conduce frequentemente ad insufficienza renale e può richiedere l'emodialisi.



Poliangiote Microscopica

<b>Malattia rara</b>
Codici di esenzione <b>SSN italiano RG0020</b>
<b>Classificazione e risorse esterne</b> <b>ICD-10-CM (EN) M31.7</b>
<b>Sinonimi</b> Poliarterite nodosa microscopica Micropoliangiote

In un terzo dei casi si assiste ad interessamento polmonare caratterizzato da emorragia alveolare. Dal punto di vista laboratoristico a differenza della poliarterite nodosa è frequente la positività per ANCA (anti-mieloperossidasi) presenti nel 50-80% dei casi.

## Le principali vasculiti

### POLIANGIOITE GRANULOMATOSA CON EOSINOFILIA (CHURG-STRAUSS)

Rara malattia caratterizzata dall'associazione di vasculite sistemica necrotizzante e granulomatosa, eosinofilia ed asma bronchiale. Colpisce vari organi ed apparati in particolare quello respiratorio. L'età media di esordio è intorno ai 40 anni con lieve prevalenza del sesso maschile. Eziopatogenesi non nota. Sono sospettati fattori allergici o infettivi (*Aspergillus*, *Trichinella*) in grado di innescare meccanismi quali reazioni da immunocomplessi. Un altro meccanismo implicato potrebbe essere attribuito agli ANCA (in particolare i p-ANCA).

#### Manifestazioni cliniche:

1. sintomi aspecifici (astenia, febbre, perdita di peso)
2. rinite allergica
3. asma bronchiale
4. sintomi respiratori: tosse poco produttiva
5. manifestazioni cutanee: porpora o noduli
6. mononeurite multipla
7. manifestazioni articolari: artralgie o artriti
8. insufficienza cardiaca

Agli esami ematici riscontro di eosinofilia (nell'85% dei casi); aumento delle IgE sieriche, presenza di immunocomplessi. Nel 50-70% dei casi positività per i p-ANCA. Alla radiografia del torace presenza di infiltrati fugaci a chiazze o diffusi; talora si rende necessaria la biopsia polmonare o vascolare.

#### Criteri classificativi

1. Asma bronchiale
2. Eosinofilia >10%
3. Mono o polineuropatia
4. Infiltrati polmonari fugaci
5. Anormalità dei seni paranasali e infiltrati eosinofili alla biopsia vascolare

Terapia: cortisonici associati a immunosoppressori (in particolare ciclofosfamide).

### POLIANGIOITE CON GRANULOMATOSI (WEGENER)

Vasculite caratterizzata da lesioni vascolari necrotizzanti e granulomatose a carico dell'apparato respiratorio e da glomerulonefrite. E' una malattia rara (4 casi per milione) con prevalenza del sesso maschile attorno alla IV e V decade di vita. Non è nota l'eziopatogenesi ma è ipotizzata una reazione da ipersensibilità (fattori eziologici sconosciuti potrebbero indurre una reazione anticorpale con successiva formazione di immunocomplessi patogeni), il coinvolgimento dell'immunità cellulo-mediata (responsabile della formazione di granulomi) ed il ruolo dei c-ANCA.

#### Caratterizzata da 3 aspetti istopatologici fondamentali:

1. granulomi necrotizzanti del tratto respiratorio superiore, inferiore o di entrambi
2. vasculite necrotizzante o granulomatosa delle piccole arterie e vene di vari organi e principalmente del polmone
3. glomerulite necrotizzante, focale e segmentaria

L'apparato respiratorio e renale sono i più coinvolti.

#### Manifestazioni cliniche:

Apparato respiratorio: rinosinusite cronica, ulcerazioni della mucosa nasale, condrite nasale con deformità del "naso a sella", otite media sierosa.

Nei casi più gravi difficoltà respiratoria, tosse, dolore toracico ed emottisi (perdita di sangue con i colpi di tosse).

Manifestazioni renali: glomerulonefrite (ematuria, cilindruria, proteinuria), sino a quadri di franca insufficienza renale acuta.

Manifestazioni articolari: artralgie, artriti.

Manifestazioni oculari: sclerite ed episclerite, uveite e neurite ottica, pseudotumor oculi.

Manifestazioni neurologiche: mononeurite, polineurite.

Interessamento cardiaco: miocardite.

Dal punto di vista degli esami ematici riscontro di incremento degli indici di infiammazione (VES, PCR, fibrinogeno); aumento IgA e IgE, positività per c-ANCA (> 90%).

Alla radiografia del torace ( o ancor meglio dalla TAC del torace ad alta risoluzione) si evidenziano infiltrati polmonari di tipo nodulare che possono escavarsi centralmente e sovra-infettarsi.

La terapia si avvale di cortisonici ad alte dosi associati ad immunosoppressori quali la ciclofosfamide. Possibile uso di anti CD20 (rituximab).

#### Malattia rara

Codici di esenzione  
**SSN italiano RG0050**

#### Classificazione e risorse esterne

**ICD-9-CM (EN) 446.4**

**ICD-10 (EN) M30.1**

#### Sinonimi

Granulomatosi allergica

#### Eponimi

Jacob Churg

Lotte Strauss

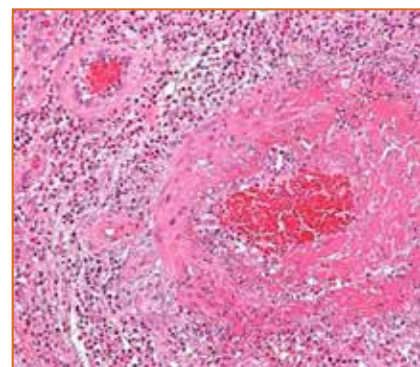


Fig. Sindrome di Churg-Strauss: Immagine al microscopio ad alto ingrandimento di vasculite eosinofila.

#### Malattia rara

Codici di esenzione  
**SSN italiano RG0070**

#### Classificazione e risorse esterne

**ICD-9-CM (EN) 446.4**

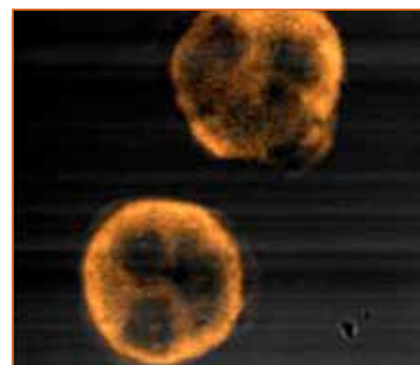


Fig. Modello di immunofluorescenza prodotto dal legame di ANCA da un paziente con granulomatosi di Wegener di neutrofili fissati in etanolo  
Fonte Wikipedia

#### Criteri classificativi

1. infiammazione nasale o orale
2. lesioni polmonari (noduli, infiltrati fissi o escavazioni)
3. alterazioni del sedimento urinario
4. lesioni istologiche che dimostrano flogosi granulomatosa nella parete del vaso o nell'area peri o extravascolare



## Le principali vasculiti

### PORPORA DI SCHÖNLEIN-HENOCH

Si tratta di una vasculite abbastanza frequente nell'età pediatrica (generalmente al di sotto dei 7 anni d'età) ma che può manifestarsi anche nel soggetto adulto con predilezione per il sesso maschile.

La malattia è frequentemente preceduta da infezioni (Mycoplasma, streptococchi, virus di Epstein Barr, virus dell'epatite B, varicella, parvovirus B19). In alcuni casi può scatenarsi dopo vaccinazioni o a seguito dell'assunzione di farmaci (antibiotici, aspirina).

#### Manifestazioni cliniche:

1. porpora cutanea localizzata ai glutei e agli arti inferiori
2. dolore addominale
3. interessamento articolare con artriti e artralgie
4. interessamento renale (glomerulonefrite sino a quadri di insufficienza renale acuta).

La diagnosi è soprattutto clinica associata al riscontro laboratoristico di elevazione di immunoglobuline di tipo A. Importante è la biopsia delle lesioni cutanee.

Dal punto di vista della prognosi la severità dell'interessamento renale è il fattore più sfavorevole.

Come terapia si utilizzano cortisonici a dosi medio-basse e talora la plasmateresi.

#### Malattia rara

Codici di esenzione  
**SSN italiano RD0030**

**Classificazione e risorse esterne**  
**ICD-9-CM (EN) 287.0**

#### Eponimi

Johann Lukas Schönlein  
Eduard Heinrich Henoch



Fig. Esempio di porpora

## Differenze tra le varie Vasculiti primitive Fonte tabella Wikipedia

	Età di insorgenza	Calibro dei vasi colpiti	Positività per ANCA	Eosinofilia	Vasculite leucocitoclastica	Necrosi fibrinoide	Granulomi
<b>Arterite di Takayasu</b>	Giovani donne	Grandi vasi	No	Possibile	No	No	Si
<b>Arterite temporale</b>	>50-60 anni	Grandi vasi	No	Possibile	No	Possibile	Si
<b>Poliarterite nodosa</b>	Intorno 40 anni	Vasi medi	No	Possibile	No	Si, elevata	No
<b>Poliangiite microscopica</b>	50-60 anni	Piccoli e medi vasi	Si, pANCA	Possibile	No	Si, elevata	No
<b>Granulomatosi di Wegener</b>	50-60 anni	Piccoli e medi vasi	Si, cANCA	Minima	No	Si	Si
<b>Sindrome di Churg-Strauss</b>	50-60 anni	Piccoli e medi vasi	Si, pANCA	Elevatissima	No	Si	Si
<b>Crioglobulinemia mista essenziale</b>	50-60 anni	Piccoli vasi	No	Possibile	Elevata	Minima	No
<b>Vasculite leucocitoclastica</b>	40 anni	Piccoli vasi	No	Minima	Elevata	Minima	No
<b>Porpora di Schönlein-Henoch</b>	7-10 anni	Piccoli vasi	No	Possibile	Elevata	Minima	No

## Bibliografia principale e *link* utili

- 1) Xu Li et al, *Semin Arthritis Rheum* 2009;38(5):348-60
  - 2) Hunder GG, Arend WP, Bloch DA, Calabrese LH, Fauci AS, Fries JF, et al. *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis. Introduction. Arthritis Rheum* 1990; 33(8):1065-7.
  - 3) Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K, Bacon PA, Churg J, Gross WL, et al. *Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum* 1994; 37(2):187-92.
  - 4) Scott, D.G. and R.A. Watts, *Classification and epidemiology of systemic vasculitis. Br J Rheumatol* 1994; 33(10):897-9.
  - 5) Gross, W.L., A. Trabandt, and E. Reinhold-Keller, *Diagnosis and evaluation of vasculitis. Rheumatology (Oxford)* 2000. 39(3):245-52.
  - 6) *Criteria for diagnosis of Behcet's disease. International Study Group for Behcet's Disease. Lancet*, 1990. 335(8697): p. 1078-80.
- American College of Rheumatology website, [www.rheumatology.org](http://www.rheumatology.org)  
Arthritis Research UK website, [www.arthritisresearchuk.org](http://www.arthritisresearchuk.org)  
Edinburgh Renal Unit website, [www.edren.org](http://www.edren.org)  
Leveghi L e Paolazzi C, *Le vasculiti*, [www.reumaticitrentino.it](http://www.reumaticitrentino.it)  
Reumatologia online website, [www.reumatologiaonline.com](http://www.reumatologiaonline.com)

# La Comunicazione e il suo ruolo nel rapporto medico-paziente



**Giovanni Minisola**  
Direttore Divisione di Reumatologia,  
Ospedale di Alta Specializzazione  
"San Camillo" - Roma  
gminisola@scamilloforlanini.rm.it



La **comunicazione** è un importante **strumento di interazione medico-paziente**, mediante il quale si ricevono e trasmettono informazioni. La capacità di comunicare rappresenta un elemento qualificante del comportamento del medico e dei suoi collaboratori poiché una corretta informazione, veicolata da una buona capacità comunicativa, permette di creare interrelazioni ottimali ed evita la trasmissione di messaggi anomali. I parametri della comunicazione e dell'informazione sono rappresentati dalla presenza, dall'ascolto, dai codici tecnici e comportamentali e dai rapporti interpersonali. La comunicazione rappresenta per il malato un momento di sostegno perché può toglierlo da una posizione di non-conoscenza e dargli risposte concrete e adeguate. La comunicazione è parte fondamentale del processo di umanizzazione della medicina che, a sua volta, si fonda anche sull'interconnessione tra assistente e assistito in un contesto umano volto a qualificare e ottimizzare il rapporto tra operatore sanitario e malato.

La comunicazione è un momento fondamentale e complesso della vita medica, caratterizzato da scambi relazionali, continui o discontinui, che consentono agli individui di entrare in rapporto di reciprocità dialettica tra loro.

L'informazione si svolge essenzialmente attraverso la comunicazione, parola di derivazione latina (*cum* = insieme + *munus* = obbligo), che etimologicamente significa obbligo a dare con diritto di ricevere, a sottolineare il carattere bidirezionale e dinamico del rapporto.

Ogni professionista dell'arte sanitaria, attraverso la comunicazione, riceve e trasmette informazioni che hanno il potere di provocare nel soggetto informato modifiche dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle decisioni, alcune volte di segno contrario rispetto a quello che il soggetto informante avrebbe previsto, sperato o voluto.

Altre volte, poi, il tipo di messaggio informativo trasmesso non è affidato alle parole e da queste veicolato, ma è bensì trasmesso dai comportamenti e dagli atteggiamenti, essendo ampiamente dimostrato che si può comunicare anche tacendo in virtù dell'impiego, intenzionale o preintenzionale, di un linguaggio non verbale.

La comunicazione è un processo composito al cui sviluppo e alla cui realizzazione concorrono molteplici fattori che non sempre possono essere controllati e che comunque "passano", magari sotto la forma occulta di messaggi subliminali.

Sono molte le circostanze nelle quali, anche incoscientemente, si comunicano informazioni che, razionalmente, non si volevano trasmettere, mentre altre volte non si è in grado di comunicare un adeguato messaggio informativo per pigrizia a sintonizzarsi sul giusto canale o sulla stessa lunghezza d'onda di chi ascolta;; in questi casi è molto probabile che l'informazione giunga o venga percepita distorta, proprio perché trasmessa con un linguaggio non pienamente o affatto compreso dall'interlocutore.

Con queste premesse ben si comprende come la comunicazione, in ambito medico, debba essere costantemente sottoposta al regolare controllo di una saggia autocritica e che tale auto-

critica debba riguardare indistintamente quanti, a vario titolo, sono coinvolti lungo il percorso che l'atto comunicativo deve compiere prima di giungere al destinatario finale.

Gli operatori situati lungo l'itinerario **devono mettere a disposizione**, in rapporto alle specifiche **caratteristiche personali, cultura, sensibilità, affabilità, educazione e disponibilità**, in un mix che, cumulativamente, deve mirare a fornire al soggetto più debole, il paziente o i suoi parenti, un prodotto comprensibile e tranquillizzante.

La capacità di comunicare rappresenta un elemento qualificante del comportamento del medico e dei suoi collaboratori poiché una corretta informazione, veicolata da una buona capacità comunicativa, permette di creare interrelazioni ottimali ed evita la trasmissione di messaggi anomali. La filosofia della corretta comunicazione mira da una parte a evitare di trasmettere o ricevere informazioni contraddittorie, confuse e poco chiare, che rischiano di interrompere un rapporto fiduciario, spesso precario e instabile, dall'altra a far sì che l'interlocutore più debole non percepisca mai, sia pure erroneamente, una situazione di ambiguità o di incongruenza. La comunicazione medico-paziente è una relazione indispensabile per ogni cura efficace di qualsivoglia malattia, non solo reumatica; ciò nonostante il suo signifi-

cato e il suo valore vengono molto spesso sottovalutati e, quindi, il processo comunicativo non viene posto in essere, potendosi così perfino compromettere il buon esito del risultato terapeutico atteso.

La comunicazione tra il medico e il suo paziente è un **atto consensuale e reciproco di avvicinamento**, al fine di meglio trasmettere informazioni e messaggi, rendendo così pronto e

**La capacità di comunicare  
rappresenta un elemento  
qualificante del comportamento  
del medico  
e dei suoi collaboratori poiché  
una corretta informazione,  
veicolata da una buona capacità  
comunicativa, permette di  
creare interrelazioni ottimali  
ed evita la trasmissione di  
messaggi anomali.**





facile l'approccio e il trasferimento di conoscenze. Viene così favorita un'evoluzione di interdipendenza personale tra due individui che finiscono con l'essere cooperanti e mutuamente ricettivi.

Ciò è possibile se vi è disponibilità da entrambe le parti a lasciarsi interessare e, eventualmente, modificare, al punto tale da risultare diversi al termine dell'iter conoscitivo.

La comunicazione con il malato serve al medico per **riconoscere lo stato di disagio da questi avvertito**, specie se interessato da una malattia invalidante, **per meglio interpretare i segni e sintomi dichiarati o constatati**, potendosi per questa via giungere più agevolmente alla diagnosi esatta, e per favorire la realizzazione di quell'alleanza terapeutica che evita la diminuzione della compliance.

La comunicazione, quindi, si configura come strumento idoneo a favorire la conoscenza privilegiata tra medico, operatori, paziente e suoi familiari, con ripercussioni sull'andamento della malattia e sull'ambiente globalmente considerato.

I parametri della comunicazione e dell'informazione sono rappresentati dalla presenza, dall'ascolto, dai codici tecnici e comportamentali e dai rapporti interpersonali.

L'accettazione della presenza e dell'ascolto che la trasmissione dell'informazione comporta toglie il paziente dalla solitudine e gli operatori dall'isolazionismo operativo purché, però, sia sempre attiva la reciproca accettazione e la capacità di sapersi somministrare all'altro.

La comunicazione rappresenta il parametro principale del processo di informazione e avviene per via verbale, attraverso le parole, e per via non verbale, attraverso il corpo, i simboli e i segni. Essa svolge numerose funzioni, tra cui l'abilità a far emergere le informazioni dall'interlocutore (maieutica), a valorizzare messaggi apparentemente banali e ad adeguarsi ai linguaggi degli altri, stimolandone la progettualità ideativa e verbale.

**Il silenzio, la timidezza, lo scoraggiamento del malato** devono essere sempre pazientemente accettati, anche se il silenzio può essere espressione di un rifiuto, di diffidenza o di atteggiamenti potenzialmente aggressivi. Generalmente il silenzio è espressione di rassegnazione o di diffidenza verso i terzi, espressione della difficoltà di affidare ad altri la propria persona bisognosa. Nelle relazioni tra medico e paziente, tra medico e altri operatori dell'assistenza, tra questi ultimi e il malato non si dimentichi mai che il silenzio ha una voce e una dimensione difficili talvolta da catturare ma che, se opportunamente ricercati e raccolti, possono essere più ricchi ed espressivi di qualsivoglia conversazione, salottiera o meno, più o meno protratta e profonda.

L'informazione comunicata deve sempre essere pertinente e riguardare i vari aspetti della malattia: a questo proposito, una particolare attenzione deve essere dedicata agli eventuali effetti, più o meno devastanti, che una malattia può aver prodotto o può potenzialmente provocare sul corpo, inteso nell'accezione più semplice e completa del termine. In questo contesto non può non sottolinearsi la potenzialità invalidante di molte affezioni reumatiche, specie quando interessano soggetti ancora giovani e in piena attività lavorativa. Il corpo è fonte di simbolismi e di gestualità altrettanto eloquenti della parola.

Il corpo ha una frontiera, la cute, talvolta coinvolta in alcune importanti malattie reumatiche che compromettono l'aspetto esteriore del paziente. La comunicazione, soprattutto in tali casi, deve mirare a rassicurare e a fare accettare la menomazione o, se possibile, a farla ignorare. Il tempo dedicato è un altro parametro regolatore essenziale della comunicazione e domina il rapporto reciproco in modo significativo. Strettamente correlati al parametro tempo sono i concetti di superficialità e rapidità

da una parte e quelli contrari di precisione e approfondimento dall'altra. Ben sappiamo quanto il tempo passi velocemente e come spesso abbia per gli operatori tutti una caratterizzazione economica che per molti è prevalente. Ma la velocità del tempo è un elemento che non interessa il paziente, il quale vuole gli operatori tutti per sé e non intende comunicare con loro condizionato dai limiti cronologici che gli operatori stessi impongono. È appena il caso di ricordare che bastano 5-10 minuti in più per comunicare al paziente informazioni più precise, accurate e soddisfacenti e per fornire agli operatori spunti e dettagli informativi più esatti e completi, in grado eventualmente di influenzare positivamente tutte le attività diagnostiche e terapeutiche di loro specifica competenza. Così facendo, concedendo cioè più spazio al colloquio e alla reciproca informazione, si può ottenere quel risultato meraviglioso di vedere trasformato un incontro informativo in una vera e propria alleanza terapeutica.

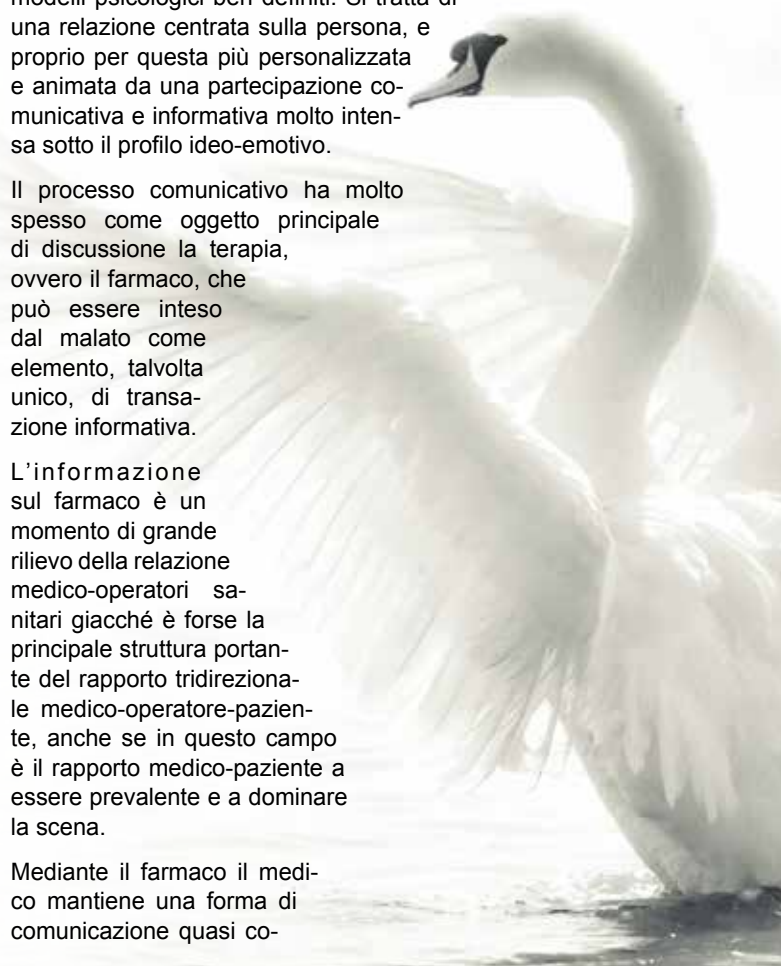
Se il medico è convinto della necessità, oltre che dell'opportunità, di dover fare eseguire indagini o trattamenti di particolare natura e che possono risultare fastidiosi o addirittura pericolosi e dolorosi, deve informare il paziente anche degli aspetti tecnici, al fine di ottenere il consenso responsabile e informato. In questo ambito si inserisce la più vasta problematica del **consenso informato**, che può essere concesso solo se alla base vi è un'adeguata informazione che abbia passato in rassegna tutti gli aspetti sanitari, etici e bioetici della vicenda in corso.

La prassi del medico e di tutti gli operatori deve avvalersi contemporaneamente di un **codice tecnico** e di un **codice relazionale**. Il primo si basa su reperti obiettivi, su strumenti, su documenti acquisiti dal paziente. Gli operatori, nell'esaminare una documentazione clinica, devono tenere sempre presente che non è con tale documentazione che si deve intrattenere una relazione, ma con il malato, il quale concede la documentazione per informare ed essere informato. Il codice relazionale attiene al rapporto interpersonale, orientato e ispirato da modelli psicologici ben definiti. Si tratta di una relazione centrata sulla persona, e proprio per questa più personalizzata e animata da una partecipazione comunicativa e informativa molto intensa sotto il profilo ideo-emotivo.

Il processo comunicativo ha molto spesso come oggetto principale di discussione la terapia, ovvero il farmaco, che può essere inteso dal malato come elemento, talvolta unico, di transazione informativa.

L'informazione sul farmaco è un momento di grande rilievo della relazione medico-operatori sanitari giacché è forse la principale struttura portante del rapporto tridirezionale medico-operatore-paziente, anche se in questo campo è il rapporto medico-paziente a essere prevalente e a dominare la scena.

Mediante il farmaco il medico mantiene una forma di comunicazione quasi co-



stante con il malato e instaura con questi un tipo di rapporto del tutto particolare in cui, accanto a elementi verbalmente espressi, viene lasciato ampio spazio a possibili ritualità, simbolizzazioni e fantasie, che possono assumere anche gli aspetti di atti liturgici.

Il farmaco può rappresentare l'unico elemento di scambio informativo tra medico e paziente, ed è proprio questo lo scenario in cui maggiormente la comunicazione e l'informazione si integrano tra loro e sono l'una dall'altra dipendenti.

Il medico deve sempre comunicare al malato che è suo preciso intendimento somministrare il farmaco nella minor misura possibile e per il tempo strettamente necessario, e che è consapevole dell'efficacia e degli effetti collaterali che il farmaco in questione può determinare.

Senza comunicazione adeguata e informazione completa, peraltro, ogni forma di indagine diagnostica o di trattamento si configura come un momento astratto, manipolato e manipolabile. In tal caso l'indagine e il trattamento rischiano di essere accettati passivamente e con rassegnazione, piuttosto che configurarsi come strumenti attivi ed efficaci dell'intervento assistenziale, riconosciuti come tali dal paziente nell'ambito di quel processo di coinvolgimento motivato che deve sempre vedere il malato interprete del ruolo di attore principale.

Circa le modalità della comunicazione, gli operatori devono fare in modo che questa non sia didattica, né direttiva o impositiva, poiché il malato in tali circostanze tende a reagire con resistenza o reticenza. Il personale deve sempre dare l'impressione di essere sensibile, evitando atteggiamenti o espressioni che possono nascondere o fare intendere asetticità, enfasi o narcisismo. Quando il malato viene informato osserva e sente subito la qualità dell'informazione. È pertanto necessario mantenere sempre aperta la porta del colloquio per dare risposte tempestive alle richieste, specie se queste riguardano l'area della prognosi quoad valetudinem e quoad functionem [ndr. per malattie che incidono sulle condizioni generali o che incidano significativamente sulla funzionalità di un singolo organo od apparato, senza colpire o deteriorare in maniera grave la funzionalità dell'organismo nel suo complesso].

Il personale di assistenza deve sempre ricordare che le informazioni più vantaggiose sono sempre quelle più convincenti e viceversa, e che **la presentazione di qualsiasi progetto, sia esso diagnostico o terapeutico, deve essere sempre vista dall'interessato come vantaggiosa quanto a programma e convincente quanto a risultati attesi.**

In caso di malattia, specie se invalidante, anche la famiglia è esposta a disagio e sofferenza per le ripercussioni dell'infermità sul fisico e sulla psiche dei suoi cari. È questo uno degli aspetti più rilevanti del più ampio ambito sociale in cui si inseriscono le problematiche delle malattie che causano danni estetici e limitazioni funzionali, come quelle reumatiche.

Pertanto, la comunicazione delle informazioni può riguardare non soltanto il malato, ma anche coloro che con il malato stesso intrattengono rapporti ravvicinati, siano essi di tipo familiare, lavorativo o ricreazionale.

Per quanto riguarda la dinamica della comunicazione alla famiglia, occorre fare alcune considerazioni. Nel nucleo familiare si svolge una serie di fenomeni dinamici legati alla sofferenza di un membro colpito da malattia, che possono modificare gli atteggiamenti degli altri membri attraverso atteggiamenti reattivi e che possono fare emergere situazioni di disagio o disturbi di carattere preesistenti o latenti. Il medico è spesso il primo a percepire tali situazioni, sia spontaneamente sia a seguito di specifica informazione; in tali casi la preparazione professionale e l'etica comportamentale sono determinanti nel governarle.



Un'alleanza positiva tra la famiglia e il terapeuta basata sull'appropriatezza della comunicazione e sulla correttezza dell'informazione contribuisce all'accettazione da parte della famiglia di situazioni precarie e svolge un ruolo di primaria importanza in ambito sociale.

Quando vengono offerti adeguati meccanismi di sostegno e di consenso sociale attraverso mezzi idonei di informazione, la famiglia può riassumere in modo convincente un ruolo forte e positivo soprattutto nelle situazioni cliniche caratterizzate da forte compromissione della funzione e dell'estetica.

La comunicazione rappresenta per il malato anche un **momento di sostegno**, perché può toglierlo da una posizione di non-conoscenza e dargli risposte concrete e adeguate relativamente all'interrogativo che più di altri affligge il paziente: è possibile guarire, e con che tempi? In questo perimetro operativo si colloca il segreto professionale, requisito essenziale per il mantenimento del rapporto con i caratteri della confidenzialità e della fiducia.

Un medico che comunica e informa onestamente, correttamente, confidenzialmente può essere il referente del malato per molti anni e la comunicazione e l'informazione costituire la fonte di ogni ulteriore progresso conoscitivo.

Il successo di ogni operazione sanitaria è sempre più nelle mani del medico e di quanti con lui collaborano nella gestione del caso clinico. Se si rispettano i canoni deontologici ed etici, l'informazione entra nella vita della comunità medica e del paziente con il valore di mezzo terapeutico efficace e appropriato.

La comunicazione, in quanto tale, è parte fondamentale del processo di umanizzazione della medicina che, a sua volta, si fonda anche sull'interconnessione tra assistente e assistito in un contesto umano volto a qualificare e ottimizzare il rapporto tra operatore sanitario e malato. L'umanizzazione è una risorsa fondamentale della sanità che costituisce il baluardo inalienabile cui si deve tendere per dare più rispondenza a qualsiasi attesa, compresa quella derivante dalla terapia. Essa, l'umanizzazione, non può offrire il risultato auspicabile se non dovesse riuscire a stabilire con il paziente un contatto essenziale, mediato dalla comunicazione, tanto utile all'andamento favorevole di qualsiasi terapia e tanto importante nella relazione con il personale di assistenza.

Il processo di umanizzazione, del quale la comunicazione rappresenta una componente rilevante, deve riguardare tutto il complesso delle figure che entrano in contatto con il paziente: i medici, il personale che presta la propria opera dietro uno sportello per il pubblico, servendosi magari di un computer per regolare l'iter burocratico della pratica amministrativa, e quello che



svolge il proprio lavoro nelle corsie, negli ambulatori, nelle apposite sezioni di ricerca e studio, in ausilio del medico con il quale condivide tensioni e responsabilità.

Con la parcellizzazione della medicina moderna e delle sue specializzazioni, nonché con l'acquisizione costante delle nuove tecnologie e delle relative attrezzature, acquisiscono un'importanza sempre maggiore gli istituti della formazione e dell'aggiornamento, non solo di tipo tecnico-operativo, ma anche riferiti alla formazione su come erogare informazione e sull'importanza di quest'ultima.

È importante ricordare che ogni paziente, a qualsiasi erogatore di assistenza acceda, dopo il primo contatto con il medico ha un successivo impatto con personale non medico, contatto che durante la sua permanenza in ospedale è più stretto e prolungato rispetto a quello che caratterizza la sua relazione con il medico e che rappresenta, in molti casi, l'anello di congiunzione tra il mondo interno e quello esterno per qualsiasi esigenza di ordine sanitario e psico-individuale. Da qui la necessità di formare persone che sappiano comunicare con criteri di professionalità.

La comunicazione deve far migliorare l'assistenza nella sua globalità ma la sua caratterizzazione non può essere lasciata all'inventiva del singolo e deve seguire percorsi concordati tra quanti sono deputati a individuarli. Solo così si evita di trasformare l'informazione in disinformazione, solo così si contribuisce a far uscire il malato dallo stato di frustrazione nel quale la malattia sovente lo riduce e che può essere accentuato proprio dalla mancanza di comunicazioni sulla sua condizione.

Poiché molte delle nostre relazioni professionali sono basate sulla comunicazione, in un momento in cui fioriscono, forse in eccesso, linee guida per tutto e per tutti, sono verosimilmente opportune linee guida per una comunicazione efficace; ciò permetterà di far giungere in maniera completa i messaggi anche a coloro con i quali è difficile comunicare e che sovente, in ragione del loro modo di porsi o dei loro atteggiamenti, provocano reazioni emotive e istintive che impediscono di stabilire e mantenere un rapporto calmo, sereno ed equilibrato.

Sulla base di quanto esposto, possono quindi essere identificati e proposti i seguenti dieci punti di riferimento, o regole:

1. sapere aspettare il momento giusto per comunicare;
2. sapere ascoltare attentamente e attivamente la controparte;
3. cercare di non trasmettere informazioni "non verbali";
4. essere (o almeno dimostrarsi) sempre disponibili a comunicare;
5. evitare atteggiamenti di superiorità;
6. evitare il gergo professionale;
7. usare un linguaggio adeguato all'interlocutore;
8. fornire dati reali;
9. modulare il contenuto emozionale dell'informazione;
10. se necessario, riformulare pazientemente l'informazione.

Il rispetto di tali regole è alla base della correttezza e dell'efficacia della comunicazione. ■

## Bibliografia essenziale

Glintborg B, Anderesen SE, Dalhoff K. *Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care*. Qual Saf Health Care 2007;16:34-9.

Hills LS. *Special tips for working with new patients*. J Med Pract Manage 2006;22:75-8.

Hoffman D. *Choosing paternalism?* Med Ethics (Burlingt, Mass) 2006;13:4.

Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E. *Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum 2006;55:878-83.

Levin E, Levin A. *Evaluation of spoken dialogue technology for real-time health data collection*. J Med Internet Res 2006;8:e30.

Melander H, Ahlqvist-Rastad J, Meijer G, Beermann

B. *Evidence b(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications*. BMJ 2003;326:1171-3.

Minisola G. *Aspetti etici del comportamento medico*. Reumatismo 2006;58(NS3):4-7.

Rodriguez HP, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. *Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care*. Med Care 2007;45:19-27.

Rothman DJ. *Medical professionalism-focusing on the real issues*. N Engl J Med 2000;342:1284-6.

Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. *Principles of effective consultation: an update for the 21st-century consultant*. Arch Intern Med 2007;167:271-5.



## Il paziente “narratore”: nuovo approccio alla comunicazione medico-paziente



**Annamaria Marchionne**  
Presidente ATMAR Onlus  
Associazione Trentina Malati Reumatici  
atmar@reumaticitrentino.it



Si è portati a credere che la crisi del rapporto medico-paziente sia una conseguenza della modernità, in realtà, quella tra medico e paziente, è una storia assai più complessa e tormentata, i cui segni di incrinatura sono già rintracciabili nel corso dell’800.

Ce lo testimonia un piccolo capolavoro, scritto fra il 1884 e il 1886, La morte di Ivan Il’ic, in cui il grande scrittore russo Tolstoj descrive in modo magistrale l’incontro fra il protagonista, Ivan Il’ic, Consigliere di Corte d’Appello a San Pietroburgo, e un noto luminaire della medicina:

*“Egli ci andò. Tutto fu come si aspettava. Tutto come sempre avviene. L’attesa in camera, il tono d’importanza dottorale che egli conosceva, perché era lo stesso che usava in tribunale, i colpetti delle dita, l’auscultazione, le domande che richiedevano risposte predeterminate e deve fare, chiunque voi siate, tutti gli uomini vanno presi alla stessa maniera. Esattamente come in tribunale. Il noto dottore teneva verso di lui lo stesso contegno che Ivan Il’ic teneva in tribunale verso gli imputati. [...]”*

*Per Ivan Il’ic una sola cosa era importante, sapere se la sua situazione era grave oppure no.*

*Ma il dottore ignorava quella richiesta inopportuna. Dal suo punto di vista era una domanda oziosa che non meritava considerazione. [...] Dalle parole del dottore Ivan Il’ic si crea la convinzione di essere molto ammalato. E capì che la cosa non importava un gran che al dottore e in fondo nemmeno agli altri. Ma lui stava male. La scoperta lo ferì dolorosamente, suscitandogli un sentimento di pena verso se stesso e di rabbia verso il dottore, indifferente a una questione tanto importante. Tuttavia non fece commenti, si alzò, depose i soldi sul tavolo e sospirando disse soltanto: “Probabilmente noi malati rivolgiamo spesso domande fuori luogo. Ma questa malattia è grave o no?” Il dottore gettò uno sguardo severo da un occhio solo, attraverso gli occhiali, come a dire: imputato, se non rimanete nei limiti delle domande che vi vengono poste sarò costretto a farvi allontanare dall’aula. “Vi ho già detto ciò che ritengo utile e necessario – rispose il dottore – Il resto sarà rivelato dalle analisi – e con ciò si inchinò.”*

Non v’è dubbio che il progresso vertiginoso della conoscenza scientifica e della tecnica, che caratterizzano l’epoca contemporanea, abbiano segnato ancora più in profondità, specie negli ultimi decenni, il **senso stesso dell’essere medici e dell’essere pazienti**, arrivando ad oscurare l’importanza del dialogo tra medico e paziente.

A questo dialogo, peraltro, da sempre è stato attribuito grande rilievo, non solo dal punto di vista diagnostico: la medicina, infatti, è molto più di una scienza applicata, potremmo definirla un insieme armonico di **tecnologia e di antropologia medica**, in cui, accanto

all’applicazione delle scienze di base, assume pari dignità il rapporto tra medico e paziente, un rapporto fra due realtà eterogenee, ma compenetranti, perché l’una è imprescindibile dall’altra. Oggi, invece, è un sentire comune che **la medicina non sia più a misura d’uomo**: all’inizio del terzo millennio, infatti, ci troviamo nella situazione paradossale di un **progresso tecnologico-scientifico** che ha favorito enormemente la diagnosi e la terapia di molte malattie, d’altra parte, mai come ora, è in crisi il rapporto medico-paziente, in cui l’uomo si è progressivamente annullato e la **tecnica ha preso il sopravvento sul rapporto interpersonale**.

Gli approcci riduzionistici della medicina, limitandosi ad osservare frammenti di umanità, non colgono l’**interiorità irripetibile di ogni essere umano**: il soggetto malato, spogliato delle sue note individuali, viene oggettivato in un’entità clinica che rassomiglia più ad una tabella numerica che ad una storia personale.

In questo tempo, dominato dalla tecnica, sembra essere dimenticata la **dimensione esistenziale** della vita, la conseguenza è che viene depotenziata la capacità di **“dare senso” al tempo della malattia** cronica e inguaribile, alla vecchiaia sempre più prolungata, alla morte: la malattia, come evento clinico, è presidiata esclusivamente dal sapere medico, mentre l’evento esistenziale della malattia appare rimosso o

censurato.

Nella **medicina basata sulle evidenze (Evidence Based Medicine)** c’è un netto prevalere della scienza e della tecnica rispetto all’attenzione alla persona, ma l’esercizio della medicina clinica è anche **una relazione d’aiuto**, una relazione tra persone con un corpo, ma anche con una psiche, con una biologia, ma anche con emozioni e sentimenti.

Nella medicina fondata solo sulle prove scientifiche assistiamo invece a relazioni generalmente caratterizzate da: asimmetria curante/curato accentuata dalla medicina tecnologica, comunicazione paternalistica, uso di un linguaggio spesso incomprensibile per il malato, anamnesi più tecnica che esistenziale, informazione tecnica con prevalenti fini burocratici (consenso *dis-informato*), incomprensione tra medico e paziente con conseguente accentuarsi della posizione difensiva della medicina a fronte di denunce di malasanità.

Per dare risposta all’esigenza di andare oltre il riduzionismo delle tradizionali categorie diagnostiche e di leggere, oltre alla malattia in senso biologico (disease), anche il vissuto della malattia da parte del paziente (illness), alla metà degli anni Novanta nasce in America la cosiddetta **medicina narrativa (Narrative Based Medicine)**, fondata dalla dottoressa Rita Charon della Facoltà di Medicina della Columbia University di New York.

Già negli anni Ottanta, grazie al contributo della scuola di antropologia medica di Harvard, i cui esponenti più famosi sono gli





psichiatri e antropologi Arthur Kleinman e Byron Good, si comincia a parlare di **“vissuto di malattia”**, che può essere conosciuto soltanto attraverso processi interpretativi.

Per la medicina narrativa ciò che conta non sono solo i disturbi anatomici o fisiologici, ma il modo in cui il paziente si pone in relazione alla sua malattia, che è spesso alla radice della sofferenza e che viene raramente considerato: **ciò che conta non è solo la verità oggettiva, ma anche la verità soggettiva, che è associata all'io e varia da individuo a individuo.**

In questo senso la medicina narrativa - non è un caso che sia originata proprio nell'America tecnologica e pragmatica - si riallaccia agli **approcci olistici** (dal greco *ὅλος*: tutto, intero) tipici delle medicine non convenzionali, secondo i quali l'organismo deve essere studiato nella sua totalità e unicità psicosomatica e non in quanto semplice somma di parti.

Il nucleo centrale della medicina narrativa è il **processo di ascolto del paziente** mediante una tecnica di conversazione che conduce il medico a capire il significato della pratica clinica proprio attraverso l'ascolto delle proprie emozioni e di quelle del paziente.

Scopo della medicina narrativa è in sostanza quello di **umanizzare la medicina**, migliorando la qualità della relazione fra tutti gli attori che agiscono nel campo della salute e fornire ai pazienti uno strumento per diventare partecipi e corresponsabili della loro salute.

Il medico vede il “male” e il paziente sente il dolore: sono due cose diverse. Il dolore è un vissuto soggettivo che il paziente narra e non coincide con il male oggettivo che il medico cerca. **Il dolore esce dai confini del corpo e pervade la vita, modificando la qualità delle relazioni, degli affetti, dell'attività, della considerazione di sé.**

Il paziente “narratore” mette a disposizione la propria esperienza della malattia, che solo lui conosce fino in fondo, per aiutare a personalizzare il processo di cura.

Nell'ambito della medicina narrativa **l'anamnesi esistenziale** oltre che tecnica, quella cioè che pone attenzione al vissuto globale del paziente nel suo contesto, aiuta a far crescere una **relazione “empatica”**, inoltre la narrazione, oltre a restituire ai **pazienti la centralità**, offre ai medici la possibilità di avere una visione più completa e approfondita della malattia.

La medicina narrativa può essere una sorta di grimaldello che apre alla comprensione della comunicazione fra medico e paziente. Il medico ha di fronte uno strumento valido non solo per gestire le difficoltà legate al rapporto con il paziente, come equivoci comunicativi, deresponsabilizzazione dei pazienti, **scarsa compliance** del malato cosiddetto difficile, ma anche per dare un significato più profondo e completo al proprio agire medico.

Il medico trova nello strumento del racconto un modo per superare, nel momento delle scelte strategiche di cura, quella **riduttività delle linee-guida** che da sole non possono offrire altro che generalizzazioni.

Va sottolineato che la medicina narrativa **non è in conflitto** con la medicina basata sull'evidenza: entrambe sono importanti e si integrano, in quanto la prima si fonda sulla necessità di non appiattire la cura del singolo individuo in un'astrazione basata su statistiche e grandi numeri, la seconda offre risposte diagnostiche e terapeutiche fondate su una verifica scientifica della loro validità.

C'è una “narrazione” di cui il medico non può fare a meno: è quella che chiamiamo “anamnesi”. Ma c'è una condizione perché l'anamnesi possa divenire narrazione: **l'ascolto.**

Dunque **l'anamnesi deve dare spazio al paziente**, alla sua narrazione, al suo modo di raccontare la “sua” malattia. Il medico non deve considerare elemento di disturbo tutto questo, perché invece molto spesso il racconto del malato si rivela prezioso: può mettere in luce quegli aspetti che possono indirizzare il medico a interpretare tutta o una parte del quadro clinico che il paziente offre come espressione della sua sofferenza psichica, che deve ricevere altrettanta attenzione di quella che viene riservata al corpo.

La medicina narrativa è divenuta negli ultimi tempi una parola d'ordine, quasi un approccio “di moda”: molti parlano di medicina narrativa e diversi interventi sanitari valorizzano l'approccio *narrative-based*, ma questo approccio non può essere ridotto al semplice ascolto del paziente, accompagnato magari da un po' di compassione.

La pratica clinica *narrative based* richiede un nuovo “atteggiamento mentale”. Non basta dare la parola ai pazienti: è necessario interrogarsi su cosa significhi acquisire conoscenza “vera” nella pratica clinica, arrivando a riconoscere che per conoscere veramente un paziente e curarlo efficacemente non è sufficiente spiegare la malattia in senso biomedico, ma è necessario comprenderla anche nei suoi aspetti psicologici, antropologici, sociali.

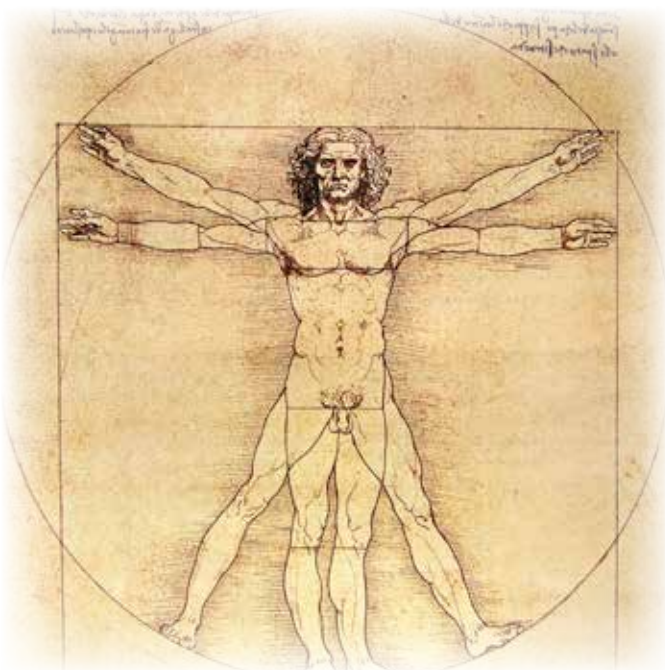
**Ma come raccogliere concretamente il vissuto di malattia del paziente all'interno della relazione terapeutica?**

Il vissuto di malattia del malato viene raccolto dal medico organizzandolo intorno ad alcune categorie fondamentali: i *sentimenti* del paziente, con particolare attenzione alle paure e alle ansie che la malattia genera, le *idee* e le interpretazioni, i punti di vista sul disturbo di cui si è affetti, le *aspettative* e i desideri riguardo a una possibile cura, le interconnessioni tra malattia e *contesto* familiare, sociale, lavorativo, culturale. Queste categorie costituiscono una sorta di “griglia” di lettura del vissuto ad uso del medico, da affiancarsi all'analisi della dimensione biologica del disturbo del paziente.

Negli ambienti sanitari c'è sempre molta perplessità quando si parla di “coinvolgimento” con il paziente. Ciò accade perché questo termine viene spesso confuso con l'“identificazione”, che è un processo molto pericoloso e controproducente nella pratica clinica. In realtà il coinvolgimento di cui parla Rita Charon è quello che prevede una conoscenza emotiva dell'altro, un **“sapere delle emozioni”**, che non comporta alcun processo di identificazione, quanto piuttosto **un fare spazio dentro di sé alle emozioni dell'altro.**

La diffusa istanza di “umanizzazione” della medicina sembra oggi invocare meno tecnica e meno scienza: in realtà occorrono **più umanità e più scienza**. La scienza va arricchita con il sapere delle relazioni, che non è esterno alla professione medica, ma dovrebbe esserne parte costitutiva.

In conclusione possiamo ritenere che la medicina narrativa possa aiutare medico e paziente a ritrovare la strada di un dialogo, che può migliorare le condizioni di cura e di assistenza dei malati, ridando senso, al tempo stesso, al lavoro dei medici, rendendoli consapevoli che il paziente è, in definitiva il luogo stesso di origine dell'arte medica. ■



## I diritti del malato: domande e risposte

### Agevolazioni per l'acquisto e la gestione di veicoli



**Daniele Conti**  
Area Progettazione e Sviluppo  
Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna  
AMRER Onlus  
ass.amrer@alice.it



Salve, sono una socia della Vs associazione e vi contatto per avere informazioni sull'agevolazione iva per l'acquisto di un'auto. Dalla guida sul Vs sito "pare" che io possa usufruire di tale agevolazione, anche se l'agenzia delle entrate di Cesena non vuole riconoscermela (Ho l'auto, con cambio automatico, già pronta da immatricolare in concessionario). Ho un'artrite reumatoide con compromissione di piedi e mani e la commissione invalidità mi ha riconosciuto nel 2008 l'handicap con situazione di gravità - 3° comma, invalidità civile 85%. Sul sito leggo che le persone con ridotte capacità motorie possono usufruire di questa agevolazione... perché non me la riconoscono? C'è qualche procedura particolare?  
Vi allego il verbale INPS.

Grazie per l'aiuto, Mara.

Cara Mara,  
dalla descrizione della tua posizione esposta in verbale credo tu possa avere diritto ad usufruire dell'iva al 4% sull'acquisto di veicolo adattato (dato l'handicap e la ridotta capacità motoria come specificata/piedi), come anche delle altre "agevolazioni" previste per i veicoli in caso di disabilità della persona. Questo diritto non è però automatico nel tuo caso, in quanto non è stata indicata la formula che prevede questo automatismo, legato per lo più all'accompagnamento, per cui nel tuo caso è necessaria la valutazione della commissione patenti speciali dell'Ausl che valuterà quali sono gli adattamenti specifici per l'auto nella tuo caso (esempio il cambio automatico). A seguito della visita in commissione patenti, che sarà integrata dalle figure di un Ingegnere e un Fisiatra, ti verrà rilasciata una patente "speciale" che sostituirà quella attuale e ti permetterà di avere accesso alle agevolazioni.  
Ti voglio però segnalare l'attenzione che le patenti speciali hanno una validità legata alla situazione di salute, con rinnovi più frequenti (dall'annualità fino massimo 5 anni) che dipendono dall'evoluzione della patologia e dell'impatto che potrebbe avere sulla guida. E' giusto che tu la richiedi, ma è corretto che sappia di questa particolarità. Per le procedure puoi trovare i moduli di richiesta (in carta semplice) presso i punti informativi e il sito dell'Ausl richiedendo appunto della "commissione patenti speciali".  
Un caro saluto, Daniele Conti

## Approfondimento

### Agevolazioni per l'acquisto di veicoli



I disabili o i loro familiari che acquistano un veicolo (auto o, in alcuni casi, motoveicolo) possono contare su quattro benefici fiscali: **l'IVA agevolata, la detraibilità IRPEF, l'esenzione dal pagamento del bollo auto e l'esenzione dalle imposte di trascrizione sui passaggi di proprietà.**

**L'IVA agevolata (4%)** è riservata ai veicoli con cilindrata fino a 2000 centimetri cubici, se a benzina, e 2800 centimetri cubici, se con motore diesel, che rientrino in una delle seguenti categorie: motocarrozzette, motoveicoli per trasporto promiscuo, autovetture, autoveicoli per trasporto promiscuo o specifico. Si può beneficiare di questa agevolazione solo una volta ogni quattro anni, salvo cancellazioni dal Pubblico Registro Automobilistico avvenute prima della scadenza del quadriennio.

La **detrazione IRPEF**, che può essere fatta valere al momento della denuncia dei redditi, è **pari al 19%** della spesa sostenuta per l'acquisto e l'eventuale adattamento dell'auto. Questa cifra va sottratta dall'imposta lorda che, per quell'anno, si deve all'erario e può essere suddivisa in **quattro quote annuali** di pari importo. La spesa ammissibile alla detrazione è pari al massimo a 3434, 44 € (il 19% di una spesa complessiva massima di 18075, 99 euro). La detrazione spetta **solo ogni quattro anni.**

Sono detraibili, sempre con il vincolo dei quattro anni, anche le spese per le riparazioni che non rientrano nell'ordinaria manutenzione; sono escluse, quindi, le spese sostenute per gli interventi dovuti a normale usura del mezzo come pure i costi di esercizio quali, ad esempio, la

tassa di possesso, il premio assicurativo, il carburante e il lubrificante.

**L'esenzione dal pagamento del bollo auto** spetta su un solo veicolo (auto o, in alcuni casi, motoveicolo) per volta. Per accedere a questo beneficio bisogna presentare una specifica domanda agli uffici periferici del Ministero delle finanze, allegando la documentazione prevista.

Anche in questo caso sono previsti gli stessi limiti di cilindrata fissati per l'IVA agevolata (2000 cc motore a benzina, 2800 motore diesel).

**L'esenzione dalle imposte di trascrizione sui passaggi di proprietà** spetta sia in occasione dell'acquisto di un veicolo nuovo (auto o, in alcuni casi, motoveicolo) che di un veicolo usato.

#### Chi ha diritto alle agevolazioni?

Possono usufruire delle agevolazioni:

1. non vedenti e sordi / disabili con handicap psichico o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento

2. disabili con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni (**presenza di handicap grave art. 3 / c. 3 L.**

104/92) - [può essere necessaria valutazione commissione patenti speciali].

3. **disabili con ridotte o impedito capacità motorie** [in questo caso il diritto alle agevolazioni è condizionato all'adattamento del veicolo e valutazione commissione patenti speciali].

Tutte le agevolazioni spettano direttamente alle

persone con disabilità, o ai loro familiari che li abbiano fiscalmente a carico.

A seconda della tipologia di disabilità variano i benefici fiscali concessi, le modalità per accedere a ciascuna agevolazione e la documentazione da presentare.

#### Quali sono gli adattamenti?

Gli adattamenti di cui si tratta, che devono essere annotati sulla carta di circolazione del veicolo, a titolo esemplificativo possono consistere:

1) nella pedana sollevatrice, scivolo a scomparsa, braccio sollevatore, paranco ad azione meccanico-elettrico-idraulica;

2) nello sportello scorrevole e sedile scorrevole-girevole simultaneamente atto a facilitare l'accesso del disabile nell'abitacolo;

3) nel sistema di ancoraggio delle carrozzelle e cinture di sostegno;

4) nella modifica dei comandi di guida (come prescritti dalle commissioni mediche di cui all'art. 119 del decreto l.v.o n. 285 del 1992);

5) nel cambio automatico (purché prescritto dalle commissioni di cui al punto precedente).

Tutti gli adattamenti necessari devono avere **un collegamento funzionale tra l'handicap e la tipologia di adattamento.** ■

Per maggiori informazioni:  
- [www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it)  
- [www.handylex.org](http://www.handylex.org)



# Approfondimento e aggiornamenti

## Congedo per cure del disabile



I lavoratori **mutilati e invalidi civili** cui sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa (*invalidità civile ex L. 118/71*) **superiore al 50%** (*ndr. dal 51% in su*) possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a trenta giorni (*legge n. 118/1971 – articolo 26 e Decreto Legislativo n. 509/1988 – articolo 10*).

Il congedo “per cure” è accordato dal datore di lavoro a seguito di **domanda del dipendente interessato accompagnata dalla richiesta del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale**, o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, dalla quale risulti la necessità della cura in relazione all’invalidità invalidante riconosciuta.

Durante il periodo di congedo, non rientrante nel periodo di comporto [*interpello n. 10/2013*], il dipendente ha diritto a percepire il **trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia**.

Il lavoratore è tenuto a **documentare in maniera idonea l’avvenuta sottoposizione alle cure**. In caso di lavoratore sottoposto a trattamenti terapeutici continuativi, a giustificazione dell’assenza può essere prodotta anche attestazione cumulativa. ■

### Decreto Legislativo n. 119/2011

Il congedo per cure riservato ai lavoratori invalidi è un istituto piuttosto datato, essendo stato fissato originariamente da una norma del 1971. Il nuovo Decreto interviene su questo istituto dando valore di norma ad alcune **tendenze già consolidate** in giurisprudenza e dalla prassi amministrativa e chiarendo altri aspetti.

**Il diritto è esigibile anche in assenza di specifica norma contrattuale.**

La nuova legge riprende quanto già espresso nella Nota interpello del Ministero del Lavoro del 5 dicembre 2006 (*Prot. 25/1/0006893*) che aveva già affermato che le assenze per congedi per cure **non vanno computate nel periodo di comporto**.

**Trattamento previdenziale da parte dell’Inps** Nonostante la riconduzione dei congedi per cura all’ipotesi di malattia (*vedi le diverse sentenze della Corte di Cassazione*) **non è prevista nessuna indennità economica a carico dell’Inps** (*interpello n. 10/2013*)



### Normativa di riferimento

D. Lgs. - 18/07/2011 n. 119 – art. 7

**Nota - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Dir. Gen. per l’Attività Ispettiva 05/12/2006 n. 25/1/0006893 – rif. Periodo di comporto**

D. Lgs.- 23/11/1988 n. 509 - art. 10

D. PR - 23/08/1988 n. 395 – art. 18

Legge - 30/03/1971 n. 118 – art. 26

## INVALIDI CIVILI 30 giorni di congedo retribuito per cure Slide a cura di Adelmo Mattioli - INCA CGIL Piacenza

### Decreto Legislativo n° 119/2011

In vigore dall'11/8/2011 **Articolo 7**

(Congedo per cure per gli invalidi)

1. Salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 42, della legge n. 537 del 1993 e successive modificazioni, i lavoratori mutilati e invalidi civili cui sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un congedo per cure per un periodo non superiore a trenta giorni.
2. Il congedo di cui al comma 1 è accordato dal datore di lavoro a seguito di domanda del dipendente interessato accompagnata dalla richiesta del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica dalla quale risulti la necessità della cura in relazione all'invalidità invalidante riconosciuta.
3. Durante il periodo di congedo, non rientrante nel periodo di comporto, il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo il regime economico delle assenze per malattia. Il lavoratore è tenuto a documentare in maniera idonea l'avvenuta sottoposizione alle cure. In caso di lavoratore sottoposto a trattamenti terapeutici continuativi, a giustificazione dell'assenza può essere prodotta anche attestazione cumulativa.

### Decreto Legislativo n° 119/2011

Il congedo per cure riservato ai lavoratori invalidi è un istituto piuttosto datato, essendo stato fissato originariamente da una norma del 1971. Il nuovo Decreto interviene su questo istituto dando valore di norma ad alcune **tendenze già consolidate** in giurisprudenza e dalla prassi amministrativa e chiarendo altri aspetti.

**Il diritto è esigibile anche in assenza di specifica norma contrattuale.**

### Decreto Legislativo n° 119/2011

In vigore dall'11/8/2011

**Il diritto compete sia per i dipendenti privati che pubblici**

**Durante l'assenza il lavoratore non può essere sottoposto a visite fiscali**

## Aggiornamento – marzo 2013

# Guida alle agevolazione fiscali per i disabili



È disponibile sul sito dell’Agenzia delle Entrate [[www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it)] e sul sito di AMRER l’aggiornamento della “Guida alle agevolazioni fiscali per i disabili” – Marzo 2013, un prezioso strumento per tutti i cittadini.

All’interno della Guida potrete trovare i seguenti argomenti:

### I. QUALI SONO LE AGEVOLAZIONI

#### II. LE AGEVOLAZIONI PER IL SETTORE AUTO

- Chi ne ha diritto
- Per quali veicoli?
- La detrazione Irpef per i mezzi di locomozione
- L’agevolazione Iva
- L’esenzione permanente dal pagamento del bollo
- L’esenzione dall’imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà
- Quando le agevolazioni sono concesse al familiare del disabile
- La documentazione
- Regole particolari per i disabili con ridotte o impedito capacità motorie

#### III. LE ALTRE AGEVOLAZIONI

1. La detrazione Irpef per i figli portatori di handicap
2. Le agevolazioni Irpef per spese sanitarie e mezzi di ausilio
3. La detrazione Irpef per gli addetti all’assistenza (disabili non auto-sufficienti)

4. Le agevolazioni Iva per l’acquisto di ausili tecnici e informatici
5. Le altre agevolazioni per i non vedenti
6. La detrazione per l’eliminazione delle barriere architettoniche
7. L’agevolazione sull’imposta di successione e donazione
8. L’esenzione dalla tassa sulle imbarcazioni

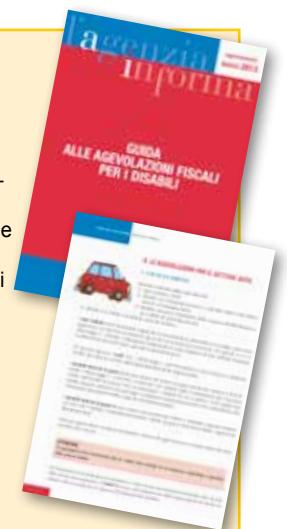
#### IV. ASSISTENZA DEDICATA AI CONTRIBUENTI CON DISABILITÀ

#### V. QUADRO RIASSUNTIVO DELLE AGEVOLAZIONI

- NOTE AL QUADRO RIASSUNTIVO DELLE AGEVOLAZIONI

#### VI. PER SAPERNE DI PIÙ

#### VII. FORMULARI 35



## La posta dell'associazione Che percentuale c'è che mio figlio sviluppi la malattia?



Buona sera,

sono Luca, di Forlì e dall'età di 21 ho iniziato ad avere dolori che nel 2008 hanno scoperto essere di natura artritica (spondilo artrite anchilosante con presenza antigene HLA-B27, ora ho 38 anni.) Nel 2009 ho iniziato una cura con humira con buoni risultati. Ho continuato a fare esercizio fisico per mantenere il corpo efficiente.

Avrei alcune cose da chiedere riguardo le possibili conseguenze per un eventuale figlio con la mia compagna in particolare avremmo bisogno di rassicurazioni... le domande principali che sorgono sarebbero: che percentuale c'è che un figlio abbia il gene e sviluppi la malattia e se si prendendola per tempo cosa succederebbe? si bloccherebbe, regredirebbe, dovrebbe prendere farmaci spesso? e nel caso la figlia fosse femmina la percentuale scenderebbe? **Come ultima cosa, verso quale mese di gravidanza sarebbe possibile sapere se il feto ha ereditato l'HLA-b27?** In questo modo rassicurerei la mia compagna... Vorrei prenotare un appuntamento presso la vostra sede a Bologna qualora aveste posto. Sono già iscritto e sostenitore amrer dal 2009.

Cordiali saluti, Luca



Gent.mo Luca

Sono Daniele Conti, collaboratore di AMRER, e condivido con te l'esperienza della spondilite anchilosante... anche l'età è analoga, ho 32 anni.

Nel numero 38 del Notiziario del malato reumatico, che trovi anche on line, abbiamo affrontato un ricco approfondimento proprio sulle Spondiloartriti e proprio sui fattori genetici (tra cui l'HLA-B27) il Prof Riccardo Meliconi ha fornito un prezioso approfondimento – ti invio il link per scaricare il periodico on-line, e ti metto in spedizione la copia cartacea.

Rinvio all'esperto la trattazione dettagliata e di seguito provo con parole mie darti una risposta: la presenza dell'antigene HLA-B27 non è propriamente un sintomo di malattia, ma soltanto indice di una familiarità/predisposizione. Si è rilevato infatti che in presenza di segni manifesti di malattia in molti pazienti, ma non necessariamente in tutti, la stessa si presenta associata alla presenza di questo fattore genetico. Questo però non è propriamente sintomatico di malattia, tanto che moltissime persone, in alcuni paesi intere popolazioni, hanno una positività all'antigene molto maggiore alla media, ma questo non comporta automaticamente una significativa incidenza di malattia, ossia la presenza di un maggior numero, sempre rispetto alla media, di persone con patologia reumatica (in questo caso poi legato il fattore è associato alla Spondilite anchilosante). Quindi quello che si è osservato è che la malattia appare associata a questa "predisposizione" di geni, ma non necessariamente viceversa. La possibilità quindi di passaggio ai tuoi figli c'è ovviamente per il gene, ma non è consequenziale il concetto di passaggio della malattia. Ad oggi la scienza può solo dirci che i nostri figli saranno maggiormente esposti alla familiarità con le malattie reumatiche, ma non saranno necessariamente malati perché il padre o la madre lo sono. Il meccanismo di esordio della patologia è poi ancora poco chiaro, si pensa in generale ad un "innesco esterno" / fattori ambientali vari sulla base di una predisposizione genetica.

Non possiamo quindi parlare di alcuna percentuale di ereditarietà per la malattia, ma solo di familiarità come corredo genetico, che potrebbe come no, essere passato da entrambi i genitori, sia che i figli siano femmine che maschi.

In caso di esordio della malattia in tenera età, fattore piuttosto raro nelle spondiloartriti, l'intervento precoce porta spesso alla regressione dei sintomi e così ad una buona gestione della malattia; in alcuni casi si è presentata anche una completa remissione della patologia. Gli interventi in tal senso sono tutti mirati a bloccare l'evoluzione delle compromissioni, con diverse chance a disposizione dato un fisico in evoluzione anche dal punto di vista del sistema immunitario.

Mi pare di aver risposto ai vari quesiti, e mi permetto ora una digressione, che ti scrivo come se parlassi ad alta voce a me stesso.

I tuoi dubbi li conosco molto bene, sono esattamente anche quelli che abbiamo mia moglie ed io, siamo sposati da un anno e conosco questi interrogativi domandandoci del nostro futuro. Ho cercato risposte e consultato molti professionisti e ricercatori, e ho potuto, come dire "saggiare con mano" quanto sopra descritto. Inoltre non ci sono fattori di rischio significativi per la terapia che fai per quanto riguarda i potenziali effetti collaterali all'embrione e al feto (se parliamo di biotecnologici come l'humira) poiché questi non agiscono su quell'aspetto di trasmissione (sul seme per capirci). Piuttosto ci sarebbe un'attenzione al contrario se la persona ammalata fosse tua moglie, sempre non tanto per quanto riguarda la parte di concepimento, ma in quanto si dovrebbero assumere delle precauzioni, ma solo tali, per maggiore sicurezza nel post concepimento, data la successiva simbiosi con il feto durante il periodo dei 9 mesi e i successivi per l'allattamento. Una gravidanza sarebbe comunque possibile ma dovrebbe essere coordinata e seguita per garantire entrambe le persone, madre e figlio.

Comprendo bene quindi i tuoi dubbi e le paure che state affrontando, ma credo di potermi tranquillamente esporre nel consigliarvi di non far prevalere questi sulla possibilità di condurre una vita appagante e piena per voi e i vostri figli, senza farvi quindi performare il futuro, come è possibile la malattia abbia fatto per un periodo del tuo passato. I figli in questo caso non hanno nessuna percentuale differente di ammalarsi e di essere "non sani" rispetto alla media generale della popolazione.

Se vorrete venire in sede a Bologna ci farete molto piacere, siamo disponibili nei giorni di apertura il lunedì/mercoledì/venerdì dalle 9.30 - 13.30 - il lunedì fino alle 17.00. Ti consiglio però prima di venire di dare uncolpo di telefono... ormai programiamo il lavoro con impegni e appuntamenti per settimane, immaginerai che non manca, e può capitare che si trovi la fila!!

Un saluto e un in bocca al lupo!

Daniele



Ciao Daniele,

Ti ringrazio davvero molto per la sensibilità e delicatezza della tua risposta... al contempo anche molto professionale... direi di sì i miei dubbi, o meglio perplessità, li hai dissipati... e spero con il tempo o con un colloquio possano venire meno anche quelli della mia compagna. Non immaginavo vi fossero così tante possibilità per un confronto di esperienze e consigli per il futuro, di sicuro approfitteremo dell'opportunità di un colloquio.

Grazie ancora per la disponibilità e per l'articolo della rivista e la dettagliata spiegazione.

Un grande in bocca al lupo anche a te, a voi.

Luca



## Cellule Staminali



Gent.ma Silvia

La terapia su base genetica è sicuramente il futuro per la medicina, e la scienza sta facendo passi da gigante in questo senso. Tuttavia i tempi non sono così brevi come potrebbero apparire.

Per ora non ho trovato molto materiale su questo tema, non ci sono pubblicazioni specifiche, anche perché la stessa ditta produttrice presenta il farmaco citato, sul proprio sito, in Fase II nella sperimentazione (bisogna anche vedere se è vero o è una forma "promozionale" – oltretutto non si dice da quando è in fase due). Questa fase della sperimentazione di un farmaco è ancora interna all'azienda, prevede un arruolamento di pazienti volontari per dimostrare la non tossicità e l'attività del nuovo principio attivo sperimentale, non coinvolge ancora le strutture sanitarie e dura solitamente qualche anno. La fase di sperimentazione su ampia scala (lo studio clinico) è nella Fase III, e le procedure a tutela della salute sono molte (fortuna per la salute, e sfortuna per i tempi necessari, in base a come la si guardi). La gruppo di pazienti, che sembra essere stato coinvolto, in questa II fase è molto piccolo e prima di avere dati concreti sicuramente non passerà meno di qualche anno... - nel frattempo in caso di riscontri positivi avremo sicuramente lanci informativi da parte dell'azienda, ma non saranno ancora concretamente riscontrabili perché non sviluppati in uno studio completo. Questo non ci deve abbattere ovviamente perché la scienza sta procedendo e sicuramente avremo dei progressi che miglioreranno le nostre condizioni di salute. L'impegno di tutti gli attori è proprio verso questo obiettivo. L'investimento è notevole e questo fa "girare" la ricerca e speriamo anche le competenze ed esperienze fin ora raggiunte. Mi riservo comunque di chiedere ai clinici di riferimento (che operano anche a livello internazionale) alcune informazioni aggiuntive, se ci sono prospettive interessanti più concrete che lanci stampa, le faccio avere informazioni. Sul periodico poi lo pubblicheremo subito!

Un caro saluto  
Daniele



Gentilissimi,

soffro di artrite psoriasica in cura con Reumaflex ed Humira. Vorrei sapere se è reale la notizia che ho letto sulla sperimentazione effettuata dall'azienda Tgenix con cx611 per la cura dall'artrite reumatoide e per altre malattie autoimmuni. Pare che tale sperimentazione sia già in corso e che i risultati si sapranno nel semestre in corso. Non sono riuscita a "scovare" i centri in cui viene effettuata, né tanto meno se esistono già rapporti parziali sui risultati.

Grazie per il vostro prezioso impegno in questa giungla di dolore, dove l'informazione, la conoscenza, la scienza ed il sapere che voi ci siete mi fanno credere che forse domani tutti noi staremo meglio.

Cordialità, Silvia



## Come per te... ti racconto la mia esperienza con la Spondilite



ciao... ho letto la tua lettera sul notiziario del malato reumatico di gennaio... ed essendomi rispecchiata al 100% nel tuo racconto, ho sentito il bisogno di scriverti... mi chiamo marta, ho da poco compiuto 30 anni... e da 18 ho la spondilite anchilosante... dico 18 anni perché i primi segnali li ho avuti intorno ai 12 anni... con un reumatismo palindromico che non si capiva da dove venisse... la diagnosi effettiva solo nel 2003... poi di ospedali ne ho girati tanti vicini e lontani... perché dopo un po' che ero seguita in uno di questi centri di eccellenza... boh... dopo un po' cominciavo a sentirmi abbandonata... mi sentivo solo un caso da studiare e non più una persona... e

penso che converrai con me che per un malato cronico, è più importante sentirsi capiti e seguiti, piuttosto che avere il super primario che non sa nemmeno come ti chiami... adesso la mia super dottoressa sa di me tutto, non solo per quanto riguarda il clinico, ma anche sul piano personale, che in me è strettamente collegato a ciò che è la mia salute... io sono come sono... anche perché ho la spondilite... non voglio tediarti, volevo solo dirti che mentre leggevo le tue parole, mi sono rivista in ogni passaggio! il dubbio iniziale, cos'ho o non ho, sono matta... perché anche io ho fatto un giretto dallo psichiatra... non puoi avere così male, sei esagerata... gli esami sono tutti negativi... sta di fatto che nei primi anni io ho perso anni di scuola per le troppe assenze, ho rinunciato allo sport e perso amicizie importanti che nella fase dell'adolescenza non hanno capito... o non sono stata io capace di spiegare... sta di fatto che pacche sui denti ho cominciato a prenderne presto! poi ho finito le superiori e ho iniziato a lavorare, seppur sempre tra i dolori e gli alti e bassi, e sono un po' rinata... relazionarsi con gente più adulta è stato di stimolo... e mi ha aiutato... poi mi sono innamorata, sono andata a vivere con lui... e poco dopo è arrivato il periodo più brutto... nove mesi a letto, senza potermi muovere, senza poter far da mangiare, uscire per una pizza, lavarmi in autonomia o fare l'amore... e nove mesi, sono davvero lunghi... mi chiedo come ho fatto a non morirne... passato l'incubo è iniziata la fase di ribellione, non volevo più essere amata, ne da lui ne dai miei... volevo vivere, fare tutto ciò che non riesco a fare quando sto male... e ho cominciato a fare la pazza... ho lasciato mio marito, che era perfetto! sapeva accudirmi, stare con me senza farmi pesare la mia invalidità... ma io volevo di più... io volevo vivere di emozioni, quelle piccole, semplici emozioni quotidiane che ti fanno sentire viva!!! queste poche righe raccontano parecchi anni... in cui ho cambiato 3 biologici, ho scoperto che il cortisone mi ha portato ad avere il diabete (quindi ora lotto contro 2 patologie, non più una!) ho capito che per me avere figli sarà difficile, ma soprattutto sarà un'incognita... avrò male, avrò complicanze, riuscirò a resistere senza bio per nove mesi... però adesso io e malefica siamo quasi amiche! riconosco i segnali che mi manda... poi, in realtà... ogni tanto faccio finta di nulla e li ignoro! le nostre guerre le vince sempre lei... se faccio i capricci lei ha il sopravvento... ma nonostante ciò, viviamo tutto sommato in equilibrio... oggi sono nuovamente innamorata, di un uomo più grande che di stimoli me ne da di continuo! lui è la passione per la vita in persona! mi sgrida se mi trascuro, se dico che sto male e non voglio uscire mi convince a fare due passi, o a stare con gli amici, mi dice che devo curarmi, non solo il corpo, ma anche l'anima... e mi aiuta ad affrontare la vita... per lui, anche quando sto male, non sono malata... solo un po' acciaccata... e gli acciacchi passano...! il biologico comincia a non fare più tanto effetto... spero che presto ne autorizzino un altro da provare... il mio corpo dopo un po' si annoia e vuole cambiar terapia! so che quello che sto per dire potrebbe non piacerti, ma spero capirai... sapere che tu hai passato le mie stesse pene, mi consola... mi dà la sensazione di essere compresa... e dividere un po' il mio dolore con chi lo capisce realmente... aiuta molto più del supporto che la famiglia prova a darti, ma che purtroppo non comprende appieno. grazie davvero per le tue parole... sono state terapeutiche più di una fiala di enbrel!!

cari saluti, Marta

Marta ciao

grazie della tua mail... cosa dirti, hai descritto bene anche tu i tanti aspetti che ci "accompagnano"... anche per me condividere le tue parole aiuta, ci si sente meno isolate in questo percorso!

Non mi dispiacerebbe far pubblicare le tue parole, se mi autorizzi, con la dovuta privacy, perché proprio come hai detto tu raccontarsi e leggere aiuta come una fiala di farmaco...

Non sorridere per questa richiesta, come vedi mi sono "incaponito" anche nell'impegno dell'associazione. AMRER è stato il primo contatto per il confronto che ha spinto e dato a tutti noi gli strumenti per cercare di cambiare le cose... e pian piano mi sono convinto che sia possibile migliorare ogni cosa con un il giusto mix di tenacia, testardaggine, pazienza e a volte, lo dico a denti stretti, accettazione! L'importante è non diventare isole!

un caro saluto e un in bocca al lupo!  
Daniele

## Il Filo della Storia

# La Romagna nello Zodiaco



**Maria Angela Silvestri**  
Associata  
AMRER Onlus  
ass.amrer@alice.it

Cari Amici,  
in questa puntata del Filo della Storia vogliamo evadere dallo stretto campo della reumatologia, per una volta, come licenza poetica, in onore della Romagna, che è territorio caro alla nostra presidentessa. In queste due pagine vi propongo quindi una lettura alternativa e accattivante, come mio solito, della Romagna in chiave zodiacale... ebbene si anche la cultura dello zodiaco ha radici ben salde nella nostra storia e, come ci racconta Floriana Raggi, romagnola DOC, è riscontrabile nel nostro quotidiano, nelle abitudini e nelle nostre peculiarità.

## L'autore



**Floriana Raggi**  
florianraggi@libero.it

Pesci ascendente Sagittario è nata nel 1949 a Poggio Berni, dove vive.

Ha svolto la professione di assistente sociale alle dipendenze della Ausl di Rimini presso il Servizio Psichiatrico, Tossicodipendenze e Tutela Minori; è felicemente in pensione dal 2006.

Dal 2001 al 2010 ha gestito il Bed and Breakfast "La Lavanda" presso la propria abitazione. Ama la lettura, la scrittura, il paesaggio, il silenzio. L'Astrologia è un interesse che coltiva dalla fine degli anni '70.

È stata allieva di Lisa Morpurgo, studiosa geniale che ha rivoluzionato l'Astrologia decifrando la struttura completa dello Zodiaco e strutturando una metodologia rigorosa, applicabile all'analisi di vicende individuali e collettive.

La Romagna, "dolce terra latina" secondo Dante, non ha mai avuto un'unità politico-amministrativa, bensì solo etnica e i cui confini sono segnati dal fiume Sellaio e Santerno a nord e del Tavollo a sud. Pertanto il territorio, oltre alle province di Ravenna, Forlì, Rimini e della Repubblica di S.Marino, comprende alcuni comuni in provincia di Bologna, Firenze, Arezzo, Ferrara e ancora una piccola parte della Provincia di Pesaro dopo che buona parte dell'Alta Valmarecchia e Montefeltro è confluita nella provincia di Rimini. Pur dando per scontato che su questa area geografica siano presenti tutti i segni zodiacali e che si trovino riprodotti più volte anche all'interno di una stessa città, occorre comunque **individuare gli assi zodiacali maggiormente rappresentativi delle caratteristiche della Romagna e dei romagnoli**. Gli assi cioè costituiti da segni in quadratura tra loro, situati nel cerchio zodiacale a 90° di angolazione, e dai loro opposti. Vedremo come Toro/Scorpione, Leone/Aquario ci offrono la trama di base da cui partire per costruire l'intero tessuto zodiacale della zona che ci interessa (fig.1).

Geologicamente la Romagna è terra emersa dal mare. Gli zolfi e i gessi presenti nelle zone del cesenate e di Predappio, nel faentino e nell'imolese, nonché a Perticara e nel Montefeltro testimoniano l'emersione marina. La storia di Ravenna e del territorio circostante, costituito da litorali bassi e acquitrinosi con vaste aree lagunari, paludose, vallive, è stata, nel corso dei secoli, più legata all'acqua che alla terra. Lungo la vallata del Marecchia i picchi di S. Marino, S. Leo, Verucchio e Torriana risultano essere frammenti di una piattaforma calcarea che, poggiata sul viscido fondo marino reso ancora più instabile dai moti sismici, iniziò lo scivolamento partendo da occidente verso l'Adriatico. Zodiacalmente parlando quest'ultima "prearietà-mobilità" e le "paludosità" di cui sopra esprimono una simbologia appartenente al segno dello Scorpione.

La terra ha comunque avuto il sopravvento sull'acqua tanto che il poeta Aldo Spallicci ebbe a dire parlando del romagnolo: **"Più contadino che marinaio, è un inquieto che ha un cuore da regalare a tutte le ribellioni"**. **"Più contadino che marinaio"** conferma la valenza della terra (Toro) strappata alle paludosità scorpioniche. **"Un inquieto che ha un cuore"** delinea l'asse Aquario/Leone, **"da regalare"** esprime il dono di sé, la generosità tipica del Toro, mentre **"a tutte le ribellioni"** manifesta l'eversione scorpionica. Sulla passionalità del popolo romagnolo ci sono consensi corali, che i romagnoli stessi riconoscono (non senza compiacimento) quando si autodefiniscono "il sud" dell'Emilia. Pier Paolo Pasolini nel valutare l'uso del dialetto in Spallicci parla di **"acuto e morboso sentimentalismo che incrina anche il tipo umano più immediato...continuo eccedere di passioni che è la potente variazione romagnola dell'italianità"**. La passione come eccesso, come espressione di estrema vitalità e di amore per la vita senza complessi inibitori, è individuabile nel segno del Leone. Ed è indubbio che i romagnoli abbiano espresso passioni politiche e civili: il fenomeno del banditismo, la nascita del movimento operaio, la settimana rossa del 1914 non sono che piccoli richiami mnemonici dalle caratteristiche tutte scorpioniche. Già dal periodo guelfo e ghibellino la Romagna ha modo di manifestare tutta la sua turbolenza e irrequietudine, e il suo ribellismo innato contro l'ordine costituito, rappresentato da un governo pontificio che, se pure debole e inefficiente, fu ugualmente repressivo fino allo scontro fisico. Nel 1524 il clima era tale che Guicciardini, saputo di essere nominato presidente di Romagna confessò di andare mal volentieri **"dove era necessario mettere mano nel sangue"** e dove occorreva trattare **"faccende fastidiose e odiose"**. George Byron dopo avere dimorato due anni a Ravenna, così descrive l'atmosfera che ebbe modo di conoscere: **"In questa terra si vive senza governo e senza legge. Ma si vive benissimo: c'è qualche assassino di tanto in tanto, perché qui ognuno ammazza e fa ammazzare chi gli pare e piace. Ma questo non turba l'allegria con cui si aspetta il carnevale... eppure in questo popolo, quando è ben diretto, vi è della sostanza e della nobile energia"**. Dai termini **"senza governo e senza legge"** traspare una simbologia appartenente all'Acquario, segno che esprime un idealismo che costituisce la motivazione di fondo del far politica del romagnolo e che è rintracciabile soprattutto nell'idea anarchica e nel socialismo anarchico che così larga diffusione

ha avuto in Romagna, specie nel ravennate. La citazione di Byron termina con due parole "nobile energia" totalmente leonine, tanto per completare l'asse Leone/Aquario. L'agricoltura odierna, a motivo delle profonde trasformazioni strutturali e culturali, sta dando risultati che sono sotto gli occhi di tutti, soprattutto nel settore del frutteto specializzato. Da ciò ha origine una industria alimentare che costituisce uno dei settori più attivi dell'economia romagnola: l'industria di trasformazione e conservazione. Nel linguaggio zodiacale la frutta, e la sua esportazione all'estero si colloca simbolicamente in un asse non ancora considerato: Gemelli/Sagittario. Mentre la trasformazione e conservazione si snoda (sempre in angolazione di 90° nel cerchio zodiacale) lungo la linea Pesci/Vergine (fig.2). I livelli attuali della nostra agricoltura sono ben lontani, non certo in ordine di tempo bensì di avanzato processo di industrializzazione, da quelli in cui l'unità di base dell'economia agricola era il "podere" (da potere = possesso, termine completamente tauro). Il podere era affidato alle cure di un nucleo familiare che vi risiedeva costituendo un'unità aziendale per lo più a mezzadria, regime che laddove era maggiormente diffuso ha impedito





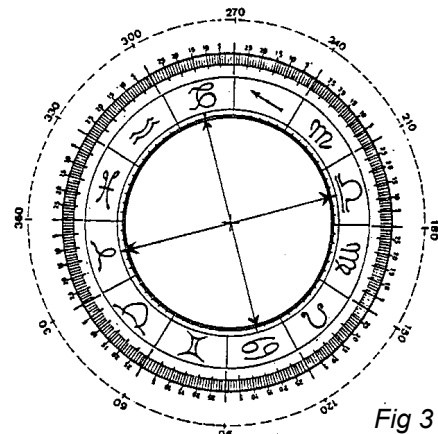
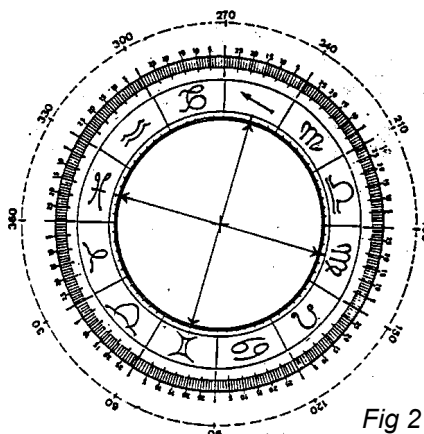
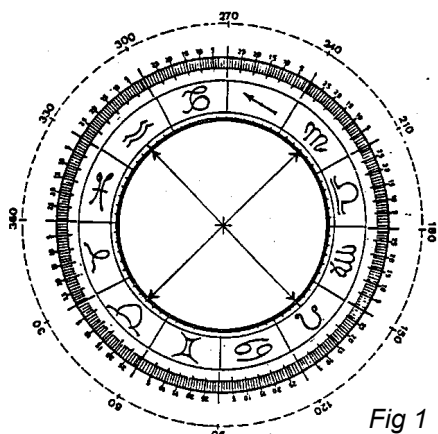
o rallentato il processo di modernizzazione dell'agricoltura stessa, manifestando in tal modo il lato tradizionale caro al Toro. Il settore dell'agricoltura e dell'industria alimentare che da esso deriva devono il loro stato di avanzata industrializzazione al movimento cooperativistico, scaturito dalla solidarietà dei braccianti romagnoli e diffuso, già dalla fine dell'800, principalmente nel ravennate, area di latifondi più che di poderi. Le leghe sorsero per ottenere, insieme, quello che non era possibile ottenere individualmente. Per tradurre il concetto in linguaggio zodiacale dobbiamo individuare uno degli assi finora mancanti, rintracciabili nella dialettica Ariete/Bilancia = Io/Altri, dove unirsi agli altri (Bilancia) permette di uscire da un isolamento (Ariete) che per il lavoratore significa solo impotenza e miseria. A 90° di angolarità di tale asse si fronteggiano, nel cerchio zodiacale, Cancro/Capricorno (fig.3). Ossia il debole si unisce al debole per difendersi dal potente e sottrarsi al suo dominio. Il movimento cooperativistico procede di pari passo con lo sviluppo del movimento operaio (la politica cara allo Scorpione unita alla solidarietà aquariana) ed esprime, con la pratica dell'affittanza collettiva, quegli ideali di giustizia cari alla Bilancia e volti a scalfire i privilegi del singolo (Ariete). La cooperazione si estende dal settore agricolo (sono famosi i consorzi agrari per le sementi) al settore di trasformazione, conservazione dei prodotti e della loro commercializzazione: cantine sociali (il "sociale" appartiene ai tre segni d'aria: Gemelli-Bilancia-Aquario), cooperative di muratori e cementisti (segni di "terra": Toro-Vergine-Capricorno), l'Unipol-Assicurazione (Bilancia-Aquario).

Altra grande passione del romagnolo è il cibo, zodiacalmente collocabile nel segno del Toro e legato al pianeta Giove che rappresenta la bocca e tutto il processo di assimilazione. Quella romagnola è tradizionalmente una cucina sana, essenziale, se è vero che ha ancora come base, diffusissima e molto amata, la piada, il "panis testicius" di cui parla Catone nel De re rustica (200 a.C.). La piada, "pane dell'umanità, della libertà, azzimo santo" secondo Pascoli, è stata probabilmente la prima pietanza degli umani, quando l'uso del pane lievitato non era ancora stato introdotto. L'essenzialità degli elementi di cui è composta (farina, acqua e sale), la mancanza di lievitazione, la semplicità della cottura su teglia (senza alcun condimento) ne fanno un cibo totalmente vergineo. L'amore per la genuinità, di stampo taurino, si manifesta anche nella scelta dei dolci, mai burrosi o teneri, quindi rintracciabili più in una Venere Toro che nella Venere Cancro. Di solito la preferenza va alla semplice e sempre gradita ciambella, specie se accostata alla bionda Albana, primo esempio di vino bianco ad avvalersi del DOGG. Dunque non si possono trascurare il vino e la cultura che segue questa "sangue" della Romagna, considerato addirittura un fattore discriminante rispetto all'Emilia, tanto che Nerio Brighenti così riporta il consiglio dato al forestiero di passaggio per la regione: *"Lei prenda la via Emilia e ogni tanto si fermi a una casa di campagna a chiedere da bere: finché le offriranno un bicchier d'acqua sarà in Emilia; quando le offriranno del vino, allora sarà in Romagna"*. Tra i vini di Romagna il posto d'onore spetta al Sangiovese, un vino che contiene Giove nel nome, cosa che fece ipotizzare, per scherzo, a Friedrich Schür – insigne studioso del dialetto romagnolo- che derivasse da Giove, fatto santo dai romagnoli. Questo San Giovese esprime, letteralmente, la simbologia pescina, in particolare la simbologia di due dei tre pianeti che compongono il segno dei Pesci; Giove infatti oltre che la bocca, rappresenta anche gli occhi, e il vino consente di vedere la realtà (verGINEa) con "occhi diversi", dove la diversità è suggerita dal fantasioso e mistico Nettuno (san = santo). La coltivazione della vite, che colora di verde le colline romagnole coprendole di filari regolari e curatissimi, si esprime zodiacalmente lungo l'asse Vergine/Pesci. Si è detto finora che Giove è occhi, bocca, dunque cibo, ma a queste simbologie va aggiunta quella altrettanto importante di "parola". Nel romagnolo c'è una necessità quasi impellente di parlare e discutere, in qualunque luogo, specie ad alta voce e accanitamente. E non c'è dubbio che si discute più volentieri con un bicchiere di vino (Nettuno-Pesci) in mano

(Vergine), praticando una socialità (Gemelli) che si esprime –in particolare per gli uomini – in quei luoghi sostitutivi della casa (Cancro) che sono i bar, solitamente molto frequentati. La loquacità romagnola si esprime sovente secondo la simbologia opposta al segno del Toro, ossia scorpionicamente. Così la parola diventa spavalda, polemica, aggressiva, paradossale. Quando Guido Nozzoli scrive che il dialetto romagnolo è "brulicante di scorpioni" non fa che confermare, linguisticamente, l'analisi zodiacale, e afferma che nel nostro dialetto ci sono espressioni *"pittoresche e crudissime... bestemmie esplodenti... ingiurie che bruciano la pelle"*.

Oltre che focalizzarci sulla provocazione scorpionica occorre recuperare il discorso iniziale sull'eccesso leonino a testimonianza di una vitalità bisognosa di manifestarsi a tutti i costi. Nella dialettica di opposti ritenuta rappresentativa (Toro/Scorpione – Aquario/Leone) possiamo inserire un settore fin qui trascurato ma non secondario: quello del divertimento notturno (Leone) costituito dalle numerose discoteche, sale da ballo e luoghi di ritrovo, che diventa, d'estate (ancora Leone) una vera e propria industria. Il romagnolo ha saputo sfruttare commercialmente (Mercurio e Plutone dello Scorpione e dei Gemelli) gli aspetti caratteriali legati alla giovialità, all'edonismo, al senso di umanità che diventa ospitalità, gentilezza, generosità, apertura (tutti valori taurini) nei confronti di chi non appartiene al proprio territorio (valori scorpionici). Il turista che approda in Romagna è di solito abitudinario e fondamentalmente attratto, più che dal mare, dal tipo di vita che gli viene offerto: svaghi e divertimenti per tutti i gusti e per tutte le tasche, occasioni di incontri e amicizie (Leone/Aquario); prezzi contenuti perché gli alberghi (Scorpione) sono ancora in gran parte a conduzione familiare (Toro). Ciò ha determinato l'orientamento verso un turismo altrettanto familiare, da famiglia "media". Tra le strutture presenti vanno menzionati i complessi fieristici, di Rimini e Riccione, sedi dei più svariati congressi, in particolare dei congressi politici dei più importanti partiti italiani, tanto per rendere omaggio alla simbologia legata allo Scorpione. E vale la pena ricordare che questa è una consuetudine storica: Rimini infatti ospitò, nel 1872, il 1° Congresso della "Federazione italiana della associazione internazionale lavoratori" organizzato da Andrea Costa, Carlo Cafiero e altri socialisti anarchici. Tornando all'abilità commerciale dei romagnoli nel campo dei divertimenti, questa si è orientata, oltre che sui locali da ballo, verso la musica stessa, rappresentata da Nettuno Pesci e Sagittario: si tratta del liscio e dell'industria che vi ruota intorno (Mercurio della Vergine e Gemelli).

Sono innumerevoli le orchestre nate nelle province romagnole che lo esportano sul territorio nazionale e all'estero. Il liscio quale prodotto da smerciare nelle feste paesane dove si conservano, o si tentano di recuperare, tradizioni antiche legate alle radici, è espressione tipicamente taurina. Tra i divertimenti non va dimenticato il circo, legato alla simbologia leonina e tanto caro a Fellini, che nasce a Massa Lombarda con Paolo Orfei (1820) il quale dà avvio alla dinastia della famosa famiglia. La facciata ludica (e leonina) ha come contropartita un lato oscuro, notturno, in cui le valenze scorpioniche affiorano nel mondo della prostituzione, della droga, a cui si lega la malavita, in preoccupante espansione e svariate sfaccettature, su tutta la fascia costiera. Per restare nel campo del divertimento un'altra grande passione del romagnolo è il motore (e *mutòr*) e le gare di moto e automobilistiche. Tale passione è palpitante di fuoco arietino, che completa di un tocco di istintività la tendenza, più volte sottolineata, all'eccesso leonino. Al terzo segno di fuoco, il Sagittario, appartiene invece quel mezzo da sempre tanto amato e diffuso che è la bicicletta, chiamata riduttivamente, ma in forma affettuosa, la "bici". Per concludere, passando dal discorso sul divertimento a quello, più serio, sulla salute, è importante citare le statistiche regionali che indicano come patologie più diffuse quelle cardiovascolari (Leone/Aquario) e dismetaboliche (Toro/Scorpione) che confermano, anche in campo sanitario, la prevalenza degli assi zodiacali considerati. ■





## I nostri consigli in cucina

# L'Emilia-Romagna una storia e una tradizione lungo una Via di Gusto! Alla scoperta della Romagna Solatia

Continuando la nostra esplorazione cultural enogastronomica lungo la Via Emilia siamo ora verso **un territorio dove se chiedi acqua, ti danno il vino (é Bé) ...Ecco la Romagna.**

La geografia e la storia di questa terra hanno determinato una cucina che si può suddividere in tre settori: **quello marino legato alla pescosità dell'Adriatico**, quello delle **campagne dove l'agricoltura è fiorente** e quello **opulento ricco di carni che conserva lontani ricordi risalenti al tempo del dominio bizantino e delle Signorie.**

I romagnoli da sempre sono grandi cultori della cucina con l'orgoglio e l'aggressività propria della gente di questa terra che è fatta di genuinità e storia di tradizione contadina. E come ha scritto il letterato romagnolo Manara Valgimigli **'...l'anima più veramente romagnola è quella che sa di buona terra e l'uomo della terra ne raccoglie una zolla, la sbriciola tra le dita e quasi l'assapora'**.

La Romagna è una di quelle terre dove la storia delle tradizioni popolari combacia straordinariamente con la storia del folclore culinario. Siamo a Forlì Cesena e la gastronomia popolare di questa parte di Romagna è da sempre segnata dalle ritualità (cicli stagionali, "vigilie", feste agricole, carnevali, quaresime), con i relativi piatti, ricette o ingredienti da cui non si può prescindere. Queste zone si vantano di avere cullato i natali del libro gastronomico più conosciuto nel mondo, **"La scienza in cucina, e l'arte del mangiar bene"**, geniale opera del letterato, e cuoco per diletto, **Pellegrino Artusi**, originario di Forlimpopoli; brillante ed ironico, trattando dei cappelletti in brodo, cita il cappone come... **"rimminchionito animale che per le solennità del Natale si offre in olocausto agli uomini"**. Pellegrino vedeva la cucina come maliziosa **"bricconcella", che spesso e volentieri fa disperare, ma dà anche piacere...**

Ancor'oggi si gustano minestre di sfoglia fatta con farina di grano e uova fresche, magari tirate al mattarello dalla 'arzdora' di casa: giganteggiano i cappelletti (ripieni di ricotta, uova, carne tenera, parmigiano e noce moscata); i passatelli (impasto di uova, formaggio, pangrattato); gli strozzapreti (con l'impasto originale della piadina), i tortelli ripieni di

erbe e ricotta, le tagliatelle, magari avvolte dai saporosi e ricchi sughi della cucina dell'entroterra.

I Romani (e prima di loro gli Etruschi) già ben conoscevano e valorizzavano il vino di queste terre: Plinio, ad esempio, cita il Sangiovese come vino di qualità del tempo; Leonardo da Vinci, molti secoli dopo, resta così impressionato dalla cura con cui i coltivatori romagnoli appendono i grappoli d'uva per l'inverno, da dedicare all'usanza un disegno.

Vino il cui consumo in casa, nella tradizione rurale romagnola, era sempre amministrato dal patriarca della famiglia: oltre a sceglierne la qualità, vigilava sulla sua conservazione. Oggi, i cinque tipici vini romagnoli (**Albana, Sangiovese, Trebbiano, Pagadebit, Cagnina**) sono in grande ascesa qualitativa, prodotti in enclaves vocate e con vitigni selezionati, in buona parte dei territori della Strada di Forlì e Cesena. Ma un emblema di questa terra, quasi un simbolo conosciuto ormai ovunque è la **«piadina»**.

La piadina in Romagna non è solo un cibo: è un vero e proprio fenomeno di costume. La pié, pjida, pida o pji, nelle varianti dialettali, è un semplice disco di pasta piatto di venticinque centimetri di diametro preparata con farina, acqua, un pizzico di bicarbonato, sale, strutto o un goccio di latte, cotta sulla lastra di ferro. Come ogni cibo povero, è diversa da città a città, a Ravenna per esempio si presenta più alta e ricca di strutto, a Cesenatico o Rimini è invece più sottile e povera di grassi. Quale che sia l'origine, la piadina fa ormai parte del paesaggio romagnolo e ha avuto tra i suoi cantori illustri esponenti della letteratura come Marino Moretti e Giovanni Pascoli.

Ed infine girando lungo gli itinerari della Strada dei Colli di Forlì e Cesena potrete incontrare prodotti tipici del territorio e assaporare la loro trasformazione, sempre sapiente - a volte geniale, in piatti della gastronomia locale e territoriale e fare anche voi tesoro di un'altra famosa citazione di Pellegrino Artusi: **'...la miglior salsa che possiate offrire ai vostri invitati...è un buon viso ed una schietta cordialità!...'** che dei romagnoli è una bandiera! ■

## Partiamo da un antipasto davvero speciale

### Cassoni alle rosole

**Ingredienti per 4 persone:**

1 kg di farina di Tipo "0";

Poco sale;

Circa 100 gr. di strutto o in alternativa

1 bicchiere di olio di semi;

Acqua appena tiepida quanto basta;

1 kg di rosole (erbette di campagna)

in alternativa Bietole.



La Rosola, pianta del rosso papavero, viene colta nel periodo invernale in campagna, è un'erba spontanea della questa zona, ma si trovano in commercio anche coltivate.

**Preparazione:** Lavare le rosole e tritarle finemente, lasciarle macerare con del sale in uno scolapasta in modo che perdano il loro liquido per circa mezza giornata, condirle infine con olio extravergine d'oliva e pepe macinato.

**Preparazione della piada:** Impastare la farina, lo strutto o l'olio di semi ed il sale assieme. Aggiungere alla fine un po' d'acqua per rendere l'impasto sodo (il segreto è lasciare riposare l'impasto per una mezz'ora abbondante). Fare delle pallottole con l'impasto poco più grandi di un pugno, stenderle col mattarello sul tagliere formando un tondo sottile, riempirlo di rosole per metà cerchio e poi ripiegarlo su se stesso facendo attenzione a lasciare un paio di centimetri di bordo. Ripiegare il bordo di impasto su se stesso e con la punta della forchetta sigillare con lieve pressione sul bordo ripiegato. Forare l'intera mezzaluna e cuocere a fuoco lento possibilmente su una teglia di ghisa - da una parte e poi dall'altra.

## In alternativa un primo povero, facile, ma di carattere, gli ...

### Strozzapreti

**Ingredienti per 6 persone:**

500 gr. di farina;

acqua tiepida e sale.



**Preparazione:** Disporre la farina a fontana aggiungere un pizzico di sale e versare l'acqua nella farina in quantità sufficiente per ottenere un impasto piuttosto consistente ma omogeneo. Lavorarlo per qualche minuto con il palmo della mano, quindi stendere col mattarello una sfoglia dello spessore di circa 2 mm. Tagliare delle striscioline larghe circa 1,5 cm e prenderne una alla volta, arrotolarle fra le palme delle mani per spezzarle, poi, con le dita, così da ridurle ad una lunghezza di 8-10 cm circa. Riempire una pentola d'acqua e portarla a bollore, salarla, versare gli strozzapreti e far cuocere per circa 4 minuti. Condire con sugo di salsiccia e parmigiano, ragù romagnolo o sugo agli strigoli e buon appetito!





## Un primo di cui oggi esistono diverse varianti sul ripieno, noi vi proponiamo la ricetta originale!

### Cappelletti di Romagna

#### Ingredienti per 4 persone:

300 gr. di farina;  
3 uova per la sfoglia;  
1 uovo per il ripieno;  
100 gr. di ricotta di latte intero;  
100 gr. Formaggio Castel San Pietro;  
300 gr. Formaggio Parmigiano Reggiano grattugiato;  
Noce moscata q.b.



**Preparazione:** Preparare una sfoglia con uova e farina, tirarla sottile con il mattarello e tagliare dei quadrati con il lato di 4 cm circa. Mettere al centro di ogni pezzetto di sfoglia un cucchiaino di ripieno ottenuto amalgamando i formaggi, l'uovo e la noce moscata.

Ripiegare ora i quadrati a triangolo chiudendo bene i bordi perché non si aprano durante la cottura; prendendo infine le punte alla base del triangolo, sovrapporre, schiacciandole una sull'altra e alzare verso l'alto la punta rimasta libera. Questa è la tipica chiusura a cappelletto.

Ora sono pronti per essere cotti, rigorosamente in un buon brodo di carne, meglio se di capponne. Vengono serviti direttamente nel loro brodo oppure scolati e conditi con un buon ragù. Servire aggiungendo a piacere in ogni piatto un po' di parmigiano grattugiato.

## Un piatto povero dei pescatori dell'adriatico... ma con un gusto da leccarsi le dita!

### Brodetto di pesce alla romagnola

#### Ingredienti:

2 kg di pesce fresco misto da zuppa (scorfani, mazzole, grongo, canocchie, calamaretti, coda di rospo, seppie, scampi, granchi, cozze e vongole... a seconda dell'offerta e stagione del mercato);  
1 bicchiere di olio d'oliva;  
2 cucchiaini abbondanti di conserva/concentrato di pomodoro;  
1 bicchiere d'aceto di vino bianco - 1 bicchiere di vino bianco secco;  
mezza cipolla;  
4 spicchi di aglio;  
prezzemolo - sale e pepe.



**Preparazione:** In una pentola, preferibilmente di coccia, bassa e larga fate imbiondire leggermente il trito di aglio e cipolla nell'olio di oliva, aggiungete quindi il prezzemolo tritato finemente, i calamaretti e le seppie tagliati a listarelle; fate cuocere per circa 15 minuti a fuoco lento con coperchio rimestando di tanto in tanto finché non si sarà formato un sughetto.

Aggiungete quindi l'aceto, il concentrato, un poco di sale - il pesce dona già sapore al brodetto, semmai aggiustare alla fine - il pepe. Portate a bollire lentamente a pentola coperta prima di aggiungere i pesci, avendo cura di iniziare con i più grossi e dopo 6/7 minuti aggiungendo quelli più piccoli e infine il bicchiere di vino.

Cucinate a fiamma moderata senza muovere i pesci per circa 20 minuti. Aggiungete per ultime le vongole, le cozze e le canocchie, poi terminate con una spolverata di prezzemolo tritato. Il tempo di cottura può variare secondo la quantità e la pezzatura del pescato, ma solitamente occorrono circa 40 minuti perché i pesci si inteneriscano.

Controllare la cottura di ogni pesce con una forchetta. Se il sugo è troppo liquido, togliete il coperchio per farlo evaporare. Prima di servire il brodetto, rimettete il coperchio e lasciate riposare per qualche minuto. Accompagnare con pane abbrustolito.

## Un piatto ricercato ormai raro

### Cosce di rana in umido

#### Ingredienti per 6 persone:

1 kg di cosce di rana;  
pomodori pelati;  
a discrezione olive verdi/nere;  
aglio, prezzemolo, sedano, cipolla,  
olio, sale;



**Preparazione:** Fate marinare le rane in buon olio d'oliva con un poco di battuto di prezzemolo ed aglio in frigo (almeno 24 ore). Preparate quindi un soffritto con olio/ burro, sedano, aglio, prezzemolo e cipolla. Appena dorato aggiungere pelati in pezzi e concentrare un poco. Aggiungere le cosce di rana e completare la cottura. Servire calde.

## e per finire una bella ...

### Ciambella romagnola con granella di zucchero

#### Ingredienti:

500 gr. di farina;  
300 gr. di zucchero;  
100 gr. di burro;  
100 gr. di margarina e una noce di strutto;  
3 uova;  
un bicchiere di latte;  
1 bustina di lievito per dolci (corrispettivo per 1/2 kg. di farina);  
un po' di scorza di limone grattugiata;  
zucchero in granella per decorare.



**Preparazione:** Impastate la farina con il burro, la margarina e lo strutto liquefatti, le uova, lo zucchero e il latte necessario per ottenere una pasta consistente. Subito dopo aggiungere nell'impasto il lievito e la scorza del limone grattugiato. Imburrate uno stampo da forno, preferibilmente ovale, sistematevi la ciambella. Una volta posizionata decoratela con un tuorlo sbattuto e granella di zucchero. Far cuocere in forno, non troppo caldo 170°, per circa mezz'ora. L'impasto può essere variegato al cacao o arricchito con mele a fettine, uvetta, pezzetti di cioccolato. **Per finire un caffè forte corretto all'anice!**

## Una gustosa merenda

### La Spianata Romagnola

#### Ingredienti:

500 gr di farina 00;  
250 ml di acqua;  
25 gr di lievito di birra;  
15 gr di sale (meglio se grosso);  
4 cucchiaini di olio extra vergine di oliva;  
2 cucchiaini di miele d'acacia (o zucchero).



**Preparazione:** Disporre la farina e il sale in una ciotola o su uno pianatoio e creare un buco in mezzo. Aggiungere il lievito precedentemente sciolto in acqua tiepida, incorporare con la farina e creare un composto. Poi si aggiunge l'olio extra vergine di oliva e l'acqua necessaria fino a ottenere un impasto appiccicoso.

Fatto questo si stende la spianata con le mani e l'olio su una teglia ricoperta di carta da forno (o unta con dell'olio) e la si cosparge di sale grosso e rosmarino. Si lascia riposare per 40 minuti e si inforna a 200° per circa 15 minuti o fino alla comparsa di una decisa doratura.

A questo punto la spianata è pronta per essere accompagnata con gli ottimi salumi di **Mora Romagnola**, la **Mortadella Bologna IGP** o mangiata in tutta naturalezza per assaporarne tutta la sua bontà.



## I consigli di lettura

# Il corpo porta a spasso le idee



**Valeria Bodin**  
AMRER Onlus  
Associazione Malati Reumatici  
Emilia Romagna  
ass.amrer@alice.it

**“Di una cosa sono convinto:  
un libro deve essere un’ascia per il  
mare ghiacciato che è dentro di noi.”**

Franz Kafka

Arriva puntuale il momento di redigere queste poche righe di corollario alla rubrica del nostro giornalino. L'avvicinarsi delle ferie mi offre come spunto di commento i buoni propositi di lettura che si formulano in vista delle ore di relax che si vanno già a gustare! Per questa volta però preferisco riportare le parole di un Grande della letteratura italiana che interpreta in modo eccelso i buoni propositi del Buon lettore in partenza per le vacanze!!!!

### I buoni propositi(1952) - I. Calvino - “l’Unità”, 12 agosto 1952:

“Il Buon Lettore aspetta le vacanze con impazienza. Ha rimandato alle settimane che passerà in una solitaria località marina o montana un certo numero di letture che gli stanno a cuore e già pregusta la gioia delle sieste all’ombra... Nell’approssimarsi delle ferie, il Buon Lettore gira i negozi dei librai, sfoglia, annusa... a casa toglie dallo scaffale volumi... li allinea sulla scrivania... Il Buon Lettore sceglie... per esempio uno dei grandi romanzi dell’Ottocento, di cui non si può mai dire d’aver letto tutto... le cui letture fatte in epoche e età disparate han lasciato ricordi troppo disorganici. Il Buon Lettore quest’estate ha deciso di leggere davvero... Si procura dunque le opere che intende leggere... aggiunge qualche buon saggio sull’autore prescelto... non disdegna i volumi di formato tascabile, più adatti per leggere sulla spiaggia o sotto gli alberi o in corriera. Ci sono le ultime novità librarie delle quali il Buon Lettore vuol mettersi al corrente... è indispensabile approfittare di quei giorni... e libri di carattere diverso da tutti gli altri... per dare varietà... cambiamenti di registro. Ora il Buon Lettore può disporre davanti a sé un piatto di letture dettagliatissime... I libri scelti sono tanti che per trasportarli tutti occorrerebbe un baule... Nel fare le valigie alcuni volumi restano fuori. Il programma si restringe... ma tutte letture sostanziose. Queste ferie segneranno un’evoluzione spirituale del Buon Lettore... una tappa importante. I giorni di vacanza cominciano a trascorrere veloci. Il Buon Lettore si trova in ottima forma... accumula energie... Dopo pranzo però lo prende una sonnolenza tale che dorme per tutto il pomeriggio. Bisogna reagire, la compagnia è simpatica... il Buon Lettore fa molte amicizie... mattina in barca, in gita la sera e baldoria fino a tardi. Certo, per leggere ci vuole solitudine; medita un piano per sganciarsi... magari una sola ragazza... la mattina a tennis, pomeriggio a canasta e la sera a ballare. Nei momenti di riposo, lei non sta mai zitta. Le ferie sono finite. Il Buon Lettore ripone i libri intonsi nelle valigie, pensa all’autunno, all’inverno, ai rapidi quarti d’ora concessi alla lettura prima di addormentarsi, prima di correre all’ufficio, in tram, nella sala d’aspetto del dentista... (il testo è tratto dalla collana “Meridiani” Saggi 1945 – 1985, Mondadori, Milano 1995).

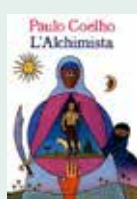
Incredibile l’attualità di questo articolo di sessanta anni fa. Anche questo contribuisce al fascino della lettura.



### Molto forte incredibilmente vicino - di Jonathan S. Foer

A New York un ragazzino riceve dal padre un messaggio rassicurante sul cellulare: “C’è qualche problema qui nelle Torri Gemelle, ma è tutto sotto controllo”. È l’11 settembre 2001. Tra le cose del padre scomparso il ragazzo trova una busta col nome Black e una chiave: a questi due elementi si aggrappa per riallacciare il rapporto troncato e per compensare un vuoto affettivo che neppure la madre riesce a colmare. Inizia un viaggio nella città alla ricerca del misterioso signor Black: un itinerario ricco di incontri che lo porterà a dare finalmente risposta all’enigmatico ritrovamento e ai propri dubbi. E sarà soprattutto l’incontro col nonno a fargli ritrovare un mondo di affetti e a riaprirlo alla vita.

*Ironico, crudo, commovente, surreale e vero, questo è “Troppo forte, incredibilmente vicino”. Una perla rara nel panorama letterario attuale. Un libro da leggere e rileggere, sottolineare, regalare, consigliare. La bellezza di questo libro sta nel contrasto tra la pesantezza degli argomenti trattati (la guerra, la violenza, il lutto) e la leggerezza di un personaggio così irrealista da diventare... necessariamente realistico. Un insolito modo di affrontare la tragedia dell’11/9, senza nemmeno accennare al terrorismo. È una scrittura che a tratti trasforma la parola stessa e diventa immagini, pensieri, pura magia. È uno scappellotto diretto a tutti quelli che non credono al potere della parola, e a quelli che non credono di poter scrivere ancora dei bei libri. Safran Foer è un genio della natura. Scrive da dio. Fin quando non lo leggi non credi che esistano uomini che riescano a scrivere così. Così bene. Il libro è ricchissimo di invenzioni. Stilistiche e visive. Non c’è una pagina uguale all’altra. L’autore riesce sempre ad inventarsi qualcosa di originale. Tipo una pagina con una sola frase. O una pagina di soli numeri, o una pagina in cui sono cerchiati di rosso (come farebbe una maestra d’elementari) tutti gli errori del New York Times del giorno, e soprattutto straborda di fotografie, di solito strambe. CAPO-LA-VO-RO La sincerità e la passione che questo libro riesce a trasmettere sono rari da trovare in questi ultimi tempi...cogliete l’occasione per sentirvi VIVI, leggete questo libro!!!*



### L’alchimista - di Paulo Coelho

L’Alchimista è la storia di una iniziazione. Ne è protagonista Santiago, un giovane pastorello andaluso il quale, alla ricerca di un tesoro sognato, intraprende quel viaggio avventuroso, insieme reale e simbolico che lo porterà fino all’Egitto delle Piramidi. E sarà proprio durante il viaggio che il giovane, grazie all’incontro con il vecchio Alchimista, salirà tutti i gradini della scala sapienziale: nella sua progressione sulla sabbia del deserto e, insieme, nella conoscenza di sé, scoprirà l’Anima del Mondo, l’Amore e il Linguaggio Universale, imparerà a parlare al sole e al vento e infine compirà la sua Leggenda Personale.

*Probabilmente sono poche le persone che riescono a cogliere la vera essenza del libro. E forse questo dipende dalla sensibilità che c’è dentro ognuno di noi. Coelho ci dà la possibilità di risvegliare in ognuno di noi la voglia di credere nei nostri sogni e di perseguirli senza alcuna paura di sbagliare. È un libro che può cambiare il modo di affrontare la vita. È come una medicina in grado di risolvere alcuni interrogativi che possiamo avere dentro di noi e a cui non riusciamo a dare una risposta... Una fiaba che pur scritta in modo semplice, quasi infantile, interesserà e fa pensare, aprendo il lettore a discussioni filosofiche di vario tipo, dallo spirituale al religioso, dal cinico al sognatore. Il pregio maggiore è che indifferentemente dall’occhio che legge questo racconto, il libro regala un sentimento positivo, una speranza, che probabilmente già di per sé nel mondo di oggi vale il prezzo di copertina. Questo libro è uno di quelli che si amano o si odiano. Più simile a una fiaba filosofica. In tanti lo considerano solo filosofia spicciola, quando invece la semplicità delle immagini simboliche è solo apparente: è un libro che si legge benissimo sia restando in superficie, sia volendo andare in profondità, perché di simboli da interpretare ce ne sono tanti, come viene anticipato già nella prefazione. Il messaggio del libro non è “se puoi sognarlo puoi farlo”, sarebbe riduttivo intenderlo in questo modo; i temi ricorrenti (la Leggenda Personale, la Grande Opera, l’Anima del Mondo) rimandano chiaramente alla filosofia Jungiana, e in generale l’intera storia di Santiago non è altro che il racconto di un processo di individuazione. È proprio questo che rende speciale il libro, il fatto che riesca a raccontare un percorso di maturazione che è quello che dovremmo tutti realizzare, ma pochi sono disposti a intraprendere.*

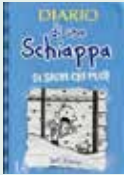


### Lady Susan - di Jane Austen

Unica opera giovanile di Jane Austen che sia stata completata, “Lady Susan” presenta una caratteristica originale rispetto ai suoi romanzi più noti: è infatti una narrazione epistolare che racconta gli intrighi e i retroscena messi in atto dalla protagonista da cui il libro prende nome. Decisa a far sposare sua figlia con un uomo che detesta, non si fermerà davanti a nessuno scrupolo morale né familiare. Lontana dagli intrecci classici delle opere successive, Jane Austen mostra già molti degli elementi che la contraddistinguono: lo stile asciutto e pungente, le descrizioni quasi fotografiche, lo humor sempre celato fra le righe e l’indulgente comprensione degli affanni del cuore.

*“... un’eroina che è una vedova avvistata e senza scrupoli anziché una giovane sfortunata e senza mezzi. Racconta godibile e compiuto.” “Delizioso quanto intrigante e malizioso romanzo epistolare scritto da una giovane Jane Austen arguta ed ironica. 41 lettere e la conclusione si susseguono fluidamente ... tanto da spingere le lettrici ad assaporare in un solo gustoso boccone il romanzo, ma... le lettrici troveranno anche molto piacevole gustare le lettere a piccoli assaggi (... un pò come si gustano deliziosi cioccolatini ...)!!!!”*





**Diario di una schiappa. Si salvi chi può! - di Jeff Kinney**

"Diario di una schiappa - Si salvi chi può!" è il sesto libro della saga di libri umoristici scritta da Jeff Kinney, iniziata nel 2007 con Diario di una schiappa. Il libro racconta il terzo anno di scuola media di Greg Heffley, un ragazzino che scrive tutte le sue disavventure su un diario. Greg Heffley è nei guai. Qualcuno ha sporcato i muri della scuola e lui è il primo sospettato. Ma Greg è sicuro di esser innocente! O almeno, "quasi" innocente... Quando la verità sta per essere scoperta, una tempesta di neve si abbatte sulla città e la famiglia Heffley rimane bloccata in casa. Greg sa che allo sciogliersi della neve dovrà affrontare le autorità, ma nel frattempo... c'è una punizione peggiore del passare le vacanze in trappola con Manny, Rodrick e Mamma? Età di lettura: da 11 anni.

*Il successo di questo ragazzino "normale", alle prese con i problemi dei suoi coetanei, è stato grande e immediato, tanto che dall'iniziale pubblicazione giornaliera a puntate on line si passò velocemente a quella su carta. Da qui la diffusione in tutto il mondo e l'inizio di una vera e propria serie che ha appassionato e appassiona milioni di lettori. Greg è piaciuto a tutti perché ha saputo rappresentare in modo sincero il punto di vista reale di milioni di ragazzini: famigliari che iniziano a stare stretti, conflitti con gli imperscrutabili adulti, problemi con i compagni più prepotenti, travagli adolescenziali, prime incomprendimenti con il mondo femminile, e molti molti guai. Il tutto raccontato con brio e leggerezza, con parole, disegni e piccole vignette assolutamente esilaranti.*



**La casa sopra i portici - di Carlo Verdone**

Carlo Verdone si racconta per la prima volta in un flusso di ricordi ricco, sorprendente, tenero ed esilarante. Si parte dalla giovinezza e dal vissuto nella mitica casa paterna, grande protagonista del libro: l'incontro con Vittorio De Sica, il rapporto con i genitori e i fratelli, gli scherzi (tanti, fulminanti), le prime esperienze sentimentali ma anche i drammi famigliari. E poi il cinema: i primi passi al Centro Sperimentale sotto la guida di Roberto Rossellini, la

genesì dei film, i retroscena, gli aneddoti più inediti e divertenti, il rapporto con gli attori. Quindi le amicizie che hanno segnato la sua vita: Sergio Leone, Federico Fellini e Massimo Troisi. E senza tralasciare il grande amore di Carlo per la musica: i primi concerti di Beatles e Who, gli incontri con David Bowie, David Gilmour e Led Zeppelin. Un libro per scoprire un "privato" inedito e i molteplici aspetti di un regista, attore, autore che ha ammaliato, divertito, fatto riflettere generazioni di italiani. Un artista che - attraverso la sua trentennale carriera - ha tracciato un formidabile, lucido, disincantato e talvolta spietato ritratto del nostro paese.

*Un piacevolissimo intervallo letterario, Carlo Verdone che oltre ad essere un grande artista è anche uomo semplice, onesto e sensibile, con queste pagine ci narra alcuni dei momenti più significativi della sua vita senza tralasciare i rancori e le delusioni. Un interessante racconto di un uomo/bambino amante della solitudine, profondamente legato alla madre e tanto amato dalla gente comune.*



**Maledette piramidi di Terry Pratchett**

A differenza dei suoi coetanei, il dodicenne Teppic non ha più tempo da dedicare agli amici, ai divertimenti o alle distrazioni del sabato pomeriggio. È diventato, infatti, faraone di un regno desertico del Mondo Disco, ed è proprio una bella rogna: non puoi più portare con te alcun denaro, giovani donne disinibite ti blandiscono con acini d'uva, tutti ti ritengono responsabile del sorgere del sole e del maturare del grano, continui a fare uno strano sogno di sette vacche grasse e sette vacche magre e, soprattutto, devi preoccuparti che la Grande Piramide non esploda per un'instabilità paracosmica...

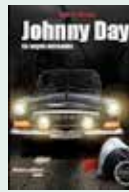
*All'inizio ti senti spaesato, ma dopo le prime pagine capisci che puoi iniziare a sghignazzare. Lettura piacevole, rilassante, divertente e interessante. Un libro spassoso e ricco di invenzioni come quella del cammello che ha sempre un'aria vagamente assente perché in realtà passa il tempo a fare calcoli di analisi funzionale avanzatissima a mente Bello e scoppiettante come la media dei libri di Pratchett... il continuo umorismo allusivo è così fitto da rallentare per un attimo, a volte, il ritmo. Godibilissimo! La storia avvincente, i personaggi sono ben costruiti, la narrazione (che trasuda ironia da tutti i pori) è fluida e la struttura di mondo disco è semplicemente fantastica.*



**Insciallah - di Oriana Fallaci**

Nel 1990 Oriana Fallaci torna al romanzo con "Insciallah", un'opera corale che prende spunto dalla missione occidentale di pace a Beirut dopo i sanguinosi eventi del 1982. Una "piccola Iliade" che la stessa Fallaci racconta dando voce a uno dei protagonisti, il Professore, un militare appassionato di letteratura: "Posso anticiparti che la storia si svolge nell'arco di tre mesi, novanta giorni che vanno da una domenica di fine ottobre a una domenica di fine gennaio, che s'apre coi cani di Beirut, allegoria ai bordi della cronaca, che prende l'avvio dalla duplice strage, che segue il filo conduttore d'una equazione matematica, cioè dell'S=K In W di Boltzmann, e che per svilupparne la trama mi servo dell'amletico scudiero di Ulisse. Quello che cerca la formula della Vita. Uno spicchio del campionario umano che il libro offrirà: il calabrese povero e brutto, il sardo taciturno e orgoglioso, il siciliano invadente e vivace, il veneziano ricco e deluso, il toscano becerò e arguto, il romagnolo ingenuo e impaurito, il torinese educato e ottimista... Ci ho messo anche la splendida e misteriosa libanese che chiamo Ninette, anzi le ho attribuito un ruolo decisivo, e i simboli della triste città. Ci ho messo i bambini che la guerra uccide, i lenoni che la guerra favorisce, i banditi che la guerra protegge, molte donne tra cui un surrogato di donna detto lady Godiva, nonché cinque monache che mi seducono e che intendo coinvolgere nella tragedia."

*Potente e appassionante, la scoperta del carattere di decine di italiani in una guerra che non era una guerra e poi la formula della vita, e come si sopravvive al dolore. Come tutti i libri della Fallaci anche questo è un percorso da seguire insieme ai personaggi. La vicenda reale della guerra a Beirut ti lascia l'amaro in bocca, apprezzando una autrice che con sapiente bravura riesce a dar un'idea tangibile delle sofferenze, delle atrocità e delle assurdità di una guerra che essendo tale è ingiusta. Come non stupirsi di fronte a quella dettagliata descrizione degli ordigni bellici o delle tecniche di agguato, come non partecipare alla lotta schierandosi dalla parte degli italiani, come non emozionarsi dinanzi alle brutalità raccontate senza sconti? Impegnativo e coinvolgente.*



**Johnny Day. Gli angeli del kindle di Andrea Decori**

Dakota Harvey Jackson è un gigante di quasi due metri, che persa oltre 100 kg. Uomo aggressivo e privo di scrupoli a cui piace vivere infrangendo le regole, si dedica al furto e riciclaggio delle auto reinvestendo i proventi nel campo dell'usura. - Johnny e Rino sono due cacciatori di taglie, il primo è il cacciatore il secondo è un hacker. - Avvenimenti e personaggi apparentemente senza legami li porteranno a scontrarsi. Chi avrà la meglio tra l'usuraio e il cacciatore?

*In esclusiva per tutti voi vi propongo questo thriller del giovane Andrea Decori, che debutta con questo libro sul palcoscenico della letteratura. Per ora è acquistabile solo on-line... facciamo arrivare nelle librerie!!*



**Gli ingredienti segreti dell'amore di Nicolas Barreau**

Le coincidenze non esistono, Aurélie Bredin ne è sicura. Giovane e attraente chef, gestisce il ristorante di famiglia, Le Temps des Cerises. E in quel piccolo locale con le tovaglie a quadri bianchi e rossi in rue Princesse, a due passi da boulevard Saint-Germain, che il padre della ragazza ha conquistato il cuore della futura moglie grazie al suo famoso Menu d'amour. Ed è sempre lì, circondata dal profumo di cioccolato e cannella, che Aurélie è cresciuta e ha trovato conforto nei momenti difficili. Ora però, dopo una brutta scottatura d'amore, neanche il suo inguaribile ottimismo e l'accogliente tepore della cucina dell'infanzia riescono più a consolarla. Un pomeriggio, più triste che mai, Aurélie si rifugia in una libreria, dove si imbatte in un romanzo intitolato "Il sorriso delle donne". Incuriosita, inizia a leggerlo e scopre un passaggio del libro in cui viene citato proprio il suo ristorante. Grata di quel regalo inatteso, decide di contattare l'autore per ringraziarlo. Ma l'impresa è tutt'altro che facile. Ogni tentativo di conoscere lo scrittore - un misterioso ed elusivo inglese - viene bloccato da André, l'editor della casa editrice francese che ha pubblicato il romanzo. Aurélie non si lascia scoraggiare e, quando finalmente riuscirà nel suo intento, l'incontro sarà molto diverso da ciò che si era aspettata. Più romantico, e nient'affatto casuale.

*E' semplice e leggero, la storia è molto carina, Ogni tanto una deliziosa storia d'amore ci sta davvero bene...e poi Parigi è la città dell'amore.. L'inizio coinvolge con le descrizioni di Parigi, boulevard Saint Germain, l'Ile de Saint Louis e la sua aria molto nostalgica. E' una storia da film, scritta in maniera molto sciolta, meglio di una sceneggiatura, ma è molto filmabile. Carino il menù alla fine, da provare assolutamente i gateaux au chocolat dal cuore morbido. Ci sono dei momenti in cui si sente il bisogno di leggere qualcosa di divertente e di non impegnativo. E' una storia semplice, scritta in modo accattivante. Certamente non è un capolavoro, questo no, ma invoglia a continuare la lettura. Il fatto che sia un libro divertente non vuol comunque dire che sia stupido. Consigliato a tutti coloro che hanno voglia di sognare ad occhi aperti e che hanno voglia di una ventata di freschezza.*

**“Il tempo per leggere,  
come il tempo per amare,  
dilata il tempo per vivere.”**

Daniel Pennac

## L'Associazione e i suoi Associati

# L'arte, e la passione di un associato



**Samantha Panaroni**  
AMRER Onlus  
Associazione  
Malati Reumatici  
Emilia Romagna  
samantha.panaroni@gmail.com

Cari lettori,

*l'artista che desidero farvi conoscere in questo numero è Patrizia Corsini che utilizza una tecnica, sicuramente da molti conosciuta, che ancora non abbiamo avuto modo di apprezzare nelle pagine del notiziario... l'acquerello. Questa tecnica pittorica, prevede l'uso di pigmenti finemente macinati e mescolati con un legante, diluiti in acqua, e per la sua rapidità e per la facile trasportabilità dei materiali, è diventata una pratica per eccellenza di chi dipinge viaggiando e all'aria aperta. Tra gli artisti celebri che la usarono ricordiamo Cézanne, Gauguin, Manet, Degas e Paul Klee.*

*L'acquerello si presta molto a diventare un laboratorio aperto dove l'artista può sperimentarsi, e proprio nel nostro caso Patrizia ci presenta un sottile gioco di corrispondenze che unisce parole e disegno in una veste a volte ironica e pirotecnica altre riflessiva e personale. Se vi soffermate un attimo su queste immagini, che non rendono come gli originali, potrete scoprire come si può esplorare intimità e poesia ("io sono divergente"), quotidianità laterali ("dita da naso" e "indici di misura"), paradossi grotteschi ("il pensiero paralizza"), oppure oniricità scanzonata e inconscio deriso ("mummy's drink").*

*Per la loro immediatezza e "capacità di arrivare" al tema desiderato, questi acquerelli mi appaiono come messaggi colorati, indirizzati a tutti, per ricordarci di frequentare sempre la vita.*

*Rappresentano, secondo il pensiero dell'artista, istantanee sul privato, sulle relazioni tra le persone e sul rapporto tra persone e cose: un vissuto in cui ognuno può riconoscersi. La forza di queste opere sta proprio in questo: farci diventare, guardandoli, protagonisti inconsapevoli di un'esperienza.*

### L'artista

Patrizia Corsini è nata a Pesaro e dipinge acquerelli dal 1996. Vive e lavora a Milano. Con i suoi lavori veste di un nuovo significato piccoli oggetti quotidiani, parti del corpo umano (Dita da naso o Indici di misura), carte da gioco, pillole e hula hoop, così come isole, spiagge, lune e farfalle che sono "my favourite things", ma sono anche di volta in volta gli attori di un immaginario femminile aperto e fertile che si nutre di oggetti d'uso e di paesaggi naturali e - non certo per ultimi - di riferimenti al corpo umano visto nella sua completezza e unicità così come nelle sue parti costituenti, trattati come elementi separati e autonomi.

La sua mail [patri.cor@libero.it](mailto:patri.cor@libero.it)



### "Acquerelli"



Mare adriatico di prima mattina - 2011



Indici di misura - 2012

*Nulla è  
per lo spirito  
più raggiungibile  
che l'infinito.  
(Novalis)*



Le sfaccettature della verità - 2010





Le parole vanno misurate - 2009



La normalità non esiste - 2010



My favourite things - 2010



Tante fedi diverse - 2012



Il pensiero paralizza - 2005



Nostalgia del punto vita - 2011

## L'Associazione e i suoi Associati

# Congratulazioni per chi conclude un percorso...

Complimenti alla nostra Elisa Arnaudo, che nel mese di maggio ha raggiunto una tappa importante... il dottorato di ricerca proprio con una tesi sul dolore cronico. Elisa, come molti di voi avranno avuto modo di imparare è oggi la nostra colonna portante della sede di Bologna... oneri e onori!! ■



## ...e felicitazioni per gli sposi!

Un particolare augurio alla Dr.ssa Sara Bonazza, dell'Università e UOC di reumatologia di Ferrara che in questo mese di Giugno convola a nozze con Alfonso. ■



## Bomboniere solidali

Se in occasione di un matrimonio, un battesimo, una comunione o qualsiasi altra ricorrenza da festeggiare vuoi fare un gesto d'amore per sostenere le attività dell'Associazione a favore dei malati reumatici contattaci: studieremo assieme la bomboniera e la pergamena personalizzata.

**Tel./Fax. 051.249045 - Cell. 3495800852**  
**ass.amrer@alice.it – www.amrer.it**



## Donazioni a favore dei malati reumatici

Per tutti coloro che desiderano sostenere le attività di AMRER Onlus a favore dei malati reumatici ricordiamo che è possibile eseguire le donazioni sui seguenti conti correnti:

- **CONTO CORRENTE POSTALE n. 12172409**  
(con bollettino postale o tramite POSTAGIRO,  
oppure bonifico su IBAN – IT70 L076010240000012172409)
- **CONTO BANCARIO IBAN: IT 81 S 02008 02450 000002971809**





# L'Associazione e i suoi Associati

## Un saluto a chi ci ha lasciato

La perdita dei nostri cari siano essi giovani o anziani è sempre un momento "tragico", ma il loro ricordo è importante per far continuare a vivere i loro insegnamenti e quanto di prezioso ci hanno trasmesso... vogliamo quindi ricordare con valore e peso anche questi momenti importanti come il distacco e il saluto, e attimi di vita.

AMRER e tutti gli associati si stringono attorno ai famigliari e ai cari delle persone che ci hanno lasciato.

Vogliamo ricordare in questo spazio Bice Cucconi ved. Tosi, Rodolfo Giovanetti, Alfonsina Malagoli, Angelo Paruolo, Tina Sauta, Silvana Scuri, Eugenia Vanni, Ariana Zaniboni.

A tutti i familiari e cari le nostre più sentite condoglianze. Ringraziamo tutti coloro che, in memoria dei propri cari, hanno voluto fare una donazione ad Amrer Onlus aiutandoci così nella nostra opera di sostegno al malato reumatico. ■



### Abbiamo ricevuto e volentieri pubblichiamo il ricordo inviato alla nostra redazione dai parenti di associati e amici:



#### Malagoli Alfonsina

Cara nonna Nina, te ne sei andata per sempre e - per sempre - lascerai nei nostri cuori la tua memoria.

Grazie per tutto quello che ci hai donato, per il tempo che ci hai dedicato e per tutto l'amore di cui ci hai colmato. Eri nonna e bisnonna, appartenevi a quella generazione che non diceva "ho anch'io una mia vita" perché - **noi nipoti - eravamo la tua vita!!!**

Ciao nonna, ti ricorderemo sempre con tanto affetto  
Andrea- Barbara- Stefania- Susanna- Matteo- Amanda.  
Sentite condoglianze a tutta la famiglia.



#### Rodolfo Giovanetti

Recentemente ci ha lasciato Rodolfo Giovanetti, tra i primissimi soci di AMRER, e vicepresidente fino al 2011. Una forte stretta attorno alla famiglia e un GRAZIE per tutto quanto hai fatto umanamente e fisicamente per noi e per i pazienti reumatici!

Il Consiglio Direttivo



#### Eugenia Vanni

Da pochissimo è venuta meno Eugenia Vanni, la madre della nostra vicepresidente Martina Venerandi. Una donna laboriosa, attiva e tenace, d'altri tempi, con un carattere generoso e forte come un leone! Vogliamo ricordarla così durante una serata d'estate, quando la giornata terminava e ci si ritrovava tutti assieme in festa!

Un abbraccio forte a Marta, ai suoi figli e a tutta la famiglia!  
Guerrina



#### Angelo Paruolo

Non bastano certo poche parole per ricordare un padre, ma anche qui pubblicamente voglio dirgli: ti voglio bene papà, sei stato importantissimo, grazie per esserci stato e **grazie** al Signore per averti donato alla mamma, ai miei fratelli e a me, e a tutta la nostra grande famiglia. Giuseppe Paruolo

Sentite condoglianze da parte del Consiglio Direttivo.

*Nessuno mi ha mai detto "Volerai". Nessuno m'ha promesso "Non morirai".*

*Eppur senz'ali ho già volato tanto e "ora" senza alcun rimpianto, di promesse mancate, di cose incompiute, senza pena aggiunta mi preparo a volare un'altra volta.*

Tiziano Terzani

*Un abbraccio vuol dire "tu non sei una minaccia. Non ho paura di starti così vicino. Posso rilassarmi, sentirmi a casa.*

*Sono protetto, e qualcuno mi comprende". La tradizione dice che quando abbracciamo qualcuno in modo sincero, guadagniamo un giorno di vita.*

Paulo Coelho, Aleph







Dal 1979 un impegno continuo  
*a favore dei* **Malati Reumatici**

**Grazie al tuo aiuto potremo fare  
sempre di più per tante persone!**

Tel e Fax 051 24.90.45 • Cell. 335 622.38.95  
ass.amrer@alice.it • www.amrer.it