



Malato Reumatico

il notiziario del



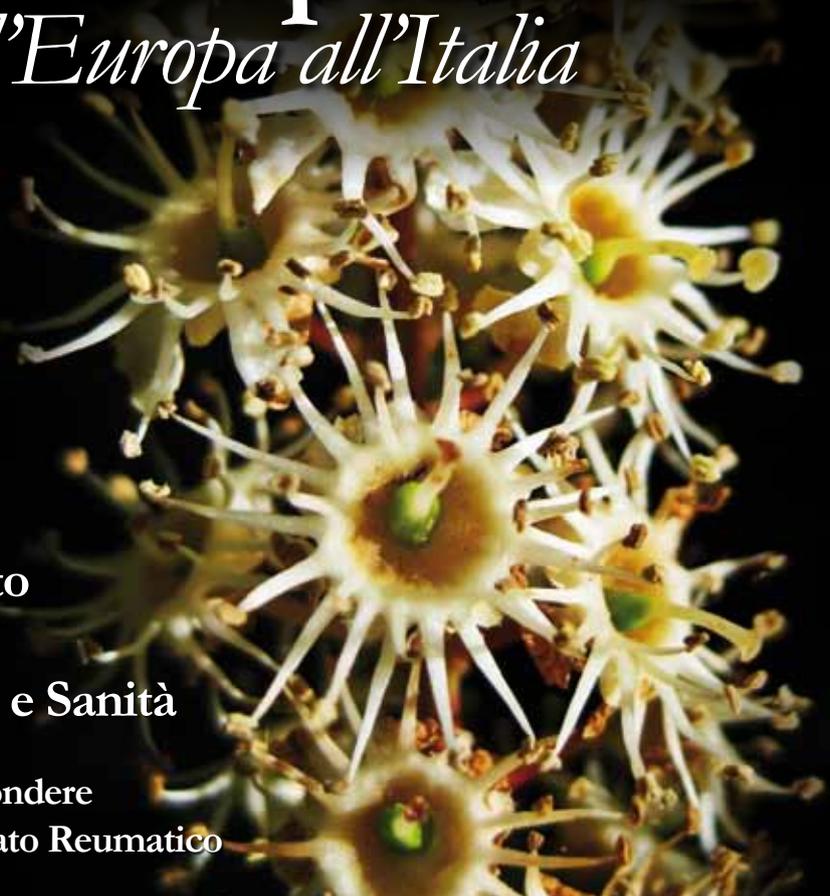
Giugno 2011
Notiziario AMRER • Numero 33

Periodico informativo

Redaz. e Amm. AMRER Via Gandusio, 12 - 40128 BO Autorizz. Trib. di Bologna n° 7762 del 5/06/2007. Poste Italiane S.p.a. - Sped. a.p. - DL n. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004) art. 1, c. 2 e 3 Comm. Business Rimini n. 40/2007 * * Dir. Resp. Guerrina Filippi

Legge 104/92: permessi lavorativi per i dipendenti pubblici e privati: gli aggiornamenti sulle modifiche alla legge 104/92 apportate dal collegato lavoro. Le nuove condizioni per ottenere i permessi e come usufruirne » *interno pag. 26*

Malattie Reumatiche nell'arena politica: *dall'Europa all'Italia*



Dalle dichiarazioni
europee al documento
approvato in
Senato
Commissione Igiene e Sanità
l'8 marzo 2011

le criticità politiche nel rispondere
al bisogno di salute del Malato Reumatico

» *interno pagina 24*



Tai Chi nella Fibromialgia

REGGIO EMILIA • AUTUNNO 2011

Un seminario con esperti della Mayo
Clinic Ronchester - Minnesota - USA.

» *interno pagina 3*

Area Vasta Romagna

Incontri clinici e percorsi diagnostici in Area
Vasta Romagna. Le basi per un coordina-
mento atto a migliorare organizzazione,
equità d'accesso e qualità dei servizi



» *interno pagina 18*

Approfondimenti



**ARTROSI,
ARTRITE IDIOPATICA
GIOVANILE,
ARTRITE REUMATOIDE
E GRAVIDANZA,
METOTRESSATO,
ASPIRINA.**

Le novità,
gli aggiornamenti e i
commenti degli esperti

» *interno pagina 8, 20*

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 socio-sanitari della persona affetta da malattie reumatiche, e nella divulgazione dell'informazione al paziente e alla cittadinanza circa gli effetti di tali patologie.

Gli operatori sul territorio sono tutti volontari e per la maggior parte malati reumatici, i quali, vivendo nelle condizioni indotte dalla malattia, ben conoscono i problemi che vengono loro esposti.

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

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

Perché associarsi ?

Associarsi ad AMRER Onlus significa aiutarci a:

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

Avvisi

L'associazione chiude i propri uffici per il periodo estivo dal 14 luglio al 31 agosto 2011.

Saremo sempre reperibili al numero di cellulare 3356223895

Legenda

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

Per Ricevere il Notiziario



Per ricevere il notiziario direttamente a casa occorre **ASSOCIARSI**.

Iscriviti ad AMRER

Basta fare un versamento di almeno

€ 10,00 socio ordinario
€ 15,00 socio sostenitore

su conto corrente postale N° 12172409
oppure c.c. bancario
IBAN - IT 81 S 02008 02450 000002971809

NOTIZIARIO AMRER

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

Proprietario ed Editore

AMRER Onlus
Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna
C.F. 80095010379

Direttore responsabile

Guerrina Filippi

Redazione a cura di

Valeria Bodin - Annamaria Carparelli
Nadia Forlani - Rodolfo Giovanetti
Emanuela Mislei - Luciana Reggiani
Omer Righi - Marzia Predieri
Liliana Presciuttini - Silvana Stefani

Coordinatore attività

Daniele Conti

Si ringrazia per la collaborazione in questo numero:

Melissa Amati, Valentina Bagnani,
Chiara Bazzani, Valeria Bodin, Claudia Concesi, Angelo Corvetta, Valeria Gerloni, Marcello Govoni, Piero Marson, Eleonora Rossi, Maria Angela Silvestri, Angela Tincani

Progetto grafico

Ricreativi S.r.l.

Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica
Editore Villa Verucchio" s.r.l.
www.lapievepoligrafica.it

Stampato il 2 Giugno 2011

Tiratura: 5.000 copie.

All'interno del Notiziario

pg. 3>>> Incontro con la popolazione
Focus su malattie reumatiche e la realtà modenese

pg. 3>>> Tai Chi nella Fibromialgia
Reggio Emilia - seminario di approfondimento

pg. 4>>> Focus sulla Sindrome Fibromialgica - Assemblea Annuale

Un report dell'attività svolta durante l'Assemblea Annuale - il bilancio dell'associazione

pg. 6 >>> Inaugurazione della sede AMRER di Rimini

Report delle attività svolte

pg. 8>>> Capire e conoscere l'Artrosi

Un approfondimento sulla più comune patologia reumatica

pg. 10>>> Artrite Idiopatica Giovanile

Tutto il percorso per conoscere e gestire l'artrite nel paziente giovane ed adolescente

pg. 16>>> Artrite Reumatoide e gravidanza

Le regole per affrontare al meglio l'evento gravidanza

pg. 18>>> Coordinamento delle Medicine di Area Vasta Romagna

Le basi per un coordinamento atto a migliorare organizzazione, equità d'accesso e qualità dei servizi

pg. 20>>> Metotressato: ancora... ancora

Il farmaco principe nel trattamento

pg. 22>>> Una piccola storia dell'aspirina

Un farmaco la cui storia getta le basi nella notte dei tempi

pg. 24>>> Le Malattie Reumatiche nell'arena politica

Dalle dichiarazioni europee al documento approvato in Senato - Commissione Igiene e Sanità l'8 marzo 2011, tutte le criticità politiche nel rispondere al bisogno di salute del Malato Reumatico

pg. 26>>> I diritti del Malato

Permessi lavorativi: come cambiano dopo il collegato lavoro del novembre 2010

pg. 27>>> Buoni Governativi

Opportunità da conoscere e usare

pg. 28>>> Il Filo della Storia

Giuseppe Garibaldi: patriota ed artrite

pg. 30>>> I nostri consigli in cucina

L'Emilia Romagna una storia e una tradizione con piatti di gusto

pg. 32>>> I consigli di lettura

Leggere nuoce gravemente all'ignoranza

pg. 34>>> L'arte e la passione di un Associato

La fotografia e il suo potere di fissare ricordi, emozioni e pensieri

pg. 35>>> L'Associazione e i suoi associati

Lettere, passioni e momenti di vita degli associati

Contatti

AMRER Onlus

Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna

Sede Regionale
Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna
Codice Fiscale: 80095010379

ORARIO UFFICIO

Lunedì 10.00-12.00 - Sabato 9.00-11.00
Tel. / Fax. 051 249045 - Cell. 335 6223895
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

Modena • 25 giugno 2011 • ore 9.00

Ingresso gratuito

“Focus su malattie reumatiche e la realtà modenese”

Medici, pazienti ed esperti approfondiranno temi come la diagnosi, l'evoluzione e le terapie nelle malattie reumatiche.

La cittadinanza è invitata a partecipare al dibattito

PROGRAMMA DELLA GIORNATA

Sala Panini • Camera di Commercio
Via Ganacerto, 134 • (Modena)

- 9.00 **SALUTO AUTORITÀ**
- 9.15 **PRESENTAZIONE AMRER ONLUS**
Filippi Guerrina
- 9.30 **LE MALATTIE REUMATICHE: ASPETTI CLINICI E DIAGNOSTICI**
Clodoveo Ferri
- 9.45 **L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI REUMATOLOGIA DI MODENA**
Marco Sebastiani
- 10.00 **DISCUSSIONE**
- 10.15 **COFFEE BREAK**
- 10.30 **FOCUS SULLE ARTRITI E SPONDILOARTRITI: LE NOVITÀ TERAPEUTICHE**
Gilda Sandri
- 10.45 **FOCUS SULLE CONNETTIVITI E VASCULITI**
Dilia Giuggioli
- 11.00 **DISCUSSIONE**
- 11.15 **FIBROMIALGIA: SINDROME O MALATTIA?**
Michele Colaci
- 11.30 **DIRITTI DEL MALATO: LEGGE 104**
Adelmo Mattioli
- 12.00 **DISCUSSIONE**
- 12.30 **CHIUSURA LAVORI**

CON IL PATROCINIO DI:



INFORMAZIONI: WWW.AMRER.IT - CELL. 3356223895 - 3495800852

Reggio Emilia • Autunno 2011 • Palazzo Rocca Saporiti - Viale Murri, 7

Tai Chi nella Fibromialgia

SEMINARIO CON ESPERI DELLA MAYO CLINIC

Promosso da:

Dr. Carlo Salvarani
Direttore UOC di Reumatologia
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Saranno tenuti interventi in lingua inglese

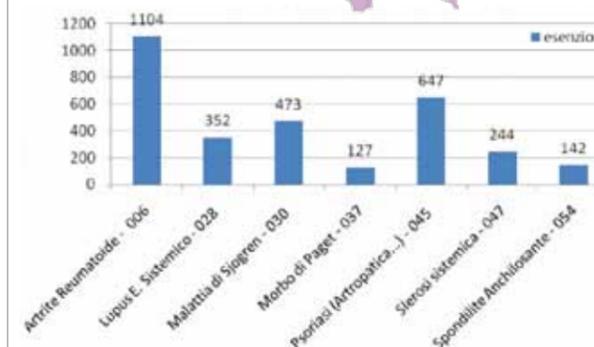
Mary Jurisson E TERRY Oh, docenti della Mayo Clinic, Ronchester, Minnesota, USA, sono due esperti di calibro mondiale sulla riabilitazione in campo reumatologico saranno a Reggio Emilia per approfondire il valore il ruolo del Tai Chi applicato alla fibromialgia. ■



Il territorio

La provincia di Modena è la seconda in Emilia Romagna per densità di popolazione con **700.231** abitanti [Fonte Istat del 30-11-2010]. Questo dato si accompagna all'elevato numero di esenzioni per patologie croniche ed invalidanti in ambito reumatologico che nel 2009 vedono interessare **3.089 persone*** - dato che sottostima il reale impatto di queste malattie se si considera che solo 7 su 120 hanno una esenzione ad hoc.

Incidenza delle Malattie Reumatiche



* dati aggiornati al 31/12/2009 - Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari - Regione Emilia Romagna

Per maggiori informazioni
www.amrer.it

Report attività svolte

Focus sulla Sindrome Fibromialgica: un successo di pubblico con oltre 200 partecipanti

RIOLO TERME - 9 APRILE 2011 - ASSEMBLEA ANNUALE

Il convegno ha visto la partecipazione di esperti e di medici per un confronto sulla diagnosi, la terapia e la riabilitazione rispondendo all'esigenza di ridefinire il ruolo del malato fibromialgico come soggetto attivo e consapevole nel percorso terapeutico. Nella prima sessione della mattinata la dr.ssa Simona Bosi e la dr.ssa Fulvia Rossi hanno affrontato l'inquadramento della malattia, dei principali sintomi e della terapia farmacologica. Nella seconda sessione della mattinata la dr.ssa Sara Bonazza ha presentato i risultati incoraggianti del **Progetto Benessere 2010**, promosso da Amrer Onlus, svolto con un gruppo di 30 persone che hanno provato un protocollo sviluppato presso lo stabilimento termale di Riolo Terme in collaborazione con l'UOC di reumatologia dell'Università di Ferrara. Il protocollo comprende una serie di azioni che si possono associare al piano terapeutico assegnato a ciascun paziente e prevede un insieme di tecniche complementari di riabilitazione, respirazione, stretching, massaggi, sviluppati in ambiente termale con un positivo esito sulla gestione del dolore e benefici prolungati anche oltre il periodo di trattamento. ■



Assemblea annuale AMRER Onlus Relazione del Presidente

Cari associati, l'Assemblea Annuale rappresenta il momento più importante della vita dell'Associazione perché è quello in cui, con l'approvazione del bilancio consuntivo e del bilancio preventivo, si fa il punto delle attività svolte e si fissano le principali direzioni dell'anno a venire in un'ottica di crescita. **Crescere** vuol dire **rinnovarsi** e negli ultimi cinque anni Amrer ha saputo investire in risorse umane e innovazione: passo dopo passo, le attività sono divenute nuove idee e **nuovi progetti** in molti territori della nostra regione e tuttavia le nostre origini non sono mai state dimenticate. Le finalità fondamentali e l'impegno di Amrer nei suoi 32 anni non sono mai cambiati, perché **non sono mai mutati i valori etici**, né la scelta di contribuire alla tutela e al sostegno del malato reumatico, poiché siamo convinti che **"sapere è un po' guarire e l'informazione è un...farmaco"**.



Ma come abbiamo detto, l'informazione deve sapersi tradurre in progetti e attività e Amrer in questo ha saputo conquistare tappe importanti e ha cercato di rendere meno oscuro quello stesso mondo, puntando a mettere in comunicazione tutti i suoi attori, medici, pazienti e istituzioni. Da questo impegno sono nate vittorie come le **"Linee guida per il trattamento dell'Artrite Reumatoide"**, che hanno reso più omogenei i comportamenti clinici sul percorso diagnostico e terapeutico del paziente e favorito l'uso appropriato e il monitoraggio dei farmaci innovativi. Non si può inoltre non fare riferimento al successo dei progetti **Arianna e Managed Care Nurse**, esperimenti che hanno dimostrato il valore socio-assistenziale della figura dell'infermiere, la sua centralità nella mediazione tra medico e paziente, nonché il ruolo di supporto rispetto allo specialista. Progetti che hanno dimostrato come l'implemento di un servizio e del gradimento dei pazienti attraverso buone prassi non sia necessariamente in competizione con gli obiettivi aziendali.

Tengo a sottolineare infine che quelli elencati non sono solo esempi di risultati importanti, punti di arrivo che è possibile ottenere con la passione e la determinazione, ma anche e soprattutto dei **nuovi punti di partenza per una ulteriore crescita**, da cui stanno nascendo tanti propositi per il futuro. Vorrei dunque concludere ringraziando di cuore tutti coloro che credono profondamente nella nostra missione e ci aiutano con piccoli e grandi gesti a portarla avanti.

Da questo punto di vista il 2010 è stato un anno proficuo ed intenso, che ha visto nascere dagli incontri con la popolazione – come a Bologna, Ravenna e Piacenza – la continuità di un **confronto costruttivo e collaborativo** grazie anche alla partecipazione delle **istituzioni** e dei **professionisti** del settore sanitario. Abbiamo cercato di migliorare la qualità ed intensificare la diffusione di questa informazione fino a coinvolgere i media nazionali; informazione che gioca sempre più un ruolo centrale e concreto **nell'avvicinamento dell'associazione ai suoi associati e nella sensibilizzazione ai temi del vasto e ancora poco conosciuto mondo delle malattie reumatiche**.



SI RINGRAZIANO I RELATORI

Simona Bosi
Ausl di Ravenna
Reumatologa



Fulvia Rossi
Arcispedale
S. Maria Nuova
Reggio Emilia
Reumatologa



Marcello Govoni
Arcispedale S. Anna
Università di Ferrara
Reumatologo



Antonio Brambilla
Servizio Ass. Distrettuale,
Pianificazione e Sviluppo dei
Servizi Sanitari
Regione Emilia Romagna



Sara Bonazza
Arcispedale S. Anna
Università di Ferrara
Reumatologa



Lucio Favaro
Terme di Riolo
Reumatologo



Alessandra Randi
Terme di Riolo
Prof. di Educazione Fisica



Un ringraziamento particolare a tutto lo staff delle Terme di Riolo Bagni che ha reso possibile il successo dell'incontro



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

Bilancio sintetico Situazione economico/patrimoniale

SITUAZIONE DI CASSA dal 01/01/10 al 31/12/10

ENTRATE		USCITE	
Avanzo di cassa al 01/01/2010	57.989,90	Spese generali sede AMRER (affitto e utenze/gestione locali/conti correnti)	12.611,910
Erogazione da enti privati	40.055,65	Stampati	10.417,20
Erogazioni da enti pubblici	18.428,82	Spese postali	3.454,39
Fondazioni	27.500,00	Contratti di collaborazione per attività di ricerca e sviluppo	62.208,26
Donazioni da persone fisiche	5.829,00	Convegni ed Incontri popolazione	16.060,77
Erario 5x1000	19.993,17	Progettazione	12.658,68
Quote sociali	19.648,90	Rimborso ai volontari	10.028,07
TOT. ENTRATE	189.445,44	TOT. USCITE	127.439,27
		Avanzo di cassa al 31/12/2010	62.006,17

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 Luciana Reggiani.

Attività in tre tappe:

Inaugurazione della Sede del Gruppo AMRER di Rimini

LA CONFERENZA STAMPA - 3 GENNAIO 2011 - SALA DEL BUONARRIVO - PROVINCIA DI RIMINI

AMRER Onlus è ancora più vicina ai propri associati attraverso le sedi locali. L'inaugurazione della Sede AMRER - Gruppo di Rimini è avvenuta con una conferenza stampa che ha riportato l'attenzione della stampa locale sul bisogno della provincia. Un particolare ringraziamento al Prof. Angelo Corvetta - Direttore dell'Unità operativa di Medicina Interna e Reumatologia presso l'Ospedale Infermi di Rimini - che assieme al suo staff è impegnato a offrire sempre migliori risposte al bisogno del territorio e dei pazienti della provincia di Rimini. ■



Guerrina Filippi e i giornalisti



Prof. Angelo Corvetta e i giornalisti

RASSEGNA STAMPA



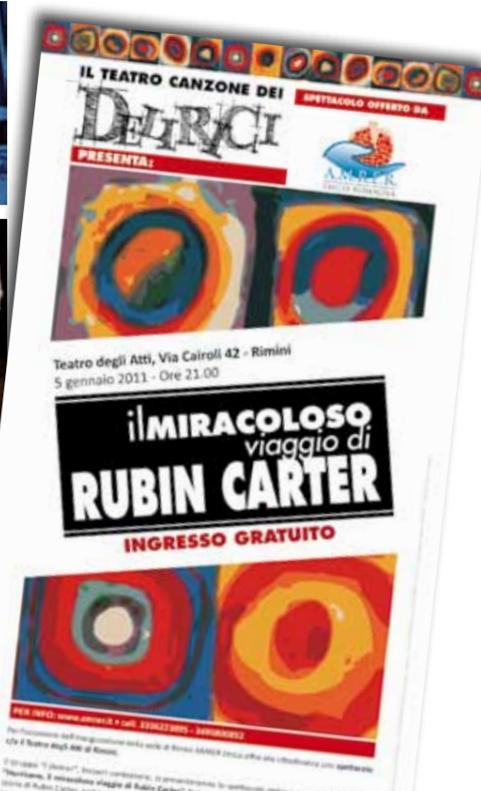
Volontarie Gruppo di Rimini. Da dx: Marta Venerandi, Liliana Presciuttini, Gabriella Ricciotti, Annamaria Fiori



Spettacolo al Teatro degli Atti - Rimini , 6 gennaio 2011

“Hurricane: il miracoloso viaggio di Rubin Carter”

Sul palco del Teatro degli Atti il gruppo de "I Delirici", veri cantastorie bolognesi, hanno voluto regalarci una serata accesa e ricca di grande emotività, narrandoci la vera storia di Rubin Carter, il pugile di colore ribattezzato 'Uragano' per la sua potenza, ma anche per come ha saputo affrontare l'ingiusta condanna per omicidio che lo ha costretto a trascorrere oltre 20 anni in carcere prima di veder riconosciuta la propria innocenza. Attraverso "Pugni e note" il gruppo di Spezzola, nel Bolognese, ha accompagnato l'intensa narrazione con brani scelti dal repertorio del cantastorie per eccellenza, Bob Dylan. Il ricavato della serata è stato devoluto all'Associazione Malati Reumatici a sostegno delle attività per i pazienti. ■



Campagna di sensibilizzazione

8 MARZO 2011 - MALATTIE REUMATICHE: SINGOLARE FEMMINILE

In occasione dell'8 marzo 2011 i volontari e gli amici di AMRER hanno promosso all'interno del Centro Commerciale "Le Befane" di Rimini un mercatino per la raccolta di fondi e per far conoscere il nuovo gruppo. In occasione della giornata della donna, ricordando che le Malattie Reumatiche colpiscono prevalentemente il sesso femminile (ma non solo), si sono distribuiti tantissimi materiali informativi. ■

Un sincero ringraziamento alle tante persone che hanno aiutato a preparare i manufatti artigianali e collaborato per la buona riuscita della giornata!



Ringraziamenti:

AMRER e i suoi associati ringraziano il Dott. Italo Sberlati - Direttore Centro di Formazione Professionale OSFIN per aver dato in comodato gratuito al Gruppo Amrer di Rimini un Computer da tavolo completo.



L'Osfin Formazione Professionale, fondato nel 1967, è oggi "Associazione OSFIN" - un Centro di Servizi Formativi, che progetta, programma, organizza e gestisce corsi finanziati da enti pubblici e privati, rivolti a tutti coloro che vogliono inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro e ai lavoratori che intendono aggiornare e riqualificare la propria professionalità. Svolge inoltre attività per l'orientamento al lavoro e alle scelte professionali degli studenti e dei lavoratori.

Nella realizzazione dei suoi programmi formativi, si avvale di docenti esperti del mondo imprenditoriale, professionisti e ricercatori universitari; collabora con le più importanti associazioni e realtà aziendali del territorio.

Il Centro di Formazione OSFIN è sito in Viale Mantegazza, 8 - 47921 - Rimini (RN)
Tel: 0541 54302 - Fax: 0541 21086 - info@osfin.org - www.osfin.org

AMRER Onlus è presente a:

Sede regionale:
Bologna - Via Gandusio, 12 - lunedì dalle 10.00 alle 14.00 / sabato dalle 9.00 - 11.00 (è preferibile prendere appuntamento con Silvana Stefani - 051.249045 / Guerrina Filippi 3356223895 - Nadia Forlani 3382265915)

Sedi provinciali:
Rimini - Via Pintor 7/b - presso il Quartiere N. 2 - davanti all'ospedale Infermi il martedì dalle 10.00 - 12.00 (è preferibile prendere appuntamento con Guerrina Filippi - 3356223895)

Piacenza - Via Musso - presso la Casa delle Associazioni - il mercoledì dalle 15.30 - 17.30 (è preferibile prendere appuntamento con Silvia Casalini - 3495223309)

Ravenna - Viale Randi, 5 - Ospedale S.Maria delle Croci - presso l'Associazione Volontari Diritti del Malato - il martedì contattando Vilma Fantozzi - Ida Lucchi al tel. 0544-285158

Stiamo lavorando per attivare anche le sedi presso **Modena, Ferrara e Reggio Emili**, i cui rappresentanti possono essere contattati tramite l'Associazione chiamando il Tel. 051.249045 - Cell. 335622389T5.

ARTROSI

DOTTORE MA IO HO L'ARTRITE O L'ARTROSI?



Claudia Concesi
U.O.S. di Reumatologia e Immunologia
Dipartimento di Medicina Generale
AUSL di Piacenza
c.concesi@ausl.pc.it

“Dottore, ma io ho l’artrite o l’artrosi?”: è la domanda che più frequentemente ci viene rivolta dai pazienti che giungono all’ambulatorio di Reumatologia con dolore articolare.

La differenza non è di poco conto: si tratta infatti di malattie completamente diverse, che riconoscono cause diversi, differenti meccanismi di evoluzione e, naturalmente, richiedono diverse terapie.

Non sempre anche per noi specialisti la diagnosi differenziale è facile e scontata; anzi a volte richiede tutta la nostra esperienza. Il filo che ci guida nella diagnosi è innanzi tutto il dialogo con il paziente, cui chiediamo di spiegarci le caratteristiche del suo dolore.

E si perchè il dolore si presenta con caratteristiche assai differenti nei 2 casi (immagine 1):



1 - Becco osteofitico (artrosi)

Il dolore artrosico è di tipo **“meccanico”**: esordisce in modo subdolo e insidioso tipicamente all’inizio del movimento, si accentua con esso, si attenua pressoché invariabilmente con il riposo e, almeno nelle fasi iniziali, non si presenta durante il riposo.

Con il progredire della malattia però il dolore tende a farsi più continuo e può presentarsi anche di notte.

Il dolore artrite invece è di tipo **“infiammatorio”**: compare prevalentemente a riposo, tende a migliorare con il movimento dell’articolazione e si accompagna a rigidità articolare mattutina (cioè dopo riposo prolungato) di lunga durata (più di mezz’ora).

La storia raccontata dal paziente è quindi molto importante per formulare un’ipotesi diagnostica, che andrà poi eventualmente supportata da esami radiologici e di laboratorio.

Anche nell’ambito degli **esami di laboratorio** le differenze tra le malattie infiammatorie (artrite) e degenerative (artrosi) sono evidenti: normalmente gli indici di infiammazione (VES e PCR ad esempio) sono normali nel paziente artrosico, mentre sono spesso attivati nel paziente artrite.

Le **immagini radiologiche** sono altrettanto significative ai fini diagnostici: dove la cartilagine si è consumata determinando una reazione da parte dell’osso stesso come nell’artrosi, l’osso appare più denso e addirittura esuberante (becco osteofitico) (immagine 1); al contrario nelle malattie infiammatorie la membrana sinoviale infiammata erode la cartilagine e l’osso determinando le classiche immagini di erosione dell’osso (immagine 2).

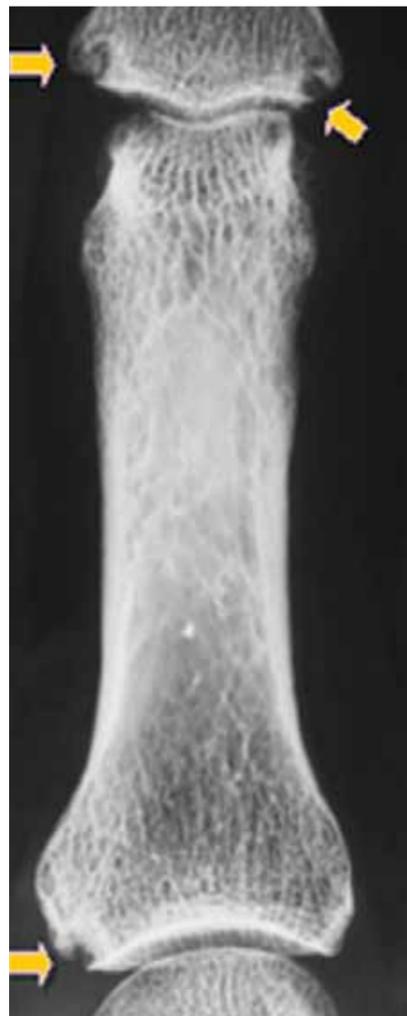
Dati epidemiologici

L’artrosi è la più comune patologia reumatica (72.6% di tutte le malattie reumatiche).

Negli USA colpisce il 12% della popolazione (43.000.000 di persone).

In Italia ci sono oltre 4 milioni di pazienti artrosici.

L’artrosi è la principale causa di invalidità e di dolore dei pazienti con età > 60 anni.



2 - Erosione (artrite)

CARATTERISTICHE DEL DOLORE		
DOLORE A RIPOSO	+/-	+++
DOLORE NOTTURNO	+/-	+++
RIGIDITÀ DOPO RIPOSO	+/-	+++
PEGGIORAMENTO CON IL MOVIMENTO	+++	+/-
SEGNI DI INFIAMMAZIONE	+/-	+++



Meccanico



Infiammatorio

Perché viene l’artrosi?

Per capire bene i meccanismi che portano allo sviluppo di questa malattia dobbiamo fare un passo indietro e capire come è fatta un’articolazione e come funziona (immagine 3).

La **cartilagine** (in blu nell’immagine) ricopre la parte dell’osso che sporge nell’articolazione e ha la funzione di impedire lo sfregamento delle ossa tra loro sia durante il movimento che durante il carico, favorendo lo scorrimento e fungendo da ammortizzatore.

Essendo priva di vasi non può essere nutrita dal sangue circolante, ma viene nutrita dal **liquido sinoviale** (in nero nell’immagine), che si trova all’interno dell’articolazione. Il liquido sinoviale a sua volta è formato dalla **membrana sinoviale** (linea tratteggiata nell’immagine), che è ricca di vasi e che ricopre tutta la superficie interna dell’articolazione, tranne la parte coperta della cartilagine.

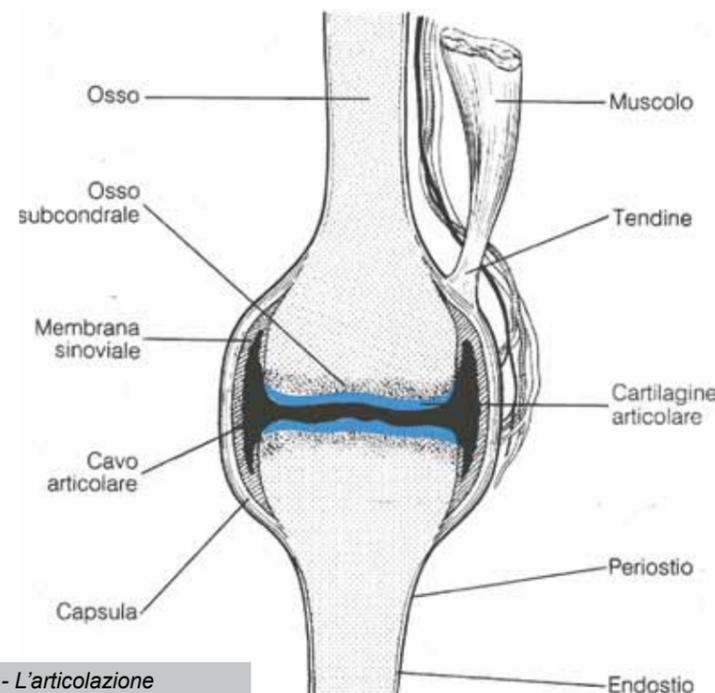
La cartilagine, proprio perché priva di vasi, è particolarmente fragile e possiede scarsa capacità rigenerativa: è proprio qui che nasce il processo artrosico.

Perché la cartilagine si consuma?

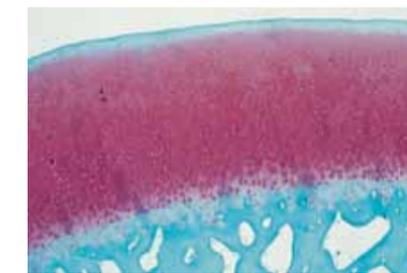
I fattori che portano innescano questo processo sono vari e spesso sono presenti contemporaneamente nello stesso paziente: **fattori genetici** possono causare un’abnorme fragilità della struttura cartilaginea; oppure un **carico eccessivo**, come avviene nelle articolazioni portanti (anche, ginocchia caviglie) del paziente obeso, provoca superamento delle capacità di adattamento della cartilagine;

oppure **sollecitazioni eccessive**, come nel caso di un lavoro ripetitivo o di un’intensa attività sportiva; infine le **malattie metaboliche** (diabete, ipercolesterolemia per citare le più frequenti), possono alterare la composizione del liquido sinoviale, che abbiamo visto essere l’unica fonte di nutrimento della cartilagine.

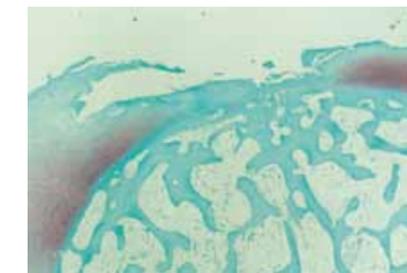
Quando la cartilagine (immagine 4) si è consumata (immagine 5) l’osso rimane scoperto e viene stimolato a aumentare la sua superficie, quasi volesse rimediare al danno aumentando la superficie articolare; questo, che potrebbe sembrare un meccanismo di difesa, in realtà può diventare un danno, perché gli osteofiti possono comprimere le strutture vicine e provocare a loro volta dolore.



3 - L’articolazione



4 - Cartilagine normale



5 - Cartilagine artrosica

Come si cura l’artrosi?

La ricerca in questo campo è molto attiva e ci sono già risultati incoraggianti; tuttavia la prevenzione dei fattori di rischio o la loro correzione, se già presenti, sono e rimarranno anche in futuro un approccio imprescindibile, perché difficilmente sarà efficace un trattamento con cellule staminali in un ginocchio su cui gravano 50 Kg di troppo.

Il paziente, soprattutto se è geneticamente predisposto (cioè ha familiari consanguinei con questa malattia), deve cercare di mantenere il peso forma, di correggere eventuali dismetabolismi con norme dietetiche e farmacologiche, effettuare con regolarità attività fisica, mantenere sempre posture corrette, mantenere sempre stili di vita rigorosi.

Sui fattori genetici non possiamo agire: ma su tutto il resto si (immagine 6)!

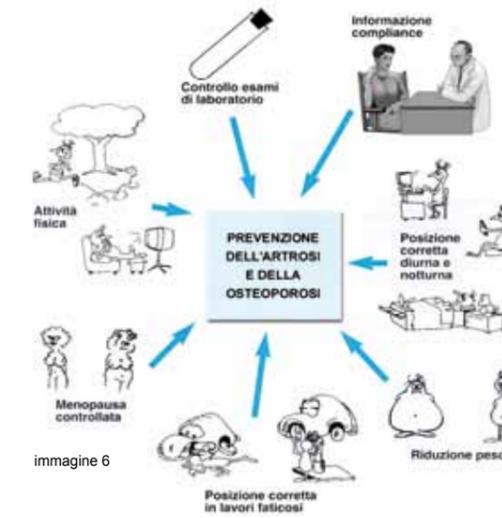


immagine 6

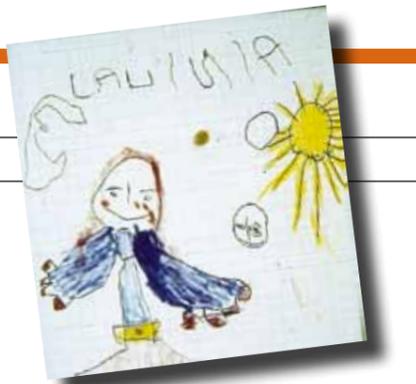
Artrite idiopatica giovanile (AIG)

TUTTO QUELLO CHE C'È DA SAPERE SULLA PATOLOGIA



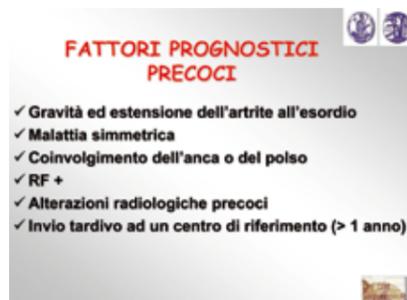
Valeria Gerloni

Reumatologia Infantile
Dipartimento e Cattedra di Reumatologia,
Università di Milano
Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Milano
gerloni@gpini.it



QUALI SONO I SINTOMI E I SEGNI DELL'AIG?

Il sintomo comune è un persistente gonfiore/tumefazione di una o più articolazioni, dovuto alla presenza di un **versamento articolare**, cioè di liquido sinoviale infiammatorio all'interno dell'articolazione. Gli altri sintomi sono il dolore articolare e la rigidità, solitamente presenti al mattino al risveglio, si attenuano poi fino, in qualche caso, a scomparire del tutto con il movimento che scioglie le articolazioni. Il bambino zoppica e si lamenta soprattutto al risveglio, poi muovendosi, pian piano, migliora e durante il resto della giornata, può stare del tutto bene, il che fa, talvolta, pensare che si tratti di un qualche disagio psicologico o di poca voglia di andare a scuola. Alcuni bambini non hanno dolore (l'articolazione può presentare un versamento e non essere dolente e anche il movimento può essere completo, è il caso delle forme oligoarticolari più lievi). In qualche caso, invece, il bambino non si lamenta perché assume delle **posizioni** cosiddette "antalgiche" cioè mantiene l'arto rigido, in una posizione scorretta/viziata, in quanto questa posizione è quella che gli consente di non sentire dolore (per esempio mantiene il ginocchio piegato sia a riposo che quando cammina). Solitamente l'artrite ha un andamento alterante (recidivante) con periodi in cui i sintomi si attenuano, o spariscono, e altri in cui si riacutizzano. La riacutizzazione, spesso, avviene dopo una malattia infettiva (influenza, tonsillite, varicella o altro) o senza cause apparenti. Alcuni bambini possono presentare solo uno o pochi episodi di riacutizzazione, in altri, invece, l'artrite ha un'evoluzione cronica e può persistere attiva anche in età adulta. ■



Spesso la gente comune, ma anche molti medici non specialisti, fanno fatica a credere che il problema esista anche per i bambini e gli adolescenti, e così molti soffrono per mesi, o addirittura anni, prima che venga fatta l'esatta diagnosi e prescritta una cura efficace. Molti bambini e ragazzi, soprattutto quelli nei quali la malattia inizia nel modo più subdolo, senza segni conclamati, ma solo, ad esempio, con un po' di rigidità mattutina, mentre gli esami del sangue rimangono normali, vengono addirittura sospettati di avere problemi psicologici. Ma anche quando tutto va bene, e la diagnosi e la terapia sono fatte nel modo corretto, il bambino o l'adolescente spesso trovano delle difficoltà con gli insegnanti e i compagni i quali stentano a credere che essi possano avere l'artrite e inoltre non hanno idea di quale sia la natura di questa malattia e dei problemi che può creare.

CHE COS'È L'ARTRITE IDIOPATICA GIOVANILE?

Un'artrite giovanile può iniziare subdolanamente, con un dito o un ginocchio gonfio, una zoppia o una rigidità articolare mattutina, una febbre o un'eruzione cutanea apparentemente inspiegabili. In molti casi si tratta un'artrite che segue un'infezione virale o batterica (artrite reattiva) che si esaurisce nel giro di poche settimane o mesi e non torna più. In altri casi, invece, si tratta di una forma che chiamiamo **AIG - Artrite Idiopatica Giovanile (JIA - Juvenile Idiopathic Arthritis)** (idiopatica vuol dire senza una causa nota), che si ripresenta periodicamente o che diventa cronica e dura per mesi e anni o, più raramente, per tutta la vita. L'AIG colpisce circa un bambino ogni 1000 e si calcola che in Italia circa 10.000 bambini e adolescenti possano esserne affetti. L'AIG veniva chiamata in passato **Artrite Cronica o Artrite Reumatoide Giovanile (ARG)**¹. L'AIG esordisce prima dei 16 anni di età e può colpire qualsiasi articolazione in numero variabile da una a moltissime.

¹ Nella letteratura anglosassone viene ancora chiamata artrite reumatoide giovanile (Juvenile Rheumatoid Arthritis - JRA)

All'esordio dell'artrite non siamo in grado né di predire con sicurezza quale sarà il suo andamento, né di prevenire le sue possibili ricadute, che spesso avvengono dopo una malattia banale, come un'influenza, o senza causa apparente. **Tutte le forme di AIG si possono (e si devono!) curare**, nel senso che si possono prevenire le conseguenze più gravi che la malattia potrebbe avere, se lasciata al suo decorso naturale. **Per far ciò è essenziale che la diagnosi sia fatta il più presto possibile e che il più presto possibile siano iniziate le cure adatte.**

QUAL È LA CAUSA DELL'AIG?

L'AIG viene definita una **malattia autoimmuna o autoaggressiva**, il che significa che l'organismo di chi ne è colpito non è in grado di riconoscere come proprie alcune strutture (componenti di cellule e tessuti) appartenenti al suo corpo, le scambia per estranee e le "aggredisce", come fa normalmente per difendersi dalle aggressioni esterne (per esempio per uccidere virus e batteri). Il risultato è che, la dove avviene questa autoaggressione, il tessuto (nel nostro caso la membrana sinoviale, che riveste internamente le articolazioni) si infiamma, cioè vi affluisce più sangue, le cellule e i liquidi dal sangue passano nei tessuti e l'articolazione si gonfia, diventa più calda e dolente e, talvolta, si arrossa. Questo processo anomalo di autoimmunità si pensa che sia dovuto a due cause: una particolare **predisposizione genetica** del bambino (non ancora definita con precisione) e una **causa esterna scatenante**, aspecifica, come un'infezione virale o microbica. **L'AIG non è ereditaria né contagiosa**. La possibilità che chi abbia avuto l'AIG la trasmetta ai suoi figli è estremamente rara, così come è estremamente raro che possano avere l'AIG due fratelli. Nessuna malattia dei genitori, nessun evento o malattia o abitudine alimentare durante la gravidanza, può causare o favorire l'insorgenza dell'AIG nel bambino. Non c'è nessuna prova certa che l'AIG possa essere favorita o migliorata da qualche particolare dieta del bambino né che la sua insorgenza possa essere favorita dal clima (freddo e umido), anche se solitamente il caldo-secco attenua i sintomi dell'artrite (dolore e rigidità) e, viceversa, il freddo-umido li accentua.

LE DIFFERENTI FORME DI AIG

Oligoartrite

Colpisce al massimo 4 articolazioni (all'inizio più spesso il ginocchio) è la forma più comune e meno grave e solitamente colpisce bambine in tenera età (che frequentano la scuola materna o elementare). Solitamente ha un andamento recidivante e nei successivi episodi può colpire la stessa o altre articolazioni ma sempre in numero inferiore a 4 (**Oligoartrite Persistente**). In qualche caso può colpire, nel suo decorso successivo, più di 4 articolazioni e allora si parla di **Oligoartrite Estesa**. Nella maggior parte dei casi di Oligoartrite sono presenti nel sangue particolari auto-anticorpi, detti **Anticorpi Anti-Nucleari (ANA)**, che sono di aiuto per fare la diagnosi. Solitamente, l'Oligoartrite risponde bene alle cure adeguate. I bambini con Oligoartrite (soprattutto le bambine più piccole e con gli ANA positivi) possono andare incontro ad un'infezione oculare, che può colpire entrambi gli occhi, e che prende il nome di **uveite anteriore o irido-ciclite cronica (ICC)**. L'ICC viene definita "cronica" sia nel senso che non è un'infiammazione con sintomi acuti (infatti è di solito completamente asintomatica, **l'occhio non si arrossa**, il bambino non lamenta dolore né disturbi della vista) sia perché gli episodi di ICC possono ritornare più volte o diventare cronici. E' perciò di estrema importanza che tutti i bambini con AIG vengano controllati periodicamente dall'oculista, con un particolare esame che si chiama: **esame biomicroscopico con lampada a fessura (LAF)**, che consente di vedere se all'interno dell'occhio siano presenti segni di infiammazione. L'infiammazione oculare va subito curata per evitare che, persistendo, possa portare a delle complicazioni quali la cataratta (cioè l'opacizzazione del cristallino, che è la lente posta all'interno dell'occhio), la **cheratopatia** a bandeletta (cioè l'opacizzazione della cornea) o il **glaucoma** (aumento della pressione all'interno dell'occhio) o infine a danni irreversibili alla vista, fino alla cecità. Solitamente l'ICC si cura con semplici colliri a base di cortisone e di sostanze che dilatano la pupilla (midriatici), in qualche caso, se le cure locali non risultano efficaci, è necessario ricorrere a terapie per via generale, analoghe a quelle che si fanno per l'artrite. E' importante sapere che l'attività e la gravità dell'artrite e dell'uveite non vanno di pari passo, l'artrite può essere lieve e l'uveite grave e questa può essere attiva quando l'artrite è spenta e viceversa.

² Un altro auto-anticorpo di recente scoperto, estremamente specifico di questa forma e, quindi, importante per la diagnosi, è l'**anti-citrullina o anti-peptide-citrullinato-ciclico (anti-CCP)**

Poliartrite

La Poliartrite interessa fin dall'inizio (cioè nei primi sei mesi dall'esordio della malattia) più di 4 articolazioni. Può interessare sia le grosse articolazioni degli arti sia le piccole articolazioni delle mani e dei piedi. In **pochissimi** casi di Poliartrite è presente nel sangue un particolare auto-anticorpo che si chiama Fattore Reumatoide (lo stesso che si trova nelle forme di Artrite Reumatoide dell'adulto) e che si evidenzia con un semplice esame del sangue (il RA-test). In questi casi si parla di AIG poliarticolare sieropositiva per il **Fattore Reumatoide (FR)**². La Poliartrite sieropositiva per il FR è la forma più rara di AIG (5-10% di tutti i casi) e se non curata precocemente può avere un'evoluzione grave, lasciando danni irreversibili alle articolazioni. La Poliartrite sieropositiva per il FR è la stessa malattia dell'Artrite Reumatoide dell'adulto e nella maggior parte dei casi colpisce le ragazze in età puberale. Mentre la maggior parte delle forme di AIG poliarticolare sono Poliartriti sieronegative per il FR, e hanno un andamento solitamente meno grave delle forme di AR dell'adulto.

Artrite Sistemica

L'AIG sistemica (che possiamo chiamare anche **morbo di Still** dal nome del medico Inglese che per primo la descrisse) all'esordio presenta anche sintomi generali: è costantemente presente una febbre elevata, anche 40-41°C, una o due puntate quotidiane solitamente di breve durata (poche ore) e con intervalli di completa defervescenza (cioè di temperatura normale) tra una puntata e l'altra. Questa febbre "intermittente" dura settimane o mesi e spesso si associa a un caratteristico **esantema o rash** (un'eruzione cutanea) che ricorda molto quello del morbillo (macchioline rosate leggermente rilevate, solitamente non pruriginose) che compaiono soprattutto sul tronco, la radice delle cosce e delle braccia e anche al volto. Questo esantema è "evanescente", appare e scompare rapidamente, solitamente in concomitanza con le puntate febbrili. L'artrite, all'inizio, può non risultare molto evidente, possono esserci soltanto dolori articolari (artralgie) e muscolari (mialgie), ma con il tempo si manifesta chiaramente. Altri sintomi sono l'ingrossamento del fegato, della milza e delle linfoghiandole (linfonodi) al collo, alle ascelle e all'inguine. Infine può esserci un'infiammazione del foglietto che avvolge il cuore (il pericardio ► pericardite) o più raramente dei rivestimenti che avvolgono il polmone (la pleura ► pleurite) o l'intestino (il peritoneo ► peritonite). L'AIG sistemica può guarire lasciando solo minimi danni articolari o nessun danno, può avere un andamento a cicli di mesi e scomparire e ripresentarsi dopo un periodo di tempo variabile anche

di anni, ma può anche evolvere in una forma di poliartrite cronica grave che, se non risponde alle cure o non viene precocemente curata, può lasciare danni anche molto gravi alle articolazioni e compromettere la crescita del bambino.

Artrite Psoriasica

La psoriasi è una malattia della pelle che si manifesta con chiazze arrossate e desquamanti. Quando un bambino che ha l'artrite ha anche la psoriasi, o ne soffre un suo parente di primo grado (genitori o fratelli), si parla di Artrite Psoriasica. Questa forma di AIG è solitamente un'oligoartrite. Una manifestazione molto caratteristica di questa forma è il cosiddetto dito a salsicciotto o **"dattilite"** (uno o più dita della mano o del piede si gonfiano interamente, non solo a livello dell'articolazione). Nella maggior parte dei casi l'artrite precede la psoriasi perciò la presenza di psoriasi nei famigliari può aiutare il medico a fare la diagnosi.

Sindrome Entesite Artrite (Entesitis Related Arthritis - ERA)

In questi casi l'infiammazione interessa non solo la membrana sinoviale articolare (artrite), ma anche le inserzioni tendinee, cioè il punto dove i tendini si attaccano all'osso (e questo punto si chiama: entesi, perciò ► **entesite**). Le inserzioni tendinee più spesso colpite sono quelle dei talloni con dolore (**talalgia**) sotto al tallone o dietro al tallone, a livello del tendine d'Achille. Solitamente colpisce i ragazzi intorno agli 8-10 anni, ed è l'unica forma di AIG più comune nei maschi. Solitamente colpisce solo poche articolazioni, quasi sempre quelle degli arti inferiori. La sindrome ERA può evolvere in età adulta interessando le articolazioni vertebrali della schiena (si parla in questo caso di **spondilootropatia o spondilite**). Le altre forme di AIG non interessano mai la schiena. Anche in questa forma può esserci un'infiammazione oculare, un'uveite anteriore, che colpisce solitamente solo un occhio e, a differenza di quella che si associa all'Oligoartrite, è un'infiammazione acuta (**uveite anteriore acuta**) che dà subito segni di sé: rossore congiuntivale, lacrimazione, dolore, fotofobia (fastidio e impossibilità ad aprire gli occhi quando c'è luce), sensazione di corpo estraneo o di sabbia negli occhi. E' perciò facile da diagnosticare e solitamente guarisce più o meno rapidamente con le cure adatte (colliri cortisonici). Tuttavia tende a ritornare nello stesso occhio o, indifferentemente, in quello controlaterale. Sia la sindrome ERA che questo particolare tipo di uveite sono legati ad una particolare costituzione genetica predisponente, che si mette in evidenza con un esame del sangue che si chiama **HLA-B27**. L'HLA-B27 è positivo nella maggior parte di questi casi, tuttavia la sua assenza non esclude la diagnosi.

GLI ESAMI UTILI PER LA DIAGNOSI

LA CRESCITA NELL'AIG

Alcuni bambini possono avere una crescita ritardata, soprattutto nelle forme poliarticolari più gravi e nelle forme sistemiche, se l'infiammazione si mantiene a lungo attiva e se richiede prolungate terapie con il cortisone. Le forme oligoarticolari possono, invece, presentare problemi localizzati della crescita di un arto. Nel caso più tipico, che è quello dell'artrite in un solo ginocchio, la gamba malata può crescere un po' di più di quella sana. Una frequente conseguenza di questa crescita asimmetrica è il valgismo dell'arto affetto (cosiddette ginocchia ad x).

ESAMI DI LABORATORIO

Non c'è alcun esame del sangue o delle urine o del liquido sinoviale o altro test che ci consenta di diagnosticare con certezza l'AIG. Gli esami di laboratorio aiutano a confermare il sospetto diagnostico di AIG e ad escludere altre malattie che possono simulare un'AIG. Una volta che la diagnosi sia stata fatta, ci aiutano a seguire l'andamento della malattia e a valutare sia se le terapie prescritte siano efficaci sia se siano prive di conseguenze nocive su altri organi come il fegato o il rene o il midollo emopoietico (quello cioè che produce le cellule del sangue: globuli rossi, globuli bianchi e piastrine). Gli **indici di infiammazione (VES, PCR)** sono solitamente elevati, soprattutto nelle forme poliarticolari e sistemiche, ma possono essere normali, soprattutto nelle oligoarticolari. In ogni caso, l'aumento degli indici di infiammazione è un segno del tutto aspecifico che può essere presente in qualsiasi tipo di infiammazione (per esempio una tonsillite o una bronchite). Può esserci una modesta anemia (cioè un valore più basso del normale dell'emoglobina). I globuli bianchi e le piastrine, invece, possono essere aumentati di numero (questo è un segno di infiammazione attiva) in modo anche molto cospicuo soprattutto nelle forme sistemiche. Le piastrine, che servono per la coagulazione del sangue e normalmente non superano nel bambino le 400-500.000, nell'AIG sistemica possono arrivare a un milione e oltre, ma questo non comporta un aumento della coagulazione del sangue né trombosi. Un altro elemento estremamente ca-

ratteristico della forma sistemica è l'**aumento della ferritina**. La presenza nel sangue degli **ANA** e del **FR** non basta a fare la diagnosi di AIG, ma, una volta che questa diagnosi sia stata fatta sulla base dei sintomi clinici, serve a confermarla e a distinguere le differenti forme di AIG. Il FR e soprattutto gli ANA, in scarsa quantità (cioè a basso titolo), possono essere presenti anche in soggetti sani o essere la conseguenza di precedenti infezioni virali (esempio: mononucleosi).

ESAME DEL LIQUIDO SINOVIALE E BIOPSIA SINOVIALE

Il medico può essere in difficoltà a fare la diagnosi, soprattutto nel caso di un'artrite che colpisce una sola articolazione. La monoartrite del ginocchio è una manifestazione molto comune dell'AIG, soprattutto all'esordio. L'esame più importante, per fare la diagnosi, escludendo altre possibili cause, è l'**esame del liquido sinoviale (LS)**. Il LS va aspirato mediante puntura dell'articolazione (artrocentesi) e va inviato al laboratorio per fare le opportune analisi. La **conta dei globuli bianchi e l'esame culturale del LS** sono necessari per escludere la natura infettiva dell'artrite (artrite settica). Nel caso che con l'artrocentesi si estragga sangue il medico dirà che c'è un "emartro" e penserà ad altre malattie più rare. La possibile causa traumatica può essere presa in considerazione solo nei ragazzi più grandi, non si deve invece dare valore agli innumerevoli piccoli traumi ai quali i bambini più piccoli vanno quotidianamente incontro durante i loro giochi. Nel bambino in età prescolare e nei primi anni delle elementari, il trauma non è praticamente mai la causa di un versamento articolare e la diagnosi di gran lunga più probabile, di fronte ad un ginocchio con versamento, è quella di AIG.

Nei casi dubbi di monoartrite, per escludere altre malattie più rare della membrana sinoviale, può essere necessario fare anche una **biopsia sinoviale** in artroscopica, che consiste nell'introdurre (in anestesia generale) una sonda a fibre ottiche all'interno del ginocchio per vedere l'aspetto della membrana sinoviale e prelevarne un frammento per l'**esame istologico**.

ESAME CON LAMPADA A FESSURA

Nel caso di un bambino con monoartrite o oligoartrite ANA positiva va fatta immediatamente anche la visita oculistica con lampada a fessura (LAF) perché, se si evidenziasse eventuali segni di un'uveite anteriore (IC), in atto o pregressa, questi non solo avvalorerebbero la diagnosi di AIG, ma soprattutto, per quanto detto in precedenza, andrebbero imme-

diatamente curati.

BIOPSIA DEL MIDOLLO

Quando si sospetta un'AIG sistemica, in un bambino che ha febbre e dolori, ma la diagnosi non è ancora certa, perché non è ancora comparsa la caratteristica artrite, è necessario fare una **biopsia del midollo** per escludere una leucemia.

INDAGINI RADIOLOGICHE

Le **radiografie** all'inizio dell'AIG sono normali. Le radiografie, anche nel caso di interessamento articolare monolaterale, vanno sempre eseguite comparate, cioè da entrambi i lati, perché solo confrontando l'aspetto dell'articolazione sana con quello dell'articolazione malata si possono mettere in evidenza i segni iniziali di un'infiammazione articolare persistente: l'articolazione malata appare più matura di quella sana (si dice che l'età ossea del lato malato è maggiore di quella del lato sano). Un altro segno radiologico precoce dell'infiammazione è l'osteoporosi (cioè una rarefazione della trama dell'osso, un osso più fragile) cosiddetta osteoporosi iuxta-articolare o distrettuale, perché presente solo nel segmento dell'osso in prossimità dell'articolazione infiammata. Ciò è dovuto sia all'infiammazione sia al fatto che il bambino usa meno e carica meno l'articolazione malata e dolente, per esempio, sale le scale mettendo avanti sempre la gamba sana e quando sta fermo in piedi si appoggia sempre su quella.

Un'altra semplice indagine radiologica, che può essere fatta senza difficoltà anche nei bambini più piccoli, è l'**ecografia** che ci fa vedere la presenza del versamento articolare e ci fa vedere anche se la membrana sinoviale è infiammata e perciò ispessita (il referto del radiologo sarà quello di un'ipertrofia sinoviale o anche di un'ipertrofia villosa della membrana sinoviale). Un esame ecografico più moderno, ma che non ancora tutte le strutture ospedaliere sono in grado di effettuare, è l'**eco-power-doppler** che consente di vedere anche il maggior afflusso di sangue nella membrana sinoviale (l'ipervascularizzazione) che è un indice importante d'infiammazione. L'ecografia è un esame che il bambino può ripetere anche parecchie volte perché non si prendono radiazioni (raggi x), come con le radiografie convenzionali.

La **Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)** è invece un esame che non va fatto di routine per la diagnosi di AIG, ma è necessario solo nel sospetto di altre malattie o nel sospetto di complicazioni (es necrosi asettica dei nuclei di accrescimento) o in casi particolari per evidenziare precocemente l'eventuale comparsa di erosioni cartilaginee e per un più preciso controllo della loro progressione. Oltretutto nel bambino piccolo, che non è in grado di restare immobile per il tempo necessario all'esecuzione dell'esame, la RMN richiede l'anestesia generale.

COME SI CURA L'AIG: terapia farmacologica

La terapia dell'AIG è complessa e richiede la collaborazione di diversi specialisti (pediatra-reumatologo, chirurgo ortopedico, fisiatra, oculista). Il pediatra di famiglia ha il compito di sospettare precocemente la diagnosi di AIG e di avviare le indagini necessarie, ma la diagnosi definitiva e la terapia vanno fatte nelle strutture specialistiche di reumatologia pediatrica. Purtroppo queste strutture sono ancora poche, e in molte regioni sono del tutto assenti.

Purtroppo non ci sono ancora **farmaci** in grado di "guarire" sicuramente l'AIG, cioè di risolvere per sempre il problema. Il compito del reumatologo-pediatra, è quello di aiutare il bambino o l'adolescente ad attraversare il percorso della malattia con le cure più adatte a tenere sotto controllo l'infiammazione, in modo che questa non lasci dei danni e la sua vita sia il più possibile normale. Quanto più precocemente ed efficacemente verrà curato il bambino, tanto maggiori saranno le probabilità di guarigione definitiva o comunque le probabilità che la malattia non lasci danni gravi e irreversibili. L'aderenza alle cure prescritte, un atteggiamento di fiducia, ottimismo e serenità, ma anche la determinazione nell'affrontare la malattia del bambino, saranno un elemento fondamentale del successo terapeutico.

Attualmente abbiamo a disposizione farmaci che riducono l'infiammazione e la febbre e alleviano il dolore (**anti-infiammatori non-steroidi o FANS**). Quelli più usati nell'AIG sono l'ibuprofene, il flurbiprofene, il naproxene. In qualche caso si possono usare anche il diclofenac, l'indometacina e il meloxicam. I bambini, solitamente, **tollerano meglio degli adulti i FANS**, hanno cioè meno problemi gastrici, ma bisognerà ricordare di somministrarli sempre dopo il pasto. I FANS non curano l'artrite, ma danno sollievo ai sintomi. A volte è sufficiente somministrare una sola dose serale prima di coricarsi per evitare il dolore e la rigidità mattutina. Non è indicata l'associazione tra diversi FANS, ma a volte un FANS può risultare efficace dove un altro ha fallito. Qualche volta è necessario provare diversi FANS prima di trovare quello che funziona meglio nel singolo caso.

Gli steroidi (il cortisone) sono potentissimi anti-infiammatori, e possono essere utilizzati solo in particolari condizioni e **attenendosi a regole precise**, tra le quali anche la necessità di prevenire le inevitabili complicazioni di questa terapia (osteoporosi, rallentamento della crescita e obesità) attraverso la prescrizione di terapie di supporto (vitamina D e calcio)

e di una dieta adeguata: ricca di vitamine, latte e latticini magri, pesce e verdure fresche e **povera di zuccheri e grassi**. Una volta ottenuto l'effetto desiderato è importante che il dosaggio degli steroidi venga progressivamente ridotto fino a sospendere la terapia. La riduzione va fatta gradualmente, un'interruzione brusca potrebbe comportare delle complicazioni o una riacutizzazione dalla malattia.

La seconda categoria di farmaci che abbiamo a disposizione per curare l'AIG sono i cosiddetti "**farmaci di fondo**" o "**Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARDs)**", cioè farmaci che hanno lo scopo di prevenire l'estensione del coinvolgimento articolare e la cronicizzazione dell'artrite e di ottenere la remissione della malattia. Questi farmaci vengono anche chiamati **farmaci ad "azione lenta"** in quanto la loro efficacia si manifesta in pieno solo dopo 3-6 mesi di terapia e perciò vanno, inizialmente, associati ai FANS e/o al cortisone, che danno un sollievo immediato. Il primo DMARDs da utilizzare nell'AIG è il **Metotressato (MTX)** che si somministra una sola volta alla settimana sia per bocca sia attraverso iniezioni intra-muscolari o sottocutanee. Questo farmaco è quello di gran lunga più utilizzato in tutto il mondo, ha dimostrato di essere efficace e ben tollerato nel 60-70% dei bambini con AIG. Il disturbo più frequentemente causato da questa terapia è un malessere nelle ore successive alla somministrazione, con nausea e più raramente vomito, spossatezza e mal di testa. Si può cercare di prevenire questo disturbo somministrando prima del MTX dei farmaci contro la nausea e il vomito. È utile somministrare, dopo 24-48 dal MTX, una vitamina (acido folinico). Nel corso della terapia con MTX è utile controllare periodicamente gli esami del sangue (emocromo e transaminasi). La terapia con MTX va mantenuta a lungo (per almeno sei mesi/un anno dopo aver ottenuto la remissione completa dell'artrite). Altre terapie di fondo, che si possono usare nell'AIG, in sostituzione o in associazione al MTX, quando questo non sia stato efficace o non sia stato tollerato, sono la **ciclosporina e la salazopirina**. Nei ragazzi più grandi si può usare anche la **leflunomide**.

Ora abbiamo a disposizione una terza categoria di farmaci, cosiddetti **farmaci "biologici"** non perché si tratti di farmaci naturali, ma perché si tratta di molecole costruite in laboratorio, con le moderne tecniche della bioingegneria, analoghe a molecole presenti nel nostro organismo e prodotte per neutralizzare o inattivare le molecole che causano l'infiam-

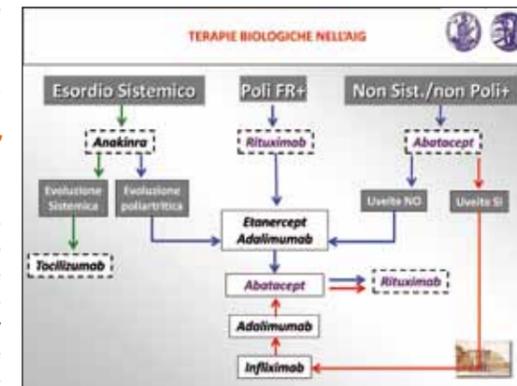
mazione (le citochine). Questi farmaci si sono dimostrati straordinariamente efficaci nel curare l'AIG, l'80% circa dei bambini e ragazzi con AIG risponde a queste cure rapidamente, già nel giro di pochi giorni o settimane. Attualmente tra questi farmaci sono approvati dal Ministero della Sanità per l'uso nell'AIG:

- **l'Etanercept**
- **l'Adalimumab** (solo per i bambini maggiori di 13 anni)
- **l'Infliximab e l'Adalimumab**, (per l'uveite)
- **l'Abatacept**, per i bambini che non abbiano risposto ai precedenti.

Nell' AIG sistemica possono risultare straordinariamente efficaci **l'Anakinra** e il **Tocilizumab** (approvati per l'AR dell'adulto, ma non ancora per le forme giovanili).

La terapia con farmaci biologici può ridurre le difese dell'organismo nei confronti delle infezioni batteriche e virali, per tale motivo il pediatra di famiglia dovrà sempre essere informato, non dovrà sottovalutare le malattie infettive, anche apparentemente banali, e ritardare a prescrivere gli antibiotici, e in corso di malattie infettive intercorrenti si dovrà temporaneamente sospendere la terapia biologica. Una malattia che potrebbe avere complicazioni, anche gravi, in corso di terapia biologica è la **varicella**, per tale motivo, a meno che il bambino non l'abbia già contratta in passato, si dovrà o vaccinarlo, almeno 1-3 mesi prima dell'inizio del biologico, oppure, in caso di possibile contagio, dovrà fare la prevenzione con gamma-globuline e se si ammala di varicella dovrà essere subito curato con gli antivirali.

Talora i genitori, preoccupati delle possibili complicazioni delle terapie convenzionali, si rivolgono alla medicina alternativa, come l'omeopatia. Queste terapie, anche se di per sé non sembrano essere nocive, e possono essere associate alle terapie convenzionali, tuttavia non sono mai state studiate in modo scientifico per valutare la loro eventuale efficacia sull'AIG.



Le TERAPIE fisice, infiltrative e chirurgiche

Le **terapie fisiche** e il programma di **esercizi di ginnastica**, studiato individualmente per il bambino, sono **uno dei momenti fondamentali della cura dell'AIG**.

L'AIG colpisce spessissimo anche le articolazioni della mandibola dette **temporo-mandibolari**, talvolta senza dare subito dolore; per tale motivo ci si accorge che qualcosa non va solo quando il bambino incomincia ad avere difficoltà nella masticazione e nell'apertura bocca o se si nota un mento sfuggente (micrognazia)

oppure, nel caso sia interessata l'articolazione di un solo lato, se si nota un'asimmetria del volto e, nell'apertura della bocca, una deviazione della mandibola. In questi casi sono necessarie **cure ortodontiche** e l'ortodontista dovrà essere ben informato del fatto che il bambino ha un'AIG e che quindi anche il problema della bocca può essere dovuto a questa patologia. L'interamento delle temporo-mandibolari va trattato, nell'eventuale fase acuta dolorosa, con il riposo articolare (dieta liquida e apparecchio notturno detto "bite"), successivamente con particolari esercizi di ginnastica (esercizi di mobilizzazione attiva e stretching) che l'ortodontista insegnerà.

La **terapia infiltrativa locale** è la prima cura, se sono interessate solo una o due articolazioni: l'articolazione, solitamente il ginocchio, va svuotata dal liquido sinoviale infiammatorio (il versamento articolare) attraverso una semplice puntura (**artrocentesi**), che viene fatta dopo aver applicato una pomata anestetica, e quindi viene iniettato (**infiltrazione**) un preparato a base di cortisone, cosiddetto ritardo o deposito in quanto passa solo minimamente in circolo e si deposita nell'articolazione infiammata. Solitamente poi si applica per qualche giorno un bendaggio elastico o un'emiginocchiera. La terapia steroidea infiltrativa, solitamente, risolve del tutto e rapidamente l'infiammazione, già dopo pochi giorni l'articolazione risulta "asciutta", cioè priva di liquido sinoviale infiammatorio, e con questo si risolve anche il dolore e il bambino può riprendere a muovere normalmente l'arto. Se, tuttavia, l'infiammazione fosse durata troppo a lungo prima di venir curata con l'infiltrazione, è possibile che l'articolazione risulti rigida e, in questo caso, sarà necessario recuperare tutta la capacità di movimento e la forza muscolare con esercizi di ginnastica (chinesiterapia). Tale terapia, se utilizzata nel modo corretto [con scrupoloso rispetto delle norme igieniche (asepsi),

praticata correttamente in sede intra-articolare, con intervalli adeguati tra le successive infiltrazioni, in modo da non praticarne in media più di 3 o 4 all'anno per articolazione] è praticamente priva di effetti collaterali locali e/o generali. Tutte le articolazioni possono essere infiltrate. Possono essere infiltrate, con ottimi risultati e senza effetti collaterali, anche le guaine tendinee, soprattutto dei flessori delle dita della mano e degli estensori del polso. La terapia infiltrativa locale multipla è un approccio terapeutico adeguato anche per le forme poliarticolari, quando non ci sia stata un'adeguata risposta alle terapie mediche o per consentire l'iniziale recupero funzionale nell'attesa che le terapie con DMARDs ad azione lenta incomincino a dare il risultato sperato. Nei bambini più piccoli, e quando debba essere trattato un numero cospicuo di articolazioni, queste infiltrazioni vanno praticate in anestesia generale.

La terapia chirurgia: Il chirurgo ortopedico viene coinvolto nella cura del bambino con AIG soprattutto quando si rendono necessari **interventi chirurgici a scopo preventivo**.

Nel caso che l'infiammazione del ginocchio si mantenga attiva, nonostante la terapia infiltrativa locale ripetuta e le altre cure generali, si dovrà effettuare una **"sinoviectomia artroscopica"**, in anestesia generale, che ha lo scopo di rimuovere la membrana sinoviale malata prima che questa, crescendo/proliferando, danneggi le strutture intra-articolari o prima che si verifichino dei danni sulla crescita del ginocchio (allungamento della gamba e valgismo). Di fronte ad un ginocchio che tenda a diventare valgo, si può prevenire il peggiorare di questa deformazione, e addirittura correggerla, con un semplice intervento chirurgico (**emiepifisiodesi**). Le **sostituzioni protesiche** nell'AIG vengono praticate soprattutto a livello delle anche. Le protesi vanno eseguite a fine crescita, quando le cartilagini di accrescimento sono saldate. Queste protesi possono sopravvivere 25-30 anni e più prima che si manifesti un sensibile logorio dell'impianto.



Considerazioni conclusive sul programma terapeutico-riabilitativo dell'AIG

Il programma terapeutico-riabilitativo del bambino artritico sarà quindi di carattere multiplo; la chiave del suo successo risiede in un gruppo di esperti e affiatati professionisti che comprenderà: il pediatra e il reumatologo, o il reumatologo-pediatra, il fisiatra e il fisioterapista, il chirurgo ortopedico e lo psicologo. Necessario sarà anche l'appoggio dell'assistente sociale e del personale paramedico.

Nell'impostare un programma terapeutico individualizzato per ciascun bambino artritico andranno tenute presenti alcune regole generali:

1) è necessaria la **collaborazione della famiglia**, che deve ricevere e richiedere una chiara e oggettiva informazione sulla natura della malattia, sulle sue possibili conseguenze e sui mezzi terapeutici e preventivi a disposizione

2) queste informazioni dovranno essere date con gradualità e molta cautela, fornendo sempre un sostegno di tipo psicologico

3) integrare le attività terapeutiche con le comuni attività della vita quotidiana, perchè la vita familiare, sociale e scolastica di questi bambini deve essere il più possibile normale.

Dieta

Non esiste una dieta specifica che possa aiutare il bambino a guarire dall'AIG. Alcuni studi sembrano indicare l'utilità di somministrare un supplemento di acidi grassi omega3 e di una dieta vegetariana che aiuterebbero a ridurre i sintomi infiammatori della malattia, ma non c'è nulla di definitivamente provato, a livello scientifico, a questo proposito.

Tuttavia le abitudini alimentari sono particolarmente importanti per i bambini e gli adolescenti con AIG:

- la malattia di per sè (a causa dell'infiammazione e del fatto che limita il movimento del bambino) provoca osteoporosi, cioè una maggior fragilità delle ossa, che può essere aggravata dalla necessità di curare il bambino con il cortisone, in quanto anche il cortisone è causa di osteoporosi. E' perciò necessario che la dieta del bambino sia **ricca di Calcio** (latte e latticini parzialmente scremati)

- lo scarso movimento e la terapia con cortisone favoriscono l'obesità e la ridotta crescita staturale, è perciò necessario che la dieta sia **ricca di proteine**, che favoriscono la crescita staturale, e sia relativamente **povera di grassi, di carboidrati e zuccheri**.

COME COMPORTARSI NEL CASO DI ALTRE MALATTIE

Tra le comuni **malattie esantematiche dell'infanzia**, se il bambino non le ha già fatte ed è quindi immune, **la più temibile è la varicella**, soprattutto se il bambino è affetto da una forma grave di AIG e se sta facendo terapie immunosoppressive (Metotressato, ciclosporina, o altro), con farmaci biologici o con cortisone ad alte dosi. La varicella può avere un decorso più grave che nei bambini sani, anche con complicazioni importanti, e può causare una riacutizzazione dell'artrite. Nel caso che il bambino sviluppi la varicella, o semplicemente sia entrato in contatto con qualcuno che ne è affetto, è necessario consultare il pediatra o il pediatra-reumatologo che giudicherà se prescrivere una terapia con antivirali o una terapia preventiva (con gammaglobuline specifiche). **La rosolia**, anche nelle persone sane, può provocare dei

dolori articolari o un'artrite che, tuttavia, si risolve spontaneamente dopo un certo periodo di tempo. Il morbillo invece può, in qualche caso, far migliorare o regredire l'AIG anche per un lungo periodo di tempo.

In caso di **malattie infettive febbrili**, gli antibiotici, se indicati dal pediatra, possono, e devono, essere associati alle terapie con FANS, con DMARDs e farmaci biologici.

Le **vaccinazioni obbligatorie**, negli studi su grandi numeri di bambini con AIG, non sembrano favorire l'insorgenza della malattia, né le sue riacutizzazioni. Le vaccinazioni non devono mai essere fatte con virus vivi, ma solo con frammenti/componenti antigeniche del virus. **La vaccinazione anti-influenzale** in genere non è contro-indicata, ma non è neppure strettamente indicata o necessaria, se il

bambino ha una forma lieve di artrite, così come non lo è per tutti i bambini sani. La vaccinazione anti-rosolia, che talora può provocare sintomi artritici, e non è obbligatoria, nelle bambine non immuni viene rimandata fino all'età fertile.

In caso di **interventi chirurgici**, anche banali, ma che possono comportare un sanguinamento (una tonsillectomia, un'estrazione dentaria) i FANS devono essere sospesi 24 ore prima, eccetto l'aspirina, che va sospesa una settimana prima. In caso di intervento chirurgico anche le terapie con DMARDs e farmaci biologici vanno sospese temporaneamente. La **pillola anti-concezionale** non è controindicata, e nelle ragazze in età fertile e sessualmente attive va consigliata nel caso siano in terapia con DMARDs e/o farmaci biologici.

COME LA FAMIGLIA PUO' AIUTARE IL BAMBINO CON AIG?

Avere un bambino con AIG coinvolge tutta la famiglia, può rendere più difficile la partecipazione alla vita scolastica e sociale, può costringere i genitori e i fratelli a modificare il loro stile di vita. La famiglia può aiutare il bambino o l'adolescente a superare le difficoltà fisiche ed emotive connesse alla sua malattia in molti modi:

- per prima cosa **trattando il bambino nel modo più normale possibile**

- **assicurandosi che egli riceva le cure migliori possibili**. Ci sono infatti molte opzioni terapeutiche e non tutti i bambini rispondono nello stesso modo a un'identica terapia. Se i farmaci prescritti non sembrano funzionare come sperato, oppure se causano effetti collaterali spiacevoli, questi vanno prontamente riferiti al medico e bisogna ridiscutere con lui le scelte terapeutiche. Il medico deve essere disponibile a spiegare in modo semplice e comprensibile, ma esauriente, tutti i pro e i contro delle terapie che intende prescrivere al bambino e i genitori devono esternargli tutti i loro dubbi e perplessità e le osservazioni sugli effetti della terapia

- **incoraggiando il bambino a fare da solo tutto quello che può** per la sua autonomia nella vita quotidiana (vestirsi, lavarsi ecc.) anche se ciò richiederà più tempo del normale e, forse, opportuni accorgimenti che il pediatra-reumatologo e il fisioterapista suggeriranno

- **incoraggiando il bambino a fare gli**

esercizi di ginnastica e una vita fisica il più possibile attiva. La ginnastica, è un momento fondamentale del programma terapeutico del bambino con AIG, ma deve essere ragionevolmente inserita tra i molteplici impegni della sua vita quotidiana e non deve causare ulteriore stress. Gli esercizi di ginnastica, aiutano il bambino a stare meglio, a rilassarsi, a sentire meno dolore, a riacquistare forza. Se il bambino è molto piccolo non potranno che essere praticati in forma di gioco. Per quanto riguarda le attività ginnico-sportive dei ragazzi più grandi non bisognerà porre loro limiti eccessivi, sconsigliando tutt'al più gli sport più pericolosi per il rischio di traumatismo. Sarà il ragazzo stesso a imparare a conoscersi e a capire i propri limiti. Il nuoto è una delle pratiche sportive più vantaggiose per il bambino che soffre di AIG in quanto è privo di possibili traumatismi e consente di muovere ed esercitare tutti i muscoli e le articolazioni senza caricarle del peso del corpo. E' importante che l'attività fisica sia piacevole e soddisfacente, anche sotto il profilo psicologico, e non venga vissuta come un'imposizione

- incoraggiando il bambino o l'adolescente a partecipare ai giochi e alle attività dei suoi coetanei, a praticare attività sportive di gruppo per **favorire l'interazione sociale con i coetanei**. I bambini e gli adolescenti che non possono partecipare ai giochi e alle attività dei coetanei si sentono isolati e diventano facilmente depressi.

- bisogna anche **favorire l'assunzione di responsabilità** da parte del bambino e dell'adolescente della propria salute. E

anche incoraggiarli ad esprimere la loro "rabbia" nei confronti della malattia e la loro "grinta" nella voglia di combatterla

- **gli insegnanti e i compagni di scuola andranno informati ed educati** riguardo al problema dell'AIG e bisognerà ottenere la loro consapevole collaborazione. Non c'è da vergognarsi, né da sentirsi colpevoli per aver l'AIG! Un maggior numero di assenze scolastiche sono pressochè inevitabili, talora se i periodi di assenza sono prolungati bisognerà organizzarsi per proseguire l'istruzione a domicilio o durante i periodi di ospedalizzazione. La maggior parte dei bambini e ragazzi con AIG, con opportuni accorgimenti e sostenuti dalla famiglia, dagli insegnanti e dai compagni, riesce a portare a termine con successo gli studi, che d'altro canto non devono far porre in secondo piano la necessità di cure mediche e fisiche quotidiane

- può essere molto utile anche **confrontarsi** con i genitori di altri bambini che hanno, o hanno avuto, lo stesso problema per sostenersi a vicenda

- bisognerà fare di tutto per **non mostrarsi mai sfiduciati, arresi o disperati**. Molti bambini soffrono e si sentono colpevoli per il dolore che la loro malattia arreca ai genitori, il mostrarsi fiduciosi che la battaglia contro l'AIG alla fine, nonostante alterne vicende, potrà essere vinta è l'atteggiamento che dobbiamo aspettarci dal medico e che dobbiamo mantenere con il bambino malato.

Artrite Reumatoide e Gravidanza

L'AR NON SEMBRA RAPPRESENTARE UN RISCHIO PER LE DONNE IN GRAVIDANZA



Angela Tincani
Direttore, U.O. Reumatologia
e Immunologia Clinica, Spedali Civili e
Università degli Studi di Brescia
tincani@bresciareumatologia.it



Chiara Bazzani
Medico, U.O. Reumatologia
e Immunologia Clinica,
Spedali Civili di Brescia
bazzani@bresciareumatologia.it

L'artrite reumatoide (AR) è una patologia piuttosto frequente che colpisce lo 0,3-2% della popolazione generale. Il sesso femminile è particolarmente interessato dalla malattia, essendo colpito circa quattro volte più frequentemente rispetto a quello maschile. L'esordio è più frequente tra i 40 e i 60 anni, ma può avvenire

nel concepimento possono essere giustificati, infatti, da diversi fattori più o meno correlati alla patologia reumatica, quali una ridotta funzione sessuale, disfunzioni dell'ovulazione, alterazioni dell'assetto ormonale e possibile produzione di anticorpi materni diretti contro gli spermatozoi. I dati presenti in letteratura circa l'esito della gravidanza in donne affette da artriti croniche sono pochi e discordanti. Mentre alcuni studi hanno escluso un aumentato rischio gestazionale in donne gravide affette da AR, altri Autori hanno dimostrato un'aumentata incidenza di preeclampsia¹ e parto pretermine nelle donne affette da artriti infiammatorie croniche. Non ci sono segnalazioni invece circa l'aumentata ricorrenza di aborti spontanei nelle donne con diagnosi di AR.

AR, infatti, sperimenta una riacutizzazione dei sintomi entro tre mesi dal parto e una percentuale ancora più alta vede insorgere la malattia nei mesi successivi.

Tenuto conto di tutto ciò, l'obiettivo terapeutico in questa fase delicata della vita delle pazienti dunque è triplice: garantire una bassa attività di malattia nelle fasi che precedono il concepimento, mantenere un buon andamento clinico in corso di gravidanza scegliendo trattamenti innocui per la salute fetale, prevenire la riaccensione della malattia nelle fasi successive al parto.

Per quanto riguarda il primo punto, è **certamente da tutti condiviso** che la gravidanza vada affrontata in un momento in cui l'artrite sia scarsamente attiva. Non è infrequente che alle pazienti venga consigliato di posticipare l'inizio di una gravidanza poiché vi è la necessità di ridurre l'attività di malattia e questo mediante l'impiego di farmaci antireumatici.

Il problema maggiore in questa fase è correlato alla potenziale tossicità embrionale/fetale che caratterizza tali terapie. Farmaci cardine per la cura dell'AR quali metotrexate e leflunomide, per esempio, sono incompatibili con il desiderio di gravidanza perché caratterizzati da teratogenicità (possono cioè determinare malformazioni embrionali o fetali).

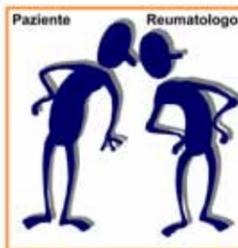
Il metotrexate deve essere sospeso almeno 3 mesi prima del concepimento, raccomandazione valida sia per le donne che per gli uomini che intendano avviare una gravidanza.

La applicazione delle regole...

Una delle cose che ci siamo sentiti rimproverare dalle pazienti con artrite reumatoide è che l'attuale atteggiamento terapeutico, largamente condiviso dai reumatologi, non permette la gravidanza.

Anche se viene loro detto che pianificando la gravidanza si può sospendere il farmaco, le pazienti sostengono di non trovare mai il momento favorevole (Remissione? Starò bene anche senza metotrexate? Sarò abbastanza in forma con la terapia ridotta per reggere il superlavoro del bimbo?) per cui di fatto non si sentono appoggiate nella pianificazione familiare a differenza di altre pazienti con patologie reumatiche anche più complesse.

Dottore, posso avere un figlio?



UN ARGOMENTO DI CUI PARLARE!

a qualsiasi età, coinvolgendo quindi anche donne in età fertile. Come la maggior parte delle malattie autoimmuni sistemiche, anche l'AR richiede un trattamento di lunga durata a cui i pazienti devono sottoporsi in maniera continuativa, pena il rischio di riattivazione della malattia. Grazie ai trattamenti e ai progressi nei sistemi di diagnosi, la prognosi dell'AR è sensibilmente migliorata nell'arco degli ultimi anni, rendendo possibile non solo un miglioramento della qualità di vita dei pazienti, ma consentendo anche una più agevole pianificazione familiare. Tutte queste osservazioni spiegano il crescente interesse che è emerso negli anni circa la possibile influenza della gravidanza sul decorso della malattia e, viceversa, della malattia (e del suo necessario trattamento) sull'andamento della gravidanza.

A differenza di altre condizioni autoimmuni sistemiche, l'AR non sembra rappresentare un rischio per le donne in gravidanza. La malattia generalmente non riduce la fertilità delle donne affette, tuttavia può minarne la fecondità. Ritardi

Una volta indotta la gravidanza, il 70-80% delle pazienti affette da AR, indipendentemente dalle cure intraprese, va incontro ad un rapido miglioramento clinico che raggiunge il suo apice tra il secondo e il terzo trimestre. Il preciso motivo di quest'andamento clinico in gravidanza non è ancora del tutto spiegato, per quanto la fisiologica modulazione dell'assetto ormonale e immunologico materni in corso di gestazione sia sicuramente alla base del miglioramento della malattia. L'evoluzione favorevole dell'AR durante la gestazione sembrerebbe attribuirsi, infatti, all'aumentata produzione in corso di gravidanza di sostanze con potenziali effetti antinfiammatori, quali estro-progestinici e derivati del cortisone. La drastica riduzione al termine della gravidanza dei livelli di tali sostanze espone le pazienti al rischio di recidiva di malattia. Il 90% circa delle donne gravide affette da

¹ Preeclampsia: nota anche come gestosi, è una sindrome caratterizzata dalla presenza, singola o in associazione, di sintomi quali edema, proteinuria o ipertensione in una donna gravida. Non riesco a modificare il numero di pagina che parte dal 4, me deve essere 1

Per la leflunomide il tempo di sospensione dovrebbe essere ben più lungo. Il farmaco, che rimane dosabile nel plasma del paziente fino a due anni dopo la sospensione, impone un trattamento con un altro farmaco, la colestiramina, capace di accelerare l'eliminazione di leflunomide dalla circolazione materna.

I farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), pur potendo attraversare la placenta, sono generalmente considerati sicuri in gravidanza fino alla 32^a settimana di gestazione. Nelle fasi successive, infatti, tutti i FANS, ad eccezione dell'aspirina a dosi inferiori ai 100mg/die, sono in grado di interferire con la "maturazione" dell'apparato cardio-polmonare del bambino e potrebbero aumentare il rischio di sanguinamento perinatale. In mancanza di dati certi relativi alla loro sicurezza di impiego, gli inibitori della ciclossigenasi II (Celecoxib, Etoricoxib, per esempio) devono invece essere sospesi appena la gravidanza sia accertata.

A differenza di altri farmaci considerati sicuri in gravidanza (idrossiclorochina, sulfasalazina, paracetamolo, steroidi a basse dosi), la ciclosporina può associarsi a peggioramento della funzione renale, ipertensione e diabete gestazionale.

Per quanto riguarda i farmaci biologici, diversi sono gli effetti che le singole molecole possono esercitare sulla gravidanza. Per motivi etici, non esistono studi clinici condotti in donne gravide trattate con farmaci biologici, pertanto il loro impiego in questa circostanza è generalmente sconsigliato. Dati relativamente rassicuranti derivano dall'osservazione di gravidanze accidentalmente esposte a terapia anti-TNF-alfa. Dai dati di cui disponiamo non sembra che esista un aumentato rischio materno/fetale secondario ad esposizione a terapia biologica anti-TNF-alfa in corso di gravidanza. Nonostante l'evidenza sia limitata dal numero relativamente piccolo di gravidanze prese in esame e dall'eterogeneità dei casi valutati (differenti patologie di base, differenti tipi di esposizioni farmacologiche), la letteratura suggerirebbe che l'esposizione a tale terapia biologica nelle fasi precoci della gestazione non sia gravata dalla comparsa di complicanze ostetriche, né dall'insorgenza di problemi legati all'esito gestazionale. In particolare l'esposizione materna e paterna a questi agenti al momento del concepimento e/o durante il primo trimestre di gravidanza non sembra influire sul processo di sviluppo embrionale, né sembra esporre il prodotto del concepimento ad un aumentato rischio malformativo. Per tale motivo l'atteggiamento attualmente consigliato prevede la prosecuzione della terapia biologica anti-TNF-alfa indefinitamente per quanto riguarda i futuri padri e sino al momento del conce-

pimento o quantomeno sino all'avvenuta diagnosi di gravidanza (primo test di gravidanza positivo), per quanto riguarda le madri. In questo modo è possibile limitare al minimo l'esposizione fetale al farmaco e, nel contempo, contrastare la potenziale riattivazione di malattia che, per quanto riguarda la donna, andrebbe ad incidere negativamente non solo sulla salute materna ma anche su quella embrionale e fetale. Per il momento si ritiene opportuno sconsigliare il trattamento in donne durante il secondo e terzo trimestre di gestazione, poiché i dati finora pubblicati sono ancora insufficienti per stabilire l'effettiva sicurezza di questo tipo di terapia nelle fasi più avanzate di gravidanza.

Anche per quanto riguarda l'esposizione farmacologica correlabile all'escrezione dei farmaci nel latte materno non disponiamo di informazioni certe e definitive, essendo la letteratura specifica sull'argomento piuttosto limitata. Per esposizioni materne a basso dosaggio, le concentrazioni di cortisonici (prednisone e prednisolone) nel latte materno sono minime e considerate sicure per lo sviluppo neonatale. Per dosaggi superiori ai 20 mg/die di prednisolone, si suggerisce alla donna di attendere almeno 4 ore dopo l'ultima dose di corticosteroide prima di allattare, al fine di minimizzare l'esposizione farmacologica del neonato. Anche i FANS classici, l'idrossiclorochina e la sulfasalazina, sono considerati farmaci sicuri durante l'allattamento. Considerata l'esiguità dei dati relativi all'impiego di farmaci biologici in corso di allattamento, si considera invece prudente sospendere la terapia nelle donne che desiderino allattare. Qualora la riacutizzazione postpartum della malattia sia particolarmente aggressiva, si consiglia alle pazienti di soprassedere all'allattamento materno per consentire la ripresa di una terapia adeguata.

Sulla base di quanto detto finora, è importante sottolineare come la gestione della gravidanza in corso di malattie infiammatorie croniche quali l'AR sia un tema particolarmente delicato. **Per le pazienti affette da malattia reumatica, la gravidanza dovrebbe rappresentare una scelta responsabile e condivisa, che andrebbe, in altre parole, pianificata grazie all'aiuto di uno staff medico**



esperto. Il fine dovrebbe essere quello non solo di preservare la salute materno/fetale ma soprattutto quello di informare ed educare i pazienti alla gestione corretta della gravidanza stessa. È inoltre importante che i medici coinvolti da un lato sappiano accogliere i bisogni e in un certo senso le paure dei pazienti-futuri genitori e dall'altro siano in grado di gestire il possibile disorientamento dei singoli professionisti (ostetrico, medico di famiglia, reumatologo) solitamente chiamati ad esprimere un giudizio circa eventuali rischi per la gravidanza. Solo attraverso un'equipe multidisciplinare dedicata, composta di reumatologi, immunologi, ostetrici e neonatologi è possibile pensare di garantire la miglior prognosi gestazionale e con ciò migliorare ulteriormente la qualità di vita dei pazienti, facendo conciliare il desiderio di maternità/paternità con la legittima aspirazione a curarsi. ■

MESSAGGIO

Negli ultimi 25 anni la applicazione dei tests per la ricerca degli anticorpi antifosfolipidi ha cambiato la storia di moltissime pazienti con malattie reumatiche autoimmuni !!!



Focus ed approfondimenti

Coordinamento delle Medicine Interne di Area Vasta Romagna e Laboratorio Unico



Angelo Corvetta
Direttore U.O. Medicina Interna e Reumatologia
Ospedale Infermi - Ausl di Rimini
Coordinatore Medicine Interne Area Vasta Romagna
angelo.corvetta@auslrm.net



Area Vasta Romagna

L'Area Vasta Romagna è la connotazione che l'organizzazione sanitaria regionale sta assumendo, attraverso il **raggruppamento delle diverse USL del territorio sotto le province di Rimini, Ravenna e Forlì-Cesena**.

Una prospettiva strategica che vuole assicurare al sistema socio-sanitario romagnolo **equità d'accesso e qualità** dei servizi secondo una **coerenza gestionale** sovra-aziendale che sia al contempo **economicamente sostenibile**. L'obiettivo è il miglioramento della qualità e della funzionalità dei servizi perseguendo l'avvicinamento ai pazienti evitando la dispersione di risorse economiche e umane la cui valorizzazione e migliore gestione possibile si può conseguire attraverso lo sviluppo di economie di scopo, una nuova determinazione dei ruoli e delle competenze, nonché una adeguata formazione dei gruppi professionali al fine di un'alta qualità dei servizi a prezzi sostenibili. Con la **formazione** dei gruppi professionali sarà possibile, concretamente, individuare le principali problematiche del sistema da considerarsi direttamente in un'unica struttura o a carico di un singolo gruppo professionale. Sarà possibile inoltre definire adeguati criteri valutativi della qualità dei servizi, consolidare buone pratiche cliniche e assistenziali, trovare un accordo tra le diverse Aziende sull'acquisizione delle tecnologie e altro materiale sanitario. In conclusione, l'Area Vasta Romagna dovrà produrre un sistema sanitario **reattivo, efficiente, organico, dinamico e al contempo unito**. ■



"Incontri clinici e percorsi diagnostici nelle Malattie Reumatiche Autoimmuni" è il titolo del simposio tenutosi il 4 dicembre scorso presso l'Aula didattica del Laboratorio Unico di Pievesestina (FC), primo Congresso dedicato alle Malattie Reumatiche Autoimmuni organizzato sinergicamente dal Coordinamento delle Medicine Interne di Area Vasta Romagna e dal Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna. Responsabile Scientifico il Prof. Angelo Corvetta Direttore dell'U.O. di Medicina Interna e Reumatologia dell'Ospedale Infermi di Rimini, la Segreteria è stata curata dalla Dott.ssa Claudia Pari della stessa Unità Operativa. L'incontro, che ha visto la partecipazione di oltre 130 persone, si è aperto con i saluti del Dr Eugenio Di Ruscio, dell'Assessorato Regionale alla Sanità e con l'introduzione da parte del moderatore Prof. Angelo Corvetta. ■



Foto: Manuel Migliorini
manuelmigliorini@tin.it

Alcuni flash degli interventi al Simposio

a cura del Prof. Angelo Corvetta

Il **Dr. Francesco Girelli**, ambulatorio di Reumatologia della Medicina Interna, Ausl di Forlì ha ricordato come **una poliartrite possa costituire una malattia reumatologica con un elevato potenziale distruttivo a carico dell'apparato osteoarticolare** ma essere anche espressione di una connettivite o di una malattia sistemica ad elevato impegno viscerale. Ha ricordato infine la necessità di un giusto equilibrio tra precocità della diagnosi e la doverosa necessità di documentare adeguatamente la stessa sul piano clinico, radiologico e sierologico per evitare, quando non strettamente necessari, trattamenti potenzialmente gravati di effetti collaterali.

La **D.ssa Paola Sambo**, Servizio di Reumatologia della U.O. Medicina Interna, Ospedale Bufalini di Cesena ha parlato di **vasculiti partendo dall'analisi delle diverse forme di porpora non palpabile**, ascrivibile per lo più a fragilità cutanea o vascolare e a disturbi coagulativi. In seguito l'interesse dell'intervento è ricaduto sulle forme di porpora palpabile, di ori-

gine vasculitica, in cui è il meccanismo della flogosi vascolare, ossia un'infiammazione, che favorisce lo stravasamento ematico e quindi la comparsa della porpora. Nell'ambito delle vasculiti ha poi preso in esame singole patologie, specificandone le cause e l'adeguato approccio diagnostico da tenere, effettuando in primo luogo una biopsia cutanea e l'esame istologico della lesione e valutando in seguito l'eventuale coinvolgimento di altri organi, come avviene nella gran parte dei casi. Esempio, la vasculite da farmaco, patologia che copre il 10-15% dei casi di vasculite.

La **D.ssa Maria Cristina Focherini**, U.O. Medicina Interna e Reumatologia, Ausl di Rimini, ha incentrato la sua relazione sul **problema del paziente affetto da astenia muscolare e mialgie**. Questo fenotipo clinico caratterizzato appunto da astenia muscolare e mialgie può essere riscontrato in contesti clinici molto diversi; dalle malattie endocrine, alle malattie reumatiche, alle malattie neurologiche, alle malattie infettive ed ancora in altre condizioni morbose. Da qui la difficoltà di inquadramento e riconoscimento in termini di diagnosi poiché si tratta generalmente di patologie riscontrabili in contesti clinici molto diversi. E' stata sottolineata la necessità della collaborazione con il Neurologo, considerato l'ampio overlap della patologia infiammatoria muscolare con la patologia neuromuscolare.



Il **Dr. Paolo De Angelis**, U.O. Medicina Interna, Ospedale Santa Maria delle Croci, Ausl di Ravenna ha parlato dell'**approccio al paziente con fenomeno di Raynaud, nelle sue forme idiopatiche**, ossia quale espressione benigna di una esagerata reazione al freddo, o **secondaria a varie malattie**, come connettiviti, arteriopatie obliteranti, traumi occupazionali, agenti chimici o farmaci, malattie ematologiche. Ha descritto la fisiopatologia ed eziologica della malattia e illustrato i test strumentali più utili, come la pletismografia digitale e la capillaroscopia. Il fenomeno di Raynaud ha una elevatissima prevalenza nelle malattie diffuse del tessuto connettivo essendo riscontrato in oltre il 95% dei soggetti affetti da sclerodermia e in oltre il 90% dei soggetti affetti da con-

nettivite mista. Oltre ai principali farmaci, sono state prese in esame le misure terapeutiche non farmacologiche, come la cessazione del fumo e il riparo dal freddo. Il **Dr. Carlo Conti** del Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna ha trattato il **tema della diagnosi sierologica delle malattie reumatiche autoimmuni**, soffermandosi sulla rilevanza diagnostica della ricerca di alcuni tipi di anticorpi, che assumono un ruolo determinante nella conferma del sospetto diagnostico di malattie autoimmuni sistemiche e alcune vasculiti. Infine il Dr. Conti ha sottolineato come sia necessaria una maggiore informazione dei Medici di Medicina Generale in tema di diagnostica sierologica delle malattie autoimmuni ed ha ricordato come il presente incontro sia appunto finalizzato a questo obiettivo.

Il **Prof. Peter Spaeth** del Dipartimento di Farmacologia dell'Università degli studi di Berna - Svizzera, esperto di fisiopatologia e diagnostica del complemento ha illustrato sinteticamente il **ruolo fisiologico svolto dal complemento, ossia una particolare branca del sistema immunitario e le circostanze cliniche nelle quali è indicata l'esplorazione fisiopatologica di questo sistema mediante opportuni dosaggi**. Ha sottolineato inoltre come alcuni eventi infettivi o alcune malattie autoimmuni sono spesso associate ad anomalie genetiche o acquisite da tale sistema, portando ad esempio alcuni casi clinici. Infine sono stati illustrati i test di laboratorio da eseguire per lo screening della funzionalità del complemento e le linee guida per l'interpretazione delle principali anomalie che possono scaturire da questo screening.

La **Prof.ssa Angela Tincani** titolare della Cattedra di Reumatologia presso l'Università degli studi di Brescia ha trattato il **tema della sindrome da anticorpi antifosfolipidi**. La Prof.ssa Tincani ha presentato l'ampia gamma di manifestazioni cliniche che sono significativamente associate alla presenza di auto anticorpi anti fosfolipidi e si è in particolare intrattenuta sul problema della gravidanza in pazienti affetti da questa sindrome e in particolare sulla problematicità di una gravidanza in concomitanza con tale patologia. Ha analizzato inoltre i vari test biologici per la ricerca di tali autoanticorpi, sottolineando come la contemporanea positività a più test si associa ad un elevato rischio di eventi clinici di natura trombotica.

Le due sessioni di lavoro sono state seguite da 130 persone fra cui, elemento nuovo, anche molti pazienti. L'evento è stato caratterizzato da vivaci discussioni e numerosi interventi sia da parte dei Medici che da parte di Pazienti che hanno così consentito di meglio puntualizzare sia gli aspetti salienti delle malattie reumatiche autoimmuni che gli strumenti oggi disponibili per la loro diagnosi.

In conclusione questo primo Congresso di Area Vasta Romagna dedicato alle Malattie Reumatiche Autoimmuni ha evidenziato il buon livello di preparazione culturale e di organizzazione assistenziale raggiunto in questo ambito. Ed ha confermato il **vincolo di collaborazione esistente fra i Reumatologi di Area Vasta Romagna e l'Associazione Amrer Onlus - Malati Reumatici dell'Emilia Romagna**. ■

Nell'Area Vasta Romagna sono presenti Servizi di Reumatologia pubblici qualificati dove è possibile rivolgersi per visite reumatologiche e controlli.



PROVINCIA DI RIMINI

Ospedale Infermi:
Unità Operativa di Medicina e Reumatologia e Servizio di Reumatologia
Direttore responsabile: **Prof. Angelo Corvetta**
Prenotazione tramite CUP telefonico: 0541 774629
Il servizio è erogato dai professionisti dell'UO di Medicina e Reumatologia anche presso i presidi ospedalieri di:
• Ospedale Franchini - Santarcangelo
• Ospedale Ceccarini - Riccione
• Ospedale Cervesi - Cattolica
• Ospedale Sacra Famiglia - Novafeltria

PROVINCIA DI FORLÌ / CESENA

Ospedale Bufalini - Cesena
Servizio Semplice di Reumatologia
UO Medicina Interna
Responsabile: **Dr. Luca Montaguti**
Prenotazione tramite CUP telefonico: 800739739
Ospedale Morgagni - Pierantoni - Forlì
Dip. Medicina Specialistica - UO Medicina Interna
Ambulatorio di Reumatologia
Responsabile: **Dr. Francesco Girelli**
Prenotazione tramite CUP telefonico: 840 000 633

PROVINCIA DI RAVENNA

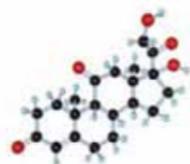
Visite tramite CUP telefonico: 848 782 971
Ospedale Santa Maria delle Croci
Ambulatorio di reumatologia
UO Medicina Interna
Referenti:
Dr.ssa Simona Bosi, Dr. Pierluigi Cataleta
CMP - Centro di medicina e prevenzione - RA
Ambulatorio di reumatologia
Referenti:
Dr.ssa Simona Bosi, Dr. Pierluigi Cataleta

Ospedale di Faenza
Ambulatorio di reumatologia - UO Medicina Interna
Referenti:
Dr.ssa Simona Bosi, Dr. Pierluigi Cataleta

Ospedale di Lugo
Ambulatorio di Reumatologia
Referenti:
Dr. Pierluigi Cataleta, Dr. Paolo De Angelis

Ospedale di Cervia
Ambulatorio di Reumatologia
Referente: **Dr.ssa Simona Bosi**

Il primo farmaco da utilizzare nel trattamento dell'AR Metotressato: ancora ... àncora



Marcello Govoni
U.O.C. di Reumatologia
Azienda Ospedaliero Universitaria
Arcispedale Sant'Anna - Ferrara
gv@unife.it



Valentina Bagnari
U.O.C. di Reumatologia
Azienda Ospedaliero Universitaria
Arcispedale Sant'Anna - Ferrara
valentina7@libero.it

Il Metotressato o methotrexate (MTX) è un farmaco che blocca la produzione di acido folico, una vitamina indispensabile per la sintesi del DNA. Il risultato finale è una inibizione della moltiplicazione cellulare e, conseguentemente, una riduzione della risposta infiammatoria.

Il farmaco, impiegato inizialmente per la cura di alcune leucemie, è **utilizzato in ambito reumatologico sin dalla fine degli anni '70** ed è stato approvato dalla Food and Drug Administration per il trattamento dell'artrite reumatoide nel 1988 [1]; da allora il metotressato si è confermato come il farmaco di riferimento tra i vari farmaci di fondo o DMARDs (Disease modifying anti-rheumatic drugs) ed è a tutt'oggi riconosciuto dall'EULAR (European League Against Rheumatism) come il **primo farmaco da utilizzare nel trattamento dell'artrite reumatoide**.

Il metotressato è usato sin dagli anni '70 per la riduzione della risposta infiammatoria in numerose malattie autoimmuni, bloccando la produzione di acido folico

In ambito reumatologico il metotressato è approvato anche per la terapia dell'artrite psoriasica e dell'artrite idiopatica giovanile, ma trova comunemente impiego anche in altre patologie autoimmuni, quali il lupus eritematoso sistemico, le miositi, le vasculiti e la polimialgia reumatica, come risparmiatore di cortisone.

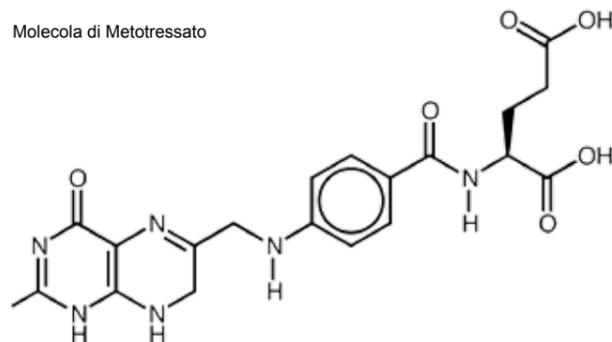
Le attuali linee guida per il trattamento dell'artrite reumatoide suggeriscono di intraprendere una terapia di fondo con DMARDs, ed in particolare con MTX, il più precocemente possibile, poiché **tale farmaco è in grado di ridurre significativamente i segni ed i sintomi della malattia** consentendo di raggiungere in una larga percentuale di pazienti uno stato di bassa attività di malattia, se non la remissione, e di rallentare la progressione del danno articolare. Nei pazienti con artrite reumatoide è stato inoltre dimostrato che il MTX è in grado di diminuire l'incidenza di complicanze cardiovascolari e la mortalità ad esse connessa, tramite una riduzione della prevalenza di aterosclerosi accelerata.

L'efficacia del farmaco non è immediata e solitamente è necessario un periodo di trattamento di **almeno 6 settimane** o più per ottenere un miglioramento clinico, raggiunto il quale

la terapia andrà comunque proseguita al fine di "tenere sotto controllo" una patologia cronica caratterizzata da periodiche ricadute.

Pur essendo un ottimo farmaco, in una quota di pazienti, pari a circa il 25-30 %, la risposta terapeutica può essere insufficiente, anche ai dosaggi massimi tollerati. In questi casi può essere opportuno associare al trattamento con MTX un altro DMARD convenzionale o affiancare un farmaco biotecnologico (in prima battuta un farmaco anti-TNF). In linea generale tutti gli studi hanno dimostrato che la **terapia di associazione tra MTX e**

Molecola di Metotressato



farmaco biotecnologico è più efficace rispetto all'impiego dei due farmaci utilizzati in monoterapia. Nonostante il buon profilo di sicurezza, **non tutti i pazienti risultano idonei alla terapia con MTX**; il trattamento con tale farmaco non dovrebbe essere iniziato in presenza di cirrosi epatica, epatite virale B o C attiva, insufficienza renale severa, abuso di alcool, deficit di ematopoiesi. Per la sua nota teratogenicità il farmaco non dovrebbe essere utilizzato in gravidanza e, nel caso se ne desiderasse una, occorre tenere presente che il trattamento va sospeso almeno 3 mesi prima del concepimento, sia nel maschio che nella femmina; deve essere comunque evitata la somministrazione di MTX durante l'allattamento.

Il MTX è generalmente ben tollerato, ma **come tutti i farmaci non è privo di effetti collaterali**. Frequente è la nausea, che, come l'alopecia, le mucositi e l'inibizione midollare, possono essere efficacemente ridotte dall'assunzione di acido folico/acido folinico (disponibili in diverse formulazioni) che deve essere assunto 24 ore dopo la somministrazione del MTX. Durante la terapia devono essere monitorati gli esami ematochimici (emocromo, profilo epatico e renale), inizialmente ogni 2 settimane, poi ogni 2-3 mesi. Una variazione delle transaminasi (AST e ALT) oltre 2 volte il limite superiore di normalità deve indurre ad

una riduzione della posologia o alla sospensione del farmaco. Per quanto concerne la tossicità polmonare si tratta di un'evenienza rara la cui insorgenza non è prevedibile; pertanto, l'insorgenza di tosse non produttiva, difficoltà respiratorie e febbre persistente devono essere prontamente segnalate al proprio medico. In alcuni casi l'assunzione di MTX può indurre la comparsa di noduli sottocutanei che, solitamente regrediscono alla sospensione del trattamento.

Pur essendo un farmaco largamente impiegato da decenni, non si dispone ancora di dati clinici o laboratoristici sufficientemente affidabili in grado di stabilire "a priori" quali pazienti risulteranno non-responsivi o intolleranti al farmaco. **Per tale ragione sono attualmente in corso studi di farmacogenetica volti a definire con maggiore precisione eventuali profili di efficacia/sicurezza correlati all'impiego di questo farmaco.**

Tra le precauzioni all'uso, occorre rammentare la necessità di sospendere la somministrazione del farmaco qualora insorgessero infezioni severe. La somministrazione di MTX (ad un dosaggio ≤ 10 mg/ settimana) può essere continuata in pazienti con AR che si sottopongono a chirurgia ortopedica dal momento che esso non modifica l'incidenza di complicanze chirurgiche nel periodo peri-operatorio mentre l'interruzione del trattamento può aumentare l'incidenza di riattivazione della malattia. Una riduzione del dosaggio o l'interruzione della terapia con MTX potrebbe essere presa in considerazione per dosaggi superiori di 10 mg settimanali in pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore. È opportuno inoltre ricordare che alcuni farmaci come **trimetoprim/sulfametossazolo, tetracicline, cloramfenicolo, salicilati e difenilidantoina**, possono intera-

gire sfavorevolmente con il MTX e la concomitante assunzione dovrebbe essere evitata.

Il MTX può essere assunto per via orale o parenterale iniziando con una dose di 7.5 – 10 mg alla settimana, raggiungendo gradualmente la dose massima tollerata (fino a 20-25 mg/settimana); la somministrazione per via parenterale (sottocutanea o intramuscolare) garantisce una maggiore biodisponibilità del farmaco alle dosi più elevate che non sono completamente assimilate dal tratto gastro-enterico. Recentemente è entrato in commercio una formulazione del farmaco per via sottocutanea. Per il passaggio a questa modalità di somministrazione non è necessario un adeguamento del dosaggio, che rimane invariato. **La modalità di somministrazione sottocutanea offre una maggiore fruibilità da parte del paziente che può effettuare anche autonomamente la somministrazione.** ■

Bibliografia essenziale

Braun J, Rau R. An update on methotrexate. *Curr Opin Rheumatol.* 2009 May; 21:216-23.

De Leonardi F, Alivernini S, Bonacci E, Buono AM, Bombardieri S, Ferraccioli GF, Montecucco C, Sinigaglia L, Trotta F, Valentini G. [Italian consensus on the recommendations about the use of methotrexate for the treatment of rheumatic diseases with a focus on rheumatoid arthritis: results from the "3E initiative"]. *Reumatismo.* 2010; 62:34-45

Gaujoux-Viala C, Smolen JS, Landerwé R, et al. Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1491-6

Atzeni F, Turiel M, Caporali R, et al. The effect of pharmacological therapy on the cardiovascular system of patients with systemic rheumatic disease. *et al. Autoimmun Rev* 2010;9: 835-9

Metotressato
le due tipologie di somministrazione
iniezioni endovenosa e sottocutanea

La **somministrazione endovenosa** presenta lo svantaggio di richiedere obbligatoriamente l'intervento di medici o infermieri.

Seguendo le opportune istruzioni e precauzioni, **l'iniezione sottocutanea** può essere eseguita **autonomamente** dal paziente, che acquista pertanto una maggiore **indipendenza**.

CONCENTRAZIONE
5 VOLTE SUPERIORE

Immagine redazionale a cura dell'editore

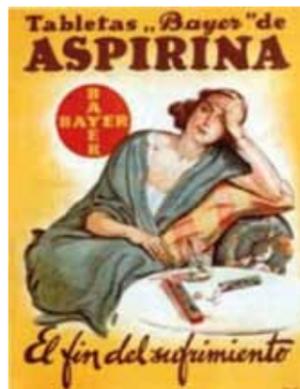
L'uso del suo principio attivo risale alla notte dei tempi

Una piccola storia dell'aspirina



Piero Marson

Unità di Aferesi Terapeutica U.O.C.
Immunotrasfusionale
Azienda Ospedale Università di Padova
piero.marson@sanita.padova.it



L'aspirina (acido acetilsalicilico) è senza dubbio il più "storico" di tutti i farmaci, in quanto l'utilizzo in terapia del salice e dei suoi derivati ebbe inizio nella notte dei tempi. Ma è anche il più noto e forse il più diffuso fra tutti i farmaci: nel mondo occidentale sono pochi quelli che non hanno assunto un'aspirina almeno una volta nella loro vita!

Già in alcune tavolette di epoca sumerica, risalenti a 3000 anni a.C., veniva segnalato l'impiego di un estratto di foglie di salice (*Salix alba*) nelle affezioni muscolo-scheletriche dolorose e, allo stesso scopo, gli Egiziani usavano un decotto di foglie di mirto e di salice. **La prima applicazione reumatologica "ufficiale" si ha con Dioscoride Pedanio, che nel I secolo d.C. raccomandava di ricorrere alle foglie di salice negli attacchi acuti di gotta.**



Dioscoride Pedanio (Anazarbe in Cilicia, 40 - 91 d.C.) fu un medico, botanico e farmacista greco antico che esercitò a Roma ai tempi dell'imperatore Nerone.

Sotto forma di decotti e di tisane, i derivati del salice rimasero a lungo nella tradizione popolare di tutta Europa come analgesici ed antipiretici. Vengono infatti citati da Santa Hildegarda di Bingen, Corrado di Meigenberg e Leonhard Fuchs, ed in Irlanda li consigliava San Kevin di Glendalough.

In epoca più vicina a noi, la prima descrizione scientifica delle proprietà farmacologiche della corteccia del salice viene

attribuita al reverendo inglese Edward Stone, un appassionato di botanica, che il 25 aprile 1763 comunicò alla Royal Society di Londra i buoni risultati ottenuti con la polvere della corteccia di salice nel trattamento delle febbri malariche. Di lì a poco due altre piante dimostrarono di possedere proprietà antipiretiche, analoghe a quelle della corteccia di *Salix alba* (fu poi dimostrato che anch'esse contengono come principio attivo l'acido salicilico): l'ulmaria, detta anche "regina dei prati" ed un'ericacea, il cosiddetto "thè del Canada".

Da queste tre piante si cominciarono a ricavare i principi attivi. Nel 1828 Johann Andreas Buchner, un professore di farmacia di Monaco di Baviera, estrasse una sostanza giallastra, che denominò "salicina", e che l'anno successivo il farmacista francese Pierre Joseph Leroux otterrà in forma cristallina. Tuttavia, già qualche anno prima, gli italiani Bartolomeo Rigatelli e Francesco Fontana avevano estratto la salicina, sia pure in piccola quantità e in preparazioni non prive di impurità. Nel 1831 lo svizzero Johann S.F. Pagenstecher, per distillazione dei fiori di ulmaria, ottenne l'aldeide salicilica, dalla quale nel 1835 il chimico tedesco Karl Jacob Löwig ricavò l'acido salicilico. Nel 1838 ancora un italiano, Raffaele Piria, ottenne invece l'acido salicilico direttamente dalla salicina, distaccandone la componente zuccherina, e ne stabilì anche la formula bruta. Dai processi estrattivi si passò poi alle sintesi chimiche. Nel 1852 l'acido salicilico fu prodotto dal tedesco Henri Gerland e nel 1859-60 Hermann Kolbe, professore di chimica a Marburg, ne identificò la struttura chimica come acido orto-ossibenzoico e ne realizzò la sintesi con un procedimento, che nel 1874 venne per la prima volta applicato su scala industriale a Dresda, mettendo in commercio il farmaco ad un prezzo dieci volte inferiore a quello estratto dalla radice di salice.

All'inizio tutti questi medicinali furono utilizzati soprattutto per le loro proprietà antipiretiche, in particolare nelle febbri malariche. Nel 1874, però, lo scozzese Thomas John MacLagan impiegò con successo la salicina nel trattamento del reumatismo acuto (febbre reumatica) e l'anno successivo il francese Germain Sée estese l'indicazione anche al reumatismo cronico ed alla gotta.

L'acido acetilsalicilico fu sintetizzato nei laboratori della Bayer, allora una piccola fabbrica tedesca di coloranti, alla quale nel 1880 era stato aggiunto un settore dedicato ai farmaci, con annessi laboratori di ricerca suddivisi in due sezioni: una farmaceutica, di cui era responsabile Arthur Eichengrün, che aveva come collaboratore Felix Hoffman, ed una farmacologica, di cui era responsabile Heinrich Dreser. Hoffman, Eichengrün e Dreser sono i tre protagonisti della scoperta dell'aspirina, ma i loro meriti (e demeriti) relativi non sono mai stati del tutto definiti, anche se recentemente si è cercato di fare una certa chiarezza.



Felix Hoffman (1868-1946)

Fu certamente Hoffman – riconosciuto dalla storia come lo scopritore dell'aspi-

rina - che nell'agosto 1897 mise a punto un procedimento semplice ed economico per la sintesi di acido acetilsalicilico allo stato puro. Hoffman, fra l'altro, si sarebbe interessato alla ricerca di nuovi derivati salicilici perché suo padre, che soffriva di artrite, non tollerava i prodotti allora in uso, come il salicilato di sodio. Sembra che all'inizio vi sia stato un certo scetticismo da parte di Dreser, che riteneva addirittura che l'aspirina fosse cardiotossica, ma, dopo che Eichengrün, che avrebbe poi rivendicato il merito, la sperimentò su sé stesso alla dose di 5 grammi al giorno, confermando la sua efficacia. La Bayer, nel 1898, cominciò a distribuire campioni del nuovo farmaco a vari medici. L'11 febbraio 1899 venne poi registrato il marchio "Aspirina" (in tedesco "Aspirin": "a" sta per acetile, "spir" per "Spürsäure", denominazione tedesca dell'acido salicilico e "in" o "ina" è il suffisso che veniva adottato per i prodotti isolati da sostanze naturali) e pochi mesi dopo vi fu la definitiva commercializzazione del farmaco. Il successo dell'aspirina fu immediato: essa fu presentata a più di 30.000 medici, primo esempio di marketing di massa. Cinque anni dopo James Burnet poteva affermare sul Lancet: "the treatment of rheumatism is now universally standardized". Inizialmente l'aspirina venne commercializzata in polvere, ma già nel 1904 la Bayer realizzò la preparazione in compresse. Il seguito è storia recente. Se poi, a metà del XX secolo, si sono resi disponibili cortisone e FANS, limitando le indicazioni strettamente reumatologiche dell'aspirina, va detto che il consumo del farmaco è rimasto molto alto sia negli Stati Uniti (dove l'impiego nell'artrite reumatoide è sempre stato piuttosto elevato) sia in Europa, soprattutto come "farmaco da banco" nella piccola patologia di tutti i giorni: mal di testa, sindromi influenzali, affezioni febbrili delle prime vie respiratorie e... perfino le sbornie! Infatti, dopo un certo abuso di alcoolici, con il classico "cerchio alla testa", si ricorre largamente, ancor oggi, ad un preparato effervescente di aspirina e bicarbonato di sodio, che sfrutta anche il miglioramento della cenestesi indotto proprio dall'aspirina.

Motivo, tra l'altro, per il quale molti malati di fibromialgia traggono, ove necessario, maggiore beneficio dall'aspirina che non dagli altri FANS.

L'aspirina è inoltre un farmaco dalle mille risorse: a partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, mentre andavano progressivamente riducendosi le sue indicazioni reumatologiche, vi è stato un vero e proprio boom del suo impiego come antiaggregante piastrinico e, di conseguenza, nella profilassi delle trombosi arteriose.

In particolare, fu un otorinolaringoiatra californiano, Lawrence L. Craven, che, dopo aver osservato che, quando utilizzava l'aspirina come analgesico negli interventi di tonsillectomia, si verificava un più frequente sanguinamento, propose questo nuovo impiego del farmaco. Egli aveva segnalato, infatti, che, di alcune centinaia di soggetti in sovrappeso e sedentari ai quali aveva iniziato a somministrare ogni giorno piccole quantità di aspirina, nessuno era andato incontro ad infarto del miocardio o ad altre manifestazioni trombotiche. All'inizio questa nuova indicazione clinica non suscitò eccessivo entusiasmo: in quel tempo vi era un maggiore interesse per i farmaci anti-coagulanti (dicumarolici ed eparina), dei quali si conosceva l'esatto meccanismo di azione, mentre non si sapeva ancora a cosa attribuire l'azione antitrombotica dell'aspirina. Ciononostante, uno dei primi malati che fece uso di aspirina come antitrombotico sembra essere stato Winston Churchill, cui il farmaco fu prescritto dal suo medico Charles McMoran Wilson dopo il primo episodio di ictus.

I rapporti tra aspirina e coagulazione sono stati definitivamente chiariti dopo che nel 1967 l'americano Harvey J. Weiss e l'inglese Gustav V.R. Born dimostrarono che il farmaco è in grado di inibire l'aggregazione delle piastrine: da allora in poi sono state promosse numerose indagini multicentriche, che hanno coinvolto migliaia di malati e che hanno definitivamente confermato l'efficacia

profilattica dell'aspirina nei confronti della trombosi.

L'aspirina ha "festeggiato" nel 1999 il suo centenario, ed è un farmaco ancora giovane e forte. Il suo fatturato annuo è stato valutato qualche tempo fa, nei soli Stati Uniti, in quasi due miliardi di dollari. **L'aspirina è stata anche uno dei primi farmaci ad arrivare sulla luna, in quanto era presente nel pronto soccorso della navicella Apollo, che nel 1969 vi portò i primi astronauti.** La sua storia non è ancora conclusa ed anzi ci aspettiamo nuove sorprese, come il suo possibile ruolo nel ridurre il rischio di sviluppare neoplasie, in particolare quelle del colon-retto, oggi ipotizzato e non ancora definitivamente dimostrato. **Di certo possiamo affermare che, come pochi altri farmaci (anestetici, antibiotici, cortisone...), ha cambiato completamente la storia della salute umana.** Di questo si era accorto, già nel 1930, il filosofo spagnolo José Ortega y Gasset, che nel suo "La ribellione delle masse" così si esprimeva: "Cosa vuoi che importi all'uomo medio di non essere più ricco di altri, quando il mondo può offrirti strade, ferrovie, alberghi, telegrafi, salute e aspirina?" ■



Alcune vecchie pubblicità dell'aspirina

Bibliografia essenziale

"Una piccola storia dell'aspirina" è un elaborato che il Dr. Piero Marson ha eseguito sul testo originale scritto da lui in collaborazione con il Prof. Giampiero Pasero dell'Università di Pisa

1) Marson P, Pasero G. A mistake in the history of aspirin. Clin Exp Rheumatol 2005; 23:913.

2) Marson P, Pasero G. Il contributo italiano nella storia dei salicilati. Reumatismo 2006; 58:66-75.

3) Marchese-Ragona R, Marioni G, Marson P, Martini A, Staffieri A. The discovery of salicylate ototoxicity. Audiol Neurotol 2007; 13:34-6

4) Pasero G, Marson P. Sei personaggi nella storia dell'aspirina. Reumatismo 2007; 59 (N. spec. 2):60-3.

5) Pasero G, Marson P. Piccola storia della terapia antireumatica. II. L'aspirina. Reumatismo 2010; 62:148-56.

Le criticità tra Europa ed Italia

Le malattie reumatiche nell'arena politica



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



Melissa Amati
Area Comunicazione
Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna
AMRER Onlus
ass.amrer@alice.it

Le Malattie Reumatiche rappresentano oggi una vera e propria sfida per una moderna Sanità e per un moderno Stato Sociale. Il cammino verso il dovuto riconoscimento ha il suo principio nel mondo accademico e scientifico e oggi progressivamente approda in quello amministrativo, politico e sanitario.

Le Malattie Reumatiche vivono oggi dunque una fase di arena politica, venendo a contatto con esigenze come le linee guida per l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità, che non sono solo concetti, ma permettono al paziente di ottenere i migliori risultati regolando opportunità e sicurezza per tutti.

Questo lento meccanismo di riconoscimento parte dal Parlamento Europeo, che nel 2005 con la delibera n.41 formula una serie di considerazioni sulle malattie reumatiche:

A) considerando che le malattie reumatiche sono patologie croniche dolorose e invalidanti,

B) considerando che una percentuale della popolazione compresa tra il 30 e il 40% presenta sintomi di disturbi muscolo-scheletrici che colpiscono oltre 100 milioni di persone in Europa,

C) considerando che le malattie reumatiche rappresentano la principale causa di invalidità e di pensionamento anticipato dei lavoratori,

D) considerando che, in base alle stime, nel 2030 le persone con più di 65 anni rappresenteranno un quarto della popolazione

europea e che la maggioranza delle persone con più di 70 anni presenta sintomi reumatici cronici o ricorrenti,

E) considerando che l'adozione di politiche sociali e sanitarie basate sull'analisi delle esigenze delle persone che soffrono di malattie reumatiche ridurrebbe i costi socioeconomici correlati a tali patologie (dell'1- 1,5 % del PIL nei paesi sviluppati),



che maturano nella successiva "Dichiarazione sulle malattie reumatiche" (2009/C 285 E/11), che raccomanda ai dirigenti e ai politici di attribuire maggiore rilievo alle malattie reumatiche sia a livello comunitario che nazionale e sviluppare strategie per ridurre gli ingenti costi socio-economici, promuovere la diagnosi precoce e trattamenti adeguati e migliorare l'accesso alle informazioni e alle cure mediche. Pur non innovando la materia, il Parlamento Europeo vuole dunque sollecitare una riflessione sulle malattie reumatiche e ha il pregio di riconoscerne l'interesse e le finalità comuni e trasversali a tutti gli stati membri.

In Italia ad oggi le malattie reumatiche sono ancora modestamente riconosciute, nonostante qualche proposito piuttosto sbiadito risulti nei piani sanitari regionali. Nel 2008 infatti le regioni Liguria - Friuli Venezia Giulia - Sardegna - Lombardia - Toscana citavano: "In ambito reumatologico obiettivi da raggiungere: linee guida condivise; adozione di protocolli comuni di screening - definizione dei percorsi clinici, concordati fra i vari punti d'erogazione nei quali si sviluppa il percorso assistenziale".



Solo recentemente e con esiti da saggiare si registra la presenza del **Doc. XVII N. 9** approvato dalla 12ª Commissione Permanente del Senato (Commissione Igiene e Sanità) nella seduta dell'8 marzo 2011; in questo atto vengono registrati i risultati di un'indagine conoscitiva che tenta di dare una visione organica della materia dalla classificazione, alle terapie, all'impatto socio economico di queste patologie, avendo attenzione anche a situazioni critiche come la gravidanza.

È possibile schematizzare il contenuto del documento in alcune note importanti:

- le malattie reumatiche costituiscono la prima causa di dolore e disabilità e una tra le prime cause di inabilità temporanea e di invalidità permanente, con una forte ripercussione sia a livello lavorativo e sociale dell'individuo sia a livello di impegno economico del sistema salute;
- non si hanno ancora dati concreti sull'impatto e l'incidenza di tali patologie, poiché non esistono parametri condivisi e forti per il rilevamento, sebbene le stime presentino alti valori, talvolta superiori rispetto a patologie considerate molto frequenti quali l'ipertensione arteriosa o le forme allergiche;
- la classificazione in due gruppi (di natura **degenerativa - artrosi e osteoporosi** - e **infiammatoria - artriti infiammatorie, malattie del connettivo, malattie autoimmuni sistemiche**) dimostra la complessità ed eterogeneità delle malattie reumatiche;
- è evidente la mancanza di strategie di intervento regionali armoniche e complessive, al punto che risultano programmi differenziati persino all'interno delle stesse Regioni;

- sul piano terapeutico il focus sull'Artrite Reumatoide mostra la particolare attenzione ai farmaci biotecnologici. Da questo punto di vista emerge l'accordo tra il documento e l'Istituto Superiore di Sanità: "è sempre più avvertita l'esigenza di tener conto, oltre che del valore economico, anche del valore che il farmaco ha per il paziente e la società. Questo vale specialmente nelle malattie reumatiche dove i farmaci vanno valutati in termini di recupero della disabilità, oltreché di prevenzione della progressione del danno articolare e dell'impatto sulla qualità della vita e sui parametri di funzione dei pazienti".

IN CONCLUSIONE, LA COMMISSIONE:

- si impegna a sollecitare un'adeguata conoscenza del problema da parte del Ministero attraverso necessarie analisi epidemiologiche, puntando ad inserire le Malattie Reumatiche nel Piano Sanitario Nazionale tra le priorità della salute pubblica;
- sollecita le Regioni a favorire percorsi diagnostico-terapeutici efficienti, tempestivi, quanto più possibile economici e che favoriscano il network tra specialisti e cure primarie (ndr. Medici di base);
- invita gli organismi coinvolti nella gestione del paziente (Regioni, AIFA, Ministero della salute, INPS) ad una coordinata collaborazione e scambio di informazioni, al fine di abbattere l'impatto sociale della malattia avendo cura di considerare le esigenze del paziente.

RIFLESSIONI E COMMENTO

Apprezzabile lo sforzo di questo primo passo. È evidente che la principale criticità del "sistema" è la **mancanza di una consapevolezza del bisogno del paziente da parte dell'amministrazione sanitaria**; da qui la difficoltà nell'applicare soluzioni attualmente possibili. Questa carenza informativa sul tema "Malattie Reumatiche" è strettamente collegata alla **mancanza di un piano di presa in carico organico** che si rapporti alla cronicità del paziente reumatologico; ad una **scarsità di risorse umane, gestionali ed economiche**; ad una **mancanza di coordinamento e collaborazione tra professionisti dei singoli centri**. Il tutto si arricchisce di una **carezza informativa del paziente stesso**, che essendo abbandonato cade "vittima" e preda di quella asimmetria informativa che lo vede un "consumatore" del bene Salute piuttosto che un agente attivo nel proprio percorso di cura.

Nel panorama italiano la tendenza è quella della proliferazione frammentaria di linee guida e percorsi lasciati alla sensibilità e alla maturazione delle varie realtà, con risultati frequentemente discordanti. Non a caso spesso le "soluzioni" gestionali sono frutto di studi promossi ed eseguiti dai singoli centri sanitari universitari e ospedalieri, che non coinvolgono a sufficienza il Servizio Regionale Pubblico in cui si muovono nell'identificazione di items e obiettivi.

Un esempio sta nei due diversi approcci al concetto di appropriatezza (i più frequenti):

- "Quando si sceglie un farmaco, oltre alla disponibilità di quelli presenti sul mercato ed alle relative questioni economiche associate, la decisione non può venire lasciata sempre e comunque solo al clinico. Nel caso dei biologici, ad esempio, non si può prescindere dal giudizio del paziente, al quale dobbiamo fornire tutte le informazioni necessarie per fare una scelta consapevole e responsabile. E' infatti l'ammalato, oggi per lo più estremamente informato sulla propria malattia che, nel caso dei biologici di cui stiamo parlando potrebbe esprimere la sua incondizionata preferenza, ad esempio per la via di somministrazione endovenosa piuttosto che sottocutanea." [Toscana e medicina - n.3/11 pgg. 20-21]

- "Per "appropriatezza" si intende la qualità specifica dell'intervento raccomandato: un determinato esame diagnostico o un trattamento è appropriato se viene erogato al paziente giusto, nel momento e nelle condizioni più opportune, creando così i presupposti per giungere a migliori esiti di salute. Cosa possiamo aspettarci dalla produzione di raccomandazioni per il trattamento dell'AR? Il panel di esperti, dopo aver analizzato la letteratura scientifica sull'argomento, ha individuato le condizioni cliniche di appropriatezza d'uso dei farmaci, in particolare di quelli biologici, formulando le raccomandazioni e sistematizzandole in un documento di Linee Guida. Questo testo costituirà un punto di riferimento per i professionisti del Servizio Sanitario Regionale. [...] le raccomandazioni sull'uso appropriato dei farmaci biologici sono il primo momento per una valutazione complessiva di un sistema dove l'appropriatezza deve svolgere un ruolo centrale. Questo è soprattutto dovuto all'incertezza che tuttora esiste sull'effettivo bilancio benefici / rischi di alcuni farmaci, a fronte di una fiducia, spesso acritica, nell'accesso a tutto ciò che viene presentato come "migliore" e più efficace dell'esistente." [il Notiziario del Malato Reumatico - Marzo 2010 n. 30 pg. 9]

Preferenza incondizionata del paziente - che tuttavia non ha gli strumenti conoscitivi per scegliere in modo corretto e esaustivo - o garanzia a seguito di uno studio specialistico, che coinvolge comunque il paziente nella formazione delle scelte e delle azioni del suo percorso di cura? Non una sottigliezza dunque, ma distanza tra il dettato parlamentare e la pratica quotidiana. La mancanza di una cultura organica del problema delle malattie reumatiche non solo dal punto di vista dell'accesso ai farmaci, ma anche come percorso diagnostico si traduce inoltre nello sperpero e, talvolta, nell'assenza di risorse - economiche ed umane - spendibili ai fini della tutela dei diritti e della cura del malato reumatico, nonché nella non collaborazione tra professionisti. La necessità cogente è quindi quella di raggiungere quanto prima equità di accesso ai servizi di cura diffusi omogeneamente su tutti i territori e l'appropriata modulazione dell'assistenza secondo la gravità dei casi che richiedono modelli e percorsi basati su buoni servizi di Day Service e sulla sinergia di un vero team, che nasca dall'integrazione tra specialisti, fisioterapisti ed infermieri.

Quale futuro dobbiamo aspettarci quindi? Crediamo bene che quanto prospettato come obiettivi non sia poi così distante da tutti noi... qui in chiusura vogliamo spendere alcune parole per testimoniare come la nostra realtà regionale si stia infatti indirizzando, grazie alla capacità di relazionarsi e confrontarsi dei vari attori, politica, specialisti, associazione pazienti, verso un corretto approccio alla presa in carico del paziente reumatologico, come testimoniano le recenti linee guida, che hanno anticipato di poco il dettato legislativo, lo sforzo a costruire registri prospettici per monitorare e garantire appropriatezza, eventi avversi e costruire le basi per un futuro sostenibile su tutto il territorio da Piacenza a Rimini. Molto però è ancora da fare, ma l'essersi avviati correttamente ci fa credere alla possibilità di un concreto e sensibile miglioramento in tempi brevi. L'attuale panorama, sebbene chi scrive possa essere di parte, possiamo affermare che i pazienti hanno contribuito a costruirlo e non lo hanno di certo subito, e potranno continuare ad avere una forte voce in capitolo grazie alla costante presenza ai tavoli di lavoro, e al quotidiano impegno, dell'Associazione che li rappresenta. ■



I Diritti del Malato

Permessi lavorativi: come cambiano dopo il collegato lavoro.

Aggiornamento liberamente tratto dal sito www.handylex.org

Permessi lavorativi Legge 104

La norma originaria e principale in materia di permessi lavorativi retribuiti è la **Legge quadro sull'handicap** (Legge 5 febbraio 1992, n. 104) che all'articolo 33 prevede agevolazioni lavorative per i familiari che assistono persone con handicap e per gli stessi lavoratori con disabilità e che consistono in tre giorni di permesso mensile o, in alcuni casi, in due ore di permesso giornaliero.

Principalmente ad occuparsi dei permessi lavorativi previsti dall'articolo 33 della Legge 104/1992, sono stati gli enti previdenziali (INPS e INPDAP, solo per citare i principali) emanando circolari ora applicative ora esplicative, non sempre con indicazioni fra loro omogenee.

Le condizioni e la documentazione necessaria per accedere ai permessi lavorativi sono diverse a seconda che a richiederli siano i genitori, i familiari o gli stessi lavoratori con handicap grave. Inoltre vi sono molti aspetti applicativi che si diversificano a seconda delle situazioni.

Sul sito www.handylex.org sono pubblicate schede specifiche per ciascun aspetto, oltre alla modulistica disponibile e alle disposizioni dei singoli enti previdenziali.

Il 4 novembre dello scorso anno il Governo ha varato delle modifiche al testo del cosiddetto "**Collegato Lavoro**". Il testo contiene tra l'altro modifiche **all'art. 33 della Legge 104/92**, relativo ai **permessi ai lavoratori, pubblici e privati, che assistono familiari con handicap grave**.

Cambiano innanzitutto i beneficiari e tuttavia qui sorge il primo problema, giacché sino ad oggi i permessi spettavano a parenti e affini sino al terzo grado di parentela (con la condizione che il degente non fosse ricoverato), mentre oggi ne beneficiano **genitori, coniugi e parenti o affini fino al secondo grado**.

In realtà la restrizione è soltanto apparente, poiché vi sono ampie eccezioni che allargano la fascia dei beneficiari fino al terzo grado alle seguenti condizioni:

• i genitori e/o i coniugi sono **deceduti o mancanti**. Ora, nel testo non si specifica il significato di questo termine (mancanti perché non residenti? Non noti? Allontanati per disposizione giudiziaria?), sicché l'ampio ventaglio di interpretazioni allarga anche la fascia dei beneficiari;

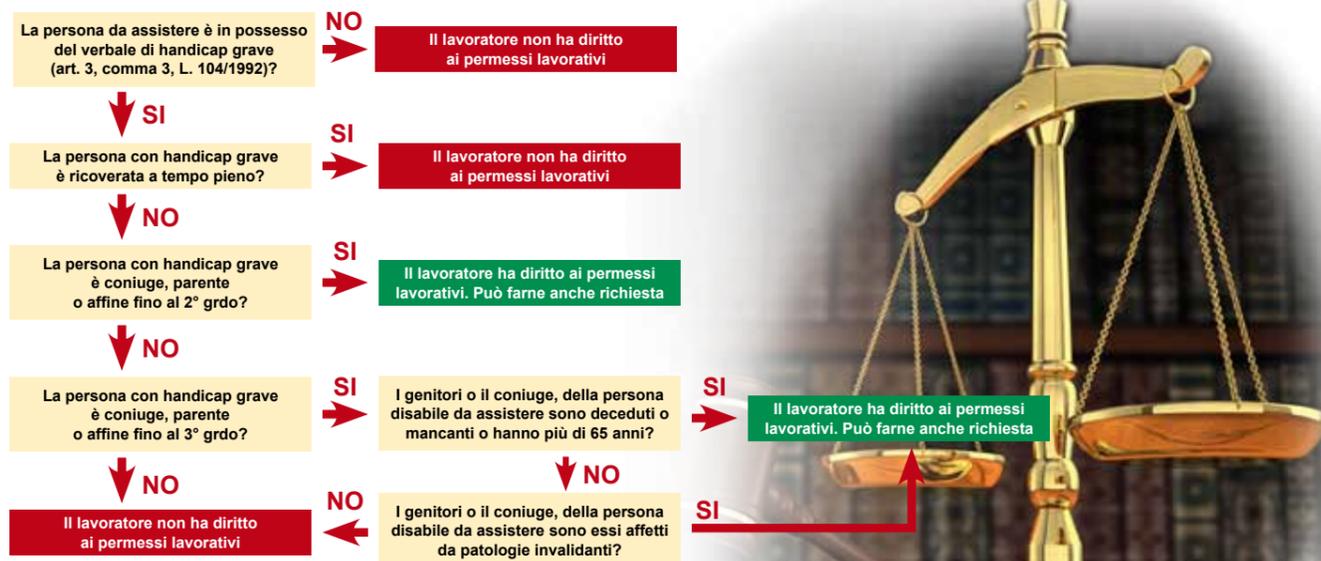
• i genitori e/o i coniugi hanno **compiuto 65 anni** e/o sono affetti da **patologie invalidanti**.

Un risultato ambiguo delle modifiche alla legge 104 è l'**abrogazione della condizione di assistenza esclusiva e continuativa**, che a sua volta aveva sostituito l'obbligo di convivenza, non reinserito. Pertanto oltre a non esserci obbligo di convivenza, nessuna fonte prevede più quelle due condizioni. Chi non rientra in questa casistica e che finora ha fruito dei permessi grazie alla precedente normativa, si vedrà prossimamente revocare le agevolazioni concesse. Ma chi si era visto escludere la concessione dei permessi perché non in grado di dimostrare l'assistenza continuativa ed esclusiva, potrà ora richiedere ed ottenere l'agevolazione fino a ieri, motivatamente, negata.

Per quanto riguarda i genitori di bambini sotto i tre anni, alle disposizioni precedenti (due ore di permesso giornaliero o prolungamento dell'astensione facoltativa di maternità fino al terzo anno di vita del bambino) sono aggiunte la possibilità di fruire dei **permessi articolati in tre giorni** e la possibilità di **avvalersi, entrambi e alternativamente, dei permessi anche nello stesso mese**.

La sede di lavoro può ancora essere scelta, ove possibile, vicino al proprio domicilio: la differenza dalle vecchie disposizioni è che nel nuovo testo **il domicilio di riferimento è quello della persona disabile**. Infine è stato aggiunto un comma che rinforza la **possibilità di controlli** sulle condizioni per la fruizione dei permessi. Controlli che possono essere effettuati dal datore di lavoro e dall'INPS per quanto concerne la gravità dell'handicap dell'assistito, il grado di parentela, l'assenza di ricovero, la non contemporanea fruizione dei permessi per lo stesso disabile da parte di terzi. In caso di insussistenza delle condizioni scatterà **l'azione disciplinare**. ■

Condizioni per ottenere i permessi: com'è ora:



Opportunità da conoscere ed usare

Buoni governativi prorogati fino a luglio 2012



Dei buoni vacanza governativi abbiamo già avuto modo di parlare nel Notiziario del Malato Reumatico n. 31 nel 2010. Vogliamo segnalarvi che la scadenza è stata prorogata e attualmente sono validi fino a luglio 2012 permettendo così di usare ancora questa agevolazione.

Qui di seguito riportiamo le informazioni fondamentali e gli aggiornamenti per quanto concerne i valori dei buoni secondo le diverse fasce di reddito. Per qualunque altra informazione, vi rimandiamo al sito www.buonivacanze.it.

Che cosa sono i Buoni Vacanze

I "buoni vacanze" sono emessi dalla Associazione "Buoni Vacanze Italia", a fronte del contributo statale ai sensi dell'art. 10 della legge 29 marzo 2001 n. 135, regolato dal DPCM 21 ottobre 2008 modificato con Decreto del Ministro delegato per il Turismo del 9 Luglio 2010. L'agevolazione statale avviene attraverso l'applicazione di uno sconto percentuale (dal 20 al 45%, secondo le fasce di reddito ISEE) sull'importo dei buoni richiesti fino ad un massimo legato al numero dei componenti la famiglia. I cittadini possono acquistare dei Buoni per un importo a scelta, con lo sconto rappresentato dal contributo statale in un blocchetto composto da vari Buoni (del valore singolo di 20 euro) spendibili dove uno vuole (purché nelle strutture convenzionate, che attualmente sono 4.500), come uno vuole (in un'unica vacanza o in più momenti) e nei periodi che si desidera (eccetto nei periodi da 4/07/2011 a 22/08/2011 e da 20/12/2011 - 6/01/2012) fino alla scadenza indicata sul Buono. Si possono spendere singolarmente anche in diversi periodi presso le diverse strutture convenzionate, che a loro volta applicano un ulteriore sconto su prezzi normalmente praticati nel periodo. Il Buono non dà diritto a ricevere somme di denaro né ad ottenere prestazioni o beni differenti da quelli previsti. Non potrà essere utilizzato da persone diverse dal titolare ad eccezione dei componenti del nucleo familiare.

Chi può richiedere i Buoni Vacanze

Hanno diritto ad ottenere il contributo statale i nuclei familiari, composti da cittadini italiani e dell'Unione Europea regolarmente residenti in Italia ed extracomunitari con regolare permesso di soggiorno e di residenza, che alla data della richiesta di emissione dei buoni vacanze rientrano nelle previsioni socio-economiche (riferimento ISEE in corso di validità nell'anno corrente) in base alla composizione familiare ed alle fasce di reddito di cui alla successiva tabella.

Quando scadono

I Buoni Vacanze emessi dovranno essere utilizzati per vacanze entro la data di validità indicata sul Buono stesso. Con atto del Ministro M.V. Brambilla, al fine di dare continuità al sistema dei Buoni Vacanze, si conferma la data del **1 luglio 2012 quale termine di scadenza dei Buoni emessi nell'anno 2011**. Si sottolinea che rimane inalterato il divieto dell'utilizzo dei buoni per vacanze nei periodi da 4/07/2011 a 22/08/2011 e da 20/12/2011 - 6/01/2012. Il contributo può essere erogato una sola volta per nucleo familiare per anno solare. Per anno solare si intende l'anno di calendario, ossia dal 1° gennaio al 31 dicembre. Si precisa quindi che al momento non può essere

effettuata più di una richiesta a nucleo familiare anche se la prima richiesta non ha esaurito il plafond di cui alla colonna 3. Pertanto chi ottiene il contributo nel 2011 non può inoltrare di nuovo richiesta per l'anno in corso, ma potrà rifare domanda a partire da gennaio 2012. Il modulo di prenotazione sul sito permette l'esatto calcolo degli importi, evitando errori. Basta inserire correttamente i dati sul numero di famigliari e sul reddito ISEE ed il valore dei Buoni Vacanze richiesti.

Dove utilizzare i Buoni Vacanze

Il Buono sarà spendibile in tutte le strutture turistiche che aderiscono al sistema, consultabili nel catalogo "Guida ai servizi turistici convenzionati" del sito www.buonivacanze.it. Il Buono non potrà essere utilizzato all'interno del proprio Comune di residenza né al di fuori dello Stato italiano.

Come si richiedono i Buoni Vacanze

La richiesta avviene attraverso una procedura on line collegandosi al sito www.buonivacanze.it cliccando sul tasto "richiesta buoni vacanze". A prenotazione conclusa si stampano:

- il "Modulo di richiesta BUONI VACANZE" con il numero di prenotazione.
- le "Condizioni di utilizzo Buoni Vacanze" da sottoscrivere e consegnare insieme al modulo di richiesta.
- il "Modulo Autocertificazione composizione familiare", da compilare e consegnare insieme al precedente in banca.

All'indirizzo mail segnalato si riceve un'altra copia dei moduli di richiesta e autocertificazione con il numero di prenotazione. Qualora si fossero persi i moduli, per recuperare e ristampare i documenti è possibile accedere di nuovo alla pagina di prenotazione "richiesta buoni vacanze", cliccare su "ristampa modulo", si inserisce il codice di prenotazione ed il proprio codice fiscale, quindi si avvia la stampa. I due moduli devono essere presentati con una copia del documento di riconoscimento entro 10 giorni presso una qualunque sportello delle **banca Intesa Sanpaolo**, dove pagare l'importo corrispettivo. ■

Numero componenti nucleo familiare	ISEE del nucleo familiare	Importo massimo del valore dei buoni ai fini del calcolo del contributo	Percentuale di contributo statale e importo del contributo da sottrarre	Importo residuo a carico del richiedente da versare in Banca
(1)	(2)	(3)	(4) (5)=(3)x(4)	(6) = (3)-(5)
1	da 0 a 10.000 €	€ 520,00	45,00% € 234,00	€ 286,00
1	da 10.000 a 15.000 €	€ 520,00	30,00% € 156,00	€ 364,00
1	da 15.000 a 20.000 €	€ 520,00	20,00% € 104,00	€ 416,00
2	da 0 a 15.000 €	€ 800,00	45,00% € 360,00	€ 440,00
2	da 15.000 a 20.000 €	€ 800,00	30,00% € 240,00	€ 560,00
2	da 20.000 a 25.000 €	€ 800,00	20,00% € 160,00	€ 640,00
3	da 0 a 20.000 €	€ 1.040,00	45,00% € 468,00	€ 572,00
3	da 20.000 a 25.000 €	€ 1.040,00	30,00% € 312,00	€ 728,00
3	da 25.000 a 30.000 €	€ 1.040,00	20,00% € 208,00	€ 832,00
4 e oltre	da 0 a 25.000 €	€ 1.240,00	45,00% € 558,00	€ 682,00
4 e oltre	da 25.000 a 30.000 €	€ 1.240,00	30,00% € 372,00	€ 868,00
4 e oltre	da 30.000 a 35.000 €	€ 1.240,00	20,00% € 248,00	€ 992,00

Convenzioni per i soci



Si segnala che la struttura e il complesso di Riolo Terme (compresi gli alberghi) sono convenzionati con i Buoni Vacanze e che i soci AMRER hanno diritto ad uno sconto: **15% su medicina riabilitativa, massaggi, prestazioni diagnostiche, piscina termale, fangoterapia; 5% su protocolli di cura reumatologici**

Il Filo della Storia

Giuseppe Garibaldi: patriota ed artritico



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

Carissimi Soci, non è passato molto tempo da quel 17 marzo che ha portato con sé una ricorrenza importante (forse la più importante dell'anno), ovvero il 150° anniversario dell'Unità d'Italia. Mi piacerebbe dunque salutare questo anno così speciale ricordando il grande impegno di tutte le persone che in quegli anni, sebbene per noi distanti non meno impensabili, lottavano per la costruzione della nostra casa, della nostra storia, della nostra Italia. A questo proposito il prof. Ugo Carcassi, reumatologo e docente presso l'Università di Cagliari, ci ha gentilmente inviato un breve racconto di grande coraggio, forza e determinazione, che vede protagonista forse il più grande attore del Risorgimento Italiano: Giuseppe Garibaldi. Quanti di voi sanno infatti che questo nostro "genitore politico" era artritico? Eppure, pensateci, oggi noi godiamo dei risultati della sua tenacia. Lo porto quindi come esempio di volontà e carattere, perché nonostante la malattia ognuno di noi può essere molto "garibaldino" dentro di sé e può sconfiggere la dittatura del dolore e della sopportazione in favore di una vita migliore.

Anche se un po' in ritardo...
Buon Compleanno, Italia!

L'autore



Ugo Carcassi
medico internista,
reumatologo e
docente universitario
a Cagliari.
ugocarcassi@libero.it

Ha insegnato presso le Facoltà mediche di Siena e "La Sapienza" di Roma ed è attualmente Presidente Onorario della Società Italiana di Reumatologia. È inoltre membro della Royal Society of Medicine di Londra e della New York Academy of Science è membro onorario della Royal College of Physicians di Londra, della Federazione Europea di Medicina Interna e della Società Italiana di Medicina Interna. Autore di oltre 550 pubblicazioni sulla medicina interna e in particolare sulla reumatologia, è anche autore di saggi e volumi storici sui diversi personaggi celebri di cui sono state accertate patologie reumatiche, come Cristoforo Colombo, Giacomo Casanova, Maria Stuarda

Di Garibaldi si è sempre parlato in riferimento al suo contributo ai Moti Risorgimentali. È nota la sua stima per Mazzini ma anche il pragmatismo col quale interpretava le aspirazioni del "teorico" dell'Unità d'Italia.

Nella convinzione che solo con l'appoggio dei regnanti sabaudi, ed in particolare di Vittorio Emanuele II, egli agì di conseguenza. Sottolineò sempre di operare e combattere perché l'Italia Unita divenisse un regno governato da Vittorio Emanuele II.

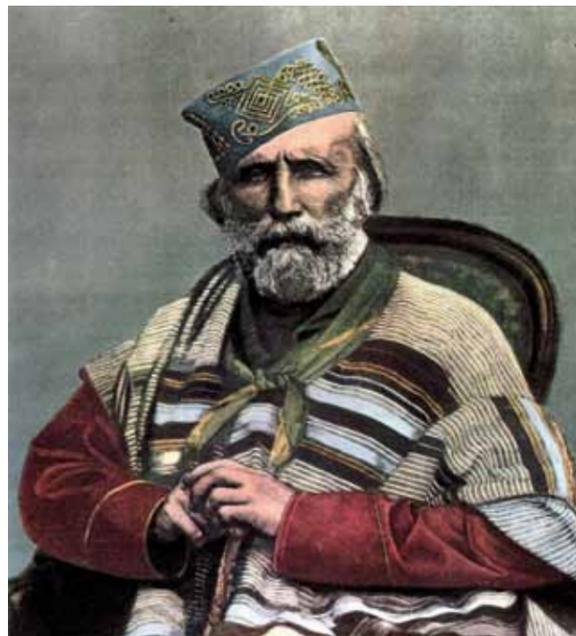
Sono anche conosciuti i suoi dissidi con il potente ministro sabuado, il Conte Camillo Benso di Cavour, il quale utilizzò Garibaldi quando lo riteneva opportuno ed indispensabile salvo abbandonarlo poi al suo destino quando la situazione politica generale lo consigliava.

Cavour, tessitore dell'intesa con Napoleone, imperatore dei francesi e nemico, per convenienza politica degli austriaci, utilizzò l'eroe prevalentemente nei combattimenti cruciali di questo periodo. Quando le aspirazioni di Garibaldi divennero troppo impegnative ed imbarazzanti sotto il profilo internazionale (vedi la conquista di Roma e la creazione della repubblica romana) non esitò ad abbandonare Garibaldi al suo destino. Il Nizzardo era dotato di una ferrea volontà ed esercitava un grande fascino che li consentiva di riunire intorno a se folle di giovani patrioti desiderosi di combattere per l'Italia. Nonostante le gravi infermità, che lo affliggevano, non si risparmiò mai procedendo con tenacia alla realizzazione dei suoi progetti.

Garibaldi fu afflitto da una malattia che lo tormentò fino alla morte per 34 anni consecutivi. Si trattava di una artrite cronica che, iniziata nel 1848, durante la Campagna Romana, venne curata dal Dottor Ripari, responsabile dell'ambulanza medica delle truppe garibaldine. Durante la traversata da Tangeri, via Liverpool, per New York, nel 1850, il Generale venne tormentato da un grave accesso artritico che lo immobilizzò. Fu trasportato a terra dagli amici che lo attendevano fino alla sua abitazione dove soggiornò per

qualche settimana praticamente inabile. Nel 1854 quando si trovava a Nizza fu ancora una volta assalito da gravi dolori artritici che lo costrinsero a recarsi ad Aquiterme per fare la cura dei fanghi.

Un nuovo grave episodio di "reumatismo" tormentò nel 1859 Garibaldi, la sintomatologia in questo caso venne accentuata dal disappunto che il Generale provava per la cessione di Nizza alla Francia, in adempimento degli accordi di Villafranca. Eletto deputato al Parlamento Italiano i dolori artritici resero più sofferta, il 18 aprile del 1861, la sua partecipazione ai lavori parlamentari. L'artrite era ormai diventata cronica, Garibaldi alla fine del 1862, fu costretto a recarsi alle terme di Tresco per un ciclo di cure con le acque. Nello stesso anno, il 29 di agosto, Garibaldi presentò un nuovo episodio reumatico amplificato dalla gravità della ferita alla gamba destra riportata nello scontro di Aspromonte. Anche nel famoso vittorioso scontro di Bezzecca, nel 1866, Garibaldi, tormentato da violenti dolori artritici, seguì su di una carrozza l'andamento dei combattimenti. Rifugiatosi a Caprera, nel 1868, dovette rinunciare ad occuparsi attivamente della sua fattoria. Tuttavia mantenne un tenore di vita regolare fino al 1870. Usciva ogni mattina all'alba, in camicia rossa e cappellaccio a larghe tese, per occuparsi degli alberi che potava o innestava. Negli ultimi anni, tuttavia, Garibaldi non poteva più fare le passeggiate a cui era abituato e non poteva camminare senza l'ausilio



Giuseppe Garibaldi. Si notino le dita nodose e deformi (copertina della Domenica del Corriere, 27.08.1907).

delle grucce. Le braccia e le mani erano così compromesse da impedirgli di porgere lamano alla gente o ad apporre la propria firma. I familiari lo portavano in giro per l'Isola sulla poltrona a ruote. Quando volle recarsi a Milano per l'inaugurazione del monumento dei caduti a Mentana comparve in pubblico su un giaciglio sul quale si muoveva a fatica.



Garibaldi a Palermo, 1882. Francesca è al suo fianco; davanti, il Sindaco della Città. (da Clelia Garibaldi, Mio Padre, Vallecchi ed., Firenze, 1948, pagg. 116-117)

Il volto cinereo e la barba bianca impressionarono profondamente i Milanesi che sembra abbiano esclamato: «pare Sant'Ambrogio». Ostinato com'era nel 1882 decise di recarsi in treno in Sicilia per presenziare alle celebrazioni per il VI Centenario dei Vespi Siciliani.

Tra la costernazione dei palermitani par-

tecipò alle varie manifestazioni rigido ed immobile su di una barella. Nonostante l'aggravarsi delle sue condizioni si faceva condurre a Caprera sulla carrozzella a rivedere i campi ed il bestiame ed a sentire l'odore della terra smossa e del mare. I passerai abituati a prendere il becchine dalla sue mani gli svolazzavano attorno. Poco prima di morire stilò, con calligrafia quasi illeggibile, un codicillo al suo testamento per garantire un futuro adeguato all'Armosino ed ai suoi figli.

Quanto fino ad ora scritto sottolinea alcuni aspetti particolari della personalità di Giuseppe Garibaldi uomo, soldato e patriota. Figura centrale, e talvolta determinate, del Risorgimento Italiano, egli costituisce tra l'altro un magnifico esempio di come la volontà abbia prevalso sugli impedimenti fisici rendendolo capace di compiere azioni apparentemente superiori alle proprie forze.

La diagnosi di artrite reumatoide si basa sul decorso clinico e su gli esiti in anchilosi provocati dalla malattia. A questo proposito certamente significativo appare la descrizione del corpo di Garibaldi scritta da Alberto Mario che così si esprime «dando uno sguardo alle mani ed ai piedi del Generale si provava un stretta fortissima al cuore, tante e gravi erano le de-

formazioni prodotte dall'artrite. Le falangi superiori delle dita erano rattrappite, contorte, le une si accavallavano alle altre: la pelle era diventata lucida, giallastra, coriacea, in molti punti ulcerata. Le articolazioni delle ginocchia, di molto ingrossate, non permettevano quasi più, all'illustre vegliardo di piegare le falangi anteriori e le vertebre cervicali anchilosate toglievano a lui la possibilità di muovere e specialmente di piegare il collo»



Da Clelia Garibaldi, Mio Padre (op.cit., pagg. 148-149). Si noti la tormentata calligrafia dell'ultimo scritto di Garibaldi.



"Il 150esimo dell'Unità di Italia deve vedere soprattutto uno sforzo collettivo della comunità nazionale per riappropriarsi della propria storia, in spirito di verità, identificandosi con i valori di impegno civile, disinteresse, coraggio che animarono il Risorgimento e che sono profondamente validi nel nostro tempo"

Presidente della Repubblica Italiana
Giorgio Napolitano

La testimonianza di una pronipote

Sono sempre stata orgogliosa di essere pronipote di un garibaldino. Il mio bisnonno Aristide Perilli, nato a Rimini il 25 dicembre 1840, ha partecipato alla seconda guerra di Indipendenza del 1859, alla spedizione dei Mille (fu ferito nella battaglia del Voltorno il 2 ottobre 1860), alla terza guerra di Indipendenza del 1866. Morì a Rimini il 21 maggio 1892. Dedico la poesia 17 marzo 1861 al mio bisnonno Aristide e a quanti come lui hanno combattuto per l'Unità d'Italia.

Ardea Montebelli

Ardea Montebelli



Ampio il ventaglio di competenze di Ardea Montebelli: è giornalista pubblicitaria, scrittrice, insegnante, poetessa, fotografa e si preoccupa in particolare di approfondire le Sacre Scritture. Nell'ambito della poesia ha pubblicato sette raccolte e ottenuto riscontri positivi in diversi concorsi nazionali. Organizza letture poetiche in ambienti ecclesiastici e i suoi lavori letterari sono presenti anche negli annali della Diocesi di Rimini dal 2003 al 2010. Ardea ha organizzato sei mostre fotografiche personali, che ha portato in diverse località italiane, come Sulmona, Roma, Rimini, Faenza, Penabilli, Longiano, Cesena, Santarcangelo, Pescara, Ortona e altre. Le sue fotografie sono spesso pubblicate su riviste specialistiche e alcuni servizi sono stati scritti sulle sue installazioni. Ha collaborato inoltre alla realizzazione di diverse iniziative con la Diocesi di Rimini, gli assessorati alla cultura comunali e provinciali di Rimini e Pescara e a livello nazionale. Mail: ardea.montebelli@istruzione.it

17 marzo 1861
*Ho sognato che non potrai più oscurarti
né schiacciare il pianto silenzioso
dei nostri amati padri.
Oltre i monti gli alberi i fiumi
il sangue scorre più dolcemente
lascia orme di dolci frammenti,
persi ritrovati di nuovo persi.
Voci contrapposte
raccontano la storia:
il risorgimento è un tempo così inquieto
calato nell'umano presente
che si addensa nell'ansietà del cuore.
Fratelli uniti nel tuo nome
troviamo ora una dolce simmetria.*

I nostri consigli in cucina

L'Emilia-Romagna una storia e una tradizione con piatti di gusto!

C'è chi ama definirla lo "stomaco d'Italia" e alcuni suoi piatti sfidano, per popolarità, spaghetti e pizza. Chi non conosce tortellini, tagliatelle al ragù o lasagne al forno, per non parlare poi di specialità come il Parmigiano Reggiano, il Prosciutto Crudo di Parma, la Mortadella di Bologna? E l'enologia? L'Emilia dispone di vitigni come Barbera, Bonarda, Lambrusco, Fortana, ma anche Cabernet, Merlot e Pinot Nero tra le uve a bacca rossa, Malvasia di Candia, Ortrugo, Moscato giallo, Sauvignon tra quelle a polpa bianca. In Romagna troviamo Sangiovese, Canaiolo nero e Montepulciano tra i vitigni neri e Albana, Trebbiano, Montuni, Paganone e Pignoletto tra i bianchi. Una tradizione all'insegna del GUSTO!

Partiamo da un ottimo aperitivo:



Albana di Romagna DOCG, secco e ghiacciato

Questo vino si produce con le uve del vitigno omonimo sulla fascia appenninica che da Bologna verso levante si prolunga fin quasi al mare, interessando le province di Bologna, Forlì-Cesena e Ravenna. È classificato come DOCG e può essere secco, amabile, dolce o passito.

Preparazione: scegliete un secco; ghiacciato è un ottimo aperitivo!

E un buon antipasto:



Prosciutto di Parma e fichi

Ingredienti per 4 persone

- 200 g di prosciutto crudo affettato
- 8 fichi neri
- pepe misto

Preparazione

Lavate i fichi, asciugateli e tagliateli in 4 spicchi. Trasferite le fette di prosciutto crudo su un piatto da portata, adagiatevi sopra gli spicchi di fichi e spolverizzate il tutto con una macinata di pepe misto. Volendo potete macinare anche qualche grano di Pimento della Giamaica, che ha sentore di cannella, alloro e noce moscata.

Il primo per eccellenza:



Tagliatelle al ragù

Ingredienti per 4 persone:

- 300 gr di pomodori pelati
- 150 gr di polpa di maiale
- 100 gr di polpa di vitello

100 gr di petto di pollo sminuzzato

50 gr di vino rosso secco

30 gr di burro, un cucchiaino di conserva di pomodoro, un cucchiaino di lardo, sedano, carota, cipolla, 300 gr di tagliatelle all'uovo fatte in casa, formaggio parmigiano reggiano, pepe, sale q.b.

Preparazione del ragù

Preparare un battuto col sedano, la carota e la cipolla tritati finemente e lasciarlo rosolare molto lentamente, col burro e il lardo, in un tegame scoperto per circa 20 minuti. Aggiungere i tre tipi di carne, il sale e il pepe, poi cuocere per qualche minuto, aggiungendo il vino, che deve evaporare completamente. A questo punto unire i pomodori e la conserva, continuando la cottura a fuoco molto basso e a tegame coperto per circa 80 minuti, avendo cura di mescolare spesso il ragù con un cucchiaino di legno, e con i rebbi di una forchetta sbriciolare con cura la carne. Quando il ragù è quasi pronto, cuocere le tagliatelle in abbondante acqua salata. La pasta va cotta un poco al dente, scolata con molta attenzione e versata in una padella per amalgamarla al ragù. Durante quest'operazione aggiungere un poco di formaggio parmigiano reggiano, che servirà a farla amalgamare meglio al sugo.

Proseguendo con il menù, passiamo ora ad un secondo piatto DOP:



Filetto di manzo all'aceto balsamico

Ingredienti per 4 persone

- 400 gr di filetto di manzo
- 40 gr di farina
- quattro cucchiaini di aceto balsamico tradizionale

- un cucchiaino di olio d'oliva • brodo di carne • sale

Preparazione

tagliare il filetto in quattro fette, spianarle col batticarne, passarle nella farina, poi scuoterle per togliere quella in eccesso. Su una piastra unta con l'olio mettere i filetti, poi salarli. Cuocere a fuoco alto da entrambe le parti, spruzzandole con qualche goccia di aceto balsamico. Nel frattempo, a parte, preparare una salsa piuttosto liquida con l'aceto restante, un poco di brodo di carne e la farina. Terminata la cottura dei filetti, coprirli con questa salsa e portarli in tavola ben caldi.

Accompagnato da...



Trionfi di crudità

Ingredienti per 4 persone

Tagliare a piccoli pezzi

- 4 carote medie
- 6 funghi prataioli
- 2 pomodori rosso medi

- 10 ravanelli rossi

- 1 cuore di sedano

- 1 peperone

- 2 ciuffi di broccoli

Per il pinzimonio

Olio, aceto o limone, sale e pepe q.b. Emulsionare il tutto e servirlo in una piccola ciottola con le verdure.

I nostri consigli per la pasta fatta in casa.



Fujeda (sfoja)

Pasta fatta in casa

Ingredienti per 4 persone

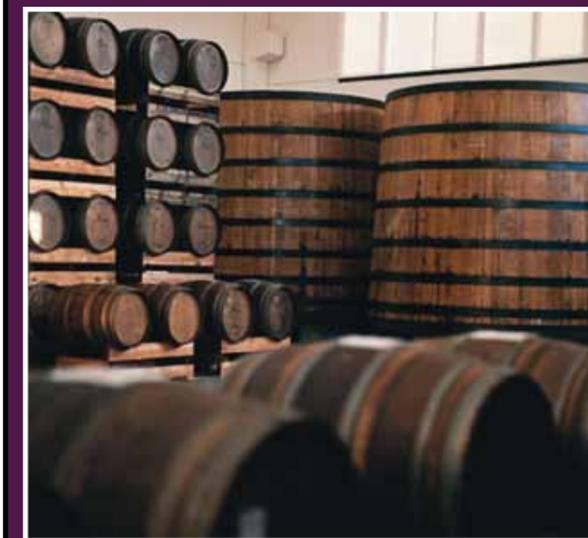
- 400 gr di farina bianca
- quattro uova,
- sale

Per Stendere La Pasta: farina, acqua (eventualmente)

Preparazione

Sulla spianatoia formare con la farina una fontana, nel centro della quale rompere le uova intere e aggiungere un pizzico di sale e due mezzi gusci d'acqua tiepida, fino ad ottenere un composto omogeneo e compatto. Amalgamare a poco a poco gli ingredienti con l'aiuto di una forchetta e quando si sarà ottenuta una palla cominciare a lavorarla con le mani. Più sarà lavorata, migliore sarà la sua qualità. Utilizzare piccole quantità di farina, perché è sempre meglio avere una sfoglia leggermente più dura che troppo molle. Con l'aiuto di una "cannella" o mattarello cominciare a stenderla più o meno sottile e tagliarla a seconda delle preparazioni che si vorranno ottenere.

Aceto Balsamico Tradizionale di Modena DOP e Aceto Balsamico Tradizionale di Reggio Emilia DOP



Gli aceti tradizionali si dosano a gocce e conferiscono una nota agrodolce ai piatti che condiscono.

La tradizione vuole che in provincia di Modena e Reggio Emilia venisse prodotto fin dal Medioevo un aceto, antenato dell'attuale balsamico tradizionale, molto apprezzato tra i nobili, e che ebbe fra i suoi estimatori anche la famiglia d'Este - Signori di Ferrara. I primi produttori di aceto avevano inoltre l'obbligo di custodire gelosamente la ricetta del pregiato condimento, tanto era considerato prezioso.

Secondo quanto recitano le cronache risalenti ai primi anni del Mille, l'imperatore tedesco Enrico II, sceso in Italia diretto a Roma, nel passare nelle vicinanze delle attuali zone di produzione chiese che lo omaggiassero con l'aceto il prodotto, considerato "perfettissimo". Ancora non si chiamava balsamico, ma evidentemente era già molto apprezzato.

L'Aceto Balsamico Tradizionale di Modena, così come quello di Reggio Emilia, è il risultato della fermentazione acetica di mosto cotto. Subisce poi un lungo invecchiamento che si protrae per almeno 12 anni in botti di dimensioni differenti e di diversi legni. Il Tradizionale di Modena, se invecchiato per più di 25 anni si definisce "Extra Vecchio". Le botti di affinamento si riducono a ogni passaggio, man mano che si procede nella maturazione. Le tipologie di legno utilizzate sono rovere, castagno, gelso, ciliegio, frassino e ginepro, ognuno dei quali trasferisce particolari aromi al condimento. Il profumo e il sapore dell'aceto si intensificano con il passare del tempo: delicato in gioventù, diventa complesso e persistente dopo una lunga maturazione. L'Aceto Balsamico Tradizionale di Reggio Emilia si riconosce per il marchio di identificazione che classifica il prodotto in base alle sue caratteristiche: il bollino Aragosta denota quello di buona qualità, il bollino Argento quello di ottima qualità e il bollino Oro quello di qualità eccelsa. La designazione del livello qualitativo dell'aceto, e dunque l'attribuzione del colore del bollino, spetta a una commissione composta da assaggiatori iscritti a un albo presso la Camera di Commercio.

Chiudiamo il pasto in dolcezza...



Pesche ripiene

Ingredienti per 4 persone

- otto pesche
- 120 gr di mandorle pelate
- un panino bagnato nel latte
- tre tuorli d'uovo • 150 g di zucchero

Preparazione

Scegliere pesche non troppo mature, dividerle a metà e asportare con l'aiuto di un coltello ben appuntito sia il nocciolo che un poco di polpa, allargando così lo spazio nel quale mettere il ripieno. Imburrare una teglia da forno e adagiarvi le pesche. A parte, preparare il ripieno con le mandorle pelate e pestate con il mortaio, la polpa delle pesche, il panino bagnato nel latte e spremuto, i tuorli d'uovo montati con lo zucchero. Amalgamare bene il ripieno quindi incorporarvi due albumi montati a neve. Riempire le pesche, cuocerle a fuoco basso (180°) per circa 30 minuti.

E a fine pasto il buon digestivo della casa:



Il Nocino

Ingredienti

- un chilo e 250 gr di noci fresche, verdi, raccolte il giorno di San Giovanni (24 giugno)
- quattro litri e cento di alcool a 36°
- due chili e mezzo di zucchero fino bianco

- un litro e mezzo di vino rosso generoso

- cannella regina

- scorza di limone

- chiodi di garofano

Preparazione

Come preparare la ricetta Nocino: mettere l'alcool in un recipiente di vetro a bocca larga, prendere le noci con il mallo, pestarle un poco in un mortaio di marmo o legno; immergerle poi nell'alcool aggiungendovi tutta la scorza del limone fatta a pezzetti, la metà della cannella e dei garofani, mescolare il tutto. Lasciare in macerazione per due mesi circa al sole e ricordandosi di agitare di quando in quando il miscuglio. Passato il tempo filtrare l'alcool facendolo passare per una tela e separandolo dal mallo delle noci che vanno poi spremute a gran forza oppure torchiate. Filtrare ancora il liquido ricavato. Quindi prendere il vino e tutta la quantità dello zucchero, mettere a fuoco unendovi l'altra metà della cannella e dei chiodi di garofano. Ottenere così uno sciroppo; così raffreddato unire al liquore già filtrato, agitando bene il miscuglio perché lo sciroppo, essendo denso, non abbia a restare sul fondo.

..oppure in alternativa



Il Laurino

Ingredienti

- 200 gr di bacche di lauro ceraso
- 300 gr di zucchero
- 400 gr di alcool a 95°
- 350 gr di acqua

Preparazione

sciogliere lo zucchero nell'acqua riscaldata sino all'ebollizione. raffreddare e porre lo sciroppo in un vaso di vetro da due chili a chiusura ermetica insieme con l'alcool e le bacche di lauro. lasciare macerare per circa un mese, agitando il vaso di quando in quando. dopo questo periodo, passare il liquore attraverso un colino e filtrare su carta. imbottigliare e tappare. servire il Laurino dopo una stagionatura di almeno quattro mesi.

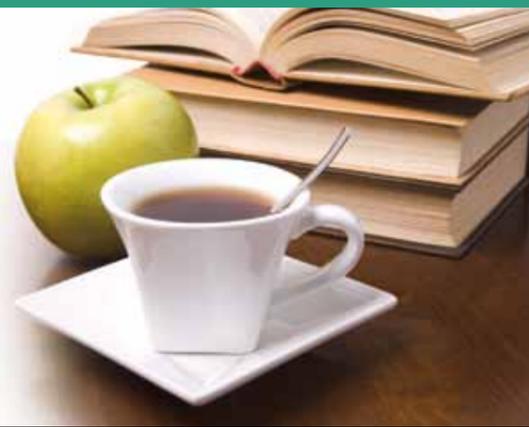
Con la speranza di aver attirato la vostra attenzione sui tesori culinari dell'Emilia Romagna... provate e cimentarvi in qualche ricetta e buon appetito a tutti!

I consigli di lettura

Il corpo porta a spasso le idee



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



“È più forte di me: se vedo qualcuno con un libro in mano devo capire che cosa sta leggendo”

In autobus l'impiegata del commercialista, seduta un po' più in là, sta arrivando in fondo alla pagina... ora la volterà alzando un po' il libro per aggiustarlo e appoggiarlo meglio sulla borsa che ha sulle gambe... e io zacc vedrò finalmente la copertina! Quello lì è "Venuto al mondo" di Margaret Mazzantini, chissà com'è? Chissà che storia racconta, se è scorrevole da leggere, se è un genere drammatico oppure romantico... Devo informarmi! Oppure quando mi viene il cliente allo sportello e appoggia sul banchetto il tomo spesso sei cm, io mi sporgo un po' di lato per sbirciare il titolo e lì ho la certezza che l'universo dei libri è immenso e devo rassegnarmi al fatto che ci sono tanti generi che non conosco. E vorrei tanto prendere quel libro, girarlo fra le mani, passare le dita sulla copertina in rilievo, aprirlo a caso e leggere qualche riga e far sfogliare le pagine velocemente dall'aria allentando la presa del pollice. Qualcuno mi sa dire come si chiama questa mia malattia? Ah, mica voglio guarire però!!!!

contattaci:

Commenti, suggerimenti, critiche, recensioni ecc... scrivete a:
ass.amrer@alice.it

Leggere nuoce gravemente all'ignoranza e imbroglia la solitudine



The secret-II segreto di Rhonda Byrne

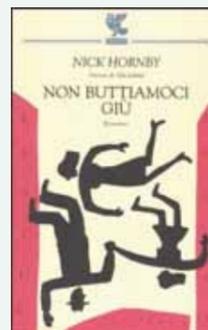
Questo è il MIO libro preferito perché grazie a LUI è cambiata la mia percezione del quotidiano. In meglio. Insegna a vedere il bicchiere non solo mezzo pieno ma anche del miglior vino. In questo libro imparerete a usare il Segreto in ogni ambito della vostra vita - denaro, relazioni, felicità - e in ogni vostra interazione col mondo. Comincerete a capire il potere ancora nascosto e ancora inutilizzato che si trova dentro di voi, e questa rivelazione potrà colmare di gioia ogni aspetto della vostra esistenza. Il Segreto contiene la saggezza dei maestri del mondo moderno. Mettendo in pratica la conoscenza del Segreto essi portano alla luce storie ammirevoli che riguardano il superamento di ostacoli e il conseguimento di obiettivi da molti ritenuti irraggiungibili.

Alcuni lettori dicono che: "E' un libro da leggere se si vuole capire l'ingranaggio da seguire per pensare positivo e vivere con maggiore intensità la vita....Assolutamente superfluo e a volte sciocco e ripetitivo il modo in cui si propinano certe panzane ai lettori. Diciamo un libro giusto per motivarsi, ma da scremare come ogni libro che cerca di calcare sulla nostra psicologia. Legge d'attrazione sì, ma nei limiti...". Di fondo credo che la formula che ci propone l'autrice insieme agli altri "santoni" che hanno collaborato alla stesura di questa pubblicazione non sia altro che una visione trasversale di molte delle filosofie e religioni che costellano la storia dell'uomo. La forza della volontà è forse da molti di noi sottovalutata. Con la convinzione si può modificare addirittura anche gli eventi della nostra vita reale. **Ambiziosa come proposta ma anche decisamente attraente.**



Chi ama torna sempre indietro di Guillaume Musso

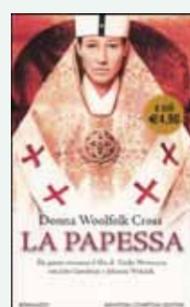
Il viaggio nel tempo ha sempre il suo fascino! Elliott è un uomo di successo. Sessantenne, è un chirurgo di fama, vive a San Francisco e la sua vita privata ruota tutta attorno all'adorata figlia Angie. Un'unica ombra in questo quadro perfetto: Ilena, il suo grande amore, lo ha lasciato solo trent'anni addietro, morendo in un tragico incidente. Un dolore immenso che nemmeno il tempo ha saputo lenire. Per una strana combinazione di eventi, un giorno gli viene data l'occasione di tornare indietro negli anni Settanta, quando era un giovane medico ambizioso e idealista, entusiasta della vita e del proprio lavoro, e perduto in un momento magico di felicità, Elliott si confronta con il passato vivendo intensi momenti di rimpianto e di passione. Purtroppo una scelta dolorosa lo attende: ora sa che un suo semplice gesto potrebbe salvare Ilena e modificare per sempre il corso di quel destino crudele, ma compierlo significherebbe dover rinunciare all'altro grande amore della sua vita: la figlia...
E' una bella favola per adulti, bisogna leggerlo con tutta la leggerezza possibile e con la voglia di evadere, fantasticare, tutto ciò che dovrebbe portarci a fare un libro. Affascina e rapisce. Promosso e consigliato!



Non buttiamoci giù di Nick Hornby

Su un altissimo grattacielo londinese, la notte di San Silvestro, mentre imperversano botti e festeggiamenti, un presentatore televisivo in crisi matrimoniale e professionale decide di suicidarsi buttandosi giù dall'ultimo piano. Ma al momento decisivo si accorge di non essere da solo su quel grattacielo: c'è vicino a lui una donna disperata, senza lavoro e senza marito, alle prese con un figlio autistico. Anche lei sta per buttarsi giù. Ma spuntano anche una ragazzina di 15 anni, sedotta e poi lasciata da un ragazzo, e un musicista americano fallito, ora cameriere in una pizzeria, pure lui abbandonato dalla ragazza. Anche loro vogliono suicidarsi. Forse sono un po' troppi...

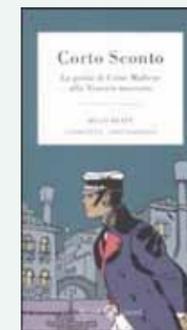
Questo libro è stato così commentato: "Un libro divertente e amaro al contempo, ho riso molto durante la lettura e ho trovato le varie prospettive dei quattro protagonisti molto realiste..." e "Ho scoperto che alla fine non era una storia sul suicidio o su come lasciarsi andare, ma piuttosto su come "tirare avanti", trovare dentro di sé la forza per continuare a vivere il quotidiano seppur doloroso senza lasciarsi andare troppo alla tentazione di fuggire da se stessi. Terapeutico. Sorprendente."



La papessa di Woolfolk Cross Donna

Giovanna nasce nell'anno del Signore 814, in un'epoca in cui le donne sono considerate empie, inferiori e indegne di essere istruite. Lei ha invece un forte desiderio di sapere, che cerca di soddisfare di nascosto con l'aiuto del maestro Esculapio. Divisa tra l'amore impossibile per un uomo e quello altrettanto impossibile per i libri, Giovanna sceglierà questa seconda via. Donna coraggiosa che cerca a tutti i costi di superare i limiti che il suo tempo le impone, è costretta a fuggire. Assume l'identità di suo fratello Giovanni, morto durante un'incursione vichinga, e si nasconde per dodici anni in un monastero benedettino, finalmente libera di leggere, studiare e capire i segreti delle arti e della scienza. Guadagnandosi grazie a questo inganno e alla devozione la fama di un grande e saggio erudito, e avanzando a grandi, incredibili passi nella gerarchia religiosa, Giovanna giungerà a Roma e infine diverrà papa, rinunciando in quel momento e per sempre al suo amore ritrovato, Gerardo. La papessa verrà poi, suo malgrado smascherata pubblicamente e tragicamente durante la solenne processione di Pasqua. I suoi successori faranno di tutto per cancellarla dai registri pontifici e la storia la dimenticherà. In bilico tra verità e leggenda, Giovanna resta tra i personaggi più controversi e affascinanti di tutti i tempi.

Chi l'ha letto ha detto che "Meraviglioso" e "In ogni caso sia che sia esistita o no, il romanzo è un'ottima lettura. Ennesima testimonianza di come le donne abbiano vissuto quasi alla stregua di animali x secoli, non c'è poi da meravigliarsi che alcune abbiano scelto di spacciarsi x uomini pur di vivere una vita decente." "Coinvolgente, un capolavoro!"



Corto sconto – La guida di Corto Maltese alla Venezia nascosta

di Hugo Pratt, Guido Fuga e Lele Vianello.

Vivere Venezia in compagnia di Corto Maltese e di Hugo Pratt è sicuramente un'esperienza che non si può dimenticare. Perciò se state programmando di fare una capatina a Venezia, procuratevi prima questa guida singolare, guardatela bene e poi mettetevi sulle orme del nostro marinaio. Sarà guidarvi per cammini insoliti alla ricerca di una Venezia tutt'altro che turistica, ma proprio per questo molto più affascinante e indimenticabile.

Hugo Pratt non ha mai fatto mistero di considerare Venezia il centro del mondo. E Venezia trionfa, tra bellezza e mistero, grazie a questa guida unica nel suo genere. Con più di cinquecento disegni, otto cartine e ricco di indirizzi utili, "Corto Sconto" è uno strumento semplice e alla portata di tutti, anche di chi non è un appassionato di Corto Maltese. Un'inconsueta e imperdibile guida turistica su Venezia. Sette itinerari pieni di disegni, di fantasia e di consigli pratici attraverso capolavori da scoprire, cortili e pietre ricche di storia, fiabe e leggende da conoscere, ma anche osterie, ristoranti e posti "giusti" per bere, mangiare o, semplicemente, gustare un'atmosfera o uno stato d'animo in una Venezia appartata, magica, "nascosta". La Venezia di Corto Maltese. Hugo Pratt amava passeggiare con gli amici alla costante ricerca di luoghi nascosti, al di fuori dei classici itinerari del turismo di massa. "Corto Sconto", titolo che gioca con l'espressione veneziana "corte sconta" che indica una corte nascosta, una piazzetta al riparo dallo sguardo indiscreto del forestiero, guida il visitatore in un'esperienza indimenticabile, un modo di conoscere una città lontano da caos e turisti, il tutto con un sottofondo di storia e di magia.



Memorie di Adriano di Marguerite Yourcenar

Ricostruendo le memorie dell'imperatore romano, Marguerite Yourcenar ha voluto "rifare dall'interno quello che gli archeologi del secolo scorso hanno fatto dall'esterno". Ne risulta così un libro che è al tempo stesso un romanzo, un saggio storico, un'opera di poesia. Giudicando la propria vita di uomo e l'opera politica, Adriano non ignora che Roma finirà un giorno per tramontare; e tuttavia il suo senso dell'umano, ereditato dai Greci, gli fa capire l'importanza di pensare e di servire sino alla fine. "Mi sentivo responsabile della bellezza del mondo", dice questo personaggio che porta su di sé i problemi degli uomini di ogni tempo, alla ricerca di un accordo tra la felicità e il metodo, tra l'intelligenza e la volontà. Le "Memorie di Adriano", pubblicate nel 1951 e tuttora di successo, sono arricchite dai "Taccuini di appunti", ovvero momenti di autobiografia, pause emotive e slanci in un lavoro creativo appassionante fino all'identificazione.

L'Associazione e i suoi Associati

L'arte, e la passione di un associato

L'idea che attraverso una semplice interazione di luci, colori e forme, ciascuno di noi sia in grado, a modo suo, di cogliere l'Universo mi affascina da sempre.

Credo che il grande potere della fotografia stia nel riuscire a fissare emozioni, ricordi e pensieri, quasi fosse una seconda mente che custodisce gelosamente ciò che la quotidianità ci toglie. Credo nell'immediatezza delle emozioni che riesce a trasmettere, perché una foto può essere fatta da tutti e interpretata da tutti, superando in un istante confini culturali e linguistici. Credo nello stimolo importantissimo di sensibilizzazione che essa sa evocare, per la salvaguardia degli ambienti e delle creature che popolano questo splendido pianeta. Amo fotografare la natura, gli animali, i fiori, la terra perché mi piacciono gli spazi aperti, dove non esistono intermediari, dove non ci sono parole e pose da costruire. Esistono solo momenti di splendida meditazione e solitudine, accompagnati dal senso di piccolezza e riconoscenza che si prova davanti all'Universo che ci è stato donato. La mia fotografia è totalmente dilettantistica, senza pretese. La sola sensazione che sarei orgogliosa di trasmettere a chi concede un istante del proprio tempo ai miei scatti, è la dignità delle piccole cose, il valore intrinseco e inestimabile di ogni essere vivente.



“C'è un luogo dove la pace della natura filtra in noi come la luce del sole tra gli alberi. Dove i venti ci comunicano la loro forza e gli affanni si staccano da noi come foglie. Non è difficile arrivarci: basta guardarsi dentro e avere un cuore pulito”
(Romano Battaglia “Un cuore pulito”)

ELEONORA ROSSI, nasce a Sassocorvaro (Pesaro e Urbino) il 22/09/77. Ha conseguito il diploma di laurea in “Tecniche Forestali e Tecnologie per l'industria del Legno” presso l'Università di Bologna. Attualmente lavora come arredatrice, progettista, ed è un'apassionata di fotografia e design. Mail: ele_ros@alice.it

L'Associazione e i suoi Associati

Lettere, passioni e momenti di vita associativa

Rovoleto di Cadeo - Piacenza Gruppo Volontari **AIUTIAMOCI INSIEME ONLUS**

Per la seconda volta il Gruppo Volontari Aiutiamoci Insieme Onlus di Rovoleto di Cadeo (PC) ha raccolto e devoluto a favore di AMRER Onlus quanto ricavato dai mercatini realizzati nel 2011 grazie al lavoro dei volontari che formano questa splendida realtà associativa. Un particolare grazie a tutti loro! Il ricavato sarà utilizzato per far crescere il giovane Gruppo AMRER della provincia Piacentina.



Rimini - 3 marzo 2011



Il Consorzio Piccoli Alberghi di Qualità da alcuni anni organizza delle serate di solidarietà che uniscono il piacere di un momento di divertimento al piacere di un'azione finalizzata al reperimento fondi in aiuto di Onlus che operano sul territorio riminese. Per il 2011 si è svolta la serata di gala “Coriandoli di Solidarietà” a favore dell'Associazione Parkinsoniani di Rimini e di Amrer Onlus Gruppo di Rimini. Grazie a Marta e Mauro che hanno animato la serata.



Bologna - 19 Marzo 2011 / 2 aprile 2011

Corsi di aggiornamento per Medici di Base di Bologna

Un particolare riconoscimento di merito al Lions Club – Bologna Imerio che ha promosso e reso possibile in collaborazione con Ausl di Bologna e AMRER Onlus due giornate di formazione per tutti i Medici di base della provincia di Bologna sull'argomento “Connettiviti” e Sclerodermia. A tutti i medici di base è stato fornito il DVD con il video “Sclerodermia: percorso tra corpo e anima” che AMRER Onlus ha prodotto con le testimonianze dei pazienti affetti da questa malattia, e come questa ha cambiato la loro vita.



Donazioni

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

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



Esempio di pergamena da bomboniera

Per coloro che volessero aiutarci e sostenere l'impegno dell'Associazione ricordiamo:

Conto Corrente Postale:

n. 12172409

Conto Bancario – IBAN:

IT 81 S 02008 02450 000002971809

Le somme donate sono deducibili dalle imposte versate.

Condoglianze

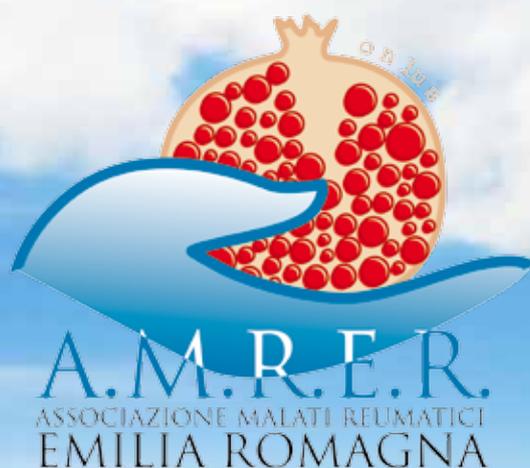


AMRER e tutti gli associati si stringono attorno ai famigliari e ai cari delle persone che recentemente ci hanno lasciato.

Ricordiamo in questo spazio la

Sig.ra **Maria Galeotti** e il Sig. **Alessandro Martelli**. A tutti i familiari e cari le nostre più sentite condoglianze!

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



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

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

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