



Malato Reumatico

il notiziario del



Settembre 2016
Notiziario AMRER • Numero 45

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 ²⁻³ Dir. Resp. Guerrina Filippi

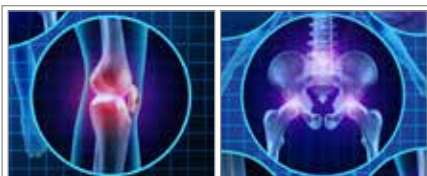
Congedo per cure, Maggiorazione contributiva e Pensione anticipata: 3 istituti/opportunità cui si accede con invalidità civile dal 51% all'80%. Approfondiamoli assieme con le schede degli esperti e i modelli di domanda per avanzare le richieste e ottenere i benefici. » **Interno pagina 32**

Malattie Reumatiche e il ruolo di Alimentazione e Farmaci



Dietoterapia e Malattie Reumatiche
Alimentazione e stili di vita, le determinanti della salute e i consigli degli esperti per orientarsi al meglio.
Interno pagina 12

Farmaci tradizionali, biotecnologici e biosimilari
gli obiettivi di trattamento, gli aspetti pratici e le strategie per migliorare l'aderenza alla cura.
Interno pagina 22



**Artrite Reumatoide
Artrite Psoriasica
e altre Spondiloartropatie**

29 ottobre 2016 • Bologna

Convegno con esperti per aggiornamenti e domande dei pazienti. » *Interno pagina 4*

Fibromialgia

Istituito dalla Regione Emilia Romagna un gruppo tecnico di lavoro sulla fibromialgia: si tratta della prima Determina Regionale in Italia su questa complessa patologia. » *Interno pagina 11*



Approfondimenti

ESENZIONI: un aggiornamento sull'incidenza delle principali esenzioni riconosciute e la proposta dei nuovi LEA. » *Interno pagina 31*

OSTEOPOROSI:

Un problema secondo solo alle malattie cardiovascolari, con criticità legate al trattamento e accesso alle terapie.

» *Interno pagina 30*



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



Ricordiamo che anche quest'anno è possibile attribuire il

5x1000

ad AMRER inserendo nella dichiarazione dei redditi il codice fiscale:

Cod. Fiscale 80095010379

Un gesto molto importante per AMRER e per tutti i pazienti reumatici!

Legenda

- Appuntamenti
- Attività svolte
- Articoli medici
- Approfondimenti e Interviste
- Diritti
- Il filo della storia
- Ricette
- Letture
- 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 72 L 02008 02416 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

Guerrina Filippi

Redazione a cura di

Roberto Banzi - Annamaria Carparelli

Nadia Forlani - Guerrina Filippi

Emanuela Mislei - Maria Grazia

Piazza Lilians Presciuttini

Silvana Stefani - Marta Venerandi

Coordinatore attività

Daniele Conti

Si ringraziano per la collaborazione:

Olga Addimanda, Chiara Bonardi,

Simona Bosi, Marco Bruschi,

Daniele Conti, Maria Cristina

Focherini, Ester Giaquinto,

Nazzarena Malavolta,

Samantha Panaroni, Paola Sambo.

Progetto grafico

Elisa Peron - elisaperon.gd@gmail.com

Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica

Editore Villa Verucchio" s.r.l.

www.lapievepoligrafica.it

Stampato il 27 settembre 2016

Tiratura 6500 Pezzi

All'interno del Notiziario

- pg. 3 Editoriale
- pg. 4 Attività future
 - "Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica e altre Spondiloartropatie"
Convegno per pazienti
 - "Dolore cronico e Malattie Reumatiche"
Incontro medico pazienti
 - "Progetto Benessere Fibromialgia"
- pg. 6 Attività svolta - convegni
 - Malattia di Behçet
Misano Adriatico - 28 febbraio 2016
 - Alimentazione e Farmaci
Aprile e Maggio 2016
 - Artriti, artrosi, e dolore cronico
Occhiobello - 2 maggio 2016
- pg. 10 Attività svolta - azioni di sensibilizzazione
 - Partecipazioni pubbliche
Attività Cesena - Roma
 - Fibromialgia: aperto un tavolo di lavoro
Luglio 2016 - Regione Emilia Romagna
- pg. 12 Introduzione alle determinanti della salute e stili di vita appropriati
A cura di Simona Bosi
- pg. 14 Alimentazione e Malattie Reumatiche
A cura di Chiara Bonardi
- pg. 16 Dietoterapia e Malattie Reumatiche
A cura di Ester Giaquinto
- pg. 20 L'Osso e la sua connessione con l'alimentazione
A cura di Marco Bruschi
- pg. 22 Introduzione all'approccio terapeutico nei reumatismi infiammatori: dal cortisone ai farmaci biologici/biosimilari
A cura di Paola Sambo
- pg. 24 La terapia immunosoppressiva con DMARDS in reumatologia: aspetti pratici e strategie per migliorare l'aderenza alla cura
A cura di Maria Cristina Focherini
- pg. 27 I Farmaci Biotecnologici e Biosimilari
A cura di Olga Addimanda
- pg. 30 Osteoporosi: un commento sul documento OSMED 2016
A cura di Nazzarena Malavolta
- pg. 31 LEA e Malattie Reumatiche: un aggiornamento
A cura di Daniele Conti
- pg. 32 Congedo per cure - Pensione anticipata e maggiorazione contributiva
A cura di Daniele Conti
- pg. 34 I nostri consigli in cucina
A cura di Fulvia Casadei
- pg. 36 Il corpo porta a spasso le idee
I consigli di lettura di Maria Grazia
- pg. 38 L'arte e la passione di un associato
A cura di Samantha Panaroni
- pg. 39 L'Associazione e i suoi associati
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 / 17.00

Attività ordinaria: Merc., Giov. e Ven.

10.00/13.00

Sabato si riceve su appuntamento.

Tel. / Fax. 051 249045 - Cell. 335 6223895

ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

Un investimento in conoscenza paga sempre il massimo interesse.



Guerrina Filippi
Presidente 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

Care amiche e cari amici,
eccoci nuovamente all'appuntamento con il Notiziario del Malato Reumatico, e devo ammettere che il mio compito di sintetizzare in questo spazio il "lavoro" svolto non è cosa facile perché quanto fatto è davvero tanto!! Andando con ordine: ad inizio anno un obiettivo importante che ci ha visti organizzare **6 incontri sui territori** improntati su un format per noi nuovo: **serate informative su tematiche su ci avete fatto pervenire molte richieste: "Alimentazione e Farmaci"**. In ottobre si affronterà il delicato tema del **"Dolore Cronico e il buon uso degli oppiacei e della cannabis terapeutica"**. L'impegno è stato notevole, ma grande è stata anche la soddisfazione di trovare sempre in sala un pubblico vivace che ha partecipato con attenzione fino alla fine degli incontri. Questo, che per noi era una sperimentazione realizzata sul territorio di Romagna, può dirsi un "obiettivo riuscito", pronto ora per essere divulgato su altri territori. La nostra attenzione infatti si è concentrata sull'area dell'Ausl unica di Romagna perché sta sviluppando un grande cambiamento organizzativo e un'unificazione di 4 servizi esistenti (Forlì-Cesena, Ravenna, Rimini), e lì era maggiore il bisogno della nostra presenza, e così è stato.
E' nostra ambizione proporre serate informative sulle stesse tematiche, di sicuro interesse, nell'area nord della Regione (Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza). Ci aspetta quindi una primavera ricca di appuntamenti... e vogliamo dividerne l'organizzazione (e anche un poco di lavoro, che non guasta) con tutti voi!! Fate conoscere e proponete alla nostra Segreteria Organizzativa (ass.amrer@alice.it) gli argomenti e le tematiche di cui vorreste parlare negli incontri informativi serali di prossima organizzazione. Cercheremo di non deludervi.

Due risultati importanti meritano poi una riflessione a sé rispetto alle singole azioni svolte. **Fibromialgia**: chi ci riesce da tempo sa quanto impegno sia stato messo in campo per mantenere desta l'attenzione su questa patologia che ancora purtroppo rende "invisibile" chi ne soffre. Bene ora sono orgogliosa di dirvi che un piccolo passo in avanti è stato fatto con la formazione di un tavolo di lavoro "istituzionale" da parte della Regione

Emilia Romagna. Come potrete leggere all'interno del periodico al tavolo partecipano vari professionisti del mondo socio-sanitario, e il compito – la sfida dico io – è quella di dare risposte concrete al bisogno dei pazienti. Primo fra tutti occorre fornire un riconoscimento formale alla malattia, un riconoscimento che derivi anche da un impegno di "politica sanitaria" che riconosca le criticità presenti e studi il miglior modo per dare soluzioni serie. Gli obiettivi posti sono alti: **fissare criteri diagnostici condivisi, definire approcci appropriati (farmacologici e non), agire sulla comunicazione ed educazione del paziente e del personale sanitario in modo concreto**. AMRER si impegna in questo confronto, come lo fa per tutte le altre patologie croniche infiammatorie, quali le artriti, le spondiloartriti, vasculiti e connettiviti. E proprio su queste voglio condividere la seconda riflessione per l'importante passo fatto nel **riconoscimento dei nuovi LEA – Livelli Essenziali di Assistenza**. 26 associazioni, impegnate sul territorio di tutte le regioni, si sono trovate assieme per condividere raccomandazioni e aggiornamenti da inviare alle Istituzioni i merito all'aggiornamento delle prestazioni in esenzione. Devo dire che noi abbiamo fatto la nostra parte, fornendo un lavoro importante sul know-how / esperienza maturata in regione, che in condivisione con tutte le esperienze delle singole associazioni ha permesso di far avere **un'unica voce** con le Istituzioni anche nazionali.



Nessuno può fare tutto, ma assieme possiamo fare qualche cosa!

In altri termini abbiamo dato prova del valore del nostro **Ruolo** come Associazioni, dando un contributo importante per soddisfare i bisogni dei cittadini e non solo nel rappresentarne il bisogno. Una azione unitaria questa da interpretare quale segno di maturità che ci auguriamo anche in futuro. Anche di questo troverete rimando nelle pagine del periodico.

Cosa facciamo come Associazione? Questa domanda mi viene posta spesso da parte di chi ci incontra la prima volta. Possiamo descrivere le tante attività di sensibilizzazione messe in campo, il sostegno diretto come le donazioni di strumentazioni agli ospedali, possiamo dire che rispondiamo a qualche centinaio di chiamate alla settimana da parte di pazienti e famigliari, ma il vero lavoro ci accorgiamo sempre più è quello che non **"appare"**... quello che io chiamo di "lobby" – in senso buono, sano. Sempre più infatti rappresentiamo una massa critica autorevole che si confronta con le Istituzioni e apre opportunità concrete ai bisogni dei pazienti. Sto pensando alle progettazioni delle reti assistenziali, ai percorsi di presa in carico, a come tutti assieme – tutti noi associati – facciamo parte di una macchina che sta cambiando la Sanità in meglio. Soprattutto in questo periodo di forte criticità per il sistema paese, **possiamo essere orgogliosi di aver contribuito tutti assieme a fare la differenza, chi con la propria quota sociale, chi donando ci aiuta a sostenere le attività, chi condividendo e diffondendo materiali informativi, chi regala disponibilità alle campagne solidali, chi tutti i giorni mantenendo aperta la sede, chi rispondendo al telefono e chi mettendo a disposizione professionalità e competenza.**

Sono orgogliosa in questo mandato di poter affermare come AMRER sia una grande famiglia che riesce a mettere assieme tante anime e tante realtà diverse, che si supportano e sostengono reciprocamente e puntano a crescere unite!
Ma non ci dobbiamo adagiare ... il cammino è ancora lungo e sempre più impegnativo ... conto su tutti voi come sempre, convinta che solo uniti potremo essere sempre più forti e autorevoli!

Buon Notiziario a tutti!

Guerrina Filippi ■



Segui le attività di AMRER anche su Facebook



www.facebook.com/AmrerAssMalatiReumaticiEmilaRomagna

Destina il
5x1000
a favore dei Malati Reumatici

AMRER onlus
Cod.Fiscale 80095010379
Tel./Fax 051 24.90.45 - Cell. 335 622.38.95
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

Rinnovo della quota sociale - Anno 2016

Ricordiamo agli associati l'importanza di versare la quota associativa per permettere di continuare a far fronte alle spese legate alla stampa e spedizione dei materiali.

Quota Socio Ordinario 15,00 Euro

Quota Socio Sostenitore 30,00 Euro

La ripartizione delle quote in soci ordinari e sostenitori vuole rendere possibile la ricezione del notiziario senza essere in difetto a chi ha bassi redditi invitando invece tutti gli altri a sostenere AMRER nell'affrontare le maggiori spese!



Convegno nazionale • 29 ottobre 2016 • Bologna

Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica e altre Spondiloartropatie



PROGRAMMA

29 Ottobre 2016

Sala Congressi "Archiginnasio"
Aemilia Hotel
Via Zaccherini, 16
40128 Bologna

8.45 Registrazione partecipanti
9.00 APERTURA LAVORI - SALUTO AUTORITA'

PRIMA PARTE: CAPIRE E CONOSCERE LE ARTRITI E LE SPONDILOARTRITI

Moderatori: Clodoveo Ferri - Modena
Nazzena Malavolta - Bologna

DAI SINTOMI ALLA DIAGNOSI PRECOCE

- 9.30 **ARTRITE REUMATOIDE**
Marcello Govoni - Ferrara
- 9.50 **ARTRITE PSORIASICA E ALTRE SPONDILOARTRITI**
Ignazio Olivieri - Potenza
Michele Gilio - Potenza
- 10.10 **ARTRITI IDIOPATICHE GIOVANILI**
Alessandro De Fanti - Reggio Emilia
- 10.30 **ARTRITI INFIAMMATORIE CRONICHE:
FATTORI GENETICI E AMBIENTALI**
Riccardo Meliconi - Bologna

LE COMPLICANZE EXTRARTICOLARI

- 11.20 **IL RUOLO DEL REUMATOLOGO**
Impegno cuore - polmoni
Marco Sebastiani - Modena
- 11.40 **IL RUOLO DEL DERMATOLOGO**
Impegno cutaneo
Massimo Morri - Rimini
- 12.00 **IL RUOLO DEL GASTROENTEROLOGO**
Impegno Gastro-Intestinale
Paolo Gianchetti - Bologna
- 12.20 **IL RUOLO DELL' OCULISTA**
Impegno Oculare
Luca Cimino - Reggio Emilia
- 12.40 **Dibattito**
- 13.00 **Pranzo buffet**

Incontro dedicato
a pazienti,
familiari e
personale sanitario

SECONDA PARTE: PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Moderatori: Gianluigi Baiocchi - Reggio Emilia
Massimo Rea - Bologna

- 14.00 **TERAPIE DI FONDO**
Alessandra Bezzi - Rimini
- 14.20 **TERAPIE BIOTECNOLOGICHE**
Carlo Salvarani - Reggio Emilia
- 14.40 **Discussione / Dibattito**
- 15.00 **BIOSIMILARI**
Annamaria Marata - Bologna
- 15.20 **REGISTRO FARMACI E PAZIENTI:
L'ESPERIENZA IN EMILIA ROMAGNA**
Olga Addimanda - Bologna
- 15.40 **Dibattito**
- 16.00 **TERAPIA RIABILITATIVA**
Stefano Masiero - Padova
Valentina Lazzari - Padova
- 16.20 **GRAVIDANZA IN CORSO DI ARTRITI**
Melissa Padovan - Modena
- 16.40 **DIETA E ALIMENTAZIONE**
Ester Giaquinto - Cesena
- 17.00 **Dibattito**
- 18.00 **Chiusura lavori + ECM**

INGRESSO GRATUITO

CONTESTUALIZZAZIONE

L'artrite reumatoide, l'artropatia psoriasica, la spondilite anchilosante o meglio le artropatie infiammatorie croniche rappresentano una sfida per un moderno Servizio Sanitario Pubblico in termini di organizzazione ed erogazione delle prestazioni specialistiche appropriate ed efficaci per pazienti cronici.

Diagnosi e trattamento precoci possono variare notevolmente il decorso della malattia, ma è necessario riconoscere i segni e sintomi di allerta che caratterizzano tali patologie e consentono un invio precoce allo specialista reumatologo.

L'incontro vuole favorire un confronto e aggiornamento sui principali aspetti legati alle artriti infiammatorie, partendo dalla diagnosi alla presa in carico farmacologica e non. Verranno approfonditi infatti anche i principali temi richiesti dai pazienti quali l'effetto dell'artrite e dei farmaci sulla gravidanza, dieta e alimentazione più adeguata in corso di tali patologie, e quale attività fisica e riabilitativa è maggiormente indicata.

Il tutto nell'ottica di garantire una sempre migliore qualità di vita del paziente.

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI



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

Via Gandusio, 12 • 40128 Bologna
Tel e Fax 051 24.90.45 • Call. 335 622.38.95
ass.amrer@alice.it • www.amrer.it
C.F. 80095010379

Iscrizioni al convegno
La partecipazione all'evento è gratuita, è richiesta iscrizione on-line sul sito www.amrer.it.

Per chi desidera fermarsi a pranzo è previsto un buffet con contributo di 10 €

CON IL PATROCINIO DI



Dolore Cronico e Malattie Reumatiche:

Il buon uso degli oppiacei e della cannabis terapeutica

Mercoledì 12 Ottobre 2016 - ore 21,00

VIA SERRAGLIO, 18 • CESENA
SALA CONVEGNI • ASSIPROV • CENTRO SERVIZI DEL VOLONTARIATO



RELATORI:

Dr. LUCA MONTAGUTI • Reumatologia
Dr. GERARDO SCHETTINO • Terapia del Dolore
Specialisti del Presidio Ospedaliero M. Bufalini Ausl della Romagna

INCONTRI CON LA CITTADINANZA • APERTI AL PUBBLICO - Partecipazione gratuita

Percorsi alle terme per reumatismi extra-articolari

Progetto Benessere Fibromialgia 2016



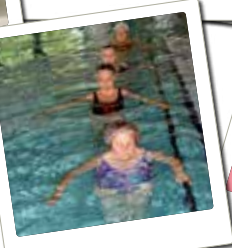
Il Progetto Benessere rappresenta un'attività promossa dall'Associazione AMRER per favorire protocolli e percorsi di educazione motoria per pazienti fibromialgici con l'obiettivo di **migliorare la sintomatologia dolorosa legata alla Sindrome Fibromialgica attraverso attività in ambiente termale.** ■

Progetto Benessere Fibromialgia 2016

Il percorso si svolge in 12 giornate (3h / giorno – gruppi max 8 persone) con cicli di attività in ambiente termale che prevedono ginnastiche in acqua termale, tecniche di rilassamento (massaggi e respirazione), trattamenti osteopatici e momenti informativi per conoscere e imparare a gestire al meglio la malattia. Il percorso è il risultato di un lavoro di verifica e "sperimentazione" in collaborazione con l'U.O.C. di Reumatologia di Ferrara. Da rilevazioni gli effetti benefici perdurano in maniera rilevante su un arco temporale di 60 gg. dal termine del percorso. Il progetto Benessere 2016 rappresenta una buona pratica di stili di vita che il paziente può apprendere e pensare di trasferire un domani nel proprio quotidiano.

Il protocollo previsto per 12 giorni prevede:

N.	Trattamenti	Tempo
	Visite mediche e assistenza medica alle terme	
2	Trattamenti Osteopatici	20'
1	Mini conferenza	30'
4	Tecniche Respiratorie e di rilassamento STRALE	50'
4	Ginnastiche in acqua di gruppo con operatore bordo vasca	60'
2	Massaggi FLOWER (Fiori di Back)	60'
2	Massaggi Terapeutici	30'
6	Accesso in piscina termale / acqua calda	



Periodi di realizzazione previsti

3 ottobre – 14 ottobre 2016
17 ottobre – 28 ottobre 2016
7 novembre – 18 novembre 2016

Tutti i gruppi si terranno con il seguente orario 08.30 – 13.00. L'impegno giornaliero sarà di massimo 3 ore/die.

Criteri di inclusione: diagnosi di Fibromialgia - età compresa tra i 18 e i 75 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).

Contributo spese per le attività nei 12 gg è pari a **280 €**

Per coloro che necessitassero del soggiorno in albergo **sono previste convenzioni a pensione completa in diversi alberghi di Riolo.**

N.b. la presente attività non costituisce offerta al pubblico, e non ha carattere commerciale.

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

A Natale prenota il panettone / pandoro artigianale a favore dei malati reumatici

A Natale sostieni anche tu la campagna di solidarietà promossa da AMRER con un **panettone / pandoro artigianale della ditta Giampaoli!**

Il contributo richiesto è una donazione minimo di **10 € a pezzo** e puoi già prenotarti chiamando la segreteria AMRER allo **051.249045.**

Il ricavato dell'iniziativa sarà destinato all'acquisto di strumentazione da donarsi alle strutture pubbliche per favorire **diagnosi precoce e controlli tempestivi** durante le visite reumatologiche.

Nel 2015 abbiamo donato un *Ecografo Articolare alla Reumatologia del Bufalini di Cesena.*

Nel 2016 vogliamo donare:

- **Ecografo Articolare** per la Reumatologia dell'Ospedale Infermi di Rimini (per i pazienti con **Artriti Infiammatorie Croniche**)
- **Capillaroscopio** per la Reumatologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna (per i pazienti con **Sclerodermia**)

Spediamo in tutta Italia con una prenotazione di minimo 2 cartoni (12 pezzi).

Info e prenotazioni:

AMRER Onlus

Tel. 051.249045 / Cell. 349.5800852

ass.amrer@alice.it – www.amrer.it



28 febbraio 2016 – Open Games di Misano Adriatico (Rimini)

Pazienti, medici e infermieri “in pista” contro la Malattia di Behçet - Simba e Amrer Onlus

“L’importante non è arrivare primi, ma arrivare insieme”: con questo spirito domenica 28 febbraio 2016, alla vigilia della Giornata delle Malattie Rare al Circuito Marco Simoncelli di Misano Adriatico dalle 9.30 si è svolta una camminata non competitiva aperta a pazienti, medici, infermieri e cittadini per promuovere l’informazione e la conoscenza della Malattia di Behçet, una patologia rara di tipo infiammatorio e autoimmune, fortemente invalidante e ancora poco conosciuta.

Spingere avanti la ricerca e, insieme, la qualità di vita, le prospettive di cura, l’accesso alle terapie e all’assistenza per i pazienti colpiti da Malattia di Behçet è lo spirito della “camminata non competitiva” che domenica 28 febbraio, alla vigilia della *Giornata delle Malattie Rare* si è svolta nel circuito Marco Simoncelli di Misano Adriatico: tre giri di pista percorsi dai pazienti con Malattia di Behçet e altre malattie rare insieme a medici, infermieri e famigliari che si uniranno alla corsa e spingeranno le carrozzine dei pazienti con abilità motorie compromessa dalla malattia. L’iniziativa, promossa da SIMBA Onlus - Associazione Italiana Sindrome e Malattia di Behçet e da AMRER Onlus - Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna, si svolge nell’ambito della Open Games Misano, la manifestazione annuale nella quale l’impianto apre le porte a discipline sportive a misura di famiglia, diverse da quelle a motore che ospita tradizionalmente.

La **Malattia di Behçet** si manifesta con una **prevalenza di 0,3-6,6 casi per 100.000 abitanti e pertanto rientra nel gruppo delle malattie rare**. La maggiore prevalenza si riscontra in Medio Oriente e Giappone, ma è particolarmente presente in tutta l’area del Mediterraneo. **I maschi sembrano essere leggermente più interessati rispetto alle donne**, mentre l’età di esordio si attesta generalmente tra i **15 e i 45 anni**, sebbene non siano rari i pazienti pediatrici ed anziani colpiti da tale patologia.

“Pur non essendo possibile descrivere in maniera netta e definita l’impatto che questa malattia esercita sulla qualità di vita di una persona, è innegabile che in alcuni pazienti essa determina un impatto emotivamente devastante con una qualità della vita scadente e

una drastica riduzione delle relazioni sia in ambito lavorativo che sociale” – afferma **Luca Cantarini, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Ospedale Santa Maria alle Scotte** – *“Del resto, un grande ruolo in termini di emarginazione sociale e diffidenza è ricoperto anche dalla mancanza di fonti di informazione valide ed affidabili capaci di fornire messaggi chiari e comprensibili a tutti, evitando mistificazioni e terrorismo psicologico.”*

Le cause della Malattia di Behçet non sono ancora note, ma si ritiene che alla sua insorgenza concorra un insieme di fattori genetici, infettivi e immunologici. La **vasculite**, ovvero l’infiammazione dei vasi, rappresenta l’alterazione patologica fondamentale della malattia, per lo più accompagnata da fenomeni trombotici con tromboflebiti occlusive superficiali o profonde degli arti inferiori. Afte orali e genitali, lesioni cutanee come l’eritema nodoso, lesioni articolari e lesioni oculari come l’uveite sono le manifestazioni più frequenti. Su alcuni organi come occhi, sistema nervoso e vascolare, i danni tendono ad accumularsi nel tempo portando, nel caso degli occhi, a un graduale ed irreversibile calo della funzione visiva. Il trattamento della Malattia di Behçet è sintomatico e varia a seconda dell’estensione e della gravità della forma e si basa sull’utilizzo di farmaci antinfiammatori, immunomodulanti e immunosoppressori, inclusi i recenti agenti biologici.

Per i pazienti **la prima difficoltà è arrivare a una diagnosi**: la Malattia di Behçet è poco conosciuta dagli stessi medici, spesso disorientati dal carattere polimorfo delle sue manifestazioni. Altra difficoltà è l’accesso ai farmaci in quanto non vi sono terapie specifiche per questa patologia.

Come patologia rara, la Malattia di Behçet necessita di **Centri Polispecialistici** e di una vera e propria **rete** in grado di creare **collaborazioni valide tra Centri territoriali di primo e secondo livello** così da indirizzare i pazienti ottimizzando un’appropriata presa in carico che eviti migrazioni sanitarie tra le Regioni.

“In Italia ogni Regione ha individuato i suoi Centri ma a causa della scarsa

informazione

i pazienti hanno qualche difficoltà a identificare il Centro a cui rivolgersi; manca inoltre una visione nazionale della rete assistenziale, ma in Europa ci si sta muovendo per creare in futuro un network europeo di Centri dedicati alla Malattia di Behçet” – afferma **Carlo Salvarani, Professore Straordinario di Reumatologia, Università di Modena e Reggio Emilia** – *“Le associazioni SIMBA e AMRER sono molto attive nell’indirizzare il malato dove possa essere seguito da un network di specialisti coordinati dal reumatologo, come accade nel nostro Centro di riferimento dell’Arcispedale Santa Maria Nuova-IRCCS di Reggio Emilia, con un ambulatorio dedicato nel quale lavorano a stretto contatto tra loro e con il malato, tutte le figure specialistiche coinvolte nel trattamento della malattia di Behçet”.*

L’approccio multidisciplinare è fondamentale per trattare questa patologia che colpisce più organi. In Emilia Romagna è stato attivato un tavolo di lavoro per identificare i Centri di riferimento e i PDTA, i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che dovrebbero facilitare la diagnosi e l’indirizzamento dei pazienti ai Centri e indicare farmaci, inclusi i biotecnologici, da prescrivere per ogni specifica tipologia e gravità di interessamento d’organo del Behçet.

“È prioritario costruire percorsi che indirizzino i pazienti in tempi rapidi ai Centri di cura e rendano meno burocratici gli iter di accesso alle terapie” – afferma **Daniele Conti, Responsabile area progetti AMRER Onlus** – *“Per questo in Regione si è attivato un tavolo di lavoro che dovrà mettere a punto i percorsi che coinvolgono vari specialisti. È importante lavorare anche sull’aggiornamento e formazione del personale sanitario e sulle relazioni medico-pazienti così da accompagnare i pazienti con patologie così severe nel percorso di cura e favorire il riconoscimento dei loro diritti, dall’attribuzione del codice di esenzione per il sospetto di malattia rara R99 fino all’accesso alle cure appropriate per la malattia”.*

Informazione sulla malattia e attenzione ai diritti dei pazienti sono gli obiettivi della camminata di Misano Adriatico che vedrà in prima fila **Giada Giorgetti**, giovane



ragazza di 20 anni, affetta dalla patologia di Behçet e già protagonista di Maratone sempre a bordo della sua specialissima "Ferrari a quattro ruote" spinta da un team di spingitori di carrozzelle.

"Convivere e accettare di avere una malattia rara non è facile soprattutto all'inizio, ed è difficile trovare comprensione negli altri quando ogni giorno si può avere un sintomo diverso. Il dolore caratterizza la nostra patologia perché non esistono farmaci appropriati, prendiamo altri farmaci che funzionano solo per alcuni periodi e poi smettono di funzionare" – afferma Giada Giorgetti – *"Stare in contatto con gli altri pazienti, partecipare a queste maratone, coinvolta dall'allegria e dalla forza di questi ragazzi, mi fa dimenticare almeno per un po' le difficoltà nonostante il dolore, e*

mi sprona a lottare e vivere sempre con il sorriso. Io da quando sono malata ho dovuto aspettare diverso tempo prima di ricevere una diagnosi e capire cosa avessi. Poi ho scoperto che ci sono dei Centri specializzati per questa patologia, che mi ha consigliato Simba, e quindi mi sto facendo curare da un Centro di riferimento di Siena".

Punto di riferimento per i pazienti e portavoce dei loro diritti sono le due Associazioni promotrici l'iniziativa: **SIMBA Onlus** e **AMRER Onlus**. SIMBA è l'Associazione Italiana Sindrome e Malattia di Behçet, con sede legale in Toscana e delegazioni nella maggior parte delle regioni italiane; AMRER l'Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna con sedi in tutto il territorio regionale. La sinergia tra

le associazioni impegnate nella lotta contro le criticità riscontrate dalla malattia nei pazienti è il primo passo per raggiungere l'obiettivo di diffusione delle informazioni sia ai pazienti che ai medici, siano essi di base che specialisti, della sensibilizzazione delle Istituzioni e delle Regioni al fine di creare nuovi Centri di riferimento che garantiscano un trattamento uniforme su tutto il territorio nazionale, una diagnosi precoce, l'instaurarsi di protocolli terapeutici che si adeguino alle linee guida internazionali. SIMBA Onlus e AMRER Onlus sono un punto di contatto fra i pazienti disseminati in tutta Italia ed i medici che possono seguirli ed aiutarli, aiutandoli ad uscire dall'anonimato ed a non sentirsi più soli, e vedersi riconosciuti diritti fondamentali di cura, assistenza e lavoro. ■

Alcuni scatti e momenti durante la manifestazione all'Autodromo di Misano



Volontari Simba Onlus e AMRER Onlus con medici ed infermieri

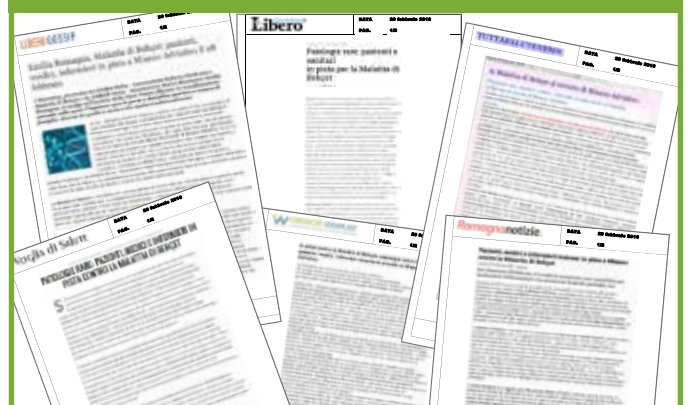


Da sx: Giada Giorgetti, Dr. Luca Cantarini (Siena), Dr. ssa Alessandra Bezzi (Rimini)



Un momento della camminata/corsa con Giada e gli "spingitori ufficiali"

RASSEGNA STAMPA: raggiunti oltre 4,5 milioni di lettori!



LE ASSOCIAZIONI PAZIENTI

SIMBA^{ONLUS}
Associazione Italiana Sindrome e Malattia di Behçet



SIMBA Onlus
Associazione Italiana Sindrome e Malattia di Behçet

Via XXIV Maggio, 28
56025 Pontedera - Pisa

Cell. 392.4175532
info@behcet.it
www.behcet.it



AMRER Onlus
Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna

Via Gandusio, 12
40128 Bologna
Tel/Fax 051.249045
Cell. 335.6223895
ass.amrer@alice.it
www.amrer.it

Aprile e Maggio 2016 – 6 incontri con la popolazione – Bologna, Rimini, Cesena, Ravenna

Incontri su Farmaci e Alimentazione nelle Malattie Reumatiche

Primavera 2016 – 6 incontri, con oltre 500 partecipazioni, si sono svolti in parallelo nelle città di Bologna, Rimini, Cesena e Ravenna per approfondire i temi dei Farmaci e dell’Alimentazione nelle malattie reumatiche. Con questa attività AMRER è sempre più vicina ai propri iscritti direttamente sul territorio con i professionisti e le istituzioni.

L’obiettivo per il 2017 sarà quello di allargare questa attività anche all’area nord della Regione Emilia Romagna, coinvolgendo le città di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza.

Un particolare ringraziamento a tutti i relatori, ai volontari e al pubblico.

A Bologna è stata abbinata l’Assemblea di approvazione Bilancio 2015 qui sotto un report sintetico della situazione economico-finanziaria approvata. ■



Alcuni scatti degli incontri relizzati

Bologna • 16 Aprile 2016



Relatori/Reumatologi: da sx: Olga Addimanda (Rizzoli) Massimo Reta (H. Maggiore) Marica Trevisani (S. Orsola) Riccardo Meliconi (Rizzoli)



Da sx: Martina Venerandi (Vice-presidente e Tesoriere AMRER) - Guerrina Filippi (Presidente AMRER) - Daniele Conti (Area Progetti AMRER)



Volontari AMRER al lavoro in accoglienza: Erica Lenzi, Annamaria Carparelli



Pubblico intervenuto all’incontro

SABATO 16 APRILE 2016 ore 10,00

ASSEMBLEA ANNUALE AMRER ONLUS Sala Consiliare Quartiere Porto Via dello Scalo, 21 40131 BOLOGNA

- Approvazione bilancio economico anno 2015
- Presentazione proposte attività 2016

A SEGUIRE: INCONTRO

TERAPIE E FARMACI NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE REUMATICHE:

CAPIRE E CONOSCERE LE TERAPIE TRADIZIONALI E BIOTECNOLOGICHE

Interverranno come relatori:

- Riccardo Meliconi - Olga Addimanda (Rizzoli)
- Massimo Reta (H. Maggiore)
- Marica Trevisani (S. Orsola)
- Marica Trevisani (S. Orsola)

INCONTRO CON LA CITTADINANZA APERTO AL PUBBLICO Partecipazione gratuita

Alcuni scatti degli incontri relizzati

Rimini • 5 Maggio 2016



Relatori/Reumatologi H. Infermi di Rimini: da sx: Alessandra Bezzi, Maria Cristina Focherini, Claudia Pari



Pubblico

INCONTRO

GIOVEDÌ 5 MAGGIO 2016 ore 20,30

FARMACI E MALATTIE REUMATICHE

c/o Sala Marvelli Palazzo della Provincia Via Dario Campana, 64 RIMINI

Interverranno:

- Dr.ssa Alessandra Bezzi (Rizzoli)
- Dr.ssa Maria Cristina Focherini (Rizzoli)
- Dr.ssa Claudia Pari (Rizzoli)

INCONTRO CON LA CITTADINANZA APERTO AL PUBBLICO Partecipazione gratuita

AMRER Onlus • C.F. 80095010379 • Via Gandusio, 12 • 40128 Bologna

Bilancio Sintetico • Situazione economico / patrimoniale

SITUAZIONE DI CASSA dal 1/01/2015 al 31/12/2015

ENTRATE	
Quote associative Donazioni e lasciti testamentari	€ 33.959,28
Contributi da Aziende Private	€ 31.471,95
Raccolte Fondi	€ 4.000,31
Ripartizione 5x1000 (rif. anno 2013)	€ 34.258,81
Altre	€ 173,18
TOTALE ENTRATE	€ 103.863,53

USCITE	
Spese dirette per servizi offerti (stampati, pubblicità, grafiche, spedizioni vs soci e pazienti etc)	€ 38.905,73
Costi di gestione	€ 25.074,31
Risorse umane (personale interno e professionisti per servizi ai pazienti)	€ 18.845,14
Rimborsi spese ai volontari	€ 6.917,23
TOTALE USCITE	€ 89.742,41

AVANZO ESERCIZIO ANNO 2015

ENTRATE	€ 103.863,53
USCITE	€ 89.742,41
AVANZO DI ESERCIZIO	€ 14.121,12

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

Alcuni scatti degli incontri relizzati

Ravenna • 21 aprile 2016 - 19 maggio 2016



Relatori da sx: Chiara Bonardi (*Dietista*) -
Simona Bosi (*Reumatologa*) - 21/04/2016



INCONTRI

GIOVEDÌ 21 APRILE 2016 • ore 20,00

**ALIMENTAZIONE
E MALATTIE REUMATICHE**
c/o Sala convegni DEA - Ospedale S. M. delle Croci
Viale Randi, 5 - RAVENNA

Interventando:
Dr.ssa Simona Bosi • Dietista e Nutrizionista Clinica
Azienda di Romagna • Osp. S. M. delle Croci • Ravenna

Dr.ssa Chiara Bonardi
• Dietista e Nutrizionista Clinica
Azienda di Romagna • Osp. S. M. delle Croci • Ravenna

**INCONTRI CON LA CITTADINANZA
APERTI AL PUBBLICO
Partecipazione gratuita**

GIOVEDÌ 19 MAGGIO 2016 • ore 20,30

**FARMACI
E MALATTIE REUMATICHE**
c/o Sala convegni DEA - Ospedale S. M. delle Croci
Viale Randi, 5 - RAVENNA

Interventando:
Dr.ssa Sarah Giacuzzo
• Medicina Interna e Reumatologia
Ospedale di Lugli in Ravenna
S. Maria delle Croci
Azienda di Romagna • Ravenna

Dr. Pierluigi Cataleta
• Reumatologia
Ospedale di Lugli in Ravenna
S. Maria delle Croci
Azienda di Romagna • Ravenna

Relatori da sx:
Sarah Giacuzzo
Pierluigi Cataleta
19/05/2016



Pubblico intervenuto all'incontro del 21/04/2016



Pubblico intervenuto all'incontro del 19/05/2016



Pubblico intervenuto all'incontro

Alcuni scatti degli incontri relizzati

Cesena • 12 aprile 2016 - 12 maggio 2016



Pubblico intervenuto all'incontro del 12/04/2016



Pubblico intervenuto all'incontro del 12/05/2016



Da sx: Guerrina Filippi,
Ester Giaquinto
(*dietetica e nutrizione
clinica*),
Marco Bruschi
(*reumatologia*)



Relatori da sx:
Ester Giaquinto
(*dietetica e nutrizione
clinica*),
Marco Bruschi
(*reumatologia*)



Paola Sambo
Reumatologia
Ospedale Bufalini
Cesena



Relatori da sx:
Francesca Caruso
(*Farmacia Ausl*),
Paola Sambo,
(*Reumatologia*) Ospedale
Bufalini Cesena

INCONTRI

MARTEDÌ 12 APRILE 2016 • ore 20,30

**ALIMENTAZIONE
E MALATTIE REUMATICHE**
c/o Sala convegni Assisprov
Via Serraglio, 18 - CESENA

Interventando:
Dr. Luca Montagnoli • Reumatologia
Azienda di Romagna • Ospedale M. Bufalini • Cesena

Dr.ssa Ester Giaquinto
• Dietista e Nutrizionista
Azienda di Romagna • Ospedale M. Bufalini • Cesena

**INCONTRI CON LA CITTADINANZA
APERTI AL PUBBLICO
Partecipazione gratuita**

GIOVEDÌ 12 MAGGIO 2016 • ore 20,30

**FARMACI
E MALATTIE REUMATICHE**
c/o Sala convegni Assisprov
Via Serraglio, 18 - CESENA

Interventando:
Dr. Luca Montagnoli • Reumatologia
Azienda di Romagna • Ospedale M. Bufalini • Cesena

Dr.ssa Francesca Caruso
• Farmacia
Azienda di Romagna • Ospedale M. Bufalini • Cesena

Occhiobello • 2 maggio 2016 • Alcuni scatti degli incontri realizzati

Malattie Reumatiche: artriti, artrosi e dolore cronico

Con piacere riportiamo alcuni scatti del bell'incontro svoltosi ad Occhiobello, cui abbiamo partecipato portando la nostra esperienza su invito di Doriana, una associata AMRER. Doriana con impegno e un sano spirito di buona volontà ha reso possibile per il suo territorio questo incontro cui hanno aderito professionisti, istituzioni e due associazioni (AMARV e AMRER) che si sono confrontate apertamente in sinergia e collaborazione.

Un ringraziamento particolare al Centro Sociale "Azzurro" che ci ha ospitato e a tutti i volontari che lo hanno reso possibile. ■



Gruppo AMRER Cesena • Alcuni momenti di sensibilizzazione alla popolazione • maggio / giugno 2016

Bivio di Montegelli / "Muoviti in Valle" • Cesena / "Fiera San Giovanni"

Momenti di sensibilizzazione alle Malattie Reumatiche in occasione di manifestazioni sportive e fieristiche sono appuntamenti importanti per far conoscere l'importanza delle Malattie Reumatiche e il lavoro dell'Associazione. Bravi i volontari di Cesena e Rimini che collaborando sono stati presenti ai due eventi sul territorio! ■



Vilma • Fiera S. Giovanni



Milena, Irene e Sabrina • Fiera S. Giovanni



Marta ed Edoardo • Muoviti in Valle



Ana Flora • Fiera S. Giovanni



Anna • Fiera S. Giovanni



Roma • Alcuni momenti i formazione • maggio / giugno 2016

Comunicazione medico / pazienti: i volontari in aula!!

La **comunicazione tra medici e pazienti** assume un ruolo fondamentale nel rapporto di alleanza alla base della presa in carico di malattie croniche. Molto lavoro c'è ancora da fare... e i volontari vanno a scuola per confrontarsi e imparare le migliori strategie da "esportare" sul territorio! AMRER è in prima linea per mantenersi aggiornata e guardare al futuro! Un grazie particolare a **Fondazione MSD** che ha reso possibile l'evento formativo. ■



Luglio 2016 – Primo tavolo istituzionale sulla Fibromialgia

Fibromialgia, Emilia Romagna prima Regione a fare luce sulla “malattia invisibile”

Istituto dalla Regione Emilia Romagna un Gruppo tecnico di lavoro sulla fibromialgia: si tratta della prima Determina Regionale in Italia su questa complessa patologia.

La **fibromialgia** colpisce il **2-4% della popolazione generale**; in Italia si stimano circa 900.000 fibromialgici, pazienti cosiddetti ‘invisibili’.

Il Gruppo tecnico di lavoro riunisce AMRER - Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna ed esperti delle tre Aree Vaste emiliano-romagnole per fornire risposte concrete ai bisogni dei pazienti e dei loro caregiver.

Bologna, 15 luglio 2016 – La fibromialgia, o sindrome fibromialgica (SFM), è una malattia molto frequente eppure difficile da riconoscere a causa dell'assenza di specifici esami in grado di certificarne i sintomi e il dolore, cronico e diffuso, che la caratterizza, e proprio per questo viene spesso definita “malattia invisibile”. Adesso, anche a seguito dell'accesso dibattito nazionale, nato per fare chiarezza sulla gestione di questa patologia che può creare serie invalidità, al quale hanno partecipato AMRER - Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna, Istituzioni regionali, clinici e cittadini, arriva la prima Determina a livello nazionale, pubblicata in questi giorni in Gazzetta Ufficiale, con la quale la Regione Emilia Romagna costituisce un Gruppo tecnico di lavoro dedicato alla fibromialgia. La risoluzione della Regione Emilia Romagna segue il recepimento da parte dell'Assessorato regionale alle pressanti richieste non solo da parte dell'Associazione pazienti ma anche da diversi gruppi di malati spontaneamente riunitisi, riguardo a un riconoscimento della sindrome fibromialgica sia per la presa in carico sia per l'invalidità che ne deriva.

«La valenza di questa iniziativa è duplice – dichiara **Sergio Venturi**, Assessore alle Politiche della Salute della Regione Emilia Romagna – da un lato il suo valore consiste nel coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti che consentirà un attento lavoro di rilevamento del bisogno e della programmazione necessaria, dall'altro è di tipo scientifico, considerato il rapporto che abbiamo con il Ministero della Salute per l'individuazione dei criteri diagnostici della fibromialgia. Siamo certi che l'impegno assunto dall'Assessorato potrà contribuire

al dibattito nazionale e a identificare una modalità corretta di presa in carico dei pazienti».

Il Gruppo tecnico, composto da una squadra di 15 esperti, tra cui componenti dell'Associazione dei pazienti ed esperti delle tre Aree Vaste emiliano-romagnole, lavorerà a pieno ritmo fino al 31 dicembre prossimo.

«Questa determina della Regione Emilia Romagna non rappresenta la soluzione del problema, ma una concreta presa d'atto del bisogno dei pazienti e la volontà da parte dei decisori politici regionali di fornire risposte concrete e valide per realizzare una presa in carico appropriata al bisogno del malato – dichiara **Daniele Conti**, Responsabile Area Progetti AMRER – ad oggi le esperienze maturate sul territorio italiano sono state da un lato limitate a livello locale, mi riferisco alle esperienze delle Province di Trento e Bolzano, dall'altro legate ad impegni putativi di programmazione futura nei piani sociosanitari. Come Associazione apprezziamo la risposta concreta data dalla Regione Emilia Romagna; adesso dovremo lavorare sodo per raggiungere quanto prima proposte condivise e per fornire una presa in carico dei pazienti reale, appropriata ed efficace. L'urgenza di offrire una risposta concreta nasce anche dalla necessità di spezzare la catena di soluzioni a dir poco fantasiose che spopolano sul web e che espongono a rischi severi per la salute decine e decine di malati oltre a incidere negativamente a livello economico».

La fibromialgia, con una prevalenza del 2-4% nella popolazione generale, sembra prediligere il sesso femminile con un rapporto uomo-donna di 1:8 e un esordio tra i 25-35 anni per i maschi e per le femmine tra i 45 e i 55 anni. Il 15% delle visite specialistiche presso un ambulatorio reumatologico è erogato per pazienti con questa sindrome, che rappresenta anche il 5% delle visite presso un medico di medicina generale.

«La fibromialgia è una malattia complessa che si caratterizza per una sintomatologia dolorosa diffusa, nella quale il dolore cronico (cioè persistente) diventa un elemento parassita che compromette pesantemente la qualità di vita del paziente. La fibromialgia appartiene ai cosiddetti reumatismi extra-articolari generalizzati – spiega **Marcello Govoni**, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Reumatologia, Ospedale Sant'Anna,



Cona di Ferrara – e non esistono dati epidemiologici definitivi (si stima una prevalenza del 2-4%) ma sappiamo che è piuttosto diffusa e di frequente osservazione nei nostri ambulatori specialistici così come in quelli dei medici di medicina generale; si distingue una forma primitiva, quando la malattia è isolata, dalla forma secondaria, associata ad altre patologie. L'approccio è essenzialmente mirato a ridurre il dolore e migliorare la qualità di vita dei pazienti e in tal senso oggi i pazienti possono essere curati; tuttavia non esiste ‘una’ terapia della fibromialgia, ma tanti approcci quanti sono i pazienti e l'intervento prevede, oltre alle terapie farmacologiche, trattamenti riabilitativi, terapie fisiche e tecniche di tipo cognitivo-comportamentale che non possono che essere di tipo personalizzato e adattati al singolo paziente».

Il Gruppo tecnico di lavoro regionale nei prossimi mesi si adopererà per migliorare la conoscenza della malattia e la sua epidemiologia (incidenza e prevalenza), per stabilire l'appropriatezza diagnostica e dei trattamenti, per proporre percorsi e prestazioni assistenziali appropriati, e infine per programmare interventi di comunicazione e formazione per gli operatori, i pazienti e le loro famiglie. ■



Malattie Reumatiche e Alimentazione – Atti incontro pubblico di Ravenna

Introduzione alle determinanti della salute e stili di vita appropriati



Simona Bosi
 Servizio di Reumatologia • Ausl Romagna
 Presidio Ospedaliero S Maria delle Croci • Ravenna
 simona.bosi@auslromagna.it



Le malattie reumatiche, o reumatismi, sono un gruppo di malattie che causano disturbi a carico dell'apparato locomotore (cioè articolazioni, ossa, tendini) e dei tessuti di sostegno (o connettivi) dell'organismo. Possono quindi colpire vari tessuti ed organi (cuore, polmone, rene, muscolo, intestino, occhio, pelle etc), avendo così un'espressione sistemica.

I **reumatismi** vengono divisi in **infiammatori, degenerativi, metabolici ed extraarticolari**.

Tab. 1 Classificazione delle principali forme di "reumatismi"

Reumatismi infiammatori articolari Artriti primarie e spondilo-entesoartriti (Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondilite Anchilosante...)
Connettiviti e vasculiti (Lups Eritematosi Sistemico, Sclerodermia...)
Artriti da agenti infettivi (Lyme, ParvovirusB19, RAA...)
Artropatie da microcristalli e dismetaboliche (Gotta, Condrocalsinosi...)
Artrosi
Affezioni dolorose non traumatiche del rachide (sciatica...)
Reumatismi extra-articolari (Fibromialgia, Sdr miofasciale, Periartriti...)
Sindromi neurologiche, neurovascolari e psichiche (Algodistrofia, Reumatismi psicogeni...)
Malattie dell'osso (Osteoporosi, Paget...)
Malattie congenite del connettivo (Marfan...)
Neoplasie e malattie correlate
Altre malattie con possibili manifestazioni reumatologiche (Sarcoidosi, Amiloidosi...)
Miscellanea (Sindrome di Tietze)

I principali **reumatismi infiammatori** sono l'Artrite Reumatoide, l'Artrite Psoriasica, la Spondilite Anchilosante, le Connettiviti (LES, Sjogren, Dermato-polimiosite, Connettiviti indifferenziate e Connettivite mista) e le Vasculiti. Queste forme reumatiche sono dovute a meccanismi autoimmunitari, ossia le cellule del proprio sistema immunitario (il sistema di difesa del nostro organismo) aggrediscono le articolazioni e gli altri tessuti dello stesso organismo provocando una infiammazione. La causa non è nota, è verosimile che in un soggetto predisposto geneticamente fattori scatenanti come stress, vaccini, infezioni possono scatenare dei processi autoimmuni infiammatori.

Il principale **reumatismo degenerativo** è l'artrosi. Rispetto ai reumatismi infiammatori in questa malattia l'aspetto infiammatorio, seppur presente, è minore. L'artrosi colpisce soprattutto le persone più avanti con gli anni essendo connessa all'usura delle articolazioni e ad uno squilibrio tra eccesso di danno cartilagineo e ridotta capacità della cartilagine di "guarire" il danno. Artrite ed artrosi vengono spesso usati in modo intercambiabile in modo improprio, in quanto entrambe interessano le articolazioni ed entrambe sono caratterizzate da dolore accompagnato da rigidità e limitazione nei movimenti delle articolazioni colpite, tuttavia il quadro clinico, obiettivo e l'eziopatogenesi delle due malattie sono differenti.

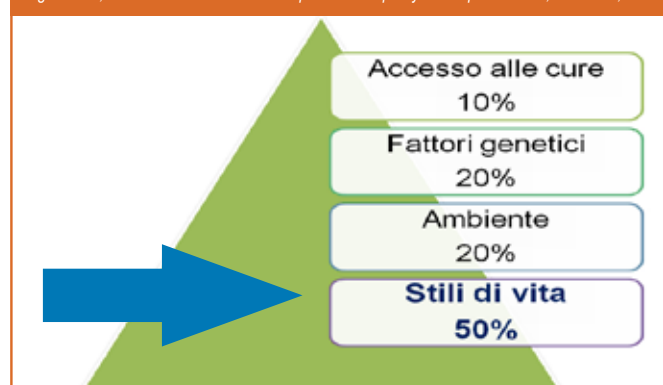
Tra i **reumatismi dismetabolici** il più frequente è la gotta, causata dal deposito di cristalli di acido urico nelle articolazioni con conseguente infiammazione. La gotta colpisce in particolare persone in sovrappeso o obese, con dislipidemie, alterazione della tolleranza al glucosio o diabete, spesso con consumo eccessivo di alcool ed alimentazione ricca in carni rosse e frattaglie.

I **reumatismi extraarticolari** comprendono forme localizzate come le tendiniti, le periartriti, le borsiti, le sindrome dolorose miofasciali e forme diffuse tra cui la sindrome fibromialgica, una malattia ad alto impatto sociale caratterizzata da dolore muscolo scheletrico diffuso e da astenia (stanchezza) e dalla presenza all'esame obiettivo di punti dolorosi chiamati punti tender.

La **terapia delle malattie reumatiche** varia molto in relazione al tipo di malattia, deve essere personalizzata e richiede un approccio multidisciplinare fra vari specialisti (Reumatologo – Ortopedico – Fisiatra – Psicologo – Terapista del dolore) al fine di individuare le modalità ed i tempi di intervento ed una sinergia tra il trattamento farmacologico e quello non farmacologico. Gli **obiettivi del trattamento saranno diversi a seconda della fase della malattia**, le finalità saranno in primis il **controllo del dolore** e della **limitazione funzionale**, in secondo luogo il **blocco della possibilità di evoluzione in senso deformante**

I determinanti della salute

Img: Badura, B - Scientific foundations for a public health policy in Europe - Juventa, Weinheim, 1995



della **patologia** evitando il conseguente danno permanente ed handicap.

Le **abitudini di vita** incidono altamente sullo stato di salute degli individui, ecco perché fattori come l'obesità o il fumo giocano un ruolo chiave nello sviluppo e nel decorso delle malattie reumatiche. Uno stile di vita sano deve essere quindi parte integrante del piano terapeutico delle malattie reumatiche. Ciascun paziente dovrebbe conoscere, condividere e mettere in pratica uno stile di vita adatto al proprio stato di salute.

L'**esercizio fisico** deve adattarsi costantemente alle caratteristiche di ogni singolo paziente ed essere assiduo, continuativo ed immediatamente interrotto qualora causi dolore, deve tener conto dell'attività di malattia, delle deformità articolari presenti, delle eventuali manifestazioni extra-articolari e non ultimo delle inclinazioni del paziente. Numerosi studi documentano che l'esercizio aerobico migliora le prestazioni cardiovascolari, la tolleranza e la resistenza all'esercizio, la stanchezza, la funzione cognitiva, il tono dell'umore e il ritmo sonno-veglia ed ha un impatto positivo sulla l'obesità, la sindrome metabolica, il diabete, il rischio cardiovascolare.

Tra gli stili di vita da evitare vi è l'**abitudine tabagica**, in quanto è stato dimostrato una correlazione tra fumo e un maggior rischio di sviluppare artriti infiammatorie come la artrite psoriasica (3.3 volte per chi fuma più di 20 sigarette/die) e la Artrite Reumatoide (40% di rischio in più di sviluppare AR in soggetti predisposti). Il fumo espone ad un maggior rischio di sviluppare LES, in particolare le sue manifestazioni cutanee, e l'Osteoporosi. Il fumo correla con il peggioramento dei sintomi assiali nella spondilite. Nell'Artrite Reumatoide è responsabile di una malattia persistentemente attiva con rapida progressione del danno articolare e peggiore risposta al MTX e agli anti-TNFalfa. Nel LES il fumo si associa a minore efficacia dell'Idrossiclorochina ed a maggior rischio di eventi cardiovascolari e di insufficienza renale terminale. Nella Sclerosi Sistemica fumare aumenta il rischio di ulcere digitali (>3-4 volte). Nella Sindrome da Anticorpi Anti Fosfolipidi aumenta il rischio di trombosi.

Anche l'**eccesso di peso** è una condizione da evitare in quanto può favorire la comparsa ed il peggioramento di varie malattie reumatiche, come l'artrosi delle anche e delle ginocchia. Il sovrappeso in età adolescenziale è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo di Artrite Reumatoide e di Artrite Psoriasica. Nell'Artrite Reumatoide l'obesità si associa a maggiore attività di malattia e ad una minore risposta ai farmaci, peggiore funzione fisica, disabilità e peggiore qualità della vita. Nel Lupus Eritematoso Sistemico rappresenta un fattore di rischio per sviluppo di ipertensione, dislipidemia, diabete e complicanze cardiovascolari.

L'**esposizione alla luce** deve essere diversificata nelle diverse malattie reumatiche. Nella popolazione generale l'eccessiva esposizione solare si associa a tumori cutanei ed invecchiamento precoce, rimane tuttavia indispensabile per la produzione di vitamina D e di endorfine. Nei pazienti affetti da malattie reumatiche bisogna porre attenzione a eventuali farmaci foto sensibilizzanti in atto (es. Idrossiclorochina, steroidi). Bisogna porre molta cautela nei pazienti con Lupus nei quali l'esposizione alla luce solare può scatenare fotosensibilità, peggioramento delle lesioni cutanee e/o sintomi sistemici. Raccomandazioni generali sono quelle di evitare di esporsi nelle ore centrali della giornata (h.11.00-16.00), utilizzare schermi solari ad ampio spettro (UVA e UVB), applicare lo schermo almeno 20' prima dell'esposizione e rinnovare l'applicazione frequentemente. Utile il ricorso anche ad antiossidanti naturali nell'alimentazione (vitamina E, flavonoidi).

L'**alimentazione** nelle malattie reumatiche deve essere attentamente curata, sia per prevenire eccessi di peso, sia per determinare livelli adeguati di sostanze nutritive e di antiossidanti nell'organismo. Le strategie dietetiche saranno diversificate a seconda che si debba gestire un paziente artrosico, osteoporotico, gotoso, fibromialgico o con altre forme reumatiche. ■

Alcune slides della presentazione realizzata



FUMO DI TABACCO

FATTORE DI RISCHIO PER COMPARSA

40% di rischio in più di sviluppare AR in soggetti predisposti - (dose dipendente)

- ▶ Maggiore rischio di sviluppare artrite psoriasica (3.3 volte e che fuma >20 sigarette/die) e peggiore risposta al MTX e agli anti-TNFalfa.
- ▶ Maggiore rischio di sviluppare LES, in particolare delle manifestazioni cutanee.
- ▶ Maggiore rischio di sviluppare Osteoporosi
- ▶ Peggioramento dei sintomi assiali nella spondilite.
- ▶ LES minore efficacia dell'Idrossiclorochina, maggior rischio di eventi cardiovascolari, insufficienza renale terminale.
- ▶ Sclerosi sistemica maggior rischio di ulcere digitali (>3-4 volte)

Miglioramento della proteina
 Sviluppo dell'artrite

Dall'oca Smeralda - Ar. Osp. S. Maria delle Croci - Milano

STILE DI VITA E MAL. REUMATICHE

OBESITÀ E SOVRAPPESO

Dall'oca Smeralda - Ar. Osp. S. Maria delle Croci - Milano

ESPOSIZIONE SOLARE E MALATTIE REUMATICHE

- ▶ Benessere
- ▶ Indispensabile per la produzione di vitamina D

- ▶ Nella popolazione generale l'eccessiva esposizione solare si associa a tumori cutanei ed invecchiamento precoce
- ▶ Raccomandazioni diverse nelle diverse malattie reumatiche
- ▶ Attenzione ai farmaci foto - sensibilizzanti (es. steroidi, antimalarici, antibiotici)
- ▶ In pazienti con lupus può causare fotosensibilità, peggioramento delle lesioni cutanee o sintomi sistemici

Dall'oca Smeralda - Ar. Osp. S. Maria delle Croci - Milano

DIETA E OSTEOPOROSI

Fabbisogno di calcio giornaliero

Bambini 1-10 anni	1000-1300 mg/die
Adolescenti	1200-1500 mg/die
Adulti	1000 mg/die
Adulti con Osteoporosi	1500 mg/die

1200 mg/die giorno per la donna in gravidanza

La caffeina aumenta le perdite di calcio attraverso il rene e intestino. Moderare il consumo di caffeina!

Dall'oca Smeralda - Ar. Osp. S. Maria delle Croci - Milano

Malattie Reumatiche e Alimentazione – Atti incontro pubblico di Ravenna

Alimentazione e Malattie Reumatiche



Chiara Bonardi

Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica • Ausl Romagna
Presidio Ospedaliero S Maria delle Croci • Ravenna
chiara.bonardi@auslromagna.it



L'alimentazione gioca un ruolo importante nella prevenzione e nella cura di numerose patologie. Le malattie reumatiche non fanno eccezione: **ma che tipo di alimentazione è consigliata in questi casi?**

Su internet si possono reperire tantissime informazioni in merito ma queste spesso risultano poco chiare, incomplete o prive di fondamento scientifico.

Non esiste una vera e propria dieta "specificata" per il gruppo delle malattie reumatiche, ma sappiamo che la corretta alimentazione, associata alla dieta mediterranea e ad uno stile di vita sano rappresenta un alleato fondamentale nella gestione di queste patologie.

La **piramide alimentare** è il simbolo della sana ed equilibrata alimentazione.

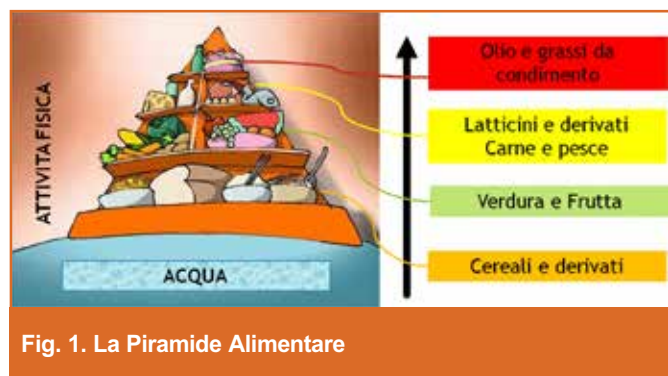


Fig. 1. La Piramide Alimentare

Con la sua forma geometrica, a "piramide" appunto, permette di focalizzare in modo immediato e diretto le porzioni delle varie categorie di alimenti raccomandate nella giornata e ci guida nella scelta giornaliera degli alimenti. È formata da sei sezioni contenenti vari gruppi di alimenti. Ciascun gruppo deve essere presente nella dieta in modo proporzionale alla grandezza della sua sezione. Alla base della piramide sono presenti gli alimenti che possiamo utilizzare più liberamente, al vertice quelli che è meglio limitare.

La sezione più ampia è rappresentata da **cereali e derivati** (es. pane, pasta, riso, ecc) con un consumo indicativo giornaliero che va da 5 a 11 porzioni al giorno, il gradino successivo è rappresentato da **frutta e verdura** (circa 5-6 porzioni al giorno rispettandone la stagionalità), salendo la piramide si passa a **latte e derivati** (circa 2-3 porzioni al giorno), sullo stesso piano troviamo le pietanze come **carne, pesce, uova e legumi** (indicativamente 2 porzioni al giorno per questo gruppo di alimenti) fino a raggiungere l'apice dove troviamo la porzione più piccola e che quindi avrà un consumo quantitativamente ridotto: quella dei **grassi**.

Alla base della piramide è collocata l'**acqua**: per il mantenimento di un corretto stato di idratazione si raccomanda un consumo di almeno 8 bicchieri al giorno. È importante assecondare sempre il senso di sete, anzi tentare di anticiparlo, bevendo a sufficienza. Si consiglia di bere acqua, nell'arco della giornata, frequentemente e in piccole quantità.

Infine, intorno alla piramide alimentare, è presente l'**attività fisica** che è fondamentale al mantenimento di uno stile di vita sano e attivo.

Non solo la **quantità** degli alimenti è importante, ma anche le **frequenze di consumo**; entrambi gli aspetti concorrono al raggiungimento di una condotta alimentare corretta. Ad esempio, salvo diversa prescrizione medica, si potrà consumare la carne 4-5 volte a settimana preferendo il consumo della carne bianca a quella rossa, una valida alternativa al consumo di carne è il consumo di legumi, mentre per il pesce il consumo

raccomandato è di almeno 3 volte a settimana. È importante limitare il consumo degli affettati a 2 volte a settimana preferendo quelli magri. Anche il formaggio, preferibilmente fresco/morbido è da consumare non più di 2 volte a settimana.

Altra regola importante è **non saltare mai i pasti** e quando possibile frazionare la giornata inserendo, oltre ai 3 pasti principali, anche uno spuntino a metà mattina ed uno a metà pomeriggio.

Oltre alla piramide alimentare, la **dieta mediterranea** concorre al raggiungimento di una corretta alimentazione. La dieta mediterranea è ricca di sali minerali, vitamine e fibre, permette il raggiungimento ed il mantenimento di un corretto peso corporeo. Possiede inoltre tre importanti effetti dimostrati scientificamente: l'effetto antiossidante, antiinfiammatorio ed protettivo nella prevenzione di alcuni tumori. La dieta mediterranea è inoltre ricca di alimenti definiti "funzionali", alimenti che grazie alle loro caratteristiche benefiche aiutano il mantenimento di un buono stato di salute.



Fig. 2. Gli alimenti funzionali

Tra gli **alimenti "funzionali"** più noti troviamo: l'**olio di oliva** ricco di acidi grassi monoinsaturi e fitosteroli peraltro contenuti anche nella **frutta secca**; il **pesce** e l'**olio di pesce** con gli acidi grassi omega-3, lo **yogurt** ricco di probiotici e fermenti lattici vivi; la **frutta** e la **verdura** che insieme agli **alimenti integrali** si caratterizzano perché ricchi in fibra e probiotici; i **mirtilli** ed il **tè verde** ricchi di polifenoli e flavonoidi; **arachidi, ceci, spinaci, uova, broccoli e carne** sono gli alimenti che contengono il coenzima Q10, una molecola con un'importante azione antiossidante; il **vino rosso** con il resveratrolo e la **vitamina D** che non è contenuta in nessun alimento, se non in piccole tracce, si produce e assorbe attraverso l'esposizione solare. Al contrario degli alimenti "funzionali" è invece importante minimizzare il consumo dei "cibi spazzatura", quegli alimenti caratterizzati da un'alta densità calorica, con uno scarso valore nutrizionale e che risultano quindi di bassa qualità. Ne sono un esempio i panini del fast food, patatine fritte, dolci confezionati, ecc... questi alimenti sono da evitare perché potrebbero favorire un'azione infiammatoria.

Molta attenzione anche al consumo di alimenti definiti "pronti all'uso", poiché ricchi di glutammato di sodio (particolarmente presente nei dadi da cucina), che potrebbero favorire un'attività infiammatoria. Preferire gli alimenti freschi e di stagione rimane una scelta salutare e consigliata.

Infine, stare attenti a ciò che si consuma è fondamentale ed è possibile anche attraverso una **attenta lettura delle etichette e degli ingredienti**, l'ordine degli ingredienti riportati infatti non è casuale, i primi ingredienti riportati sono solitamente quelli contenuti in percentuali maggiori. ■

Alcune slides della presentazione realizzata

Osteoporosi e Nutrizione

- Preservare la salute dell'osso.
 - Raggiungere e mantenere un peso corporeo adeguato
- L'alimentazione gioca un ruolo importante non solo nei soggetti **adulti**, ma anche nel **bambino** e nell'**adolescente** nei quali l'alimentazione ha un'azione PREVENTIVA.

Sana Alimentazione
Stile di vita sano
CALCIO
VITAMINA D

Calcio:

1000 mg/die (18 - 60 anni)
1200 mg/die (> 60 anni)
1200 mg/die (donne in menopausa)
Fonte: Lom



Osteoporosi e Nutrizione

- In caso di intolleranza al lattosio?
Prodotti ad alta digeribilità -HD-
- Altre fonti di calcio?
 - ACQUA ricca di calcio e povera di sodio
 - PESCE come latticini o alici
 - FRUTTA SECCA come noci, nocciole e mandorle
 - ALCUNI SEMI come semi di lino o sesamo
 - VERDURA soprattutto quella -verde- come broccoletti, indivia, spinaci, cardi

Ridotta biodisponibilità



Gotta e Nutrizione

Sana Alimentazione
Stile di vita sano
Evitare il consumo eccessivo di
Bere molta acqua
Consumare alimenti ricchi di vit. C



Artrite Reumatoide e Nutrizione

Sana Alimentazione
Stile di vita sano

- Frutta e Verdura
- Olio di oliva extravergine
- Noci
- Pesce
- Preferire le proteine vegetali
- Preferire i cereali **integrali**
- No ai cibi spazzatura (incorrono l'infiammazione!)



Artrosi e Nutrizione

CONTROLLO DEL PESO CORPOREO

Classificazione in base all'IMC (BMI) (kg/m²):

Sottopeso < 18,5 kg/m²
Normopeso 18,5-24,9 kg/m²
Sovrappeso 25-29,9 kg/m²
Obesità I grado 30-34,9 kg/m²
Obesità II grado 35-39,9 kg/m²
Obesità III grado > 40 kg/m²



Fonte: WHO



Fibromialgia e Nutrizione

Frutta e verdura
Cereali Integrali
Vitamina D
coenzima Q10

RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO DI UN CORRETTO PESO CORPOREO

No al dado da cucina e al dolcificante aspartame

Sclerosi Sistemica e nutrizione

Possibile coinvolgimento del tratto gastrointestinale:

- Alterazioni della deglutizione
- Presenza di malassorbimento intestinale
- Scarso appetito
- Riduzione degli apporti calorici giornalieri

→ Calo ponderale involontario

Rischio di Malnutrizione

Integratori VS Alimenti Naturali

- Integratori alimentari:
-prodotti alimentari destinati ad **integrare la comune dieta** e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive-



Gli alimenti funzionali, con la loro attività antinfiammatoria e antiossidante, agiscono **meglio** se assunti sotto forma ALIMENTARE che non come integratori.

Malattie Reumatiche e Alimentazione – Atti incontro pubblico di Cesena

Dietoterapia e Malattie Reumatiche



Ester Giaquinto

Servizio di Dietetica e Nutrizione • Ausl Romagna
Presidio Ospedaliero M. Bufalini • Cesena
ester.giaquinto@auslromagna.it

Testo liberamente tratto dall'intervento eseguito durante l'incontro,
trascrizione a cura di Erica Lenzi e Daniele Conti



Parlare di Dietoterapia associata alle Malattie Reumatiche apre un mondo molto ampio e complicato. Da una parte abbiamo il “mondo scientifico”, con pochi lavori e dati su gruppi esigui di pazienti (casistiche con 50/70 persone). Dall'altro abbiamo quello che potremmo definire il “mondo digitale”, quello di internet, dove è possibile reperire veramente di tutto e di più, ma con un problema di fondo importante, ossia riuscire a discriminare quello che è giusto da quello che non lo è.

Internet è indubbiamente uno strumento importante che usiamo per raccogliere informazioni, creare una nostra massa critica, ma dobbiamo prestare attenzione all'oggetto su cui lo indirizziamo per non trovare rischi mentre cerchiamo invece di avere dei benefici. Se lo usiamo per conoscere ad esempio una ricetta, che questa riesca più o meno bene ci comporterà un rischio accettabile e approssimativamente minimo. Ma quando lo vogliamo usare per una notizia scientifica, soprattutto se questa coinvolge una determinante della nostra salute, occorre prestare molta attenzione. Non è opportuno sostituire con questo strumento il parere di un medico. Nell'ambito delle diete c'è un rischio non percepito, ma sicuramente presente. Si cerca un consiglio, una dieta e si trovano schemi di ogni tipo che suggeriscono abbinamenti e privazioni, che se singolarmente possono anche avere un razionale, hanno il difetto di non considerare la persona nella sua complessità e nel bisogno specifico che può avere in termini di salute. Una dieta “fai da te” rischia di portare a delle privazioni di nutrienti che possono arrivare a delle vere e proprie carenze fino a creare casi di malnutrizione.

La **malnutrizione** è una manifestazione clinica che si può associare alle altre malattie quando drasticamente si riduce l'assunzione di alcuni alimenti. Abbiamo un esempio di malnutrizione anche quando si decide di ridurre drasticamente i carboidrati, oppure ridurre drasticamente le proteine, ed è possibile arrivare ad un quadro di malnutrizione anche quando si cerca di fare qualcosa per il proprio benessere. In questo caso un comportamento “fai da te”, che può apparire virtuoso, ci espone invece ad una situazione pericolosa.

Quando associamo il discorso di una dieta al concetto di terapia/coadiuvante nella gestione delle malattie reumatiche il tema si allarga molto, in quanto le fattispecie patologiche o i quadri che si possono presentare sono molti e diversi.

Date tutte queste incognite proviamo a cominciare con l'affrontare dei temi e dei consigli per “gruppi”.

Una delle malattie reumatiche su cui abbiamo una bibliografia ampia in tema di dieta è sicuramente l'**Artrosi / Osteoartrosi**. L'osteoartrosi è la malattia reumatica molto frequente in termini di incidenza/numero di persone interessate, è cronica e caratterizzata da lesioni a carico della cartilagine articolare. Ha un'eziologia multifattoriale, con tanti fattori che possono concorrere al suo esordio e sviluppo. Due di questi possono essere l'età e l'invecchiamento, ma un'azione di prevenzione può essere fatta anche su questi che sono “fattori inevitabili”. Si può incidere per esempio sul **controllo del peso corporeo**. Questo è un aspetto importante sia per prevenire l'osteoartrosi prima che sia diagnosticata sia per coadiuvare un quadro in cui questa è già presente. Controllare il peso corporeo, sebbene possa sembrare banale, aiuta a non sovraccaricare ed appesantire lo scheletro, preservando la funzionalità delle articolazioni, ma anche a prevenire modificazioni biochimiche e infiammatorie che risentono del tessuto adiposo corporeo e coinvolgono direttamente la cartilagine. In questo senso il discorso si può allargare dall'artrosi a tutte le malattie reumatiche in generale.

Attuare un controllo del peso corporeo, ed eventualmente avviarne un calo, non significa però solo “perdere peso” in termini di “pesantezza”, ma acquisire una consapevolezza che ci aiuti a non incorrere nel rischio di malnutrizione. Per far questo alcuni schemi, studiati da esperti della comunicazione, ci possono aiutare. Un classico esempio che tutti conoscono è la **piramide alimentare**.

La piramide alimentare ci può aiutare a visualizzare tutte le caratteristiche di un corretto schema alimentare e suggerire un giusto apporto di nutrimento nell'arco della settimana. La piramide ha una base più larga dove sono inseriti gli alimenti che si possono assumere in quantità e frequenza più ampia, e man mano che si arriva all'apice la base si riduce, suggerendoci i cibi da assumere con minore frequenza.

Esistono diverse piramidi, quella che rappresenta la **dieta mediterranea**, sicuramente più vicina alle nostre abitudini, la possiamo vedere utilmente associata all'artrosi, come alle altre patologie reumatiche.

Alla sua base troviamo i **cereali**, poco più sopra la **frutta** e la **verdura**. Frutta e verdura sono alimenti che contengono fibre e potenti antiossidanti e i cereali, con i carboidrati, rappresentano una fonte energetica importante per il corpo

Quando adottiamo un regime alimentare che prevede una riduzione drastica dei carboidrati, dobbiamo pensa-

re che il nostro corpo compenserà questa carenza utilizzando i muscoli, che si ridurranno. Assunti nelle giuste quantità i carboidrati, in particolare quelli con maggiori fibre alimentari, aiutano a fornire l'energia al corpo e quindi a preservare anche la massa muscolare.

Man mano che si sale la piramide troviamo le **fonti proteiche** che, assieme ai **grassi**, raggiungono la punta. Questo ci aiuta a capire come durante la settimana dovremmo assumere con una frequenza minore le **proteine**, privilegiando quelle di origine vegetale che troviamo per esempio nei legumi, nel pesce, ricco anche di **omega 3**, elemento con effetto anti infiammatorio utile nelle malattie reumatiche, e progressivamente sempre più in alto troviamo carni bianche, poi carni rosse e cibi ricchi di grassi, che si posizionano proprio in punta. E' importante notare come non è indicata l'eliminazione delle proteine animali, ma un loro apporto ridotto rispetto al resto, così come dei cibi più grassi.



Parlando di corretta alimentazione un ruolo fondamentale è riservato all'**idratazione**, e l'**acqua** la potremmo posizionare senza dubbio alla base su cui poggia la piramide. Sono sconsigliate le fonti di "alcol importanti" perché l'**alcol**, a parte la determinazione di alterazioni a livello epatico, rappresenta innanzitutto una fonte calorica e può avere delle interazioni a livello infiammatorio che lo rendono sconsigliato. C'è però il "**paradosso del vino**". Soprattutto parlando di vino rosso, se utilizzato in grandi quantità diventa nocivo, ma in piccole quantità – un bicchiere per capirci – contenendo il **resveratrolo**, può considerarsi addirittura protettivo. Un'assunzione moderata / equilibrata in piccole quantità può avere questo effetto antiossidante.

Tutto questo è un discorso generale, di corretto stile di vita alimentare, cui va abbinato per avere un effetto moltiplicatore sui risultati il **movimento fisico / l'esercizio fisico** durante la settimana.

Se andiamo poi a leggere in letteratura su "**dieta dell'artrosi**" troviamo degli alimenti che effettiva-

mente dal punto di vista scientifico hanno un proprio ruolo nella funzione della biosintesi della cartilagine e quindi può essere utile orientarne un'implementazione specifica. La **vitamina C** per esempio è una vitamina idrosolubile che entra in tantissime funzioni cellulari che giocano un ruolo nella biosintesi delle molecole della cartilagine con un'azione che risulta essere protettiva. Un ruolo importante lo assumono anche la **vitamina D**, la **vitamina A** la **vitamina E** e il **Selenio**.

La **vitamina D** può avere un ruolo importante sul metabolismo del calcio e sull'attività osteoblastica, le **Vitamine A, E** e il **Selenio** riducono l'infiammazione sinoviale che può accompagnare l'artrosi.

Tutte queste vitamine sono assunte normalmente in un'alimentazione corretta. Alcune le troviamo nella frutta e verdura, per esempio quelle idrosolubili come la vitamina C, altre essendo liposolubili, presenti nei cibi grassi, le ritroviamo nell'olio di oliva e nel pesce. L'utilizzo di integratori alimentari, se la dieta è corretta e non priva di frutta e verdura, e della giusta quantità di alimenti, non è necessario e diventa oggi più una "moda".

Come curiosità possiamo riportare quanto è attribuito in letteratura agli **estratti di soia** e all'**avocado** sempre in merito alla "dieta e artrosi": è emerso come questi cibi possano avere un ruolo interessante di stimolazione della sintesi del **collagene** e **aggrecano** (ndr. una macromolecola proteica utile per la funzione della cartilagine).

Gli omega-3 sono una categoria di acidi grassi essenziali importanti, che possiamo suddividere in :

- acido α -linolenico o $\omega 3\alpha$ (**ALA**)
- acido eicosapentaenoico (**EPA**) / acido timnodonico
- acido docosaesaenoico (**DHA**) / acido cervonico

L'omega 3 lo troviamo presente in varie verdure a foglie verdi, nei semi di soia, di lino, negli oli in genere, nel ribes nero, nel pesce e nei crostacei, nelle noci, nelle uova e nelle carni bianche.

Gli omega 3 sono un elemento con utilità trasversale per tutte le malattie reumatiche data la caratteristica di svolgere una funzione anti-infiammatoria e anticitablica, che nell'artrosi ha un effetto favorevole sui condrociti, aiutando quindi a rallentare l'invecchiamento dell'articolazione.

Il problema degli omega 3 è il raggiungimento della "quantità anti-infiammatoria", per cui o si mangia una balena, o può avere un senso l'implementazione (fino a 3 gr/die) attraverso degli integratori. Questi però devono essere assunti non con un "fai da te", ma sotto consiglio e prescrizione del medico.

Stesso discorso vale per gli integratori di vitamine; questo perché le vitamine hanno un proprio ruolo su una serie di funzioni cellulari e mentre potrebbero avere degli effetti positivi su alcuni aspetti della malattia, ne potrebbero avere di negativi su altri funzioni del meccanismo cellulare.

Un'altra patologia reumatica piuttosto frequente, per cui abbiamo delle raccomandazioni specifiche, è sicuramente la **Gotta**. Senza approfondire la patologia, in questo quadro assistiamo ad un eccesso di acido urico, di cui una parte viene assunto attraverso

gli alimenti. Ecco perché si viene indirizzati da una dietologa, che dovrà predisporre uno schema per abbassare appunto gli acidi urici.

In sintesi si dovranno evitare i cibi ad **alto contenuto di purine**, come i cibi grassi e le proteine animali.

Per orientarsi tra “i cibi non consentiti” possiamo inserire l'**alcol**, che, soprattutto sotto forma di birra e di superalcolici, oltre a favorire l'aumento di peso, aumenta la produzione di acido urico da parte dell'organismo, con una sua precipitazione nelle articolazioni, e ne riduce l'eliminazione da parte dei reni.

Anche il **pesce azzurro** (acciughe, alici, sardine, sgombri) contiene un'alta percentuale di purine, così le **frattaglie**, la **selvaggina**, i **molluschi** e i **frutti di mare**, gli **insaccati** e gli **alimenti conservati**, i **fritti**, i **dadi da cucina** e le **bevande** contenenti **fruttosio** (o il **fruttosio** stesso, utilizzato spesso come alternativa allo zucchero).

Alcuni consigli più legati a “stili di vita” ci possono aiutare a “prevenire” e gestire la gotta:

- **idratazione**: è importante bere molta acqua
- **assumere almeno 5 porzioni di frutta e verdura/al giorno**, privilegiando la frutta meno ricca di fruttosio
- **evitare i digiuni prolungati**: meglio spezzettare i pasti così da ridurre i picchi di produzione di acido urico
- **evitare le diete ipocaloriche**, improntate cioè sulla riduzione o eliminazione dei carboidrati a favore di cibi a base di proteine animali, che favoriscono l'accumulo di acido urico.

Da questo breve elenco di cibi e raccomandazioni si può capire l'importanza e opportunità di non eseguire consigli “fai da te”, ma di rivolgersi ad un professionista serio come un dietista per avere un indirizzo da seguire.

Quando passiamo a patologie con meccanismi più complessi, come ad esempio l'**Artrite Reumatoide**, trovare una dieta standard diventa più complicato. Abbiamo sicuramente una carenza di informazioni scientificamente significative. Sono state sperimentate su piccolissimi gruppi di 5 / 10 / 17 pazienti diete di ogni tipo, dalla vegetariana alla dieta ad esclusione. Dare delle indicazioni specifiche che abbiano una validità o meno è quindi difficile. Quello che occorre sottolineare è di evitare diete drastiche che possano portare a privazioni di nutrienti, come anticipato all'inizio, che sfocino in malnutrizione.

Qualche consiglio che sia valido si può ovviamente dare: una corretta alimentazione in corso di Artrite deve tenere in considerazione due aspetti: **riduzione dei grassi saturi** e apporto di **antiossidanti**. Ciò si traduce nell'opportunità di favorire un apporto in giuste quantità di proteine e molta frutta e verdura. Il consiglio è di non escludere carni bianche e pesce, ma è possibile anche seguire una dieta vegetariana, facendo attenzione ad essere supportati da un professionista che ci aiuti a bilanciare il giusto apporto di proteine.

Quanto detto poi sopra per l'artrosi in merito alla preservazione delle cartilagini e del peso corporeo è sicuramente trasferibile anche qui.

Se affrontiamo poi il tema dieta e patologie extrarticolari come la **Fibromialgia** apriamo un capitolo ancora più ampio che occorrerebbe valutare alla luce dei singoli casi, data la patologia stessa che ha basi multifattoriali. Anche qui ci sono diversi studi – che hanno lo stesso problema sopra di massa critica – ma da cui possiamo trarre alcuni spunti utili per alcune raccomandazioni. Sintetizzando ai pazienti con Fibromialgia può essere consigliata una **dieta ricca di antiossidanti** (frutta e verdura), **ridurre**, se non **evitare**, il **glutammato monosodico** e l'**aspartame**, sostanze che vanno ad attivare componenti fisiche che peggiorano i sintomi.

Gli alimenti in cui si fa largo uso di glutammato di sodio sono i **dadi da brodo**, la **carne** e le **verdure in scatola**, i **salumi**, i **prodotti congelati** o **liofilizzati** ed alcuni **piatti pronti**. Spesso l'utilizzo di questo **additivo** viene mascherato dalle sigle che vanno da **E620** fino ad **E625**. Un'attenta lettura delle etichette ci può aiutare in questo senso.

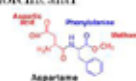
L'aspartame rappresenta un potente eccitante da evitare ed lo si trova presente nei dolcificanti, nelle bevande dolci etc.

Nella maggior parte degli studi ai pazienti fibromialgici sono state applicate **diete “gluten free” – diete cioè prive di glutine**. Questa scelta trova un suo razionale nell'intervenire sulla sintomatologia del colon irritabile / disturbi gastro-intestinali. Una dieta “gluten free” non è comunque una dieta di privazione, ma bensì una dieta controllata e gestita che si può valutare per vedere se i sintomi migliorano.

Per la fibromialgia, ma verosimilmente per tutte le patologie reumatiche, è preferibile scegliere i **carboidrati definiti complessi** [ndr. *Amido (cereali, tuberi, legumi) - Glicogeno (carne e pesce) - Cellulosa ed emicellulosa (foglie e gambi di vegetali)*] ed **evitare gli zuccheri**. Tra i carboidrati complessi si possono preferire quelli con più fibre. Opportuno **limitare l'assunzione di caffeina**, e in alcuni studi si evidenzia anche un'attenzione nell'assunzione di **latte e latticini** – sempre però con l'attenzione che una drastica eliminazione degli stessi ci espone a carenze di calcio / osteoporosi. ■

Riassumendo

- **Aspartame** - questo aumenta la percezione di dolore aumentando un ricevitore di dolore del sistema nervoso chiamato il NMDA. Come i giri di dolore da acuto a cronico i ricevitori di NMDA sono attivati. I ricevitori di NMDA sono attivati da aspartame. L'Aspartame è presente in dolcificanti artificiali.



- **Additivi Alimentari** come il MSG ed i Nitrati – il MSG ha gli stessi effetti dell'aspartame sulla fibromialgia.

- Si carboidrati complessi evitare alimenti ricchi di carboidrati e zuccheri Semplici

- Caffèina

- Lievito e Glutine

- **Latticini** - alcuni pazienti della fibromialgia non possono tollerare i prodotti lattiero-caseario ed il lattosio. Questi pazienti dovrebbero evitare il latte ed i prodotti associati.



Alcune slides della presentazione realizzata

Dietoterapia e Malattie reumatiche

Dot.ssa Giacquinto Ester
Responsabile Servizio di Dietetica e Nutrizione
Aziendale Ausl Cesena

Dieta ed artrosi

- **Vit C** (vitidrossibile - agrumi, fragole, ribes, broccoli, verdure, peperoni, patate, prurromolo). Assume diverse funzioni nella biosintesi delle molecole di cartilagine.
- **Vit D** (ridotti livelli di questa vitamina possono avere effetti sul metabolismo del calcio, sull'attività osteoblastica, sull'ossificazione della matrice e sulla densitometria ossea).
- **Vit A, E, selenio** (riducono l'infiammazione sistemica che può accompagnare l'artrosi).
- **Estratti di soia ed avocado** (stimolano la sintesi di collagene e aggregano mentre inibiscono il 6-ILS, PGE₂, MMP-3 (metalloproteasi di membrana) e attività collagenasi).
- **Omega 3** (azione anti-infiammatoria e antiproteolitica con effetti favorevoli sui condrociti).



14 ALIMENTI CON LA VITAMINA DEL SOLE - VITAMINA D -



Alimenti ad alto contenuto di omega 3

- Verdure a foglie verdi, semi di soia, semi di lino, oli vegetali in genere (acido alfa-linolenico-ALA)
- Olio di pesce, pesce azzurro, olio di canola, noci, carni bianche, uova (acido eicosapentanoico-EPA)
- Olio di pesce, alcuni tipi di alghe, pesce azzurro, olio di canola, carni bianche, uova, acido docosaenoico-DHA

Contenuto di omega 3 nel pesce e nei crostacei (gr/100 gr di prodotto)

• Salmone	1.8
• Acciughe	1.7
• Sardine	1.4
• Aringhe	1.2
• Sgombro	1
• Trota	1
• Pesce spada	0.7
• Tonno bianco	0.7

Gotta

RACCOMANDAZIONI DIETETICHE GENERALI

- Evitare i cibi ad elevatissimo contenuto in purine.
- Evitare i digiuni prolungati e le diete fortemente ipocaloriche, soprattutto quelle basate sulla riduzione od eliminazione dei carboidrati.
- Non eccedere nel consumo di proteine animali, assumendo a pasto porzioni corrette di carne (circa 100 grammi), affettati (circa 50 grammi) e pesce (circa 150 grammi). Nel caso di persone sottopeso o in presenza di uno stato infiammatorio acuto queste porzioni possono essere aumentate del 50%.
- Idratarsi a sufficienza.
- Seguire le raccomandazioni per una corretta alimentazione nella popolazione generale in merito alla riduzione di grassi soprattutto di origine animale, di bevande ed alimenti dolci ed all'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e di verdura.

Gotta

• ALIMENTI NON CONSENTITI

- Alcool. La sua ingestione, soprattutto sotto forma di birra e di superalcolici, oltre a favorire l'aumento di peso, favorisce la produzione di acido urico da parte dell'organismo e la sua precipitazione nelle articolazioni, e ne riduce inoltre la eliminazione da parte dei reni.
- Pesce azzurro ad alto contenuto di purine come acciughe, alici, sardine, sgombri.
- Frattaglie quali fegato, cervello, rognone.
- Selvaggina.
- Molluschi e frutti di mare.
- Insaccati.
- Alimenti conservati.
- Strutto, lardo, cucinati o fritti.
- Dadi da cucina.
- Bevande zuccherine contenenti fruttosio come cola, succhi di frutta...

Gotta

ALIMENTI CONSENTITI CON MODERAZIONE

- Carni e pollame (porzione di circa 100 grammi).
- Affettati (porzione di circa 50 grammi).
- Legumi (piselli, fagioli, lenticchie).
- Pesce a medio contenuto di purine: spigola, carpa, cernia, luccio merluzzo, nasello, palombo, sogliola, rombo, trota (porzione di circa 150 grammi).
- Alcuni tipi di verdure quali asparagi, spinaci, cavolfiori e funghi.

Dieta e Fibromialgia

- Diet rich in antioxidants nutrients



- Excitotoxin elimination diet (riduzione glutammato monosodico e aspartame)

Gli alimenti in cui si fa largo uso di glutammato di sodio sono i **dadi da brodo**,

la **carne** e le **verdure** in scatola, i **salumi**, i **prodotti congelati** o **liefittizzati**

ed alcuni piatti pronti. Spesso l'utilizzo di questo additivo viene mascherato dalle sigle che vanno da E620 fino ad E625.

Un'alga utilizzata nella cucina cinese



- CD e FM (gluten free diet)

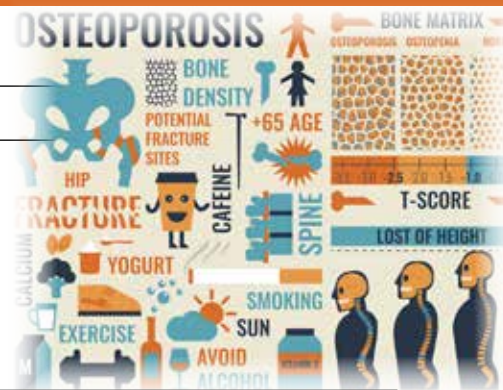


L'Osso e la sua connessione con l'alimentazione



Marco Bruschi

Servizio di Reumatologia • Ausl Romagna
Presidio Ospedaliero M. Bufalini • Cesena
marco.bruschi@auslromagna.it



Il tessuto osseo è formato da una matrice organica (proteine) e da una componente minerale (calcio, fosforo). Lo scheletro contiene il 90% del calcio corporeo fissato a fibrille di collagene della matrice proteica.

Lo sviluppo della massa ossea raggiunge un picco all'età di 20-30 anni, subendo quindi un rallentamento progressivo e irreversibile con l'avanzare dell'età, in particolare nelle donne in epoca post-menopausale. La costituzione e il mantenimento di massa ossea richiedono un adeguato introito di **calcio, vitamina D** e sono favoriti dall'**esercizio fisico**.

L'osso subisce nel tempo un continuo rimodellamento che si realizza mediante due processi strettamente collegati: **riassorbimento e deposizione di nuova matrice organica e mineralizzazione**. Un disaccoppiamento di queste due fasi determina perdita netta di massa ossea e conseguente sviluppo di osteoporosi, caratterizzata da ridotta resistenza scheletrica e sviluppo di fratture.

Sono riconosciuti numerosi fattori in grado di favorire modifiche biologiche del tessuto osseo che esitano in condizioni di fragilizzazione scheletrica. Alcuni di questi sono **ereditari**, altri **acquisiti**; tra questi ultimi ricordiamo l'**insufficienza di stimoli meccanici** (*attività fisica*), il **ridotto apporto dietetico di calcio**, **abitudini voluttuarie** (*alcol, fumo*), il **deficit di vitamina D**, diverse **patologie e farmaci** (*es cortisonici, antiepilettici, anticoagulanti*), **deficit ormonali** (*es androgeni, estrogeni*).

In Italia il 25% delle donne di età superiore ai 40 anni è affetta da osteoporosi.

Ogni 3 secondi si verifica una frattura osteoporotica che interessa femore, polso o vertebre, il che equivale a circa 25 mila fratture al giorno e 9 milioni all'anno.

Si ipotizza che entro il 2050 il numero delle sole fratture di femore salirà dagli attuali 1,6 milioni annui ad un numero compreso fra 4,5 e 6,3 milioni.

Si comprende quindi come oltre alla **diagnosi precoce** di osteoporosi risulti **fondamentale la sua prevenzione primaria** (in anticipo rispetto agli eventi fratturativi), che dovrebbe attuarsi con corretti stili di vita e condotta alimentare.

Una corretta alimentazione in tutte le fasi della vita rappresenta un valido strumento di prevenzione dell'osteoporosi, efficace fin dall'infanzia per favorire un corretto raggiungimento del picco di massa ossea. D'altra parte in presenza di osteoporosi una corretta alimentazione serve a prevenire l'ulteriore riduzione della massa ossea e a migliorare la risposta alle terapie.

Tra i nutrienti significativi per la prevenzione e cura dell'osteoporosi **calcio, fosforo e vitamina D** rappresentano elementi essenziali per la normale struttura e funzione dell'osso. Altre sostanze (es magnesio, vitamina A, ferro, fluoro) sono richie-

ste in quantità minori, in genere garantite da una dieta normale senza necessità di supplementazione.

Il calcio

Il fabbisogno giornaliero medio di **calcio** è 1.000 – 1.200 mg, ed aumenta in determinate fasi della vita (es gravidanza, epoca postmenopausale). La dieta spesso non garantisce un apporto sufficiente (700-800 mg) di calcio. Il primo suggerimento è favorire l'apporto di alimenti ricchi in calcio (latticini in genere, formaggi stagionati in primis), con il vantaggio di introdurre altri nutrienti utili. Se non si raggiungono livelli adeguati può essere indicata una supplementazione in base alle necessità.

Alcune acque mediominerali e acque potabili ad alto contenuto in calcio, contribuiscono in maniera non trascurabile alla copertura del fabbisogno quotidiano. E' utile privilegiare acque con contenuto di calcio superiore a 200-300 mg/lt.

La biodisponibilità (quota assorbita di quella introdotta) del calcio alimentare è in genere simile a quella dei supplementi (es calcio carbonato). Va ricordato però che alcuni alimenti ad elevato contenuto calcico (es spinaci, alimenti grassi) subiscono in fase di assimilazione reazioni biochimiche (formazione di ossalato e saponi di calcio rispettivamente) che riducono molto la loro biodisponibilità e possono addirittura avere effetti negativi sul bilancio.

Per un miglior assorbimento di calcio alimentare è raccomandabile:

- **Non esagerare con le proteine:** un elevato consumo di proteine alimentari determina maggiori perdite di calcio con le urine, che rappresenta un fattore di rischio per osteoporosi.
- **Non esagerare con gli alimenti integrali o i supplementi ricchi di fibre:** un eccesso di fibre alimentari riduce l'assorbimento del calcio. È bene evitare di consumare alimenti integrali o supplementi nello stesso pasto in cui si assume la quota giornaliera maggiore di calcio.
- **Ridurre il consumo di sale:** l'eccesso di sale favorisce l'ipertensione e aumenta l'eliminazione del calcio urinaria. Prestare attenzione a prosciutto e salumi in genere, acciughe, olive, sottaceti, dadi per brodo.
- **Limitare i cibi molto ricchi di ossalati:** spinaci (solo in grande quantità), rabarbaro, rape, legumi, prezzemolo, cioccolato, caffè e tè. Occorre fare attenzione a non assumere la principale dose di calcio durante un pasto a base di questi alimenti; es. mangiare formaggio insieme a spinaci.
- **Il frazionamento dell'assunzione di calcio nel corso della giornata** ne migliora l'assorbimento complessivo.

E' dimostrato che un'alimentazione ricca di calcio non provoca calcoli renali in condizioni normali, ma può favorirli in soggetti predisposti, ad esempio in presenza di ipercalciuria idiopatica. D'altra parte una dieta povera di calcio determina un maggior assorbimento intestinale di ossalati, che può facilitare la formazione di calcoli. E' invece noto che la supplementazione calcica è associata a rischio aumentato di calcolosi renale.

Malattie Reumatiche e Farmaci – Atti incontro pubblico di Cesena

Introduzione all'approccio terapeutico nei reumatismi infiammatori: dal cortisone ai farmaci biologici/biosimilari



Paola Sambo

Servizio di Reumatologia • Ausl Romagna
Presidio Ospedaliero M. Bufalini • Cesena
paola.sambo@auslromagna.it

Testo liberamente tratto dall'intervento eseguito durante l'incontro trascrizione a cura di Erica Lenzi e Daniele Conti



Le malattie reumatiche godono ancora di una "cattiva fama", nel senso che si pensa a loro come malattie croniche progressive che porteranno inevitabilmente ad un'invalidità; bene per almeno una buona parte di queste possiamo dire che non è più così e che la remissione ed il controllo della malattia sono ormai diventati obiettivi assolutamente realistici. Questo vale sicuramente per le tre più comuni malattie reumatologiche che prendiamo a "modello" di questa trattazione: **Artrite Reumatoide (AR)**, **Artrite Psoriasica (AP)** e **Spondilite Anchilosante (SA)**.

Le chance terapeutiche oggi a disposizione possono giovare del frutto di un grosso impegno di ricerca che ha rivoluzionato la gestione del paziente con reumatismi infiammatori cronici e si è orientata a capire i meccanismi con cui la malattia nasce, si sviluppa ed evolve. Gli studi maggiori si sono concentrati sull'AR, ma per fortuna hanno condizionato per riflesso anche altre patologie, come l'Artrite Psoriasica e la Spondilite Anchilosante.

Cosa hanno tutte queste malattie in comune? Prima di tutto una **base infiammatoria che coinvolge il sistema immunitario**. Il sistema immunitario è ciò che ci difende dal pericolo esterno, dall'aggressore quindi delle infezioni, ci difende anche dai tumori perché l'immuno-sorveglianza anti tumorale è data proprio dalle cellule del sistema immunitario. Nel caso delle malattie auto immuni questo sistema indispensabile per la nostra sopravvivenza si sbaglia ed agisce contro sé stesso, contro il proprio organismo e da qui nasce la malattia.

Prendiamo ad esempio una patologia come l'Artrite Reumatoide, ma potremmo allo stesso modo prendere l'Artrite Psoriasica o la Spondilite Anchilosante. Si tratta di malattie di cui conosciamo il "film", o meglio conosciamo qualche spezzone del film, conosciamo alcuni attori, li chiamiamo cellule del sistema immunitario, li chiamiamo linfociti T, linfociti B, citochine. Le citochine sono delle molecole che mettono in comunicazione le cellule del sistema immunitario. Non sappiamo però di questi attori quali sono i protagonisti, quali sono i comprimari o semplicemente delle comparse. Siamo quindi di fronte a questo scenario: non conosciamo l'inizio del film, come e cosa fa partire la malattia, ed è come se fossimo arrivati al cinema un po' in ritardo, le prime scene sono passate e quindi non sappiamo la "produzione di chi è". Conosciamo invece bene la fine. La fine di una patologia come l'AR, se non è trattata, sappiamo quale andamento può avere, quali danni arreca sia alle articolazioni che agli altri organi. La terapia serve a cambiare la finale del film.

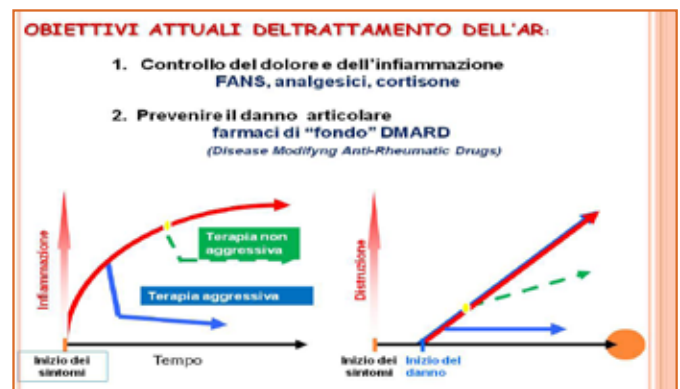
Fino a qualche anno fa l'approccio alla terapia per queste patologie infiammatorie era un "approccio gradualista o a piramide". Si iniziava con i farmaci sintomatici, con gli antinfiammatori non steroidei oppure con i cortisonici e solo quando comparivano le erosioni, cioè iniziava il "danno strutturale" all'articolazione, ossia quando la malattia cominciava realmente a far parlare di sé in termini di disabilità, si iniziavano i farmaci più potenti a disposizione e quindi si scalava questa piramide fino ad arrivare agli immunosoppressori. **Questo approccio si è rilevato assolutamente fallimentare** e è risultato fallimentare innanzitutto perché si è capito una cosa importantissima: **il danno strutturale avviene soprattutto nelle prime fasi**. Le prime fasi della malattia nell'AR sono cruciali perché lì l'attività è massima e la frequenza delle erosioni è massima. Erosioni e sinonimo di danno radiologico, ma soprattutto danno strutturale e quindi disabilità, ossia irreversibilità del danno. Se noi vogliamo agire in modo efficace dobbiamo agire prima che il danno si manifesti quindi iniziare un trattamento quantomeno nelle **prime fasi di malattia**. In questo periodo, in questa "finestra di opportunità", è possibile ottenere addirittura una remissione. Quindi ha senso intervenire in una fase precoce, dove il nostro in-

tervento sarà molto più efficace. In pochi anni abbiamo quindi rovesciato la piramide di "approccio terapeutico", e ora cerchiamo di utilizzare le migliori "cartucce" sin dall'inizio e sin dall'inizio possiamo valutare l'utilizzo di farmaci in grado di rallentare o di modificare la storia naturale della malattia.



Quali sono allora gli obiettivi del trattamento dell'AR - ma possiamo dire di un qualsiasi reumatismo infiammatorio? Fondamentalmente gli obiettivi sono due: il primo è il **controllo del dolore** dell'infiammazione, il paziente giustamente chiede sollievo dal dolore e per fare questo abbiamo a disposizione gli antinfiammatori non steroidei, gli analgesici come la tachipirina e il cortisone. E proprio il cortisone, spesso guardato con molto sospetto e paura dal paziente, è invece un farmaco molto valido, un farmaco che potremmo dire essere un po' a ponte tra le due categorie dei FANS e dei DMARDs / farmaci di fondo. Il secondo obiettivo è quello di **intervenire sulla storia naturale della malattia** e di **rallentarla o di fermarla e quindi di prevenire la disabilità** e quindi di mantenere un normale stile di vita perché questo è l'obiettivo del trattamento. Per questo secondo obiettivo si utilizzano i cosiddetti **farmaci di fondo**.

Nella figura degli obiettivi di trattamento si riportano in formato grafico le curve che ci aiutano a capire come con una terapia poco aggressiva e data tardi ci troviamo in una fase della curva dove l'infiammazione e il danno articolare è maggiore, mentre se si interviene precocemente e con una terapia aggressiva si riducono i valori infiammatori e di erosione.



Vediamo allora le varie classi di farmaci. Gli **anti infiammatori non steroidei** sono per capirci quella classe di farmaci che ricomprende l'aspirina, il *brufen/ibuprofene*, l'*aulin/nimesulide*, per citare i più comuni, sono quegli **anti infiammatori sintomatici** che non modificano e non intervengono sul decorso naturale della malattia. Una volta si pensava che questi farmaci

fossero molto meno tossici e lesivi dei farmaci di fondo / immunosoppressori, quest'ultimi visti da parte dei clinici come da usarsi con molta cautela. Oggi l'approccio è cambiato e si è capito che in realtà gli anti infiammatori non steroidei hanno un profilo di tossicità tutt'altro che favorevole poiché hanno una tossicità gastrointestinale, renale, cardiovascolare da non sottovalutare se usati sul lungo periodo, e quindi vanno utilizzati con cautela per esempio nel paziente anziano e in generale nel paziente "fragile".

I **cortisonici** rimangono per i reumatologi dei farmaci utilissimi e molto importanti, perché efficaci nel ridurre l'infiammazione, agiscono dando un rapido sollievo dal dolore e vengono anche utilizzati come "sintomatici". Sono quindi un possibile ponte per l'inizio della terapia con farmaci di fondo e nelle settimane in cui il farmaco di fondo ancora non ha piena efficacia/azione sono in grado di risolvere rapidamente dei quadri molto severi anche in fase acuta. Il rovescio della medaglia sono gli effetti collaterali soprattutto nell'utilizzo cronico cioè nel lungo termine. Il rischio di osteoporosi è sicuramente un aspetto da considerare, l'osso che diventa leggero, più fragile e può tendere più facilmente a rompersi, ma gli effetti collaterali li vedete nella slide possono essere tanti. Voglio sottolinearne uno in particolare: la maggiore suscettibilità alle infezioni. I cortisonici portano con sé queste criticità nell'utilizzo sul lungo periodo/cronico con rischio maggiore rispetto ai farmaci di fondo.

I **farmaci di fondo** sono quei farmaci in grado di **modificare la storia naturale della malattia** e li accomuna tutti un'azione lenta, cioè una *latenza tra l'inizio della somministrazione e l'inizio del loro effetto clinico*. Questa latenza può variare, ma in genere è di alcune settimane. Il **metotrexato (mtx)** è sicuramente il farmaco di riferimento in questa categoria, poiché ha il miglior rapporto rischio/beneficio, è molto maneggevole, ha un costo basso, aspetto non trascurabile. Il MTX è il primo farmaco che per esempio nell'approccio all'AR, tutte le linee guida lo indicano come il primo farmaco di elezione. Purtroppo non tutti i pazienti tollerano il metotrexato e quindi si possono utilizzare altri farmaci di fondo, nella tabella riporto un elenco cui è associato un diverso profilo di sicurezza e quindi viene richiesto un diverso tipo di monitoraggio.

FARMACI DI FONDO: DMARDS		
<ul style="list-style-type: none"> •Influenzano l'evoluzione della malattia •Azione lenta •MTX è il farmaco di riferimento 		
Farmaci	Tossicità	Monitoraggio
Metotrexato	epatica, gastrointestinale, ematologica, polmonare	GOT/GPT, Emo, Creat
Salazopirina	Gastrointestinale, ematologica, cutanea	GOT/GPT, Emo
Ciclosporina A	Renale, ipertensione	PA, Creat
Idrossiclorochina	Retinica, gastrointestinale	v. Oculistica
Leflunamide	gastrointestinale, Epatica, ematologica	GOT/GPT, Emo

Quando la malattia è particolarmente aggressiva o quando notiamo che non c'è una risposta ad un primo farmaco di fondo è **importante ed è assolutamente consigliato associare più farmaci di fondo**. La terapia di associazione, come dimostrato in diversi studi, è più efficace rispetto la mono somministrazione, e non si rileva in questa modalità un aumento degli effetti collaterali / profilo di tossicità. Quindi i farmaci di fondo sono un'arma veramente importante, che ci consentono quando il singolo farmaco non fa quello che ci aspettavamo, altre opportunità associandoli.

La rivoluzione nell'approccio alle malattie reumatiche di stampo infiammatorio e potremmo dire ancora di più nella medicina moderna sono i **farmaci biologici/biotecnologici**, che sono utilizzati non solo in reumatologia ma anche in oncematologia e in altre branche specialistiche. I farmaci biotecnologici hanno cambiato il volto e l'evoluzione di molte malattie. Sono farmaci che hanno specifici bersagli, diventando così più selettivi nel loro meccanismo di azione, rispetto ai farmaci di fondo tradizionali. Possono avere per esempio come bersaglio una singola citochina della famiglia degli anti TNF oppure come bersaglio una cellula del sistema immunitario linfociti B o linfociti T. Il bersaglio della loro azione quindi si restringe e la terapia diventa ancora più selettiva. Questi farmaci sono prodotti con tecniche di biologia molecolare / di ingegneria genetica con processi produttivi molto complessi, e il loro bersaglio diventano solo alcune molecole o cellule del sistema immunitario. L'efficacia spesso è superiore ai farmaci "convenzionali", però possiamo dire che sono dei "sorvegliati speciali", perché agendo sul sistema immunitario in modo ultra selettivo vanno a interferire in tante funzioni che sono proprie del sistema immunitario stesso, come la difesa dalle infezioni, l'immuno-sorveglianza anti tumorale e quindi è importante

vedere se bloccando quella singola molecola o quella singola cellula monitorandone l'attività per non avere delle sorprese. Fin'ora grosse "sorprese" i biologici non le hanno date, se non un'attenzione per una maggiore suscettibilità alle infezioni. Questo è stato rilevato soprattutto grazie a studi di registro, studi che sono venuti dopo la messa in commercio dei farmaci stessi osservandone effetti nella vita reale e sul lungo periodo di attività. Riassumendo i farmaci biotecnologici richiedono un monitoraggio attento per valutare il loro effetto e controllarne l'efficacia ed eventuali effetti a lungo termine. Ad oggi i principali timori nell'utilizzo rispetto al loro ingresso nella pratica clinica, relativi per esempio all'immuno-sorveglianza anti tumorale, possiamo dirlo sono stati fugati. Rimangono comunque dei sorvegliati speciali non solo per gli effetti collaterali ma per ragioni legate anche ai loro costi altissimi. Costi che naturalmente possono mettere in crisi il nostro sistema sanitario nazionale per cui, come nella nostra regione, si sono messi appunto delle linee guida per il loro utilizzo in appropriatezza, garantendo un utilizzo quando ce n'è bisogno e contenendo utilizzi inappropriati.

Mettendo a confronto alcune peculiarità dei farmaci di sintesi rispetto ai farmaci biologici, le differenze maggiori sono che i **farmaci biologici sono prodotti da culture cellulari**, hanno un alto **peso molecolare** ed hanno una **struttura molto complessa**. La complessità di un farmaco biologico rispetto alla struttura chimica di un farmaco di sintesi come l'aspirina ci fa subito capire la differenza: 21 atomi l'aspirina / 25.000 atomi l'anticorpo monoclonale (farmaco biotecnologico).

Diversi sono i farmaci biologici che hanno indicazioni per diverse patologie come appunto l'AR, l'AP e la SA, diversi anche i meccanismi di azione verso l'anti TNF altri sono rivolti alla ri-modulazione dei linfociti B o linfociti T. Gli effetti collaterali in generale possono essere come accennato l'aumentato rischio di infezioni, di tutti i tipi di infezioni ma soprattutto dei tessuti molli. Importante è anche l'aspetto di riattivazione della tubercolosi latente in soggetti appunto in cui è già presente bacillo della tubercolosi. Per questo si eseguono degli screening pre-trattamento e in caso fossero venuti a contatto con la tbc occorre prima del utilizzare i farmaci biotecnologici attuare un trattamento di profilassi anti tubercolare.

Veniamo ora ai farmaci biotecnologici definiti "**biosimilari**". Ad oggi è disponibile il biosimilare di Infliximab/Remicade e quest'anno dovrebbe uscire anche il biosimilare di Etanercept/Enbrel.

I farmaci biosimilari sono farmaci che sono simili biosimili non identici al farmaco originale. Quando scade la copertura brevettuale di un farmaco biotecnologico è possibile per altre aziende riprodurre il farmaco "originatore" immettendolo nel mercato rappresentando un vantaggio prettamente economico per il sistema in un mercato competitivo. Ma immagino vi chiediate e siate interessati alla sicurezza di questi farmaci biosimilari. Va detto che prima della messa in commercio di un biosimilare la casa farmaceutica deve fare tutto un esercizio di "comparabilità" da presentare agli enti regolari europei come l'EMA per dimostrare che il farmaco biosimilare è effettivamente simile al farmaco originale in termini di qualità, di efficacia, di sicurezza, di proprietà biologiche. Non significa che sono identici perché i farmaci biologici in quanto prodotti stessi non possono essere identici uno all'altro. L'importante non è in questo caso l'identità ma l'uguaglianza in termini di efficacia, di sicurezza e di qualità biologiche. Alcune differenze sono ammesse purché non clinicamente significative. Questi aspetti meriteranno un approfondimento a sé.

In conclusione possiamo sintetizzare le parole chiave di tutto il nostro discorso con il dire che la **strategia terapeutica per il paziente con reumatismo infiammatorio cronico** – sia esso Artrite Reumatoide, sia Spondilite Anchilosante, sia Artrite Psoriasica – è cambiata in questi ultimi anni e la novità principale consiste nel prevedere un **trattamento precoce ed aggressivo**. In caso di mancanza di risposta dobbiamo tentare di mettere insieme più farmaci di fondo oppure utilizzare i farmaci biotecnologici/biosimilari.

Quando si attua questa strategia allora è possibile far diventare realistico l'obiettivo di una remissione di malattia e variare il finale di quel film, di cui non conosciamo l'inizio, ma cui possiamo cambiare il finale! ■

Farmaci Biologici	
CHIMICO	BIOLOGICO
Prodotto per sintesi chimica	Prodotto da culture di cellule viventi
Basso peso molecolare	Alto peso molecolare
Struttura ben definita	Struttura complessa ed eterogenea
Per la maggior parte indipendente dal processo di produzione	Fortemente dipendente dal processo di produzione
Completamente caratterizzato	Impossibile caratterizzare completamente la composizione e l'eterogeneità della molecola
Stabile	Instabile, sensibile alle condizioni esterne
Per la maggior parte non immunogenico	Immunogenico

Malattie Reumatiche e Farmaci – Atti incontro pubblico di Rimini

La terapia immunosoppressiva con DMARDS in reumatologia: aspetti pratici e strategie per migliorare l'aderenza alla cura



Maria Cristina Focherini
Servizio di Reumatologia • Ausl Romagna
Presidio Ospedaliero Infermi • Rimini
mfocherini@auslrm.net



Negli ultimi trent'anni con l'avvento di nuovi farmaci anti-reumatici come i **DMARDS** (*ndr farmaci di fondo cosiddetti tradizionali*) e i **bDMARDS** (*ndr biotecnologici*) si è riusciti ad intervenire efficacemente sulla progressività ed erosività delle malattie infiammatorie articolari riducendo in maniera significativa i danni articolari e quindi la disabilità. Questi farmaci infatti, attraverso meccanismi diversi vanno ad interferire efficacemente a vari livelli sulla "cascata" infiammatoria che è alla base della patogenesi di queste malattie: i tradizionali DMARDS agiscono più a "monte" del processo infiammatorio cioè sulle cellule immunitarie, bloccandone o modulandone l'attività e quindi interferendo con la produzione di quelle molecole infiammatorie (citochine) responsabili del danno articolare, mentre i bDMARDS bloccano direttamente e selettivamente le molecole infiammatorie stesse. Questo è reso possibile in quanto sono prodotti tramite sofisticate procedure di biologia molecolare e ingegneria genetica partendo da molecole biologiche di cui ne mimano gli effetti.

Nonostante l'efficacia ben dimostrata di queste terapie, per una strategia vincente che deve avere come obiettivo la REMISSIONE della malattia reumatica, è necessario un trattamento precoce, prima cioè dell'insorgenza delle erosioni articolari. E' opinione degli esperti che tale periodo, chiamato "**FINESTRA di OPPORTUNITA'**", sia collocato entro i primi 3-6 mesi dall'insorgenza dei sintomi. Si è infatti dimostrato che se si inizia precocemente la terapia con farmaci antireumatici di fondo si ha più facilmente la possibilità di arrestare la malattia e indurre la remissione. Tanto più precoce è l'intervento terapeutico tanto più probabile è l'arresto della malattia. Anche nei casi più aggressivi di artrite l'intervento terapeutico precoce con farmaci di fondo migliora l' "*outcome*" della malattia (*ndr. attività di malattia*) e quindi la disabilità.

Importante è anche il **monitoraggio** di questa che deve avere sempre lo scopo di portare alla remissione o ad una bassa attività della malattia per prevenire la progressione del danno articolare. Tale strategia terapeutica, ormai consolidata in ambito reumatologico, viene chiamata **TREAT TO TARGET** o **TIGHT CONTROL**, cioè sono necessari frequenti controlli clinici per valutare di volta in volta l'attività di malattia e conseguentemente intraprendere la terapia più idonea tenendo presente che l'obiettivo da perseguire rimane sempre la remissione clinica in un ragionevole intervallo di tempo o una bassa attività di malattia nei casi più aggressivi e refrattari.

Il successo di tale strategia terapeutica non si basa solo

solo sull'efficacia dei farmaci e sulla loro tempestività di utilizzazione ma anche su una stretta adesione al trattamento da parte del paziente che deve condividere con il reumatologo l'obiettivo e le modalità di perseguimento.

In tutto questo processo non può mancare il Medico di medicina generale (MMG), prima figura a cui il malato si rivolge all'esordio dei sintomi, ma anche colui a cui si rivolge in caso di necessità sanitaria. Il MMG deve avere un ruolo fondamentale non solo nella diagnosi precoce ma anche nella gestione delle co-morbilità (*presenza di più sintomi*) e nella sorveglianza complessiva della terapia che comprende la verifica di una corretta assunzione del farmaco da parte del paziente, il monitoraggio di alcuni parametri di laboratorio, e l'individuazione di eventuali interazioni farmacologiche.

DMARDS

I più noti e frequentemente utilizzati sono il **METOTREXATO** e la **LEFLUNOMIDE** che vengono considerati farmaci antireumatici di "attacco" in quanto di provata efficacia nell'incidere sull'evoluzione della malattia.

Il **METOTREXATO** è il farmaco "*ancora*" nel trattamento dell'artrite in quanto rappresenta un rapporto rischio/beneficio decisamente favorevole avendo una bassa tossicità a fronte di una comprovata efficacia. Attualmente infatti poche sono le evidenze che dimostrano la superiorità di altri farmaci in monoterapia rispetto al MTX, compresi gli anti TNF.

Il farmaco può essere somministrato per os o per via iniettiva sia sottocutanea che intramuscolare a dosaggi variabili da 7,5 a 25 mg/sett, ma la biodisponibilità è diversa tra le varie formulazioni: si riduce per dosaggi superiori o uguali a 15 mg/sett quando viene somministrata per via orale; il passaggio tra le diverse vie di somministrazione per tali dosaggi, deve quindi avvenire con cautela e non prima di averlo concordato con lo specialista di riferimento. Per dosaggi inferiori a 15 mg/sett è possibile cambiare la via di somministrazione in particolare nei casi in cui si abbia difficoltà a reperire la formulazione utilizzata o in caso di intolleranza.

E' necessario sottolineare l'importanza della somministrazione di **acido folico 24/48h** dopo l'assunzione del MTX, utile nel ridurre gli effetti collaterali di questo farmaco senza incidere sull'efficacia.

Il MTX inoltre può essere utilizzato non solo in monoterapia ma anche in terapia di combinazione nel caso in cui i pazienti non dovessero rispondere alla monoterapia. Scopo infatti dell'associazione è ridurre la dose dei singoli farmaci potenziando però le sinergie. Le combinazioni di DMARDS più efficaci sono **MTX/Salazopirina/drossiclorochina** e **MTX/Leflunomide**.

Vale la pena ricordare infine come sia importante l'associazione del MTX con i farmaci biologici nel potenziare l'efficacia terapeutica nei pazienti con artriti croniche. Infatti sono poche le segnalazioni in letteratura di una migliore efficacia di un anti TNF (*ndr. biotecnologico*) utilizzato in monoterapia rispetto al MTX in monoterapia nel trattamento dell'artrite reumatoide.

In caso di intolleranza al MTX o di non responder è possibile utilizzare un altro DMARDs come la Leflunomide che presenta una pari efficacia rispetto al MTX ma è gravata da maggiori effetti collaterali. La terapia biologica viene introdotta solo in un secondo tempo nei pazienti che non rispondono alla terapia tradizionale a causa degli elevati costi, al loro profilo di sicurezza e al fatto che spesso nelle varie forme di artriti croniche vanno aggiunte al DMARDs tradizionali per potenziarne l'effetto.

Da quanto detto si evince come la scelta terapeutica vada personalizzata in base all'attività di malattia, all'insorgenza o meno di effetti collaterali, all'età e alle co-morbilità del paziente. La scelta terapeutica non è quindi sempre facile e il successo di questa è imprescindibile da una buona *compliance* (*ndr. adesione alla cura*) del paziente e dalla collaborazione del MMG nella condivisione terapeutica e nel monitoraggio della stessa.

L'utilizzo di questi farmaci infatti rende necessari esami biomorali periodici (*ndr. gli esami abituali*) per evidenziare precocemente una loro eventuale tossicità che richiederebbe l'immediata sospensione del farmaco, così come andrebbero prontamente segnalate al reumatologo di riferimento l'insorgenza di reazioni allergiche, intolleranze gastroenteriche e infezioni batteriche o virali per le variazioni terapeutiche del caso.

Occorre sottolineare inoltre come a dispetto del comune pensiero, la terapia con DMARDs e bDMARDs migliora la qualità e la durata di vita del paziente reumatico in quanto non solo previene i danni articolari ma **riduce in maniera significativa il rischio cardio-vascolare** più elevato in questi pazienti rispetto alla popolazione normale a causa dell'infiammazione. Diversi studi riportano come l'artrite reumatoide, se non correttamente trattata, può associarsi ad una diminuzione di 10/15 anni dell'aspettativa di vita nei confronti della popolazione generale e presente in metà di questa sottopopolazione riporta cause cardio-vascolari.

Non è stato dimostrato che i DMARDs e bDMARDs, fatta eccezione per la **Ciclofosfamide** e **Azatioprina**, aumentino in maniera significativa il rischio di **tumori**. Il lieve aumento di neoplasie nei pazienti con artrite è da correlare all'infiammazione cronica cioè alla gravità della malattia. D'altra parte qualora al paziente venisse diagnosticato un tumore i farmaci antireumatici di fondo andrebbero sospesi e la loro ripresa andrebbe concordata con l'oncologo dopo la chemioterapia. Per quel che riguarda invece i bDMARDs vanno sempre sospesi e ripresi solo in caso di guarigione e non prima dei 5 anni dall'esordio della malattia oncologica.

Non c'è consenso sull'utilizzazione di questi farmaci nel **periodo perioperatorio** (*ndr. periodo preoperatorio*) per cui la terapia deve essere individualizzata e concordata tra il reumatologo e il chirurgo in base all'attività dell'artrite e al tipo di intervento chirurgico che il paziente deve osservare: un'estrazione dentale e una cataratta non necessitano di sospensione, mentre per interventi più complessi è indispensabile l'interruzione del trattamento per periodi variabili in relazione alle diverse emivite dei vari farmaci. Non va invece mai sospesa la terapia steroidea (*ndr. terapia con cortisone*), in

Alcune slides della presentazione realizzata



VACCINI

VACCINI CON MICROORGANISMI VIVI ATTENUATI	VACCINI CON MICROORGANISMI UCCISI/INATTIVATI
BCG	Difterite
Morbillo/Parotite/Rosolia	Influenzale
Polio	Pneumococco
Vaiolo	Rabbia
Varicella/Herpes zoster	Meningococco
Febbre gialla	Pertosse
	HPV
	Epatite A/B
	Tetano

VACCINAZIONI

	VACCINI UCCISI o TOSSINE			VACCINI VIVI ATTENUATI	
	INFL (annuale)	Pneumococcica (trivalente dopo 3-5 ml)	Epatite B	Herpes zoster	ALTRI
Methotrexate (>25mg/sett.)	SI	SI	SI*	SI**	Con attenzione
Leflunomide	SI	SI	SI*	SI**	Con attenzione
Sulfasalazina	SI	SI	SI*	SI**	Con attenzione
TP Biologica	SI	SI	SI*	EVITARE	EVITARE

SI*: raccomandato in pazienti ad alto rischio (lavoro, viaggi, contatto rapporti sessuali a rischio etc)
 SI** raccomandato solo in pazienti con pz con Artrite e di età > 60aa
 S van Assen 2014, Bombardier 2014

particolare se effettuata cronicamente per il rischio di una insufficienza surrenalica.

Altro argomento fonte di frequenti interrogazioni da parte del paziente sono le **vaccinazioni** in corso di terapia antireumatica. In tutti i casi sono consentiti l'utilizzo di tutti i vaccini con microrganismi uccisi o inattivati, come il vaccino antinfluenzale e pneumococcico, mentre vanno evitati quelli con vaccini vivi attenuati (Herpes, febbre gialla, etc.) per il pericolo infettivo.

In conclusione possiamo dire che oggi grazie all'avvento di nuovi farmaci e ad un diverso approccio terapeutico (TREAT TO TARGET e TIGHT CONTROL) è giusto e doveroso aspirare al raggiungimento di uno stato di remissione clinica dell'artrite cronica come di molte patologie reumatiche. Il trattamento deve però essere guidato e modulato dalla misura dell'attività della malattia e deve avvalersi della stretta collaborazione tra reumatologo, MMG e paziente nella condivisione del percorso terapeutico da

intraprendere e dallo stretto monitoraggio della terapia, senza mai perde di vista l'obiettivo comune che è quello di garantire al paziente una buona qualità di vita priva di disabilità. ■



DMARs tradizionali

Approfondimento liberamente tratto dall'articolo della dr.ssa Alessandra Bezzi Servizio di Reumatologia • Ausl Romagna • Presidio Ospedaliero Infermi • Rimini "Notiziario del Malato Reumatico n. 42"

I DMARDs tradizionali comprendono classi farmacologiche e meccanismi d'azione differenti che, con efficacia variabile, mirano a raggiungere il controllo della malattia. Approssimativamente queste molecole possono essere suddivise in:

- **IMMUNOSOPPRESSORI** (Metotrexato, Leflunomide, Azatioprina, Ciclo-fosfamida, Ciclosporina, Micofenolato, Tacrolimus)
- **ANTIMALARICI** (Cloroquina e Idrossicloroquina)
- **ANTIBIOTICI** (Minociclina)
- **METALLI** (Sali d'oro)
- **IMMUNOMODULANTI** (Sulfasalazina, D-penicillamina)

METOTREXATO (MTX)

Il capostipite dei farmaci modificanti l'andamento della malattia reumatica di tipo infiammatorio, in particolare modo utilizzato nel trattamento dell'Artrite Reumatoide, è sicuramente il **Metotrexato (MTX)**. Il metotrexato è considerato un farmaco "ancora" nel trattamento dell'artrite, ed ha cambiato il destino della malattia e migliorato la vita dei pazienti. Utilizzato in monoterapia o in terapia combinata rappresenta un farmaco efficace con bassi effetti collaterali e generalmente ben tollerato. Nei casi in cui questo non lo sia è possibile oggi passare ad altri farmaci della stessa categoria, ma la sua "prima scelta" risiede nella valutazione del rapporto rischi/benefici decisamente favorevole verso i benefici.

Il metotrexato negli ultimi decenni si è dimostrato il principale immunosoppressore anche per le altre patologie autoimmuni (vasculiti, polimiositi, ecc.).

Nel LES viene impiegato quando sono prevalenti l'artrite e le manifestazioni cutanee.

La tossicità epatica del methotrexate, che rappresenta uno dei principali problemi di tolleranza al farmaco, è stata anch'essa recentemente rivisitata e sovradimensionata nei primi studi e non ha trovato conferma nella pratica clinica.

Altri farmaci affiancano o sostituiscono il metotrexato in caso di fallimento o tossicità:

IDROSSICLOROCHINA (HCQ)

Recenti revisioni la indicano come farmaco irrinunciabile in tutti i pazienti con artrite reumatoide:

- in associazione per l'azione di potenziamento con gli altri DMARDs
- quando controindicati immunosoppressori maggiori
- nel mantenimento della remissione
- per gli effetti favorevoli sul metabolismo lipidico
- in gravidanza con ottime esperienze cliniche nel LES (controindicata la sospensione) ed anche nella AR

LEFLUNOMIDE (LFN)

Il farmaco si accompagna ad un'ottima esperienza clinica in artrite reumatoide e artropatia psoriasica con efficacia sovrapponibile al metotrexato e con una pari incidenza di effetti avversi. Le Linee Guida per il trattamento della artrite reumatoide della Regione Emilia Romagna, recentemente aggiornate, considerato metotrexato e leflunomide i DMARDs "maggiori"; la verifica della loro efficacia e tollerabilità dovrebbe sempre essere testata in ogni paziente prima di intraprendere i nuovi immunomodulanti.

La tolleranza gastrointestinale con sindrome dissenterica severa rappresenta il tallone d'Achille del farmaco ed è responsabile della maggior parte delle sospensioni.

L'impiego in età fertile è severamente limitato dall'elevato rischio di Teratogenicità prolungata fino a due anni dalla sospensione.

SALAZOPIRINA (SSN)

Il farmaco ha una indicazione in label per artrite reumatoide, off label per artrite psoriasica e spondiloartriti. Studi clinici ne confermano l'efficacia in monoterapia e in combinazione. In genere l'impiego si associa ad un basso profilo di tossicità. Rappresenta una delle poche opportunità per la gestione con DMARDs della gravidanza (classe B) ed allattamento (diarrea nel neonato). Determina una ridotta fertilità nel maschio reversibile alla sospensione.

CICLOSPORINA (CYA)

Di comprovata esperienza nei trapiantati di rene, la ciclosporina presenta un ampio ventaglio di indicazioni in label nelle patologie autoimmuni: artrite reumatoide, psoriasi, uveite, glomerulo nefrite. E' in uso consolidato nella glomerulonefrite lupica, nella interstiziopatia polmonare associata ad artrite reumatoide e connettiviti.

Non controindicata ma con profilo favorevole nella HCV positività. Pur essendo classificata in Classe C l'uso è compatibile con la gravidanza (per l'allattamento viene consigliato il dosaggio nel neonato).

Per il trattamento dell'Artrite Reumatoide recenti linee guida hanno eliminati dalle indicazioni con le motivazioni a seguito

- **Sali d'oro** (elevato profilo di tossicità, irreperibilità in molti paesi)
- **Ciclosporina** (elevato profilo di tossicità)
- **Azatioprina (AZA)** (scarsa efficacia) indicazioni limitate: interstiziopatia polmonare, manifestazioni sistemiche della artrite reumatoide e tolleranza in gravidanza
- **Ciclofosfamida** (tossicità)

Malattie Reumatiche e Farmaci – Atti incontro pubblico di Bologna

I Farmaci Biotecnologici e Biosimilari



Riccardo Meliconi
SSD Medicina e Reumatologia
Istituto Ortopedico Rizzoli
Università di Bologna
riccardo.meliconi@ior.itv



Olga Addimanda
SSD Medicina e Reumatologia
Istituto Ortopedico Rizzoli
Università di Bologna
olga.addimanda@ior.it



Le malattie infiammatorie croniche (articolari, del tessuto connettivo o anche su base vasculitica) richiedono da sempre l'utilizzo di terapia immunosoppressiva per il loro trattamento.

Inizialmente gran parte delle procedure terapeutiche prevedevano l'utilizzo del cortisone, che sempre più di frequente è stato associato a diversi **farmaci immunomodulatori** o **immunosoppressori tradizionali**: Clorochina ed Idrossiclorochina, Penicillamina, Sali d'Oro, Sulfasalazina, Azatioprina, Ciclosporina, Ciclofosfamide, Methotrexate e Leflunomide.

Successivamente, in un primo momento con le sperimentazioni cliniche quindi con l'introduzione nella pratica clinica comune, sono diventati di sempre più comune utilizzo i **farmaci biotecnologici** (più comunemente noti come "farmaci biologici"): inibitori del TNF-alfa (*Etanercept-Enbrel, Infliximab-Remicade, Adalimumab-Humira, Golimumab-Simponi, Certolizumab Pegol-Cimzia*), antagonisti del recettore dell' interleuchina-1/antagonisti dell'interleuchina-1beta (*Anakinra-Kineret, Canakinumab-Ilaris*), inibitore della costimolazione (*Abatacept-Orencia*), anti-CD20 (*Rituximab-Mabthera*), inibitore del recettore dell' interleuchina-6 (*Tocilizumab-RoActemra*), antagonista dell'interleuchina-12/23 (*Ustekinumab-Stelara*).

I farmaci biologici sono entrati nella pratica clinica alla fine degli anni '90 con la commercializzazione dell'Enbrel: sono anticorpi monoclonali o recettori di proteine sintetizzati con tecniche di ingegneria genetica e mirati verso specifiche proteine o cellule coinvolte nel processo infiammatorio. La loro struttura molecolare è molto complessa e sovrapponibile a quella degli anticorpi umani.

"viventi" va da sé che il processo di sintesi potrà dare luogo, di volta in volta, a prodotti simili tra loro, ma potenzialmente diversi, seppur con le stesse funzioni e finalità di utilizzo.

L'EMA (Agenzia Europea per i Medicinali) ha fornito una definizione chiara per i medicinali biologici: *"un medicinale biologico è quello che contiene una o più sostanze attive derivate da una fonte biologica. I medicinali biologici, intendendo con tale termine anche quelli biotecnologici, cioè ottenuti con biotecnologie, sono, quindi, farmaci il cui principio attivo è rappresentato da una sostanza prodotta o estratta da un sistema biologico [...] oppure derivata da una sorgente biologica attraverso procedimenti di biotecnologia, comprendenti le tecnologie di DNA ricombinante, l'espressione controllata di geni codificanti proteine biologicamente attive nei procarioti o negli eucarioti, metodi a base di ibridomi e di anticorpi monoclonali."* (Doc. Ref. EMEA/74562/2006 Rev1)

La maggior parte dei farmaci biologici, essendo prodotti tramite biotecnologie che operano su sistemi viventi (microrganismi o cellule animali), presentano numerosi aspetti di eterogeneità legati alla cellula ospite utilizzata, ai plasmidi impiegati per transfettare la cellula ospite e, quindi, trasferire il gene necessario al fine di indurre l'espressione della proteina voluta, nonché alle condizioni di crescita e fermentazione e alle differenti metodiche di purificazione.

Tutti questi materiali e procedure introducono elementi di differenziazione e non sono immediatamente trasferibili da un laboratorio ad un altro, contribuendo a determinare l'unicità del prodotto. La struttura molecolare e il processo di produzione dei biologici giocano un ruolo importante nel determinare il potenziale immunogenico di questi medicinali.

Infatti, un'ulteriore caratteristica fondamentale di questi prodotti è rappresentata dalla loro **immunogenicità**, cioè la capacità di indurre una reazione immunitaria nell'organismo: tali molecole hanno la potenzialità di essere riconosciute come "non-self" dall'organismo del paziente ed essere, in qualche caso, neutralizzate nel loro effetto, riducendo l'efficacia della terapia.

L'efficacia dei farmaci biotecnologici è nota e ben documentata, e tali farmaci trovano la loro indicazione nelle malattie infiammatorie croniche allorché non si sia ottenuta una risposta soddisfacente con i farmaci immunosoppressori tradizionali o qualora questi siano per qualche ragione controindicati.

Restano aperte diverse questioni in merito al profilo di sicurezza di questi farmaci, in particolar modo relativamente a:

1. **Infezioni**
2. **Reazioni locali o sistemiche a seguito della somministrazione**
3. **Malattie autoimmuni potenzialmente indotte**
4. **Neoplasie**
5. **Immunogenicità con comparsa di anticorpi neutralizzanti il farmaco**
6. **Utilizzo in gravidanza**
7. **Vaccinazioni**
8. **Concomitanti malattie demielinizzanti**
9. **Presenza di malattia cardiovascolare**

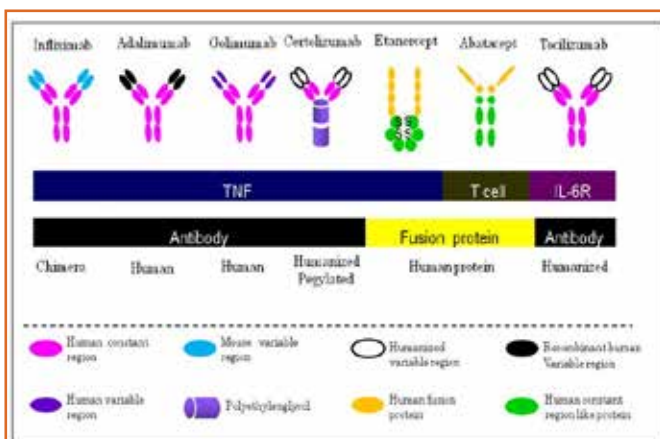


Fig. 1. Alcuni esempi di strutture molecolari di Farmaci Biotecnologici

Il processo produttivo di tali molecole è particolarmente complicato in quanto prevede l'utilizzo di vettori che permettano di clonare un determinato DNA selezionato da cui verranno sintetizzate proteine specifiche (in un secondo momento) all'interno di cellule batteriche o di mammifero, sottoposte a diversi processi di maturazione e moltiplicazione nei laboratori di riferimento. Avendo a che fare con sistemi

Infezioni

Diversi sono i dati relativi al potenziale **rischio infettivo** legato all'utilizzo di tali farmaci che, come è noto, sono comunque farmaci immunosoppressori, per quanto rivolti a bersagli specifici e non contro le cellule del sistema immunitario in toto.

Dati scientifici recentemente pubblicati e ricavati dai registri nazionali dimostrano come l'utilizzo degli anti-TNF- α sia associato ad un basso ma significativo rischio di infezioni severe: tale dato deve però essere controbilanciato dai rischi associati ad uno scarso controllo dell'attività di malattia e/o all'utilizzo di trattamenti alternativi quali gli immunosoppressori tradizionali (DMARDs) ed i cortisonici (CCS). (3)

Ulteriori dati a conferma dell'aumentato rischio infettivo derivano da una recente revisione sistematica della letteratura pubblicata nel 2014 su una rivista reumatologica internazionale ad alto impatto scientifico. (4) D'altro canto un ulteriore lavoro, pubblicato sempre nel 2014, pone l'attenzione sul fatto che non vi sarebbero significative differenze nel rischio infettivo fra i pazienti trattati con cDMARDs se confrontati con pazienti trattati con Etanercept: lo studio da cui sono emersi tali risultati aveva una durata di follow-up di cinque anni e segnalava un aumentato rischio infettivo nel sottogruppo di pazienti che presentavano un'elevata attività di malattia, indipendentemente dalla terapia in atto; tale dato deve far ricordare come spesso, nei pazienti che hanno un'attività elevata di malattia (*e che possano pertanto giovare del trattamento con farmaci biologici*), venga associata terapia cronica con cortisone, legata, come è ben noto, ad un importante rischio infettivo. (5)

Una considerazione a parte va fatta per il rischio legato alle infezioni tubercolare, noto nei pazienti che fanno terapia immunosoppressiva, in particolar modo con farmaci biologici che vadano ad inibire il TNF-alfa: per tale ragione linee guida nazionali ed internazionali impongono uno screening infettivologico preliminare alla prescrizione di tali farmaci, al fine di evidenziare la presenza di infezione attiva o latente, così da poter impostare terapia eradicante (o profilattica).

Le attuali linee guida, essendo comunque controindicata la prescrizione di farmaci biologici in pazienti portatori di infezioni croniche severe, prevedono che nello screening preliminare alla prescrizione di un biologico sia effettuata la valutazione anche della sierologia per le epatopatie virali (Epatite B ed Epatite C) e per l'HIV.

Reazioni locali o sistemiche a seguito della somministrazione

Tali **reazioni** sono non frequenti e legate esclusivamente alla sensibilità individuale del soggetto cui viene somministrato il farmaco, come per qualunque reazione a farmaci (biologici o non biologici).

Malattie autoimmuni potenzialmente indotte

Le più frequenti **manifestazioni di tipo autoimmune**, secondarie all'utilizzo di farmaci biotecnologici (in particolar modo anti-TNF-alfa), sono rappresentate dalle sindromi lupus-like (ovvero la presenza di alterazioni degli esami di laboratorio, associate a manifestazioni cliniche minori e perlopiù cutanee, compatibili con forma lieve di lupus), da forme di vasculite dei piccoli vasi (nell'88% vasculiti cutanee), da psoriasi (il cosiddetto "effetto paradossale", dal momento che gli anti-TNF-alfa sono farmaci biologici che trovano indicazione proprio per il trattamento anche della psoriasi), ma anche sarcoidosi o comparsa di malattie demielinizzanti (sia a carico del sistema nervoso centrale, come la sclerosi multipla, sia del sistema nervoso periferico). Va comunque ricordato che tali manifestazioni NON sono frequenti e talvolta sono riscontrabili anche in corso di terapia con immunosoppressori tradizionali (e non necessariamente con farmaci biotecnologici).

Un altro aspetto da considerare è lo sviluppo di interstiziopatia polmonare; in merito a questo tipo di manifestazione clinica diverse cose vanno tenute a mente: in particolare che spesso è secondaria a diverse malattie infiammatorie croniche e l'insorgenza (o il peggioramento) sono stati evidenziati anche in corso di terapia con immunosoppressori

tradizionali; in tale contesto è difficile discriminare se tale manifestazione, quando insorta in corso di terapia con farmaco biotecnologico, possa essere attribuita a quest'ultimo, alla concomitante terapia con immunosoppressore tradizionale o semplicemente alla sottostante malattia infiammatoria che si sta cercando di trattare. (6-7)

Tumori

Da quando è stato introdotto nella pratica clinica l'utilizzo dei farmaci biologici a lungo si è parlato del **rischio neoplastico** potenzialmente correlato all'utilizzo di tali molecole: in primis in quanto i primi biologici utilizzati sono stati gli inibitori del TNF alfa (il cui acronimo significa Fattore di Necrosi Tumorale, dall'inglese Tumor Necrosis Factor) da cui le ovvie considerazioni; in secondo luogo perchè nei primi tempi era stata evidenziata, in particolare nei pazienti affetti da artrite reumatoide, un aumento dell'incidenza di tumori ematologici (linfomi/leucemie). Studi successivi hanno però dimostrato che questa caratteristica era presente anche nei pazienti che avevano una storia di malattia di lunga data, non controllata in maniera soddisfacente: bisogna però ricordare che i primi pazienti che hanno beneficiato di questi trattamenti erano pazienti con una lunga storia di malattia infiammatoria cronica, non adeguatamente controllata con DMARDs tradizionali, e che per tale ragione hanno avuto l'indicazione a trattamenti con questi nuovi farmaci.

Attualmente i dati relativi alla sicurezza dei biologici in questo senso sono buoni: sempre più informazioni vengono ricavate dai registri di popolazione che non evidenziano un maggior rischio di insorgenza di tumori nei pazienti che fanno queste terapie (se si eccettuano i tumori cutanei non melanomatosi, 8- 9), anzi sembrerebbe esserci una maggiore incidenza di neoplasie solide in pazienti con storia di artrite reumatoide di lunga data e trattati con immunosoppressori tradizionali (non biologici) e non si è evidenziato un aumento di incidenza di neoplasie solide in pazienti che iniziavano terapia con inibitore del TNF alfa in associazione ad immunosoppressori tradizionali già in corso. (10-12)

Immunogenicità con comparsa di anticorpi neutralizzanti il farmaco

Su questo aspetto non sono ancora a disposizione molti dati, in quanto la ricerca di anticorpi antifarmaco risale agli ultimi anni, e ad ora ci sono dati disponibili soddisfacenti esclusivamente sui farmaci anti-TNF; tale caratteristica, presente per molti degli inibitori del TNF-alfa (v. figura 2) sono maggiormente presenti quando il farmaco viene somministrato in monoterapia piuttosto che in associazione con un immunosoppressore tradizionale.

Immunogenicità in corso di anti-TNF					
	INF	ETA	ADA	CZP	GOL
Monoterapia	+++	+	+	ND	ND
Associazione con MTX	+	+/-	+/-	+	ND

Fig. 2. Immunogenicità in corso di anti-TNF

Ma quali possono essere le ricadute cliniche di tale fenomeno? A seguito della comparsa di anticorpi antifarmaco può verificarsi quel fenomeno definito "farmaco-resistenza", secondario ad un'aumentata eliminazione del farmaco o ad una sua inattivazione per l'azione di tali anticorpi specifici. Inoltre, la loro presenza può favorire l'insorgenza di reazioni avverse alla somministrazione del farmaco, per quanto non sia ancora noto l'esatto meccanismo sottostante a tale tipo di manifestazione clinica. (13)

Utilizzo in gravidanza

Ad oggi, pur non avendo a disposizione, per ovvie ragioni, trials clinici randomizzati e controllati in corso di gravidanza, i dati a nostra disposizione sui farmaci biologici (ed in particolar modo sugli anti-TNF-alfa) sono abbastanza confortanti. **L'indicazione generale è di sospendere i farmaci a riscontro di test di gravidanza positivo** (per la donna, mentre non vi è necessità di sospensione precauzionale nell'uomo): in condizioni particolari però, in cui la malattia infiammatoria sia particolarmente attiva e non consenta la sospensione del farmaco biotecnologico, quest'ultimo può essere continuato nella prima parte della gravidanza (obbligatoria la sospensione nell'ultimo trimestre quando inizia il passaggio transplacentare degli anticorpi). Per le caratteristiche molecolari del farmaco è possibile un'eccezione per il Certolizumab e per l'Etanercept in quanto, dato l'elevato peso molecolare, è difficile che si verifichi il passaggio trasplacentare.

Abbiamo invece a disposizione meno dati su Rituximab, Anakinra, Tocilizumab, Abatacept, Belimumab ed Ustekinumab per cui, in corso di tali terapie, è indicata la sospensione precauzionale 2-3 mesi prima (per il Rituximab 1 anno prima) del tentativo di concepimento. (14)

Vaccinazioni

Le comunità scientifiche internazionali (EULAR e ACR) si sono espresse, sulla base dei dati disponibili, a **favore della pratica vaccinale in corso di malattie infimmatorie croniche**, in particolar modo nei soggetti che devono assumere terapia immunosoppressiva.

In particolare:

- Tutte le vaccinazioni andrebbero idealmente fatte in fase di stabilità della malattia infiammatoria
- Sono controindicate le vaccinazioni con virus vivo nei pazienti che fanno terapia immunosoppressiva (sia con farmaci tradizionali che con farmaci biologici)
- Qualunque vaccinazione (NON con virus vivo) andrebbe idealmente fatta prima di potenziare la terapia immunosoppressiva, ma può essere ugualmente somministrata in corso di terapia immunosoppressiva con farmaci immunosoppressori tradizionali opp con anti-TNF-alfa o Tocilizumab in associazione o meno con immunosoppressori tradizionali
- La vaccinazione antinfluenzale e quella antipneumococcica sono indicate in tutti i pazienti affetti da malattia infiammatoria cronica
- La vaccinazione antitetanica può essere somministrata in accordo con le linee guida locali

Malattie demielinizzanti

In presenza di anamnesi positiva per malattie demielinizzanti è assolutamente controindicato l'utilizzo di farmaci biologici anti-TNF-alfa; non controindicazioni particolari relative all'utilizzo di farmaci biologici con meccanismo d'azione differente.

Malattia cardiovascolare

Come per le malattie demielinizzanti, è controindicato l'uso di farmaci biologici anti-TNF-alfa in pazienti con quadro di scompenso cardiaco cronico ed insufficienza di classe NYHA III-IV.

FARMACI BIOSIMILARI

Con il termine "biosimilare" viene indicato un medicinale simile ad un prodotto biologico di riferimento già autorizzato nell'Unione Europea e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale. Nel settembre 2012 l'EMA ha diffuso un documento in cui è fornita la seguente definizione: *"Per medicinale biosimilare si intende un medicinale sviluppato in modo da risultare simile a un medicinale biologico che è già stato autorizzato (il così detto "medicinale di riferimento"). I medicinali biosimilari, dunque, differiscono dai farmaci generici che hanno strutture chimiche più semplici e che sono considerati identici ai loro medicinali di riferimento. Il principio attivo di un biosimilare e quello del suo medicinale di riferimento sono di fatto la stessa sostanza biologica, tuttavia possono essere presenti differenze minori dovute alla loro natura complessa e alle tecniche di produzione. Come il medicinale di riferimento, il biosimilare presenta un certo grado di variabilità naturale. Un biosimilare*

viene approvato quando è stato dimostrato che tale variabilità naturale ed eventuali differenze rispetto al medicinale di riferimento non influiscono sulla sicurezza o sull'efficacia".

Farmaci biosimilari: aspetti critici

Le criticità segnalate per i farmaci biosimilari sono le seguenti:

- La presenza di modificazioni del processo di produzione, che può condurre alla sintesi di un prodotto simile (non uguale): tale aspetto è però sovrapponibile a quanto succede nella normale sintesi del biologico originario
- Estrapolazioni delle indicazioni terapeutiche: mentre i farmaci biologici originari sono stati sottoposti a trials clinici complessi e di lunga durata per valutarne efficacia e sicurezza per ciascuna indicazione, per i biosimilari, appurato che siano simili ai farmaci originari ed abbiano la stessa efficacia ed il medesimo profilo di sicurezza, è stato ritenuto non necessario effettuare il medesimo tipo di percorso per tutte le indicazioni terapeutiche
- Intercambiabilità, sostituzione, modificazione (switching): in merito a questo aspetto, per le caratteristiche intrinseche di produzione, e per la mancata evidenza di giovamento al paziente da tale procedimento, le società scientifiche si sono espresse affermando che hanno indicazione a trattamento con biosimilare tutti i pazienti che devono iniziare un terapia con biologico ex novo, mentre non si ravvede nessuna indicazione ad effettuare uno "switch" a biosimilare in paziente che stia già facendo terapia con biologico originario con beneficio
- Farmacovigilanza post-marketing: ovviamente su questo aspetto non abbiamo a disposizione alcun tipo di informazione, in quanto questi nuovi farmaci non sono ancora entrati nella pratica clinica comune

Riassumendo:

- I farmaci biologici/biotecnologici sono immunosoppressori sintetizzati con tecniche di ingegneria genetica e mirati verso proteine o cellule specifiche dell' infiammazione**
- Per la modalità con cui vengono prodotti sono gravati da un certo grado di eterogeneità e da potenziale immunogenicità**
- Controindicazioni assolute alla loro prescrizione sono le infezioni croniche severe o le infezioni acute in fase attiva, la presenza di neoplasie nei precedenti 5 anni dall'indicazione terapeutica, scompenso cardiaco e malattie demielinizzanti nel caso degli anti-TNF-alfa**
- Non vi è evidenza di aumentato rischio neoplastico in chi assume farmaci biologici, mentre vi è un potenziale aumentato rischio infettivo**
- Sono indicate le vaccinazioni (antinfluenzale, anti-pneumococco; anti epatite B nei soggetti a rischio), tranne quelle con virus vivi che sono assolutamente vietate**
- I biosimilari sono simili ai biologici "originari" ai quali sono sovrapponibili per efficacia e sicurezza ■**

Bibliografia essenziale

- Doc. Ref. EMEA/74562/2006 Rev1
- Documento di Posizione della Società Italiana di Reumatologia sulla Prescrizione dei Farmaci Biosimilari – 2015
- Galloway JB et al, Rheumatology 2011; 50:124-131
- Ramiro S et al, ARD 2014;73:529-35
- Emery P et al, Clin Exp Rheumatol 2014;32:653-660
- Ramos-Casals M, et al. Best Prac Res Clin Rheumatol 2008
- Torraalba KD, Quismorio FP. Curr Op Rheumatol 2009
- Asklng J et al, A&R 2009; 60:3180
- Ramiro S et al, ARD 2014;73:529-35
- Mercer LK, Rheumatology 2013;52:91-98
- Mercer LK et al, Ann Rheum Dis 2015;74:1087-1093
- Lopez-Olivo MA et al, JAMA 2012;308:898-908
- Tracey D, et al. Tumor necrosis factor antagonists mechanisms of action: A comprehensive review. Pharmacology & Therapeutics 117 (2008) 244–279.
- Skorpen CG et al, The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation, ARD 2016

Approfondimento - Rapporto Osmed sull'uso dei farmaci in Italia

Osteoporosi: un commento sul documento OSMED 2016

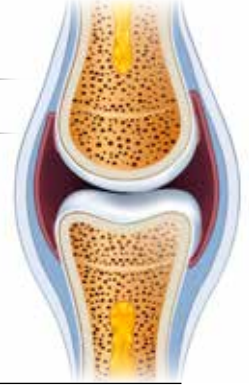


Nazzarena Malavolta

Servizio di Reumatologia

Aosp Policlinico Sant'Orsola • Bologna

nazzarena.malavolta@aosp.bo.it



L'osteoporosi rappresenta un problema sanitario rilevante tanto che l'OMS lo reputa secondo solo alle patologie cardiovascolari. Vari studi hanno dimostrato che la disabilità legata alle fratture osteoporotiche incide sui malati in termini di giorni di immobilizzazione a letto, più della broncopneumopatia cronica ostruttiva, dell'ictus, dell'infarto del miocardio e della neoplasia mammaria.

L'osteoporosi è una malattia scheletrica sistemica, caratterizzata da una riduzione della massa ossea e dal deterioramento microarchitetturale del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità scheletrica e del rischio di frattura. È stato stimato che oltre 20 milioni di donne e 5 milioni di uomini, nell'Unione Europea, sono affetti da osteoporosi e che la spesa sanitaria legata al trattamento di una frattura da fragilità sia di gran lunga superiore al costo della prevenzione della malattia stessa. In considerazione del trend demografico mondiale, si stima un aumento della prevalenza di tale patologia e, in Italia, è atteso, nei prossimi 20 anni un aumento della popolazione ultrasessantacinquenne, pari al 25% della stessa.

La prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'osteoporosi sono pertanto di fondamentale importanza nell'ambito delle cure primarie, nonostante sia ancora poco considerata come disordine sistemico cronico, meritevole sia di approfondimento diagnostico che di terapia specifica e le poche risorse allocate in tale area, ne costituisce una conferma. Ecco allora **la necessità d'investire risorse nel settore della prevenzione della malattia, piuttosto che nel settore terapeutico**, ed è quindi importante, dal punto di vista sociale ed economico, individuare indicatori misurabili per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Il numero delle fratture osteoporotiche è in costante aumento ed è quindi necessario individuare con accuratezza le persone ad elevato rischio per avviare un trattamento farmacologico efficace e con un rapporto costo/beneficio favorevole.

Il valore della massa ossea (BMD) non è il solo e il migliore criterio per l'accesso al trattamento in quanto i dati della letteratura ci dicono che la maggior parte delle fratture da fragilità si verifica in soggetti non affetti da osteoporosi densitometrica, ma osteopenici.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati vari algoritmi per predire il rischio futuro di frattura nelle donne

in post menopausa: uno di questi è il FRAX e in Italia, la Società Italiana Osteoporosi e Malattie Metaboliche dello Scheletro (S.I.O.M.M.S.) e la Società Italiana di Reumatologia (S.I.R.), hanno elaborato un adattamento dell'algoritmo FRAX, e sviluppato il DeFRA. Questi algoritmi, basati principalmente sui fattori di rischio individuati dall'O.M.S., non sono frequentemente utilizzati né dai Medici di Medicina Generale nella loro pratica quotidiana né dagli specialisti nell'osteoporosi, che spesso ritengono la propria esperienza "sul campo" renda superfluo tale calcolo. Inoltre ad oggi non esiste una soglia d'intervento universalmente condivisa e questo spiega, almeno in parte, la disomogeneità esistente nei criteri di accesso alla terapia anti-fratturativa.

Secondo i dati Osmed (AIFA 2015), pubblicati in giugno di quest'anno, nel 2015, l'aderenza media nazionale alla prescrizione di trattamento anti-fratturativo è pari al 50.1% dei soggetti, in aumento rispetto all'anno precedente (+5.5% nel 2015 rispetto al 2014), mentre la percentuale dei pazienti con trattamento occasionale è pari al 15%. È auspicabile che la percentuale degli aderenti incrementi nel corso degli anni futuri, per le conseguenze della scarsa adesione ai trattamenti a lungo termine riassumibili essenzialmente in scarsi "outcomes" clinici e aumento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Su 100 donne fratturate, o ad alto rischio fratturativo, solo 12% prende i farmaci. Vi sono poi anche donne trattate 'occasionalmente', cioè per un massimo del 20% di giorni coperti, inutile al fine della prevenzione delle fratture.

"Il risparmio ottenibile dalla riduzione degli "occasional" e dei pazienti in trattamento senza fattori di rischio (pregressa fratture di femore, vertebrale, non vertebrale, uso di corticosteroidi), attraverso una migliore selezione del paziente da mettere in trattamento consentirebbe, tra l'altro un re-investimento in una maggiore aderenza, in un maggior uso di calcio e vitamina D nei pazienti in trattamento con farmaci per osteoporosi e in un maggior uso di principi attivi ad alta efficacia (e costo superiore) nei pazienti a maggior rischio di frattura (pazienti con pregressa frattura)" (L'uso dei farmaci in Italia Rapporto Nazionale Anno 2015).

È pertanto necessario che donne e uomini siano

educati e sensibilizzati nei confronti della malattia, capiscano l'importanza della prevenzione e della terapia e, non ultimo, prendano coscienza dei rischi relativi alla non aderenza terapeutica. Infatti, solo il 32.3% di pazienti con frattura da OP assume farmaci in post-dimissione e solo 34.2% di loro aderisce adeguatamente al trattamento con bisfosfonati (BPs) - (Degli Esposti L, 2014).

La mancata adesione ai trattamenti comporta costi legati all'insorgenza degli effetti indesiderati che il regime terapeutico raccomandato tenta di minimizzare e determina, inoltre, l'aumento del rischio clinico e conseguenti morbilità e mortalità

Tra le varie considerazioni di farmaco-economia, si deve tenere anche in opportuna considerazione quanto riportato da Farmindustria, ovvero che *"il problema dell'aderenza è legato anche al cambio delle confezioni dei farmaci... anche se si prescrive un generico si deve mantenere la stessa scatola, altrimenti il paziente si confonde e va in crisi."* L'aderenza alla terapia e la sostituzione orizzontale dei medicinali equivalenti sono inversamente proporzionali: all'aumentare dello switch da un generico a un altro della stessa molecola, infatti, l'adesione del paziente alla prescrizione terapeutica diminuisce, con un valore pari allo 28% se la sostituzione interessa metà delle prescrizioni. Questi in estrema sintesi i risultati di uno studio osservazionale retrospettivo condotto in 2 ASL lombarde, a Pavia e Bergamo, presentati in dicembre 2015 durante una conferenza stampa a Milano, organizzata dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda), in collaborazione con DOC Generici.

Se consideriamo il fratturato di femore, soggetto a più elevato rischio di ri-frattura:

- solo il 13% riceve un trattamento adeguato preventivo di fratture future;
- 85.000 fratture di femore/anno per un costo diretto di 1 miliardo di €;
- il S.S.N. spende il 2.6% della spesa farmaceutica totale rispetto al 32% destinato per le patologie cardio-vascolari;
- per tutti i fratturati di femore, > 65 anni (1 miliardo di €/anno di spesa) la spesa farmaceutica è di 18 milioni di €/anno e tale cifra è pari allo 0.18% della spesa farmaceutica nazionale che ci permetterebbe di trattare efficacemente una popolazione ad elevato rischio di ri-frattura (sia al femore che in altra sede). ■

Approfondimento – Aggiornamento LEA / Livelli Essenziali di Assistenza LEA e Malattie Reumatiche

Le osservazioni delle Associazioni Pazienti sulla proposta del Ministero



Daniele Conti
AMRER Onlus
Ass. Malati Reumatici Emilia Romagna
ass.amrer@alice.it

Nel giugno 2016 è stata avanzata dal Ministero della Salute alle Regioni la proposta di un Decreto per aggiornare i LEA – Livelli Essenziali di Assistenza – in cui sono presenti diverse novità e un aggiornamento delle prestazioni in esenzione per molte patologie che ci riguardano. Il documento proposto è molto ampio, e si “prende cura” di tantissimi aspetti di gestione della sanità, costituendo un ammodernamento sensibile per il Servizio Sanitario Nazionale.

Relativamente alle prestazioni in esenzione vengono coinvolti e aggiornati gli elenchi delle seguenti patologie:

- cod 006 - **Artrite Reumatoide**
- cod 028 - **Lupus**
- cod 030 - **Sjogren**
- cod 037 - **Paget**
- cod 045 - **Psoriasi / Artrite Psoriasica**
- cod 054 - **Spondilite Anchilosante**

Una novità molto sensibile riguarda la **SCLERODERMIA**, cui si propone l’inserimento nell’elenco delle Malattie Rare, facendola così rientrare in un si-

stema di “sorveglianza e supporto” maggiore rispetto al passato. Questo ha quindi un aspetto positivo da un lato e sicuramente un impatto organizzativo da non sottovalutare per non creare disagio ai pazienti già in carico.

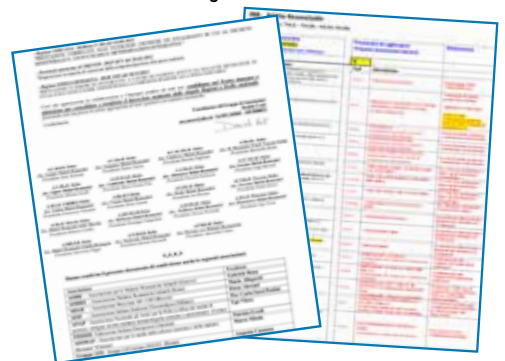
Quanto detto sopra rimane, quando scriviamo questo articolo, **una proposta**, che ha passato il vaglio ed approvazione della Conferenza Stato Regioni questo settembre, ed ora torna alla Ragioneria dello Stato e all’iter di approvazione finanziaria.

Sulla proposta di DPCM del Ministero AMRER ha sottoscritto un documento assieme ad altre 26 Associazioni di pazienti per proporre una **attenta analisi dei setting di bisogno** che prende in esame le fasi di **follow-up e trattamento farmacologico dei pazienti reumatologici** in quanto molti aspetti, a nostro giudizio, non sono stati approfonditi nel modo adeguato da parte dei tecnici del Ministero, creando potenzialmente dei vuoti che sarebbe auspicabile venissero colmati.

La proposta avanzata da parte delle Associazioni di pazienti è molto seria e scientificamente costruita

sull’esperienza dei clinici di aziende sanitarie e ospedaliere/universitarie - la cui “commissione” è stata interamente sostenuta dalle Associazioni stesse che si dimostrano così un TASSELLO importante nel percorso di formazione della Sanità, e non attori passivi o semplici portavoce di bisogni.

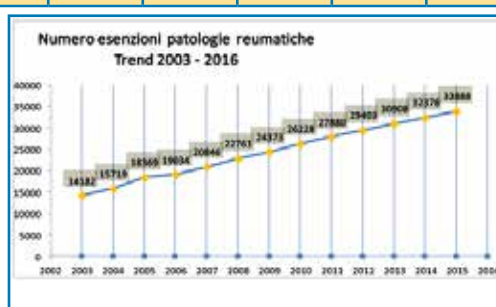
Vi aggiorneremo in merito perché seguiremo attentamente i passaggi di approvazione per far garantire una corretta presa in carico dei pazienti e tutelare il diritto alla Salute degli stessi. ■



Approfondimento – Incidenza Malattie Reumatiche al 31/12/2015

Incidenza esenzioni attive in Emilia Romagna per Malattie Reumatiche

Codice e descrizione della patologia cronica ed invalidante	Azienda USL Piacenza	Azienda USL Parma	Azienda USL Reggio E	Azienda USL Modena	Azienda USL Bologna	Azienda USL Imola	Azienda USL Ferrara	Azienda USL Romagna	TOTALE RER			
	totale	totale	totale	totale	totale	totale	totale	totale	< 18 anni	18 / 65 anni	≥ 65 anni	totale
006 Artrite reumatoide	981	1.595	1.850	1.443	2.275	364	1.282	3.064	447	6.299	6.108	12.854
028 Lupus	167	263	251	423	438	85	378	855	22	2.218	620	2.860
030 Sjogren	129	269	417	576	463	99	722	1.008	2	1.861	1.820	3.683
037 Morbo di Paget	56	57	86	133	175	22	64	206	0	137	662	799
045 Art. Psoriasica	570	1.740	1.157	1.054	1.827	284	894	2.246	48	6.918	2.806	9.772
047 Sclerodermia	145	113	212	310	371	59	250	487	9	1.066	872	1.947
054 Spondilite anchilosante	74	160	302	270	455	91	145	476	1	1.690	282	1.973
Totali	2.122	4.197	4.275	4.209	6.004	1.004	3.735	8.342	529	20.189	13.170	33.888



Approfondimento sul congedo di 30 giorni retribuiti Congedo per cure del disabile



Daniele Conti
AMRER Onlus
Ass. Malati Reumatici Emilia Romagna
ass.amrer@alice.it



I lavoratori **mutili 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**. Durante l'assenza il lavoratore **non può essere sottoposto a visite fiscali**.

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//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//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

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 mutili 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 della 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.

Adelmo Mattioli

Esempio di testo per certificato medico da abbinare alla richiesta al datore di lavoro

[su carta intestata del medico di famiglia / specialista]

Certifico che la Sig.ra / Sig. MARIO ROSSI necessita di [specificare tipo di prestazione es. visita medica / esame etc anche "riposo"] dal xx/xx/2016 al xx/xx/2016 per cure - ai sensi dell'art.7 DL 18/07/2011 n. 119.

Certifico che le cure sostenute sono connesse all'invalidità invalidante riconosciuta all'interessato/a.

In fede

"timbro e firma medico di famiglia / specialista"

Ci è stata segnalata l'esperienza di utilizzo dell'istituto del congedo per cure anche per il "riposo"

MODELLO DOMANDA AL DATORE DI LAVORO

Alla Spett.le
Ditta/Amministrazione

OGGETTO: congedo per cure ai sensi decreto legislativo 18 luglio 2011, n° 119 articolo 7 - (GU n° 173 del 27-7-2011) per un periodo non superiore a 30 giorni continuativi o frazionati

Lavoratore/trice	Nato/a il
residente a	in via
CAP	C.F.

Con la presente richiedo il congedo all'oggetto descritto, essendo in possesso di un verbale di invalidità civile con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%, in specifico pari al _____%

Periodo/i richiesto/i:

dal _____ al _____
dal _____ al _____

Si allega la seguente documentazione:

- richiesta del medico convenzionato con il SSN (o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica) dalla quale si evidenzia la necessità della cura in relazione all'invalidità invalidante,
- copia del verbale della Commissione sanitaria con il grado di invalidità civile accertata.

Data:

Il/la lavoratore/trice

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.

Adelmo Mattioli

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

Adelmo Mattioli

Approfondimento su benefici pensionistici

Maggiorazione contributiva con invalidità civile dal 75%



Agli **invalidi** (per qualsiasi causa) ai quali è stata riconosciuta una **invalidità superiore al 74%** è riconosciuto per ogni anno di servizio effettivamente svolto presso pubbliche amministrazioni o aziende private o cooperative, il beneficio della maggiorazione di **2 mesi di contribuzione figurativa utile solo per il diritto alla pensione e per l'anzianità contributiva, fino a un massimo di 5 anni di contribuzione.**

La maggiorazione viene concessa, **solo su domanda**, al momento della liquidazione della pensione o del supplemento.

Il beneficio non esclude l'applicazione della penalizzazione prevista per la pensione anticipata in caso di accesso al trattamento pensionistico con età inferiore a 62 anni.

Il beneficio non può essere concesso ai titolari di pensione o assegno ordinario di invalidità a carico dell'A.G.O. (Assicurazione Generale Obbligatoria), delle gestioni dei lavoratori autonomi e dei fondi sostitutivi per i quali non è prevista la rilevazione della percentuale di invalidità.

PERIODI RICONOSCIUTI

L'anzianità contributiva del lavoratore viene maggiorata, ai fini del riconoscimento e della liquidazione della pensione e per un massimo di 5 anni:

- di 2 mesi per ogni anno di attività prestata dal riconoscimento dell'invalidità;
- di 1/6 per ogni settimana di lavoro svolto per periodi inferiori all'anno.

Dal calcolo vengono esclusi periodi coperti da contribuzione volontaria, figurativa o derivanti da riscatto non correlato ad attività lavorativa.

DOMANDA

Le domande di maggiorazione contributiva possono essere inviate dagli interessati o dai loro superstiti esclusivamente attraverso i seguenti canali:

- patronati e tutti gli intermediari dell'INPS - usufruendo dei servizi telematici offerti dagli stessi **[opzione da noi consigliata]**;
- Web sul sito dell'INPS;
- telefono – contattando il contact center INPS al numero 803164 gratuito da rete fissa o al numero 06164164 da rete mobile a pagamento secondo la tariffa del proprio gestore telefonico.

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- per i sordi ed **invalidi civili** - il verbale di accertamento sanitario rilasciato dalle competenti Commissioni mediche Asl per l'accertamento dell'

invalidità civile, con l'acquisizione di eventuali revisioni sanitarie, avvenute o predisposte entro il quinquennio di riferimento per il godimento del beneficio;

• per gli invalidi di guerra, civili di guerra e per causa di servizio nel rapporto di pubblico impiego con le Amministrazioni statali o gli Enti locali - copia del provvedimento amministrativo di concessione dal quale risulti che le lesioni ed infermità riscontrate rientrano nelle prime quattro categorie di cui al DPR 834 del 1981;

• per gli invalidi del lavoro - i documenti rilasciati dall'Inail. ■



Normativa di riferimento

D. Lgs 503/1992 - art. 1, comma 8

Circolare Inps 35/2012

Circolare Inps 82/1994

Circolare Inps 65/1995

Circolare Inpdap 16/1993

L. 222/1984 (cd. invalidità specifica)

Approfondimento su benefici pensionistici

Pensione anticipata con invalidità civile dal 80%



Il **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 503 (articolo 1, comma 8)** prevede la possibilità per i lavoratori, iscritti all'assicurazione generale obbligatoria, con **invalidità non inferiore all'80%**, di anticipare l'età pensionabile (pensione di vecchiaia), in presenza di almeno **20 anni di contributi**. Nel periodo 2016/2018, a seguito dei meccanismi di adeguamento alla stima di vita, i requisiti di età per gli **uomini** sono il **raggiungimento dei 60 anni e 7 mesi**, per le **donne** il **raggiungimento dei 55 anni e 7 mesi**.

Questi lavoratori devono attendere l'apertura di una **finestra mobile di 12 mesi** per ottenere il primo rateo pensionistico a differenza di quanto accade nella normativa generale che ha soppresso le finestre annuali.

Questa **norma risulta attiva però solo**

per i lavoratori dipendenti del settore privato, lavoratori iscritti cioè all'Assicurazione Generale Obbligatoria e ai fondi di previdenza sostitutivi dell'AGO (per questi ultimi si veda la Circolare Inps 82/1994), in possesso di contribuzione al 31.12.1995 (cioè che sono nel sistema misto, cfr: Circolare Inps 65/1995). Il beneficio, pertanto, non può essere esercitato dai lavoratori autonomi né dai pubblici dipendenti (su questo ultimo punto si veda la Circolare Inpdap 16/1993).

Per ottenere il riconoscimento dell'anticipo il richiedente deve **farne domanda e sottoporsi ad una visita medica presso le commissioni sanitarie dell'Inps** ancorché sia stato riconosciuto invalido civile. Ciò in quanto, secondo l'Inps, l'invalidità per il beneficio in parola deve essere valutata ai sensi della **legge 222/1984 (cd. invalidità specifi-**

ca) e non ai sensi della legge 118/1971 sull'invalidità civile (cd. invalidità generica). Pertanto, il **riconoscimento eventualmente già operato in sede di invalidità civile costituisce solo un elemento di valutazione per la formulazione del giudizio medico legale da parte degli uffici sanitari dell'Istituto (Circolare Inps 82/1994)** e non determina necessariamente la concessione del beneficio. ■



Normativa di riferimento

L. 388/2000 - art. 80, comma 3

Circolare Inpdap 36/2003

Circolare Inps 29/2002

Circolare Inps 92/2002

I nostri consigli in cucina

San Marino, benvenuti nell'antica terra della Libertà!



Fulvia Casadei

Presidente Fondatore
Associazione Storico Culturale
I Fanciulli e la Corte di Olnano
Repubblica di San Marino

Situata tra la Romagna e le Marche sul Monte Titano, sorge "la più antica Repubblica del mondo". **San Marino, dichiarata Patrimonio dell'Umanità dall'UNESCO** che la descrive come: "una testimonianza eccezionale di una tradizione culturale vivente che perdura da 700 anni".

Per chi giunge in Romagna, sia da Cesena che da Pesaro appare subito imponente il Monte Titano, che raccoglie tutta la storia di questa antica Repubblica nei suoi monumenti: prime tra tutti le **tre torri**, che sventano imponenti e disegnano il profilo del monte, simboli dell'antica Città-Stato erette a testimonianza e difesa della sua **libertà e autonomia**. Tra i simboli da visitare non si deve perdere il **Palazzo Pubblico**, sede delle Istituzioni dello Stato, che si eleva nel cuore del centro storico e la **Piazza della Libertà**, dalla cui vista su tutta la valle si perde il fiato per la bellezza che diventa espressione tangibile.

La leggenda fa risalire la fondazione della Repubblica a un tagliapietre originario di Arbe, in Dalmazia, di nome Marino appunto. Egli giunse a Rimini nel 257 d.C. dove lavorò fino a quando, per sfuggire alle persecuzioni contro i cristiani ad opera dell'Imperatore Diocleziano, dovette fuggire. Si rifugiò sul Monte Titano. Personalità carismatica e taumaturgo, Marino attirò intorno a sé una piccola comunità di cui divenne il punto di riferimento. Il Monte Titano gli fu donato dalla proprietaria, Donna Felicità (o Felicissima) per ringraziarlo di aver guarito il figlio malato ed egli lo lasciò a sua volta in eredità ai suoi seguaci. Si narra che le sue ultime parole prima di morire siano state: "**Relinquo vos liberos ab utroque homine**" ("Vi lascio liberi da entrambi gli uomini" riferendosi a entrambi i poteri, sia quello del Papa che dell'Imperatore). Era il terzo giorno di Settembre dell'anno 301 d.C., il seme dell'indipendenza era stato gettato! E così **Marino non è soltanto il "Protettore" della Repubblica ma è soprattutto il suo "Fondatore"**, la valenza simbolica del Santo Marino è dunque al contempo religiosa e civile, e il culto e la devozione allo stesso permeano da sempre la vita e le principali Istituzioni dello Stato sammarinese, dalle tradizionali cerimonie e alle principali festività civili. La **Basilica** dedicata a Marino sorge su uno dei punti più belli e caratteristici del Titano ed è affiancata dalla **Chiesetta di San Pietro**, luogo in cui il Santo costruì il suo primo oratorio e nel quale vi avrebbe dormito da vivo e infine depresso alla sua morte. Una curiosità per coloro che vogliono vitarla... nell'abside di questa chiesetta, scavata nella viva roccia, spiccano due giacigli in pietra: i **letti di San Marino e dell'amico San Leo**. Secondo la tradizione, chi si adagia sul letto di Marino e si abbandona fino al sonno, guarisce dal mal d'ossa. Pratica molto in voga in passato e quasi dimenticata al presente.

L'**atmosfera medievale** sui cui affonda le sue origini il Libero Comune di San Marino, caratterizza tutto il centro storico e viene riproposta con particolare intensità durante l'estate in manifestazioni ormai entrate a far parte della tradizione del Paese, come le **Giornate Medioevali**, che, alla fine di Luglio, vedono riscoprire e portare in vita antiche tradizioni con gruppi folcloristici dall'Italia e dall'estero che animano tutto il centro storico.

Da alcuni anni a questa parte, poi, alcuni sammarinesi appassionati della Storia e del proprio Paese, danno vita, all'interno della prima delle tre torri, la **Guaita**, ad una vera e propria rievocazione che fa ritornare alla fine del 1400... Persone impegnate in attività artigiane come cucito, ricamo, lavorazione della pietra, vimini, uomini d'arme che si allenano nella scherma storica o il notaro che redige a mano un atto nella calligrafia antica. Animazioni fedeli ripongono momenti di vita di allora, ed è possibile incontrare fanciulli, ragazzi, uomini e donne di ogni età, vestiti in abiti storici, che vivono per alcuni giorni in quel luogo magico, come catapultati nel passato e che con un sorriso vi inviteranno ad assaporare il fascino di un antico mondo ritrovato. Un viaggio nel tempo che coinvolge tutti i sensi...e naturalmente anche il gusto e gli antichi sapori vengono riscoperti!



Noi siamo andati a conoscere questo mondo magico e abbiamo incontrato la Compagnia dell'Istrice, l'associazione che anima questa rievocazione e che per l'occasione ci ha prestato alcune ricette da provare assolutamente!!!

In attesa di incontrarli alla prossima **Guaita** dal 16 al 31 luglio prossimi, vi invitiamo a provare e sperimentare i nostri piatti preferiti.

(su facebook Compagnia dell'Istrice 1462).

BIBLIOGRAFIA

Libro de arte coquinaria di Maestro Martino da Como
A tavola con i Malatesti di Luisa Bartolotti

Cominciamo con una buona zuppa...

ZUPPA DI FARRO

Ingredienti

- 300 gr di farro
- 2,5 l di brodo di pollo o gallina
- Spezie (cannella, chiodi di garofano, salvia, rosmarino)
- Pepe
- Abbondante zafferano
- 3 tuorli d'uovo
- 150 gr di formaggio fresco



Preparazione

Lavare bene il farro e scottarlo in acqua bollente per circa 5 minuti. Scolarlo e versarlo nel brodo in ebollizione. Farlo bollire adagio per parecchio tempo, fino a quando risulti molto cotto. Verso la fine della cottura, aggiungete le spezie, il pepe e lo zafferano affinché il farro assuma un bel colorito giallo. Prendere una parte del farro cotto, unirvi i tuorli d'uovo, il formaggio e riunire a tutto il resto.

Alla zuppa di farro possono anche essere aggiunti pezzetti della carne del pollo o della gallina utilizzati per ottenere il brodo.

Curiosità

Il brodo era molto utilizzato nella cucina medioevale, era realizzato sia con carne che con pesce, con l'immane aggiunta di erbe e spezie. Doveva bollire per molte ore e vi si aggiungevano spesso tuorli d'uovo sbattuti, affinché risultasse più denso.

Un primo... dolce /salato...

RAVIOLI FRITTI ALLE ERBE

Ingredienti

- Erbe dolci (spinaci, bietole... e di campo)
- Uva appassita
- Pinoli
- Zucchero di canna ridotto in polvere
- Sfoglia di pasta sottile
- Olio, strutto
- Sale e pepe



Preparazione

Mondare, lavare e lessare le erbe; scolarle bene, strizzarle e sminuzzarle finemente con il coltello. Saltarle in una padella con un goccio d'olio, unire le uvette, precedentemente ammollate in acqua tiepida, e i pinoli, quindi aggiustate di sale e pepe. Con la sfoglia sottile confezionare dei cassoncini piuttosto piccoli e friggerli con lo strutto. Infine cospargerli con lo zucchero.

Curiosità

Non ci stupisca l'uso dello zucchero in questa ricetta, lo zucchero era presente un po' dappertutto nella cucina medioevale: nelle pietanze di carne, di pesce, nelle salse e perfino nelle insalate.

... con un secondo davvero prelibato!

SOGLIOLE FRITTE CON SUCCO DI ARANCE

Ingredienti

- Sogliole
- Olio per friggere
- Sale
- Succo di arance
- Prezzemolo

Preparazione

Pulire, lavare, asciugare le sogliole, poi friggerle in abbondante olio. Una volta fritte, scolarle e salarle con un pò di sale fino, quindi versarvi del succo di arance spremute e cospargere di prezzemolo tritato fine.

Curiosità

Il pesce era molto consumato nella Repubblica di San Marino, i nobili ne sceglievano le qualità ritenute più pregiate come branzini, dentici, orate, rombi, sogliole, ma soprattutto erano ricercate le anguille fatte pervenire dalle valli di Comacchio e gli storioni catturati nel ferrarese. Anche i pesci, così come le carni, richiedevano specifiche salse a completamento del loro sapore.



Per companatico... una buona

TORTA VERDE

Ingredienti

- Spinaci
- Bietole
- Prezzemolo
- Menta
- Lardo salato
- Formaggio stagionato
- Uova
- Sale, pepe, zafferano

Per la pasta:

- 200 gr. farina
- Un cucchiaino di strutto
- Acqua

Preparazione

Pulire le erbe, lavarle e tritarle insieme al formaggio e al lardo battuto, poi unire le uova. Fare una pasta piuttosto soda con gli ingredienti indicati, dividerla in due parti, una delle quali leggermente più grossa e con quest'ultima, stesa sottilmente, foderare un testo e versarvi il composto. Stendere l'altro pezzo di pasta, chiudere la torta, spalmare con tuorli d'uovo sbattuti insieme ad un po' di zafferano e cuocere sulla brace con fuoco sopra e sotto o in forno a calore medio per circa un'ora.

Curiosità

Questa torta salata veniva cotta in una teglia coperta con la brace posta sotto e sopra, se la cuoceremo in un pratico forno, non la otterremo proprio identica, ma sicuramente non sarà molto diversa da quella che gustavano i nostri antenati nel medioevo.



Le ricette di Adriana

LE FOROSTÍDE

Questo il nome in uso nell'Alto Agordino in provincia di Belluno, che ancor oggi usa chi parla il dialetto, significa "foglie arrostite", ad evocare natura, leggerezza, crepito di festa.

Nelle aree dolomitiche questo era il dolce delle nozze, della tradizione dei matrimoni che univano tutta una comunità. È un dolce che parla di comunità, condivisione, contagio di allegria. Veniva offerto innanzitutto alle amiche della sposa che si recavano a cantare la serenata, quindi la mattina della nozze ai parenti che arrivavano da lontano per la cerimonia in chiesa, infine distribuito a tutti i paesani insieme coi confetti dopo il matrimonio, al quale non seguiva allora il viaggio di nozze... allora!!! Fatta di ingredienti poveri, accessibili a tutti, ma con un risultato squisito, gioioso e di gala.

Ecco la mia ricetta!!

Adriana Toffoli

Ingredienti

- 500 gr. di farina 00
- 50 gr. di burro morbido
- 50 gr. di zucchero
- 2 tuorli + 1 uovo intero
- ½ bicchierino di grappa
- ½ bicchiere di vino bianco
- ½ bustina di lievito per dolci

Preparazione

Mettete la farina a fontana sulla spianatoia e aggiungete tutti gli ingredienti. Lavorate bene l'impasto fino ad ottenere un composto omogeneo ed asciutto (se necessario

aggiungere altra farina). Avvolgete il panetto ottenuto in un canovaccio e fatelo riposare per 30 minuti. Prendete una parte della pasta e, dopo averla infarinata, stendetela con la macchina tirapasta fino ad ottenere uno spessore il più sottile possibile. Con l'apposita rotella tagliate la pasta così ottenuta a rombi o a rettangoli, praticando su ognuno 2 o 3 tagli centrali. Continuate fino ad aver utilizzato tutto l'impasto. Friggeteli in abbondante olio di semi, girandoli da entrambi i lati. Appoggiateli su carta assorbente e, una volta freddi, cospargeteli di zucchero a velo.



... ed ora 3 ricette dolci e buonissime!!

MIGLIACCIO

Ingredienti

- 500 gr. farina integrale
- 200 gr. zucchero
- 300 gr. miele
- 150 gr. olio
- 100 gr. uva passa
- 100 gr. pinoli
- 200 gr. mandorle
- 200 gr. noci
- Scorza grattata di un limone
- 1/2 l. acqua
- Un cucchiaino cannella

Preparazione

Versare l'olio e l'acqua in una terrina, aggiungervi lo zucchero e 200 gr. di miele avendo cura di scioglierli bene. Unire mandorle e noci tritate, i pinoli, l'uva passa, la scorza di limone, la cannella e per ultima la farina integrale. Amalgamare gli ingredienti fino ad ottenere un impasto morbido. Versare il composto in una teglia bassa e cuocere con fuoco sopra e sotto oppure in forno a calore moderato fino a quando la superficie si presenterà di un bel color biscotto. Sistemare il migliaccio su di un piatto e cospargerlo di miele (i 100 gr. rimasti) fatto sciogliere a bagnomaria.

Curiosità

Fino a quasi tutto il '300 in tempo di Quaresima le uova non erano permesse, come pure i formaggi, in seguito sia uova che cacio poterono essere liberamente consumati.

I dolci erano tanti e spesso molto elaborati. I più semplici erano a base di frutta secca e uva passa. Si preparavano anche cotognate e marmellate con mele e frutta di altro tipo.



Buoni in ogni periodo...

RAVIOLI IN TEMPO DI QUARESIMA

Ingredienti

- 300 gr. mandorle
 - 50 gr. nocciole
 - 50 gr. noci
 - 150 gr. zucchero
- Per la pasta:
- Farina
 - Uova
 - Un po' di zucchero
 - Zafferano

Preparazione

Pestare in un mortaio insieme allo zucchero, mandorle, nocciole e noci. Fare una pasta, stenderla sottile e avvolgerci l'impasto di mandorle facendone dei tortelli. Friggere i tortelli nell'olio e spolverizzare di zucchero.

Curiosità

Come dolcificante si usava molto il miele, ma anche lo zucchero di canna proveniente dal Medio Oriente.



Una prelibatezza... medievale ma non troppo!!

OFFELLE

Ingredienti

- Per la pasta:
- 500 gr. farina
 - 250 gr. strutto
 - 250 gr. zucchero
 - 2 uova intere e 1 tuorlo
- Per il ripieno:
- 500 gr. mele
 - 120 gr. zucchero
 - 30 gr. uva passita
 - 300 gr. pinoli
 - Cannella

Preparazione

Sbucciare le mele, tagliarle a spicchi e cuocerle con un po' di acqua fino a quando saranno spappolate; unire poi lo zucchero, le uvette ammollate, la cannella e i pinoli, amalgamando bene. Fare la pasta, stenderla non troppo sottile e tagliarla con uno stampo rotondo di 10 cm. di diametro preferibilmente smerlato. Sistemare un ogni disco di pasta un po' del composto di mele, chiudere con un altro disco, spennellare le offelle con uovo sbattuto in cui sarà stato sciolto un pizzico di zafferano, spolverizzarle con zucchero e cuocere in forno a calore moderato.



I consigli di Mariagrazia per la lettura

Il corpo porta a spasso le idee



Mariagrazia Piazza

AMRER Onlus

Associazione Malati Reumatici

Emilia Romagna

ass.amrer@alice.it



**“Nessun uomo è un’isola,
ogni libro è un mondo.”**

Gabrielle Zevin

Carissimi lettori,

quanti di voi ci leggono in *smartphone*, ossia con il telefono “intelligente”?? Ho dato una sbirciata ai report del sito di amrer e ho visto che l’80% degli oltre 60.000 visitatori usano questo strumento per conoscerci. Questo mi ha fatto riflettere... quanti leggono ancora il vecchio e tradizionale libro di carta e quanti invece sono già passati all’e-book, il libro digitale?? Ci si apre un mondo in un tavoletta e quante nuove frontiere ci propone la tecnologia! Accanto a questo ampio respiro a pieni polmoni, si affaccia sempre il sospiro dell’interrogativo successivo che mi fa chiedere quanto ci renda più “intelligenti” lo strumento “intelligente”, ma questo è un altro discorso...

Nella mia rubrica voglio rilanciare la lettura – tradizionale o tecnologicamente avanzata – del buon sano libro, proponendovi una mia selezione, che vuole farsi accompagnare dalle parole di Marcel Proust: *“Con i libri non esistono convenevoli. Se passiamo la serata con questi amici è perché lo vogliamo davvero.”*

Tra le pagine di un libro si trovano le occasioni per riflettere, per prendersi cura di noi stessi, per vivere meglio, per capire con più facilità le persone che ci circondano e noi per primi. La ricerca scientifica ci conferma anche che leggere è un ottimo anti-stress... i ricercatori della “State University” dell’Ohio hanno dimostrato con un test come bastino solo sei minuti di lettura in silenzio per rallentare la frequenza cardiaca e smorzare la tensione muscolare... Identificarsi con i personaggi di una storia aiuta a scoprire lati nascosti del carattere a buttar fuori paure ed ansie. Io dovrei passare a leggere buona parte delle mie ore allora... e posso accompagnare tutto questo anche con un’ottima tazza di thé!!

Scherzi a parte sono convinta che la lettura possa trasformarci in persone migliori, e aiutarci a far emergere le nostre capacità anche quelle che sono nascoste e crediamo di non avere perché ci permette di metterci in ascolto di noi stessi!

Leggere è dunque un buon investimento per la nostra crescita e per la nostra salute attuale e futura. Credo anche lo sia per rendere migliore la nostra società... quando si è ragazzi, per insegnare il rispetto e la lotta ai pregiudizi, credere in sé stessi, e anche, quando “ragazzi” non lo si è più, leggere rimane il modo migliore per proteggere le nostre “celluline grigie”, per citare il buon Hercule Poirot.

Bando alle ciance auguro a tutti voi una buona lettura... e mi raccomando, mandateci suggerimenti e consigli!!



Come viaggiare con un salmone

di Umberto Eco

Questo è un libro di “istruzioni”. Istruzioni sui generis, date da un maestro d’eccezione per situazioni molto particolari: come imparare a fare vacanze intelligenti, come sopravvivere alla burocrazia, come evitare malattie contagiose, come mangiare in aereo, come viaggiare con un salmone al seguito (se te lo regalano e non vuoi rinunciare alla leccornia), come evitare il carnevale, come non cedere all’ossessione della visibilità, e molto altro.

Un libro che ci guida nella selva delle nostre giornate, nella consapevolezza che la vita scorre per lo più tra piccole cose, incontri fortuiti, piccoli problemi, e non tra dilemmi amletici e interrogativi sull’essere, che occupano solo una piccolissima porzione del nostro tempo, pur essendo l’unica cosa che conta.

Rubo un commento di un lettore su IBS che mi ha tolto le parole di bocca e calza a pennello... “L’intelligenza al servizio della scrittura. Da leggere un tot al giorno, senza abusarne: una piccola cura che mette in azione il cervello, rende leggera la gravità, e consente (spesso) di guardarsi intorno col sorriso.

“I libri non sono fatti per crederci, ma per essere sottoposti a indagine. Di fronte a un libro non dobbiamo chiederci cosa dica ma cosa vuole dire.”

Umberto Eco



Il principio della carezza

di Sergio Claudio Perroni

Lei è una donna, autrice di teatro. Interpreta i suoi testi nella stanza della sua casa, davanti a uno specchio Vive sola, perché, forse, è sola. Lui è un lavavetri che, con la sua gondola, ogni giorno, pulisce i vetri esterni del palazzo dove lei abita e prova i suoi copioni. Lei è colta. Lui ha un suo mondo, fatto di osservazione, lettura delle labbra, solitudini immense, sospese a centinaia di metri da terra, ma solitudini meno tristi di quelle che vive lei. Le due solitudini, fatalmente, si incontrano nella trasparenza di un vetro. Si annusano, si scontrano, si parlano, si ammorbidiscono e, infine, tentano di amarsi e superarsi.

Con questi semplici elementi, Sergio Claudio Perroni costruisce una storia che racchiude due vite. Lei, scrittrice disincantata, e lui, lavavetri sognatore, non potrebbero essere più diversi, ma hanno due cose in comune: un passato da rimarginare, un presente che intreccia amarezza e amore. Il principio della carezza è la storia del loro incontro, dunque del loro destino. Un po’ favola, un po’ poesia (dove alcuni versi sono davvero molto belli), forse un poco troppo dolce per tutti i palati... ma da leggere!!



Come sasso nella corrente

di Mauro Corona

In una stanza immersa nella penombra una donna, giunta all’autunno della vita, si muove lentamente appoggiandosi a un bastone. Intorno a lei sculture di ogni tipo. La donna le sfiora e insegue il ricordo di un uomo. Un uomo schivo, selvatico, che però ha saputo rendere eterno nel legno il sentimento che li ha uniti. Ogni statua evoca un episodio della vita avventurosa che quell’uomo ha vissuto e amava condividere con lei, le difficoltà di un’infanzia di povertà e abbandoni, in cui la più grande gioia era stare con i fratelli e i nonni attorno al fuoco, la sera, imparando a intagliare legno, o sentire la vibrante intensità della natura durante una battuta di caccia. Ogni angolo arrotondato delle sculture fa affiorare in maniera dirompente l’orgoglio e la rabbia di quel giovane che, crescendo, aveva voglia di farcela da solo, cancellando le ombre del passato che lo tormentavano. Ma quei profili, quelle figure che ancora profumano di bosco, raccontano anche che l’amore può trovare pieno compimento solamente nella trasfigurazione, nel sogno, perché l’unica via per non rovinare quel sentimento vero e cristallino è allontanarlo dalle mani dell’uomo che, nella sua intrinseca incapacità di essere felice, finirebbe inevitabilmente per sprecarlo.

E’ un racconto ampiamente autobiografico, nonostante la premessa “Ogni riferimento...” e leggendo si capisce il perché: tra le pagine è nascosto l’accento a una fiaba nerissima, di cui l’autore sembra quasi promettere il seguito. Un libro diverso dagli altri dello scrittore ertano, una riflessione sulla vecchiaia e sulla morte, sul desiderio di isolarsi dal mondo, di deporre le armi con cui sempre lo ha combattuto, ma forse un po’ ripetitivo. La vita scorre e passa sopra di noi, sassi nella corrente. Ogni uomo è solo e tutto ciò che fa, scrivere, scolpire, scalare, amare e odiare, lo fa per se stesso ed è destinato a scomparire nella polvere dell’oblio. Alla fine, Corona non racconta quasi nulla, solo le proprie riflessioni e la propria filosofia, ma il libro mi è piaciuto, forse perché condivido molti suoi punti di vista. La solitudine in comunione con la natura, generosa o spietata, è più appagante della chissosa comunità degli umani. Lo stile è affascinante, con periodi brevi, semplici e incisivi.



La Costituzione in trenta lezioni

di Gianfranco Pasquino

Frutto di una convergenza di culture politiche differenti, realizzata in modo splendido dai «padri» dell'Assemblea Costituente, secondo Pasquino, la Costituzione italiana contiene, ancora oggi, gli spunti, le modalità e gli strumenti con i quali tutti noi possiamo e dobbiamo migliorare la vita del nostro paese.

Sempre al centro del dibattito pubblico e oggetto di innumerevoli tentativi di riforma, più o meno fondati, la Costituzione italiana è soprattutto un testo di straordinaria attualità. E' ciò che mostra Gianfranco Pasquino – uno dei grandi studiosi del nostro tempo – in queste trenta “lezioni” che sono altrettanti fulminei saggi sulle idee che hanno dato corpo e vita alla Costituzione, influenzando – tra intuizioni anticipatrici, chiaroscuri interpretativi e promesse disattese – la storia dell'Italia contemporanea. “Splendida sessantenne”, come la definì un decennio fa Giorgio Napolitano, la Costituzione ha mostrato nel corso del tempo la capacità di adattarsi a contesti storici e politici diversi, sopravvivendo perfino al crollo del sistema dei partiti e rimanendo un punto di riferimento imprescindibile: che si parli di diritti civili o di conflitto di interessi, del ruolo del presidente della Repubblica o delle autonomie locali, di degenerazioni populiste, libertà di informazione o principi di solidarietà. Perfino del delicato problema della convivenza tra religioni diverse, che si fa sempre più acuto in Italia e in Europa.



Immagina

di John Lennon

Esiste un mondo prima e un mondo dopo John Lennon: pochi artisti come lui hanno saputo incarnare un'epoca e mutarla nel profondo, unendo la sperimentazione alla capacità di conquistare un pubblico vastissimo grazie alla fantasia, alla bellezza, alla libertà creativa e intellettuale. Tutti conoscono il genio immaginifico del John Lennon musicista, eppure Lennon mescolò per tutta la vita l'attività musicale con quella di giocoliere della parola, rivelandosi scrittore arguto e precoce, creatore di metafore vertiginose e omofonie esilaranti, di invenzioni che sembrano uscite da Alice nel paese delle meraviglie di Lewis Carroll. "Immagina" raccoglie brani in prosa, poesie e disegni tratti dagli unici due libri pubblicati in vita da Lennon, scritti mentre i Beatles stavano diventando un fenomeno culturale planetario. Le sue pagine, influenzate da Ginsberg, Ferlinghetti e dagli altri poeti della Beat Generation, sono lo specchio attraverso cui addentrarsi in un mondo fantastico, grottesco, a volte malinconico, capace di accendersi di rabbia e tenerezza e di lasciarsi contaminare dagli echi della politica, dell'amore, della musica.

Questo libro racchiude, in una nuova edizione, i due volumi pubblicati in vita dal musicista inglese: “John Lennon in His Own Write” e “A Spaniard in the works”. Due opere che contengono i riferimenti letterari che avrebbero più fatto parte della poetica dei Beatles. Un documento che ci riporta ai primi anni '60. Vissuti da questo artista non solo come il periodo delle canzoni che entravano nella storia, ma anche come un'epoca nella quale fare della scrittura una forma originale di comunicazione. Tra omaggi a Lewis Carroll e a James Joyce, “Immagina” ci svela un John Lennon originale e poco conosciuto. Che, da un lato, riempiva gli stadi, dall'altro affidava a questi diari fatti di parole e di disegni i suoi sogni nascosti.



Le uova del drago

di Pierangelo Buttafuoco

Capitò di tutto, in Sicilia, tra il 1943 e il 1947. Anche che il migliore soldato tedesco fosse una donna, Eughenia Lenbach, bella e giovane. Una spia selezionata direttamente da Hitler per una missione di estrema importanza. Nome in codice “Uova del drago”: in caso di sconfitta del Reich sarà lei a dover organizzare presso le giovani generazioni focolai di riscossa. Ad aiutarla, proprio mentre gli Alleati sbarcano sull'isola, undici musulmani travestiti da frati cappuccini...

Pierangelo Buttafuoco mette in scena una storia vera, intricata e affascinante; e lo fa coniugando le cadenze di un robusto realismo venato di umori sulfurei con il ritmo fantastico del teatro dei pupi; fondendo il mondo corrusco e taciturno delle saghe nordiche con la loquace solarità mediterranea nell'unione più bizzarra eppure coerente che si possa immaginare. Anche qui riporto un commento di un lettore “C'è tutta la Sicilia, e tutte le sue contraddizioni, in una storia mai raccontata dalla storiografia post bellica. Indispensabile per qualunque biblioteca personale che si rispetti!”. Che dire d'altro... consigliato per il futuro!!!



7 – 7 – 2007

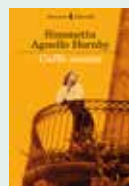
di Antonio Manzini

«Lo sai cosa lasciamo di noi? Una matassa ingarbugliata di capelli bianchi da spazzare via da un appartamento vuoto». Rocco Schiavone è il solito scorbutico, maleducato, squalcito sbirro che abbiamo conosciuto nei precedenti romanzi che raccontano le sue indagini. Ma in questo è anche, a modo suo, felice. E infatti qui siamo alcuni anni prima, quando la moglie Marina non è ancora diventata il fantasma del rimorso di Rocco: è viva, impegnata nel lavoro e con gli amici, e capace di coinvolgerlo in tutti gli aspetti dell'esistenza. Prima di cadere uccisa. E qui siamo quando tutto è cominciato.

Nel luglio del 2007 Roma è flagellata da acquazzoni tropicali e proprio nei giorni in cui Marina se ne è andata di casa perché ha scoperto i «conti sporchi» di Rocco, al vicequestore capita un caso di bravi ragazzi. Giovanni Ferri, figlio ventenne di un giornalista, ottimo studente di giurisprudenza, è trovato in una cava di marmo, pestato e poi accoltellato. Schiavone comincia a indagare nella vita ordinata e ordinaria dell'assassinato. Giorni dopo il corpo senza vita di un amico di Giovanni è scoperto, in una coincidenza raccapricciante, per strada. E comincia l'indagine...

Il ritmo dei noir di Antonio Manzini dà il senso di un meccanismo dai mille ingranaggi che non perde mai un colpo, che gira all'unisono col travaglio esistenziale di un personaggio che resta nella mente, mentre lo sguardo di chi lo muove si posa critico e triste sulla realtà sociale dei tempi che corrono.

Questo autore e questo personaggio sono stati una scoperta piacevole di quest'anno per me... ho divorato tutti i suoi precedenti libri di “Rocco Schiavone”... dal primo all'ultimo l'autore permette un'evoluzione al personaggio dell'ispettore che denota una piena maturità letteraria, vi consiglio una scorpiata di tutte le “indagini del commissario... ops del vicequestore Schiavone!”



Caffè amaro

di Simonetta Agnello Hornby

Gli occhi grandi e profondi a forma di mandorla, il volto dai tratti regolari, i folti capelli castani: la bellezza di Maria è di quelle che gettano una malia su chi vi posi lo sguardo, proprio come accade a Pietro Sala – che se ne innamora a prima vista e chiede la sua mano senza curarsi della dote – e, in maniera meno evidente, all'amico Giosuè, che è stato cresciuto dal padre di lei e che Maria considera una sorta di fratello maggiore. Maria ha solo quindici anni, Pietro trentaquattro; lui è un facoltoso bon vivant (un gaudente) che ama i viaggi, il gioco d'azzardo e le donne; lei proviene da una famiglia socialista di grandi ideali ma di mezzi limitati. Eppure, il matrimonio con Pietro si rivela una scelta felice: fuori dalle mura familiari, Maria scopre un senso più ampio dell'esistenza, una libertà di vivere che coincide con una profonda percezione del diritto al piacere e a piacere. Attraverso l'eros, a cui Pietro la inizia con sapida naturalezza, arriva per lei la conoscenza di sé e dei propri desideri, nonché l'apertura al bello e a un personalissimo sentimento della giustizia. Durante una vacanza a Tripoli, complice il deserto, Maria scopre anche di cosa è fatto il rapporto che, fino ad allora oscuramente, l'ha legata a Giosuè. Comincia una rovente storia d'amore che copre più di vent'anni di incontri, di separazioni, di convegni clandestini in attesa di una nuova pace.

Dai Fasci siciliani all'ascesa del fascismo, dalle leggi razziali alla Seconda guerra mondiale e agli spaventosi bombardamenti che sventrano Palermo, Simonetta Agnello Hornby insegue la sua protagonista, facendo della sua storia e delle sue scelte non convenzionali la storia di un segmento decisivo della Sicilia e dell'Italia. Bruciava, quella mano, e anche il palmo di lei era rovente. Capirono.

Un libro avvolgente e sensuale, leggendo le critiche c'è chi lo ama e chi non lo apprezza... eppure la spinta di questi sentimenti apparentemente opposti è la stessa... Per gustarne appieno la lettura bisogna fare qualche passo indietro, non solo con la fantasia, immaginando le vite che si svolgevano in una Sicilia remota, ma soprattutto un lungo sospiro per rallentare il ritmo della lettura.

contattaci

Vuoi condividere con noi un libro, una lettura, hai suggerimenti da darci?

Scrivici: ass.amrer@alice.it
oppure chiamaci allo 051.24.90.45

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,

voglio rendere omaggio, in questa piccola rubrica, alla persona, prima ancora che alla finissima artista, di Liviana Presciuttini, Livia, per tutti noi che abbiamo avuto l'opportunità di conoscere e frequentare, che purtroppo recentemente ci ha lasciato. Esprimere il vuoto a seguito della perdita di una persona cara non è facile, le parole di saluto sono sempre difficili da elaborare, come lo è il lutto stesso.

Liviana ha vissuto intensamente la sua vita, una vita che non le ha risparmiato prove dure delle quali si è fatta carico con grande forza e con tanto amore, come ricorda sua sorella Angela, anche a scapito del suo benessere e della sua salute. Per descriverla mi permetto di usare un quadro che ha dipinto: una casa nel verde, di notte, dalla cui finestra esce una luce calda, intensa e rassicurante, capace di accogliere e rigenerare anche nel buio della notte. Uno spirito libero, originale, creativo.

Nelle sue opere possiamo ammirare la sua forza creativa, l'intuizione e la capacità di rappresentare le emozioni, quelle interiori e forti, ma anche tenere e a volte melanconiche.

Di seguito vi riproponiamo diverse tecniche che ha usato, dall'olio all'acquerello al carboncino...

L'artista

Liviana Presciuttini

nasce a Sassari da genitori umbri, trascorre l'infanzia e l'adolescenza nella città di Rimini, dove inizia le prime interessanti esperienze espositive, per poi trasferirsi a Roma.



Cresce in una casa che amava definire "colma d'arte", dove il padre collezionando opere d'arte le trasmette e coltiva la passione ed il gusto del disegnare e dipingere; "c'era sempre musica", ricordava pensando alla sorella Liliana, che "invadeva di note la casa"; "c'era la fotografia", altra sua passione nella continua ricerca di immagini da raccontare attraverso i segni significativi.

"L'arte apparteneva al mio quotidiano quanto il parlare, era un altro modo di comunicare." A Roma l'esperienza si è intellettualizzata: la facoltà di architettura arricchisce la consapevolezza della forma e la pittura, a lungo relegata alla dimensione di segni tracciati a sfogare l'esuberanza di sentimenti inespressi, diviene pienamente matura nella sua intensità espressiva. Per dieci anni insegnerà anche i segreti in corsi promossi dal Comune di Roma. Nell'ultimo periodo, quello più interiore, i soggetti dipinti divengono le sensazioni vissute, le memorie e i volti dello stato d'animo. Tra la primavera ed estate del 2016 a Roma, prematuramente si spegne nella sua abitazione.



Generazione



Tuffi



Gatti



Emozioni



Ombrellone



Rientro dalla pesca sul nilo

L'Associazione e i suoi Associati

Un saluto a chi ci ha lasciato - Condoglianze

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

In questo spazio vogliamo ricordare **Dealba Benfenati, Liviana Presciuttini, Maria Tarroni**. Un forte abbraccio da parte di tutti noi ai figli di Dealba, **Flavio** e **Andrea**, di Liviana le sorelle **Angela** e **Liliana**, il marito e figli **Fabio, Riccardo** e **Dario**, il figlio di Maria, **Sandro** che ci hanno comunicato la perdita dei loro cari.

Ringraziamo tutti coloro che in loro memoria dei propri cari ha voluto fare una donazione ad Amrer Onlus aiutandoci così nella nostra opera di sostegno al malato reumatico.



Dealba
Benfenati

I tuoi cari ti ricordano
con affetto e amore.

**I figli Flavio
e Andrea**

Maria Tarroni

Ha lottato con determinazione la malattia che l'ha colpita oltre 30 anni fa. Anche nei periodi più duri la sua forza d'animo e voglia di vivere la vita sono state un esempio indelebile per tutta la nostra famiglia.

Un personale ringraziamento ai clinici del Policlinico di Modena che l'hanno presa in cura, al vicinato amichevole e disponibile di Cognento di Modena, esempio di sostegno al prossimo, a tutti i parenti e amici che ci sono stati vicini.

Un ringraziamento ad AMRER per non smettere mai di supportare i malati reumatici.

Il figlio, Sandro

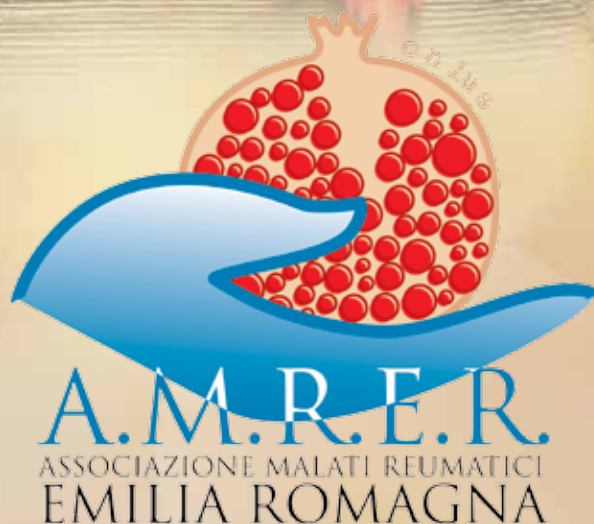
Liviana Presciuttini

Da poco sei venuta a mancare carissima Liviana. Hai lasciato tuo marito Fabio ed i tuoi figli Riccardo e Dario a proseguire il cammino in questa vita senza di te.

Ma sono certa conoscendoti che troverai il modo di guidarli anche dal luogo in cui ti trovi ora. Sai Livia, mi consola pensare che esiste al mondo un dono prezioso che non potrà mai invecchiare! Ha un valore immenso che non conosce prezzo... Riposa in fondo al cuore anche se rivive nella mente... Il suo nome ha un accento triste ma nonostante tutto fa bene all'anima... Sai come si chiama? Si chiama ricordo!

Il ricordo del tuo sorriso un po' ironico e scherzoso ci mancherà moltissimo e ricordarti sarà l'appuntamento che avremo ogni volta che la nostalgia di te si farà sentire. Ciao Livia.

Guerrina Filippi



Dal 1979 un impegno continuo

a favore dei Malati Reumatici

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

AMRER onlus

Cod.Fiscale 80095010379

Tel./Fax 051 24.90.45 - Cell. 335 622.38.95

ass.amrer@alice.it - www.amrer.it