



Malato Reumatico

il notiziario del



Ottobre 2012
Notiziario AMRER • Numero 37

Periodico informativo

Redaz. e Amm. AMRER Via Gandusio, 12 - 40128 BO Autorizz. Trib. di Bologna n°7762 del 5/06/2007. Poste Italiane Sp.a. - Sped. ap. - D.L. 353/2003 (conv. in L.27/02/200) art. 1, c.2 e5 Comm. Business Rimini n. 40/2007 ¹⁰² Dir. Resp. Guerrina Filippi

Vaccinazioni e malattie reumatiche: il timore che la vaccinazione possa peggiorare o riattivare una patologia reumatica. Il vaccino come possibile causa di artrite. Quando vaccinare in corso di malattie infantili. Le vaccinazioni e i viaggi. L'immunizzazione nei pazienti reumatici.
Interno pagina 30

Economia Articolare *per l'artrite in fase iniziale*



APPROFONDIMENTO
Un programma educativo
per la protezione delle articolazioni
studiato per i pazienti reumatici
» Interno pagina 12

**Spondiloartriti:
Spondilite anchilosante
Artrite Psoriasica • Entesoartriti**
Gli esperti incontrano i pazienti per trattare
presa in carico, terapia, riabilitazione
Bologna – 27 ottobre 2012 *» Interno pagina 8*



I diritti dei cittadini

RAVENNA – 19 OTTOBRE 2012

Gli esperti dell'INPS, dell'AUSL, del Centro per l'Impiego e dei patronati incontrano i cittadini per approfondire i temi dei loro diritti. *» Interno pagina 5*

Il percorso del paziente

Rete Reumatologica Bolognese

La riorganizzazione della presa in carico del paziente reumatologico per interventi appropriati tempestivi ed adeguati al bisogno dei cittadini
» Interno pagina 9

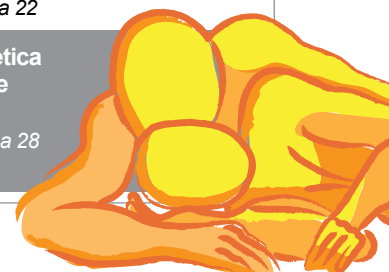


Approfondimenti

Sessualità e malattie reumatiche
» interno pagina 24

Gravidanza e terapie antireumatiche
» interno pagina 22

Terapia dietetica nelle malattie reumatiche
» interno pagina 28



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

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

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

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

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

La sede AMRER di Piacenza riceve su appuntamento il mercoledì pomeriggio. Siamo sempre reperibili sul cellulare:

Guerrina Filippi: 335.6223895
Gruppo Piacenza: 388.7978668

Legenda

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

Per Ricevere il Notiziario



Iscriviti ad AMRER

Basta fare un versamento di almeno

€ 15,00 socio ordinario

€ 30,00 socio sostenitore

su conto corrente postale N° 12172409

oppure c.c. bancario

IBAN - IT 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:

Elisabetta Acquaviva

Chiara Bazzani - Angelo Corvetta

Clodoveo Ferri - Cecilia De Giorgio

Marcello Govoni - Ida Lucchi

Antonio Marchesoni

Giovanni Minisola

Luca Magnani - Piero Marson

Tiziana Solazzo

Samantha Panaroni

Maria Angela Silvestri

Angela Tincani - Francesco Zulian

Progetto grafico

Ricreativi S.r.l.

Stampa

Tipografia "La Pieve Poligrafica

Editore Villa Verucchio" s.r.l.

www.lapievepoligrafica.it

Stampato il 9 Ottobre 2012

Tiratura: 6.500 copie

All'interno del Notiziario

pg. 3 » **Giornata Nazionale sulle spondiloartriti
Convegno per pazienti.**

Una giornata con esperti e specialisti

pg. 3 » **Editoriale**

Il ruolo di un'associazione impegnata per i pazienti.

pg. 5 » **Ravenna - 19 ottobre 2012**

Presentazione Guida all'Handicap e Invalidità Civile

pg. 5 » **Milano - 21 24 novembre**

49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia

pg. 6 » **Pievesestina - 1 dicembre 2012**

Artrite Reumatoide e Sclerosi Sistemica Progressiva

pg. 7 » **Progetto "Cronicità in movimento"**

Corsi di Yoga, Shiatsu, Movimento Armonico, Potenziamento della memoria

pg. 7 » **Progetto "Benessere Fibromialgia"**

I turni autunnali

pg. 7 » **Dal Gruppo AMRER Bologna e Ravenna**

AMRER alla festa del Volontariato di Bologna e Ravenna

pg. 8 » **La Rete Reumatologica Metropolitana di Bologna**

pg. 12 » **Economia articolare per l'artrite in fase iniziale**

Programma educativo per la protezione delle articolazioni.

Educazione gestuale, economia articolare, ginnastica ed esercizi utili.

pg. 20 » **L'impegno del rachide cervicale nell'artrite reumatoide**

Articolo di approfondimento

pg. 22 » **Gravidanza e terapie antireumatiche**

Articolo di approfondimento

pg. 24 » **Sessualità e malattie reumatiche**

La vita sessuale dei malati reumatici

pg. 28 » **Terapia dietetica nelle Malattie Reumatiche**

Articolo di approfondimento

pg. 30 » **Vaccinazioni e malattie reumatiche del bambino**

Articolo di approfondimento

pg. 31 » **Immunizzazione nei pazienti Reumatici**

Il timore che la vaccinazione possa peggiorare o riattivare una patologia reumatica

pg. 32 » **Il Filo della Storia**

Una breve storia del liquido Sinoviale

pg. 34 » **I nostri consigli in cucina**

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

pg. 36 » **I nostri consigli di lettura**

Il corpo porta a spasso le idee

pg. 38 » **L'arte, e la passione di un associato**

Articolo di approfondimento

pg. 38 » **Congratulazioni e condoglianze**

Contatti

AMRER Onlus

Associazione Malati Reumatici

Emilia Romagna Sede Regionale

Via Gandusio, 12 - 40128 Bologna

Codice Fiscale: 80095010379

ORARIO UFFICIO

Apertura al pubblico: Lun. 10.00 / 12.30

Attività ordinaria: Merc., Gio., Ven. 10.00/12.30

Sabato si riceve su appuntamento.

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

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

Il ruolo di un'associazione impegnata per i pazienti



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

Editoriale

Cari associati, amici e lettori, eccoci ad un nuovo appuntamento, che si rinnova e vuole essere un momento ampio di confronto e dibattito per riflettere sul ruolo che assume oggi, e che assumerà in futuro, la nostra Associazione e su come essa potrà rappresentare una valida risposta per un importante e costruttivo cambiamento che la situazione economica e sociale oggi ci impone.

Cambiamento che per Amrer diventa professionalità, impegno continuo e responsabile fino a diventare "lavoro" i cui profitti sono i risultati che si raggiungono in favore dei propri associati e di tutti coloro che numerosi si rivolgono a noi per sentirsi rappresentati. Studiare e creare opportunità per il Malato Reumatico è per Amrer un fine istituzionale irrinunciabile sin da quando nel lontano gennaio del '79 fu fondata a Bologna da un gruppo di persone che hanno voluto impegnarsi per cercare occasioni favorevoli alla propria condizione di malati superando la condizione di singolo individuo. Far parte di una Associazione significa far parte di un gruppo, di un insieme di persone che si riuniscono con lo scopo di perseguire fini ed obiettivi comuni.

Oggi come allora per sostenere e continuare ad esprimere quei valori fondanti abbiamo programmato e svolto iniziative di carattere regionale e provinciale su tutto il territorio, condotte con la modalità del confronto costruttivo e partecipato e finalizzati ad individuare ed approfondire i bisogni di salute e le possibili strategie per soddisfarli.

Per intervenire in modo efficace sulla salute di una popolazione non è sufficiente il solo settore sanitario. È necessaria una politica pubblica per la salute che coinvolga, in modo sinergico, settori diversi della società, delle istituzioni, dei portatori di interesse. Il grande impegno che chiedo è quello di considerare l'opportunità, per chi è portatore di patologia reumatica, di essere partecipe al proprio percorso di cura. Non si può aspettare in modo passivo che il destino si compia per poi recriminare la nostra condizione di "malato" trascurato o addirittura "abbandonato". Sono fermamente convinta che ognuno di noi, e mi riferisco anche a coloro che vivono la malattia indirettamente come familiari, amici, colleghi, possa contribuire in base alle proprie capacità temporali e professionali allo sviluppo e al rafforzamento dell'associazione a cui è iscritto o anche solo simpatizzante. La Rete Reumatologica Metropolitana di Bologna, di cui leggerete ampiamente nelle successive pagine, è un importante risultato raggiunto; esempio di come si può lavorare assieme alle Istituzioni per pianificare servizi ed iniziative rispondenti ai bisogni di salute dei cittadini conoscendone la molteplicità dei fattori che entrano in gioco, raggiungendo risultati che davvero cambiano la qualità della vita ai pazienti con cronicità reumatica.

Tutti sappiamo che esistono circostanze che superano le risorse della singola persona e che separatamente non è possibile ottenere il miglior risultato, ecco allora che ci si riunisce per avanzare le proprie idee e le proprie richieste collettive; ecco perché nascono le Associazioni di Volontariato.

Farsi ascoltare, farsi riconoscere diritti ed opportunità, esprimere le proprie idee è molto più facile se i numeri sono elevati e le sinergie sono utilizzate come capitali da investire per la crescita "aziendale" che in questi ultimi anni ha permesso ad Amrer di connotarsi come una associazione che ha travalicato i confini regionali per rapportarsi al livello nazionale creando un filo diretto con altre realtà regionali e collaborare ad iniziative ad ampio respiro come dimostra e sottolinea il prossimo Convegno Nazionale sulle Spondiloartriti che si terrà a Bologna il prossimo 27 ottobre, mese in cui si vuole sensibilizzare la cittadinanza sulle malattie reumatiche. Vi aspettiamo numerosi a questo appuntamento, che sarà un'occasione per informarsi e confrontarsi su molteplici aspetti, criticità ed opportunità. Vi chiedo un'ampia partecipazione per tutti i malati reumatici affinché si senta forte la nostra voce. "Il principale ostacolo nella lotta contro le Malattie Reumatiche è rappresentato dalla DISINFORMAZIONE", dichiara l'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità e noi sosteniamo che "una buona qualità della vita si ottiene quando l'informazione è alla portata di tutti!".



Per questo il Notiziario del Malato Reumatico, strumento informativo molto seguito ed apprezzato, è una specie di 'finestra aperta' sull'universo delle patologie reumatiche, da quelle più "conosciute" a quelle "rare". Contiene numerose informazioni, dalle attività promosse da AMRER, con un occhio sempre attento alle più recenti notizie a livello regionale, nazionale ed internazionale, alle più attuali novità ed interpretazioni in ambito legislativo (Invalidità Civile e Handicap, Inserimento lavorativo mirato) riguardanti i malati reumatici. Questa Voce ha però bisogno di sostegno e nutrimento anche attraverso le vostre storie di vita, i vostri vissuti con la malattia, le sue difficoltà, le strategie messe in campo per superarne i confini. Attraverso la collaborazione e lo scambio di esperienze, di opinioni, di contatti, possiamo essere di aiuto ad altri e rafforzare il legame fra gli associati. Non voglio dimenticare di farvi pensare che lo sforzo per mantenere attivo e utile questo strumento è legato anche al rinnovo della quota sociale e ai contributi dei soci... piccole quote che garantiscono libertà e indipendenza alla nostra voce, per tutti!

Vi invito quindi ad iniziare con la redazione del Notiziario uno scambio di esperienze e suggerimenti che, ne sono certa, potrà arricchirci immensamente! ■

AMRER Rinnovo della quota sociale - Anno 2012

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

Quota Socio Ordinario 15,00 Euro

Quota Socio Sostenitore 30,00 Euro

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



Ravenna • 19 ottobre 2012 • ore 17.30

ingresso libero

Presentazione Guida all'Handicap e Invalidità Civile

Sala Silvio Buzzi (ex Sala Forum) Circoscrizione II - Comune di Ravenna

All'interno di un progetto di rete sviluppato nella provincia di Ravenna, AMRER Onlus in collaborazione con altre associazioni del territorio ravennate ha promosso la realizzazione di una guida informativa sui diritti dei cittadini in materia di handicap, invalidità civile e inserimento lavorativo.

L'opuscolo sarà presentato durante una tavola rotonda :

**Venerdì 19 ottobre 2012 - ore 17,30
c/o Sala Silvio Buzzi (ex Sala Forum)
Circoscrizione II - Comune di Ravenna
via Berlinguer, 11 - 48121 Ravenna**

All'appuntamento parteciperanno relatori autorevoli:

- Dr.ssa Patrizia Saiani della medicina legale dell'INPS di Ravenna
- Dr.ssa Donata Dal Monte della medicina legale dell'Ausl di Ravenna
- Dr.ssa Grazia Fabbri del Centro per l'Impiego di Ravenna
- Dr. Aldemo Mattioli del patronato INCA regionale - Emilia Romagna
- Avv. Andrea Albertini avvocato del foro di Ravenna

Sarà possibile confrontarsi e fare domande sulle tematiche legate ai diritti del paziente, alle procedure di riconoscimento dell'handicap e dell'invalidità civile con i referenti istituzionali che valutano le richieste.

Per informazioni contattare Per gli altri: Centro Servizi del Volontariato della provincia di Ravenna al numero: 0544.251901



Milano • 21-24 novembre 2012 • meeting di aggiornamento medico

49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia



Il Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia si svolge quest'anno a Milano.

L'evento di carattere prettamente scientifico, è articolato nelle giornate dal 21 al 24 novembre ed è concepito per favorire il confronto e l'aggiornamento di tutti i reumatologi italiani, che in questa sede possono confrontarsi e approfondire tematiche di particolare interesse, criticità e aggiornamenti attraverso le relazioni di esperti dei vari aspetti legati alle malattie reumatiche.

L'attività previste sono corsi di formazione intensiva, corsi didattici pratici e interattivi, simposi e letture istituzionali su temi di grande attualità, senza trascurare argomenti della pratica clinica quotidiana.

I volontari di AMRER Onlus parteciperanno ai corsi per poter trasmettere a tutti voi aggiornamenti e informazioni utili su novità e opportunità per i pazienti. La partecipazione dei pazienti sarà anche l'occasione per portare l'attenzione su tutti gli aspetti sociali legati alle patologie reumatiche, spesso trascurati. ■

Il programma e tutte le informazioni relative al Congresso Nazionale sono consultabili on-line visitando il sito www.reumatologia.it

**Segreteria Scientifica
SIR - Società Italiana Reumatologia
segreteria@reumatologia.it - www.reumatologia.it**

**Segreteria Organizzativa
AIM Group International
Sede di Milano - Via G. Ripamonti, 129
20141 Milano - Tel. 02 566011**



Pievesestina • 1 dicembre 2012 • Convegno medico di aggiornamento Artrite Reumatoide e Sclerosi Sistemica Progressiva



Promotore del Simposio Prof. Angelo Corvetta

Direttore U.O. Medicina Interna e Reumatologia
Ospedale Infermi - Ausl di Rimini
Coordinatore Medicine Interne
Area Vasta Romagna



Anche quest'anno si terrà la giornata reumatologica di Area vasta Romagna che avrà luogo sabato 1 dicembre 2012 presso l'aula didattica del Laboratorio Centralizzato di Pievesestina (uscita autostrada Cesena nord). La segreteria scientifica è curata dal prof. Angelo Corvetta, Direttore della Unità operativa di Medicina Interna e Reumatologia della ASL di Rimini.

Il programma prevede la messa a punto sugli aspetti diagnostici e terapeutici più importanti di 2 malattie reumatiche assai diffuse come l'artrite reumatoide e la sclerosi sistemica progressiva.

L'introduzione dei farmaci biologici e una strategia diagnostica più aggressiva nelle forme di artrite di recente insorgenza sono gli aspetti più rilevanti inerenti l'artrite reumatoide.

Le manifestazioni precoci pre-sclerodermiche e il trattamento con farmaci "vasoattivi" sono gli aspetti che appaiono più innovativi inerenti la sclerosi sistemica progressiva.

Di questo e di molto altro si parlerà nel corso dell'incontro.

Gli associati di AMRER sono cordialmente invitati a partecipare. ■

Organizzato da
Coordinamento Medicina Interna di Area Vasta Romagna

ARTRITE REUMATOIDE E SCLEROSI SISTEMICA PROGRESSIVA

Programma della Giornata

Moderatori:

Angelo Corvetta (Rimini)
Maurizio Nizzoli (Forlì)

8.30: Iscrizioni e saluto delle Autorità.

Artrite Reumatoide

- 9.00: **Early Arthritis.**
Luca Montaguti (Cesena)
- 9.15: **Manifestazioni viscerali della Artrite Reumatoide.**
Paolo De Angelis (Ravenna)
- 9.30: **Il Laboratorio.**
Vittoria Cova (Pievesestina)
- 9.45: **Terapia con formaci di fondo.**
Alessandra Bezzi (Rimini)
- 10.00: **Altre terapie.**
Francesco Girelli
e Lucia Gardelli (Forlì)
- 10.15: **Discussione**
- 10.45: **Pausa caffè**

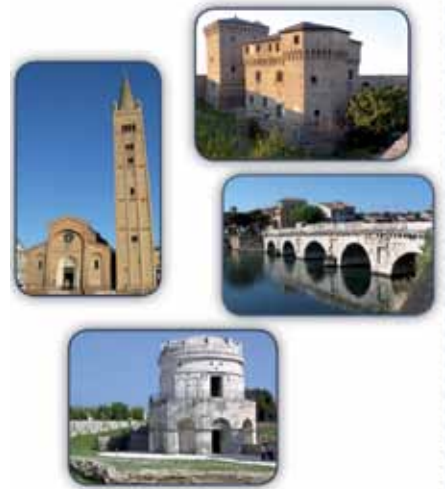
Sede congressuale

Aula Magna del Laboratorio Unico di Area Vasta Romagna (Pievesestina)

Segreteria scientifica: 0541-705223
347-1216526

Sclerosi Sistemica Progressiva

- 11.00: **Diagnosi precoce e patologia di confine.**
Gianluca Moroncini (Ancona)
- 11.15: **Il laboratorio.**
Carlo Conti (Pievesestina)
- 11.30: **Fibrosi e ipertensione polmonare.**
Paola Sambo (Cesena)
- 11.45: **Trattamento con farmaci "vasoattivi".**
Claudia Pari (Rimini)
- 12.00: **Altre terapie.**
Fabio Mascella (Rimini)
- 12.15: **Discussione**
- 13.00: **Chiusura dei lavori**



"Progetto Benessere Fibromialgia"

Progetto Benessere Fibromialgia 2012

Anche nell'autunno 2012 prosegue lo sviluppo e lo studio dei protocolli per i pazienti fibromialgici con la collaborazione dell'UOC di Reumatologia dell'Università di Ferrara. Gli obiettivi del progetto Benessere 2012 rimangono quelli di migliorare la sintomatologia algica di pazienti affetti da sindrome fibromialgica mediante terapia fisica in ambiente termale; validare l'efficacia di tale terapia tramite valutazioni mediche e somministrazione di questionari, eseguiti prima e dopo il programma terapeutico; sperimentare, creare e promuovere modelli, successivamente trasferibili per il benessere complessivo delle persone.

Turni autunnali – gruppi massimo di 10 persone:
15 ottobre al 26 ottobre 2012
5 novembre – 16 novembre 2012
19 novembre – 30 novembre



Vuoi partecipare anche tu?

Contatta la sede AMRER di Bologna
al numero 051.249045 – 338.4907411
(Margherita in orario ufficio)

Maggiori informazioni sul sito www.amrer.it



Dal Gruppo AMRER Piacenza – Progetto “Cronicità in movimento” Corsi di Yoga, Shiatsu, Movimento Armonico Potenziamento della memoria

A Piacenza sono aperte le iscrizioni per partecipare ai **corsi di Yoga, Shiatsu, Movimento Armonico e Potenziamento della memoria**, studiati appositamente dalle associazioni in ambito salute del territorio piacentino e aperti a soci e cittadinanza tutta.

L'obiettivo è favorire il movimento dolce attraverso attività che stimolino e valorizzino il raggiungimento e mantenimento dell'equilibrio tra mente e corpo. “Un corso per le nostre articolazioni” lo hanno definito i volontari AMRER di Piacenza!

I corsi sono promossi dalle Associazioni **AMRER** (per i pazienti reumatici), **ARMONIA** (per le donne operate di tumore al seno), **ALICE** (per i pazienti neurologici) – **AISLA** (per i pazienti con SLA). **Ci permettiamo di suggerire i corsi di Yoga, Shiatsu, Movimento Armonico come particolarmente indicati per pazienti che soffrono di Sindrome Fibromialgica.**

Il corsi, già attivi, si tengono presso la Palestra (ex Via Buozzi) – accesso dal parcheggio retrostante il supermercato COOP di **via Martiri della resistenza – Piacenza.**

Per informazioni sui corsi è possibile contattare il numero di cell. 388.7978668 (Milena - AMRER piacenza) ■



Orario	Lunedì	Giovedì	Venerdì	Sabato
14,30	Training stimolazione CS	Training stimolazione CS		
15,00				
15,30	Animazione stimolazione sociale cogn. in gruppo	Animazione stimolazione sociale cogn. in gruppo		
16,00				
16,30				
17,00				
17,30	Movimento armonico	Allenamento della memoria	Yoga	Shiatsu
18,00				
18,30				
19,00				
19,30				
19,30				

Dal Gruppo AMRER Bologna e Ravenna Festa del Volontariato di Bologna e Ravenna

AMRER nel mese di settembre è stata presente distribuendo molto materiale informativa nelle città di Ravenna e Bologna durante le Feste del Volontariato cittadino.

Un successo di pubblico e momenti di reciproco scambio tra le tante associazioni partecipanti! ■



Gruppo volontari al lavoro a sinistra Bologna a destra Ravenna





Il percorso del paziente reumatologico

Rete Reumatologica Metropolitana di Bologna



Guerrina Filippi
Presidente AMRER Onlus
Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna
guerrinafilippi@alice.it



Daniele Conti
Responsabile Area Progettazione
Associazione Malati Reumatici
Emilia Romagna
contidaniele@hotmail.it



Tempestività ed equità di accesso alle prestazioni, appropriatezza di trattamento e continuità nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per le malattie reumatiche più acute come artrite reumatoide, spondiloartriti, connettiviti e vasculiti. Questi gli elementi qualificanti della Rete Reumatologica Metropolitana di Bologna operativamente attiva dal 2 luglio 2012, presentata in conferenza stampa da Massimo Annicchiarico, direttore sanitario dell'Azienda USL di Bologna, Giovanni Baldi, direttore generale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, Mario Cavalli, direttore sanitario del Policlinico S. Orsola Malpighi, Giuliano Barigazzi, presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna, Guerrina Filippi, Presidente di A.M.R.E.R. (Associazione dei Malati Reumatici dell'Emilia Romagna).

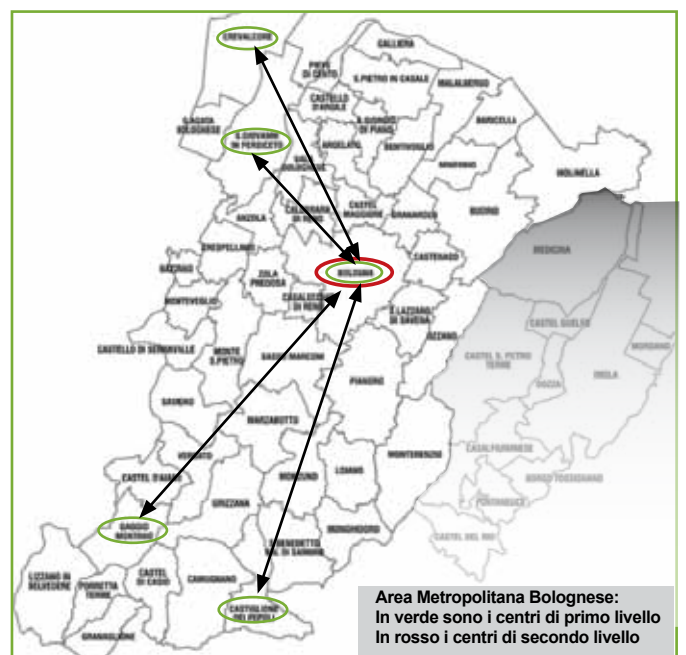
un lavoro aperto che non finisce con il documento che brevemente di seguito è illustrato, ma ha attivato altri ambiti di lavoro tra cui possiamo trovare periodici incontri per verificare quanto messo in pratica, correggere e migliorare, aumentare i servizi (ad esempio la riabilitazione) e rispondere alle varie sfumature necessarie per una corretta e completa presa in carico del paziente reumatologico. ■

Cosa significa "Rete Reumatologica Metropolitana" in Bologna?

A parte nomi e definizioni tecniche cerchiamo ora di presentare il nuovo modello di presa in carico attivato sul territorio dell'area metropolitana bolognese – territorio che comprende 50 comuni attorno alla città metropolitana di Bologna i cui servizi sanitari sono pensati per rispondere alle esigenze di oltre un milione di abitanti. Il concetto di rete è piuttosto articolato, ma figurativamente già dal nome ben spiega la fisionomia e l'impronta dell'assetto organizzativo che si vuole dare al Servizio per il paziente. Si abbandona l'idea di un unico centro/nodo in grado di far tutto, cosa impossibile per rispondere al bisogno articolato dei pazienti reumatologici, per creare una struttura a nodi con compiti ben stabili per servire il paziente in base al suo bisogno specifico, garantendo qualità, efficienza e tempestività di intervento. Il territorio di Bologna presenta una peculiarità rispetto ad altri territori della regione: sono presenti 3 Aziende Sanitarie (Ausl – Aosp S. Orsola – IRCCS Rizzoli) che hanno il compito di servire il "Bisogno di Salute" dei cittadini. Le tre aziende sono ovviamente autonome, e ciascuna con compiti e competenze specifiche. Su questo presupposto AMRER ha spinto la propria azione propositiva nella richiesta di riorganizzare la reumatologia. Le tre Aziende Sanitarie sostenute dall'Assessorato Salute della Provincia di Bologna, con la collaborazione di AMRER, hanno costruito protocolli e accordi che investono le procedure, i compiti e gli obiettivi da raggiungere di vari servizi per rispondere in modo completo al bisogno del malato reumatico. Il progetto perseguito non è una semplice costruzione cartolare, ma ha il proprio perno in un tavolo di confronto e lavoro che rimane aperto e a cui partecipano tecnici, medici e pazienti come una sorta di "cabina di regia" in continua attività per rendere efficiente e modernizzare il servizio, valorizzando le peculiarità e i compiti di tutti gli attori, ponendo al centro il paziente. E' quindi



Da sx: Mario Cavalli – Dir. Sanitario S. Orsola, Giovanni Baldi Dir. Generale Ist. Rizzoli, Guerrina Filippi – Pres. AMRER, Massimo Annicchiarico Dir. Sanitario Ausl di Bologna, Giuliano Barigazzi Assessore Salute Provincia di Bologna e presidente CTSS



Area Metropolitana Bolognese:
In verde sono i centri di primo livello
In rosso i centri di secondo livello



Rete Reumatologica Metropolitana di Bologna

Il percorso del paziente reumatologico

Ambito di intervento

Il paziente reumatologico è un paziente affetto da patologia cronica che, per la particolare complessità diagnostica e terapeutica, necessita di un percorso di presa in carico che eviti la frammentarietà delle prestazioni clinico – assistenziali e garantisca la continuità della cura.

In particolare, in alcune patologie reumatologiche ad andamento prognostico più severo quali Artriti (es. artrite reumatoide), Spondiloartriti (es. spondilite anchilosante, artrite psoriasica) e connettiviti/vasculiti (es. sclerodermia, les) la diagnosi e la terapia devono essere effettuate il più precocemente possibile in quanto un trattamento precoce e adeguato consente i migliori risultati e condiziona l'evoluzione della malattia

La scelta di strutturare dei percorsi clinico – organizzativi per artriti, spondiloartriti e connettiviti/vasculiti è motivata da presupposti clinici e operativi nell'ottica di favorire l'accesso e migliorare la presa in carico di patologie reumatiche meno frequenti ma sicuramente con una maggiore incidenza nella popolazione più giovane e ad andamento prognostico più severo, spesso diagnosticate in ritardo e, in particolare nel caso delle connettiviti, con coinvolgimento sistemico (multiorgano), invalidante e a rischio di vita.

Approfondimenti

Tutti i documenti del percorso sono scaricabili sui siti di AMRER, dell'Ausl di Bologna e del Policlinico S. Orsola Malpighi.



Punti di accesso e organizzazione del percorso

I nodi di accesso di cui è composta la rete, ossia i punti / presidi di servizio a cui il paziente può rivolgersi per avere il Servizio Reumatologico sono suddivisi in base ai compiti assegnati ai vari attori.

Primo anello - Medico di Base: tutti i medici di base dell'area coinvolta sono stati formati attraverso specifici incontri, e verranno costantemente aggiornati attraverso la cosiddetta formazione obbligatoria.

Il paziente con esordio dei sintomi di un reumatismo infiammatorio acuto, può rivolgersi al proprio medico di base che avrà l'opportunità di inviarlo al Centro reumatologico di primo livello per una prima visita reumatologica entro 7 giorni con priorità.

Centri reumatologici: sono i nodi della rete che hanno il compito specifico di intervenire in modo tempestivo con le indagini diagnostiche attraverso il modello del Day Service o Specialistica Evoluta nei casi di esordio e successivamente avviare eventuali protocolli terapeutici o indirizzare i pazienti non reumatologici verso altra diagnostica/specialistica del caso.

Il modello del Day Service o Specialistica Evoluta consiste nella programmazione da parte del personale ospedaliero – specialisti e infermieri – di tutti gli **esami necessari da eseguirsi entro 60 giorni** in regime di presa in carico a servizio sanitario pubblico.

I Centri reumatologici sono differenziati per **primo e secondo livello** in base alla fase del percorso in cui il paziente si trova: **Esordio patologia: primo livello; Indagini diagnostiche e Follow-up** (programmazione dei controlli successivi): **primo e secondo livello** (in base alla tipologia di necessità).

Centri di primo livello: sono i punti di accesso qualificati per rispondere in modo tempestivo e appropriato ai primi sintomi di esordio delle patologie reumatologiche ad andamento prognostico più severo che abbiamo identificato in: artriti (es. artrite reumatoide), spondiloartriti (es. spondilite anchilosante) e connettiviti/vasculiti (es. sclerodermia, les).

I centri di primo livello sono abilitati ad avviare il percorso diagnostico (es. Laboratorio, Radiologia, Cardiologia) e terapeutico di primo intervento, e sono suddivisi sul territorio dell'intera rete:

- all'interno dell'area urbana: **Ospedale Maggiore, Policlinico Sant'Orsola Malpighi e Istituto Ortopedico Rizzoli.**
- sul territorio metropolitano: **Ospedale di San Giovanni in Persiceto e presidi territoriali di Castiglione dei Pepoli, Porretta Terme e Vergato**

Centri reumatologici di secondo livello: sono i punti di gestione della diagnostica e specialistica di secondo livello (Radiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Medicina Interna) e sono: **Ospedale Maggiore, Policlinico Sant'Orsola Malpighi e Istituto Ortopedico Rizzoli.**

LE STRUTTURE

Azienda USL di Bologna

- **Ospedale Maggiore**
Largo B. Nigrisoli, 2 - Bologna
Centralino Tel. 051 647 8111
UOS Reumatologia - Medicina Interna C
Tel. 051 647 8649 - 8433

- **Ospedale San Salvatore**
Via Enzo Palma, 1 S. Giovanni in Persiceto
Centralino Tel. 051 681 3111
Ambulatorio Reumatologia
UOC Medicina - Tel. 051 681 3512
(mercoledì e giovedì dalle 14 alle 18)

- **Dipartimento Cure Primarie**
Sedi Ambulatoriali
Porretta T. - martedì dalle 8.30 alle 13.30
Tel. 0534 207 11
Vergato - martedì dalle 14 alle 17
Tel. 051 674 9918
Castiglione P. - mercoledì dalle 9 alle 13
Tel. 051 349 3785

- **Istituto Ortopedico Rizzoli**
Via G.C.Pupilli, 1 - Bologna
Centralino Tel. 051 636 6111
S.S.D. Reumatologia
Segreteria Tel. 051 636 6189
Ambulatorio Tel. 051 636 6958
Day Service Tel. 051 636 6957

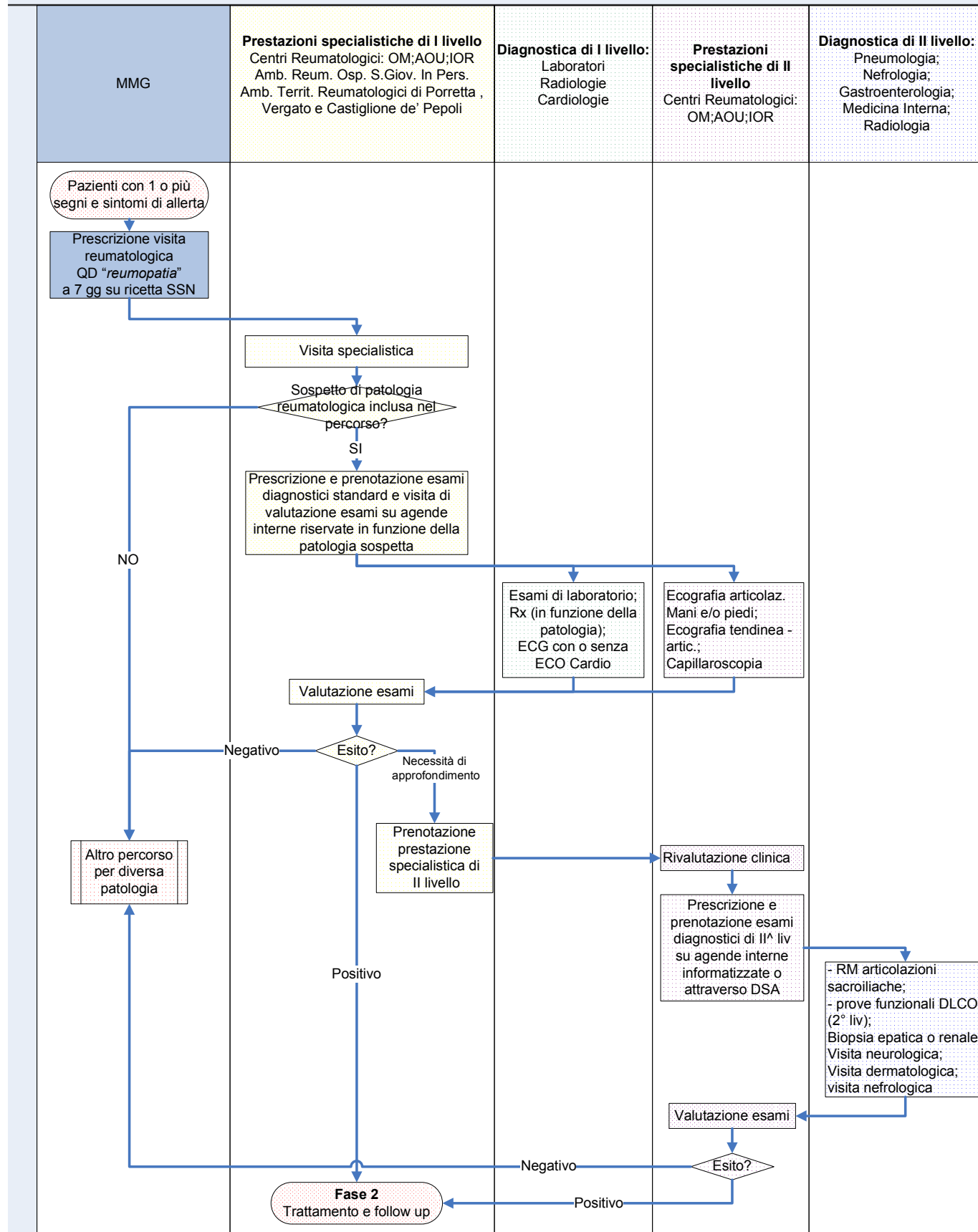
- **Azienda Ospedaliero - Universitaria Bo**
Policlinico S.Orsola - Malpighi
Via Albertoni, 15 - Bologna
Centralino Tel. 051 636 1111
Ambulatori e Day Service
Reumatologia - Medicina Interna Borghi
Medicina Interna Bolondi
Tel. 051 636 2819/2650

- **Associazione di pazienti**
Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna - AMRER Onlus
Via Gandusio 12 - Bologna
Tel./Fax 051 249 045 - Cell. 335 6223895
ass.amrer@alice.it - www.amrer.it

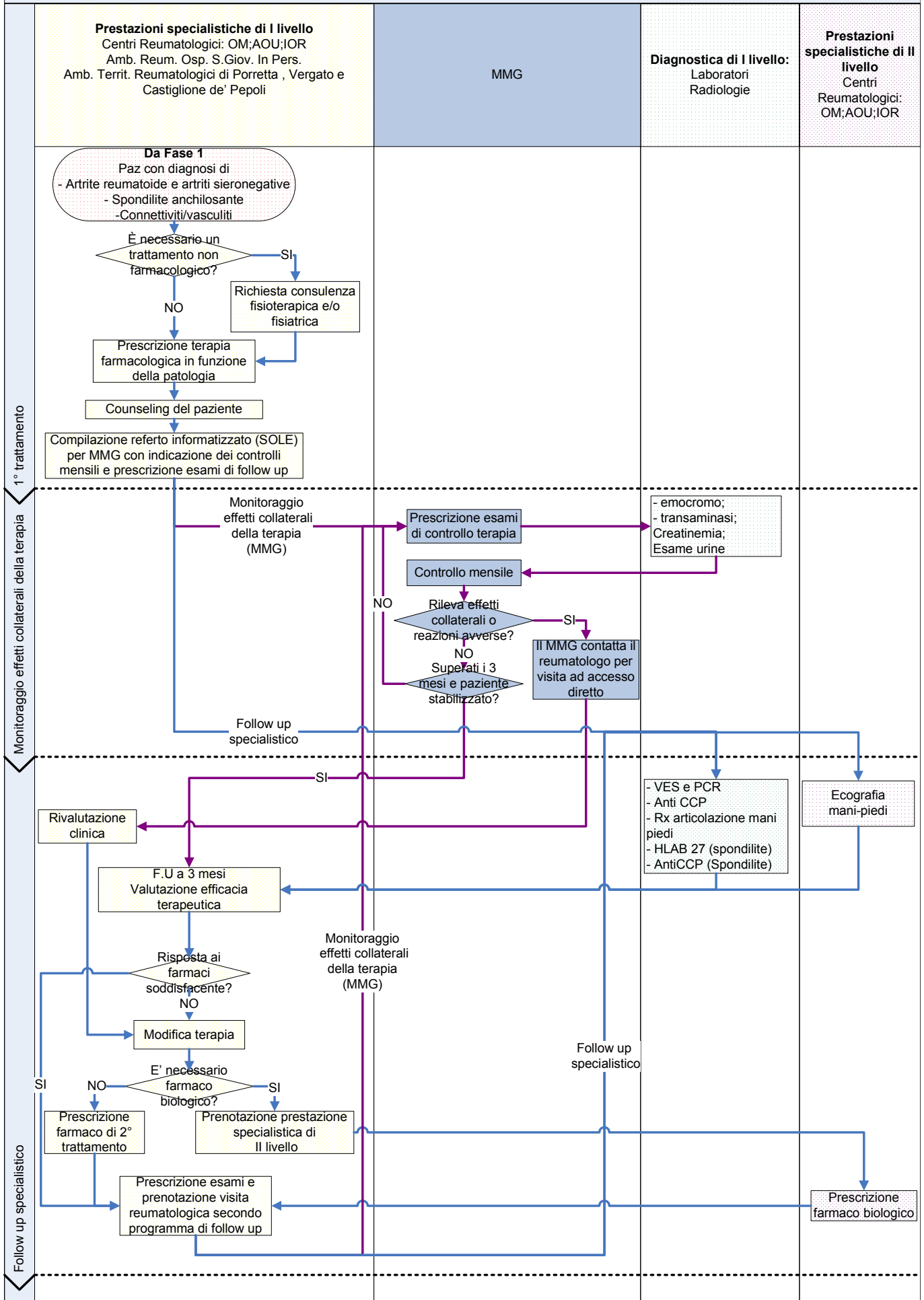
RETE REUMATOLOGICA METROPOLITANA DI BOLOGNA

PDTA Paziente reumatologico adulto

FASE 1 : Accesso e diagnosi



PDTA Paziente reumatologico adulto
FASE 2 : Trattamento e follow up



Early Arthritis

Artrite in fase iniziale

Con il termine "EARLY ARTHRITIS" si identificano tutte le forme di **artrite in fase iniziale**.

Nelle sue fasi iniziali (entro 6 mesi dalla comparsa dei primi sintomi) un'artrite è solitamente più responsiva alla terapia farmacologica.

Diversi studi hanno chiaramente dimostrato che un'energica terapia instaurata nelle prime fasi di malattia può rallentare notevolmente la velocità di progressione dell'artrite con un effetto che persiste anche a distanza nel tempo. E' quindi importante sfruttare al meglio questa delicata fase della storia naturale della malattia che rappresenta una vera e propria **finestra di opportunità terapeutica**, nella quale il processo infiammatorio non ha ancora danneggiato irrimediabilmente le strutture articolari ed è ancora reversibile.

Il **fattore tempo** è dunque un elemento fondamentale per ottenere risultati apprezzabili sia dal punto di vista della riduzione dell'attività di malattia sia per mantenere una qualità di vita quanto più vicina alla normalità.

Early Arthritis Clinic

Queste nuove acquisizioni hanno portato alla istituzione in molti paesi di strutture specializzate appositamente dedicate alla gestione dell'artrite in fase iniziale, le cosiddette "Early Arthritis Clinics".

Anche nella nostra Regione, in tutti i centri reumatologici, sono stati istituiti ambulatori dedicati a questo problema ai quali i pazienti inviati dai Medici di Medicina Generale possono accedere con brevi tempi di attesa.

Per facilitare l'individuazione dei pazienti con "early arthritis" che necessitano di una valutazione specialistica, sono state codificate alcune semplici regole definite "red flags" (bandiere rosse).

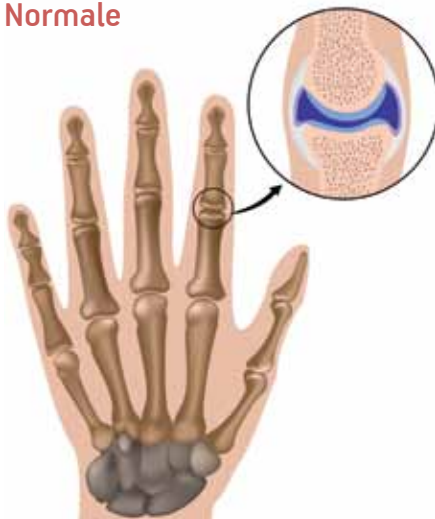
Criteria di invio del paziente all'Early Arthritis Clinic (red flags):

- Presenza di infiammazione (sinovite), dolore e tumefazione in una o più articolazioni
- Rigidità mattutina, al risveglio, maggiore di 30 minuti
- Dolore evocato dall'appalpalazione delle articolazioni metacarpo-falangee (mani) e metatarso-falangee (piedi): "segno della gronda"



"Segno della gronda"

Normale



Artrite Reumatoide



Artrite Reumatoide

L'Artrite Reumatoide è una malattia infiammatoria cronica che colpisce soprattutto le articolazioni delle mani e dei piedi, e provoca un'infiammazione persistente della membrana sinoviale (sinovite) che con il tempo può creare un danno progressivo ed irreversibile.

La malattia si manifesta con i tipici segni dell'artrite: dolore, rigidità articolare, debolezza muscolare, riduzione del movimento. Può comparire ad ogni età e colpisce prevalentemente le donne. Ha, in genere, andamento cronico, con periodi di benessere alternati a periodi più o meno lunghi di riacutizzazione.

Nell'artrite reumatoide la membrana sinoviale infiammata - sinovite - tende ad invadere la cartilagine e l'osso dove determina dei danni denominati erosioni. Un'infiammazione simile può interessare anche le guaine dei tendini e i legamenti.

Nella sua fase iniziale l'artrite reumatoide può presentarsi anche con semplici dolori articolari intermittenti che possono essere sottovalutati. Occorre quindi prestare molta attenzione ai sintomi iniziali - soprattutto se nei familiari sono noti casi di malattia - e rivolgersi quanto prima al proprio medico curante che a sua volta provvederà, se necessario, all'invio presso il centro reumatologico specializzato di riferimento (Early Arthritis Clinic).

Per controllare la malattia e prevenirne gli esiti invalidanti, è innanzi tutto necessaria un'adeguata terapia farmacologica, da adattare in funzione dello stadio evolutivo e delle caratteristiche del singolo paziente.

Le articolazioni, le guaine tendinee, i tendini ed i legamenti colpiti dall'infiammazione diventano più vulnerabili alle sollecitazioni meccaniche; si rende pertanto necessario, accanto alla terapia farmacologica, impostare anche un **programma di protezione articolare** che viene chiamato "economia articolare".

Economia articolare

L'Economia Articolare (EA) rappresenta un insieme di strategie e tecniche finalizzate a **minimizzare gli sforzi e l'affaticamento delle articolazioni** e può pertanto essere considerata un insieme di "consigli" finalizzati all'apprendimento di gestualità corrette, con e senza strumenti, che consentono di razionalizzare l'uso delle articolazioni prevenendo e rallentando il loro deterioramento.

Obiettivi principali:

- Prevenire le deformità articolari
- Mantenere o recuperare la funzionalità articolare
- Offrire la maggior autonomia gestuale
- Facilitare le attività di vita quotidiana, sociale e lavorativa

Un corretto programma di **economia articolare** può quindi strutturarsi su tre direttrici principali:

- Educazione gestuale (imparare una corretta gestualità)
- Utilizzo di ausili tecnici, ortesi e splint
- Adattamento dell'ambiente lavorativo e domestico

Tutti questi interventi sono finalizzati a:

- ridurre il dolore
- prevenire le deformità articolari
- ridurre la disabilità



Il concetto di **protezione delle articolazioni** non deve essere associato all'inattività, ma piuttosto all'idea di acquisire un appropriato metodo di attività basato su accorgimenti che oltre a ridurre o evitare il dolore ritardano ed evitano il prodursi di deformità delle articolazioni stesse. Quando si iniziano ad avvertire difficoltà alle articolazioni è importante imparare a svolgere le azioni quotidiane in modo corretto utilizzando oggetti giusti e movimenti adeguati.

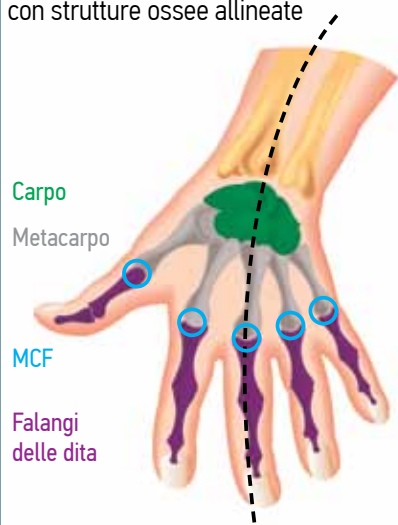
Economia articolare La mano

L'importanza della mano nella vita di relazione e nello svolgimento delle attività quotidiane è tale che ogni alterazione, anche di modesta entità, dei corretti rapporti anatomici tra le varie strutture che la compongono, comporta una forte penalizzazione della sua funzionalità.

Nelle figure sono indicati alcuni esempi di modificazioni della normale anatomia della mano causate dall'artrite reumatoide.

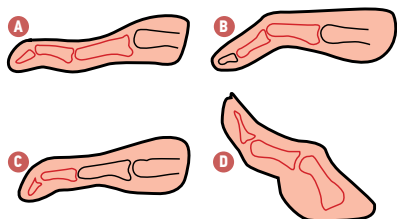
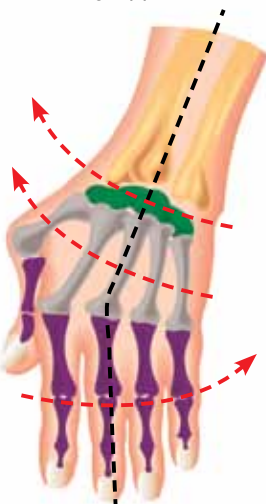
Mano Normale

con strutture ossee allineate



Mano con deviazioni da artrite

visione dei gruppi ossei deviati



- A - Deformità a collo di cigno
- B - Deformità ad asola o boutonnière
- C - Deformità a martello
- D - Deformità del pollice a zeta

Economia articolare Educazione gestuale

L'Educazione gestuale è l'insieme delle tecniche finalizzate al miglior utilizzo delle articolazioni durante le normali attività quotidiane. L'impiego delle nostre articolazioni impone spesso un uso forzato sotto carico e contro resistenza; tutte le attività che impongono l'uso ripetuto e forzato delle articolazioni sotto carico e contro resistenza sono dannose, soprattutto se le articolazioni sono infiammate.

La conoscenza di alcuni "accorgimenti" può tuttavia aiutare a gestire al meglio anche un'articolazione infiammata preservando in tal modo la propria autonomia.

Riportiamo alcuni principi di educazione gestuale utili per preservare l'integrità e la funzionalità delle nostre articolazioni:

- **Aumentare il diametro degli oggetti che si utilizzano**
L'utilizzo di oggetti sottili e di piccole dimensioni aumenta infatti lo stress meccanico delle piccole articolazioni della mano. L'aumento della superficie di presa può pertanto ridurre il rischio di deformità.
- **Evitare deviazioni articolari durante la gestualità**
In molti gesti quotidiani non si tiene conto dell'ottimale allineamento tra le articolazioni; alcuni semplici accorgimenti possono evitare posture dannose durante le più comuni gestualità
- **Ridurre il carico sulle singole articolazioni**
Un'articolazione infiammata è maggiormente sensibile allo stress meccanico per cui è meglio non sovraccaricarla, distribuendo il carico su un numero maggiore di articolazioni, utilizzando preferibilmente quelle di dimensioni maggiori e sfruttando parti del corpo più robuste come ad esempio l'avambraccio piuttosto che le sole dita.

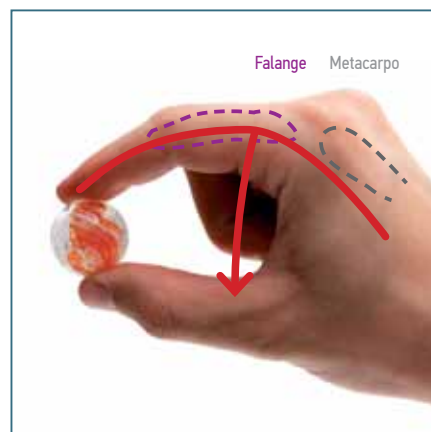
Le articolazioni che utilizziamo maggiormente nei movimenti quotidiani, e che per questo motivo sono più soggette ad usura e deformazioni in corso di artrite sono: mani, piedi, ginocchia ed anche.

La funzione essenziale della mano è quella della presa, che si esercita grazie alla capacità del pollice di opporsi alle altre dita.

Durante la prensione, la mano colpita da artrite, se non adeguatamente protetta, tende ad assumere un assetto scorretto a causa del gioco di forze che si determina: i *muscoli flessori*, che permettono alle dita di "chiudersi", con la contrazione determinano lo spostamento verso il lato palmare (*sublussazione o disassamento*) della prima falange rispetto al corrispondente metacarpo (si vedano immagini a fianco).

Quando un processo infiammatorio interessa le articolazioni alla base delle dita (*articolazioni metacarpofalangee = MCF*), l'articolazione diventa più instabile e, anche in questo caso più facilmente si realizza la *sublussazione* della prima falange verso il basso.

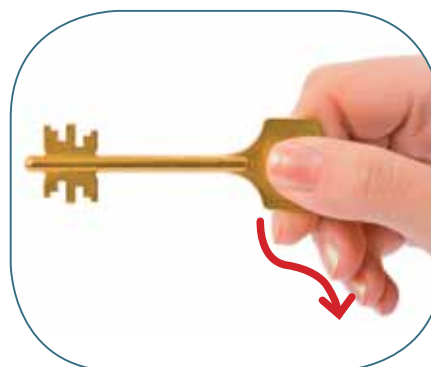
Nelle figure sono riportati alcuni esempi di ciò che accade quando si afferrano oggetti di diverse dimensioni:



La forza sub-lussante si riduce se invece l'oggetto è di dimensioni maggiori



Afferrare un oggetto solamente con il pollice e l'indice (*presa termino-laterale*), come girare una chiave o stringere una penna, porta il pollice a sospingere le dita verso l'esterno accentuando così la tendenza alla deviazione verso il lato ulnare o "a colpo di vento" delle dita



Educazione gestuale Aumentarne il diametro di presa

La maggior parte delle azioni che si svolgono quotidianamente con le mani (afferrare un piatto, aprire un barattolo, usare le posate) sollecitano le articolazioni in modo scorretto, favorendo lo sviluppo di deformazioni.

In generale, come abbiamo già detto, per evitare questi inconvenienti e facilitare una presa più corretta ed ergonomica degli oggetti di uso comune, è sufficiente **aumentarne le dimensioni nel punto di presa anche aiutandosi con accorgimenti ed ausili opportuni**. Ecco alcuni esempi:

SCORRETTO



CORRETTO



Attenzione

Afferrare oggetti di dimensioni maggiori riduce il rischio di sublussazione



Educazione gestuale Evitare deviazioni articolari durante la gestualità

Evitare deviazioni articolari durante la gestualità significa mantenere un perfetto allineamento fra avambraccio, polso e oggetto utilizzato.

Nell'utilizzo di oggetti quotidiani spesso compiamo gesti senza tenere conto del corretto allineamento tra avambraccio, polso e oggetto che intendiamo afferrare. Nelle articolazioni normali, entro certi limiti, l'azione di muscoli, capsule e legamenti è infatti sufficiente a compensare questa situazione garantendo, anche in queste condizioni, la stabilità articolare evitando così spiacevoli conseguenze. Quando però l'articolazione è infiammata o danneggiata, diviene più instabile e l'azione di compenso delle strutture di contenimento articolare è insufficiente. Il corretto allineamento dei distretti articolari interessati da un determinato atto gestuale può ridurre gli effetti dannosi.

Pertanto, particolare attenzione deve essere prestata per evitare disallineamenti tra i vari distretti articolari interessati. Ciò si può ottenere con un appropriato ingrossamento dell'oggetto da impugnare, con una corretta presa a "piena mano" e con l'utilizzo di utensili opportunamente disegnati.

Quando si usano posate "normali" si verifica quanto segue:

- l'uso del cucchiaino facilita la deviazione verso l'interno delle dita (*deviazione ulnare*)
- l'impiego del coltello e della forchetta attiva i muscoli flessori che tendono a piegare le articolazioni delle dita e delle articolazioni metacarpofalangee con il rischio di *sublussare la prima falange*
- il gesto di portare la posata alla bocca di solito viene compiuto angolando il polso rispetto alla mano



SI



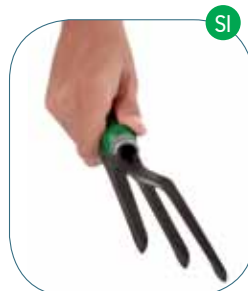
SI



Evitare deviazioni articolari durante la gestualità

L'uso di posate e utensili con impugnatura ingrossata e la presa a piena mano ha tre vantaggi

- riduce il rischio di sublussazione palmare della prima falange
- diminuisce la deviazione ulnare delle dita perché queste rimangono maggiormente allineate fra di loro
- diminuisce l'angolazione fra mano e avambraccio



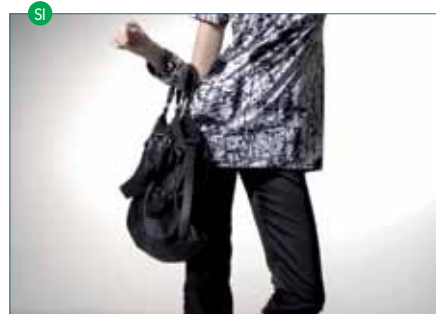
Educazione gestuale Ridurre il carico sulle singole articolazioni

La diminuzione dello stress meccanico sulle articolazioni infiammate, distribuendo il carico su un numero maggiore di articolazioni, possibilmente di dimensioni maggiori, sfruttando anche bracci di leva più convenienti, evita dannosi sovraccarichi.

Ciò si può ottenere distribuendo su entrambi gli avambracci il trasporto di oggetti pesanti, utilizzando borse a tracolla o sfruttando l'avambraccio per tenere una borsa o, ancora, utilizzando un carrellino porta spesa. Si tratta di semplici provvedimenti che consentono di ridurre in modo significativo il carico (in trazione e compressione) sulle articolazioni infiammate.

Alcuni esempi illustrativi per migliorare la presa di oggetti di uso comune:

Ridurre il carico sulle singole articolazioni



Attenzione

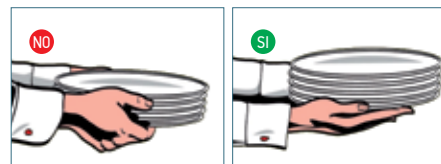
è importante evitare sforzi inutili, meglio trasportare su rotelle o spingere anziché sollevare...



... fare il possibile per svolgere attività che possono sovraccaricare le articolazioni, in posizione seduta, preferibilmente su una sedia regolabile in altezza per arrivare più comodamente al piano di lavoro...



... e ancora, appendere gli oggetti che si utilizzano più frequentemente, in posizioni facilmente raggiungibili.



Economia articolare Utilizzo di ausili tecnici, ortesi e splint

Gli ausili

Gli ausili sono strumenti idonei per ridurre il carico articolare, facilitare determinate gestualità e mantenere il più possibile l'indipendenza nelle attività di vita quotidiana. L'utilizzo di strumenti opportunamente modificati può rivelarsi molto utile anche per mantenere efficienti le articolazioni nel tempo. A differenza dei comuni utensili sono acquistabili come prodotti sanitari.

Ausili per aprire bottiglie e barattoli



Ausili per le penne



Ausili per le chiavi



Utilizzo di ausili tecnici, ortesi e splint

Il Bricolage può aiutare

La ricerca di soluzioni ergonomiche, rispettose dei principi di economia articolare, è un processo in continua evoluzione che impegna progettisti e designer. Nuovi materiali e nuove tecnologie concorrono a fornire nuovi spunti per soluzioni tecniche sempre migliori.

Con un po' di inventiva anche i pazienti possono essere protagonisti attivi di questo processo suggerendo soluzioni talora ingegnose che possono diventare patrimonio comune e semplificare la vita a tante persone.

Ausili per le stoviglie



Ausili per infilare i bottoni



Ausili per afferrare oggetti



Di seguito vi proponiamo alcuni accorgimenti che, nel rispetto dei principi teorici di economia articolare sopra esposti, sono stati realizzati con materiali "poveri" e di facile reperibilità, utili per modificare oggetti ed utensili.

Per aumentare la superficie di presa è possibile utilizzare del materiale inerte acquistabile a basso costo nei negozi del "fai da te".



Utilizzo di ausili tecnici, ortesi e splint Gli splint o ortesi

Lo splint è un dispositivo esterno di contenimento che sostiene, allinea e stabilizza le articolazioni.

Ne esistono di 3 tipi a seconda dello scopo che si vuole raggiungere:

- **SPLINT STATICI O DA RIPOSO:** immobilizzano totalmente l'articolazione; hanno effetto antalgico (cioè riducono il dolore) e antinfiammatorio. Vengono indossati nei momenti di riposo (notte, pause di lavoro) e permettono di mantenere il polso e le dita nella posizione anatomica migliore, favorendo la riduzione dell'edema (gonfiore) e del dolore, correggendo i disallineamenti dei capi articolari.



- **SPLINT DA LAVORO:** consentono il movimento di alcune articolazioni terminali (dita) ma mantengono la stabilità del polso. La loro funzione è di salvaguardare le articolazioni dolenti e di permettere lo svolgimento delle attività quotidiane garantendo un certo grado di movimento delle articolazioni (nell'esempio, le dita).



- **SPLINT DINAMICO:** consentono di mantenere il trofismo muscolare o correggere posture errate tramite molle e tiranti. Grazie a questi accorgimenti possiamo ottenere anche un miglioramento della presa.



Gli splint o ortesi

Nel caso dell'artrite in fase precoce si potrà trarre giovamento dall'utilizzo di un'ortesi statica o da lavoro nelle fasi acute della malattia. Sarà comunque buona regola posizionare correttamente la mano durante la giornata: ciò significa, ad esempio, evitare di lasciare penzolare inerte la mano quando non la si utilizza, ma fare attenzione che sia appoggiata rilassata su una superficie piana e che sia in asse con il polso: in questo modo si evitano dolori ed una eccessiva trazione su tendini e legamenti.

Lo splint / ortesi deve essere semplice, comodo ed esteticamente accettabile: dovrà essere leggero e facile da indossare e da togliere. Importante è la scelta del materiale; i più utilizzati sono quelli termoplastici che si lasciano modellare a basse temperature (70°) e, quindi, consentono il modellamento direttamente sul paziente ed una buona rifinitura nei particolari.

Poiché l'artrite può essere una malattia in evoluzione, uno splint ben fatto deve essere modificabile nel tempo: la proprietà di "memoria" dei materiali termoplastici consente di eseguire successive modifiche per un perfetto adattamento al paziente.

Scopo di questi ausili è quello di:

- **ridurre il dolore articolare** mettendo a riposo ed in posizione fisiologica l'articolazione colpita, riducendo anche le contratture muscolari antalgiche
- **stabilizzare l'articolazione** per ridurre la deformità
- **prevenire gli stress articolari** per assistere o supplire movimenti troppo deboli

I tutori od ortesi possono essere acquistati nei negozi di articoli sanitari oppure confezionati su misura utilizzando materiale termoplastico.

Il sistema sanitario prevede per ortesi e ausili una parziale o totale copertura dei costi e delle spese in base a determinati requisiti (invalidità e richiesta dello specialista sanitario). Per ottenere informazioni, prima di procedere all'acquisto di questi strumenti, è quindi opportuno rivolgersi agli uffici "Assistenza protesica" presso le Aziende Sanitarie del proprio territorio.

Economia articolare Adattamento dell'ambiente lavorativo e domestico

Il paziente con artrite deve anche imparare a convivere con la propria malattia. Questo difficile processo di adattamento ("coping") si realizza anche attraverso alcune modifiche dell'ambiente lavorativo e domestico.

Quando l'artrite è all'esordio non ci sarà bisogno di grandi stravolgimenti dell'ambiente di vita; basteranno infatti piccoli accorgimenti o strategie di movimento che si impareranno col tempo sotto la guida di personale specializzato.

I suggerimenti e le indicazioni riportate precedentemente sono utili per ricordare di fare economia nei movimenti quotidiani che si compiono e ingegnarsi a trovare le soluzioni - spesso banali e... a portata di mano - che di volta in volta possono rivelarsi utili a raggiungere lo scopo.

Per esempio, se l'articolazione maggiormente colpita è la spalla, tutte le volte che andrete a prendere un oggetto posizionato in alto, avrete dolore e solleciterete un'articolazione che dovrebbe stare a riposo. Sarà quindi utile modificare la posizione degli oggetti in cucina: metterete quelli di uso più

comune negli scaffali in basso o all'altezza del piano di lavoro, e quelli meno utilizzati in alto. Quando si devono afferrare oggetti posti in alto è utile aiutarsi con piccole scalette e rialzi senza sforzare troppo le articolazioni. Se i problemi sono localizzati alle articolazioni degli arti inferiori è opportuno che l'ambiente di lavoro e quello domestico offrano la possibilità di svolgere le proprie attività in posizione seduta; sarà quindi importante avere a disposizione sedie e sgabelli di altezza adeguata, meglio se regolabili, che consentano di raggiungere senza difficoltà il piano di lavoro.



Nel caso l'artrite sia già in fase avanzata e siano già sopraggiunte deformazioni è necessario modificare più a fondo l'ambiente rendendolo il più confortevole possibile, facilitando la raggiungibilità dei vari oggetti di lavoro, eliminando gli ostacoli e le barriere architettoniche aggiungendo appigli, maniglie e sedili soprattutto in cucina e nel bagno.

1- **Cucina:** è importante disporre mobili ed elettrodomestici in modo che consentano movimenti più agevoli e meno faticosi. Il piano di lavoro trova sistemazione idonea tra zona cottura e lavello per facilitare lo spostamento dei vari strumenti senza necessità di sollevarli. Le maniglie delle ante devono favorire la presa a piena mano. I rubinetti andrebbero sostituiti con miscelatori monocomando. Le pentole e gli utensili collocati in modo da favorirne una presa corretta e facile.

2- **Bagno:** è un luogo ove sono presenti numerosi ostacoli da affrontare per svolgere l'attività di igiene personale in modo indipendente. In genere si preferisce consigliare l'uso della doccia piuttosto che della vasca perché risulta difficile entrarvi e sedersi; in tutti i casi è necessario utilizzare tappetini anti-sdruciolio e maniglie di sicurezza fissate al muro.

Ricordiamo che l'adattamento domestico può prevedere oltre che accorgimenti anche modifiche strutturali come l'abbattimento di barriere architettoniche preesistenti. In questi casi il nostro sistema di welfare prevede delle agevolazioni come l'Iva al 4% per chi ha invalidità ed handicap riconosciuti. E' quindi opportuno, prima di affrontare spese di intervento, consultare i Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD) presenti presso i comuni di residenza così da conoscere il dettaglio delle agevolazioni ed eventuali "sussidi" previsti.

Ginnastica

Alcuni suggerimenti per tutti i giorni

Come accennato in precedenza anche il "non uso" delle articolazioni contribuisce ad aggravare il deterioramento delle strutture articolari.

Per aiutare il proprio corpo e le proprie articolazioni è possibile programmare una serie di esercizi facili, da eseguire a casa propria senza l'aiuto di altre persone (chinesiterapia attiva non assistita).

Ci sarà bisogno di assistenza solo in caso di grave debolezza muscolare.

Gli esercizi sono indispensabili per:

- conservare e migliorare la mobilità articolare
- contrastare la tendenza all'anchilosi (blocco) delle articolazioni
- mantenere la coordinazione dei precisi e complessi movimenti delle dita
- mantenere "in forma" muscoli, tendini, ossa e tutte le altre componenti delle mani, compresa la cute e la circolazione

Come eseguire gli esercizi

Se durante gli esercizi insorge dolore è bene interrompere per alcuni minuti. Quando il dolore si riduce si potranno riprendere nuovamente.

Generalmente gli esercizi si eseguono due volte al giorno, nella tarda mattinata e dopo il riposo ristorante del pomeriggio, quando minore è la rigidità articolare.

Ogni esercizio va ripetuto più volte (8 - 10 volte per ogni seduta).

Gli esercizi devono essere eseguiti con delicatezza e senza forzare molto.

Praticando un programma di esercizi ci si accorgerà che la rigidità ed il dolore tenderanno a diminuire.

Gli esercizi per la mano devono essere completati da quelli per il polso.

Nel caso in cui le articolazioni colpite fossero altre, vale comunque la regola del tenerle in movimento, quando non c'è infiammazione in atto.

Esercizi



A



B

A - Aprire le mani con il palmo della mano rivolto verso l'alto e le dita avvicinate

B - Piegare le dita per fare il pugno



A



B

A - Aprire le mani con il palmo della mano rivolto verso l'alto e le dita avvicinate

B - Divaricare e riunire le dita



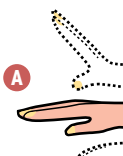
A



B

A - Premere il pollice contro la falange di ogni singolo dito della stessa mano

B - Stringere per formare una specie di anello

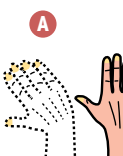


A



B

Tenendo l'avambraccio appoggiato sul bordo di un tavolo muovere la mano in alto (A) e in basso (B)

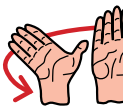


A



B

Tenendo l'avambraccio appoggiato su un tavolo muovere la mano verso sinistra (A) e verso destra (B)



A



B

Fare ruotare la mano in aria in senso orario e antiorario

Attività fisica in generale

Per quanto riguarda l'attività fisica, in generale è possibile svolgere sport nei quali non è presente un carico eccessivo, sia per quanto riguarda il peso su mani e braccia, sia per quanto riguarda il peso sulle gambe. Saranno quindi da prediligere sport acquatici o bicicletta (nei quali il peso non grava sugli arti inferiori) e gli esercizi di mobilità articolare.

Gli esercizi di mobilità articolare sono tutti quegli esercizi che vengono eseguiti in scarico (cioè senza carico sulle articolazioni) e nei quali si ricerca il ROM articolare maggiore. Per ROM si intende *Range Of Motion*, cioè, ampiezza di movimento.

Esempio per la spalla:

La spalla si può muovere su tutti i piani dello spazio, quindi nel mobilizzarla andremo a ricercare la massima circonduzione possibile senza dolore e senza carico.

Esempio per il ginocchio:

Il ginocchio può solo flettersi ed estendersi. Gli esercizi per la sua mobilizzazione andranno fatti o distesi, o seduti, o sulla cyclette; comunque in situazioni nelle quali non c'è il carico del peso corporeo. Sulla cyclette per esempio (che fatta regolarmente può aiutare anche nella perdita di peso) sarà possibile pedalare con sella alta per ricercare la massima estensione del ginocchio, o con sella bassa, per ricercare la massima flessione.

Sarà utile quindi alternare i 2 esercizi.

In tutti i casi, prima di intraprendere attività sportive e fisiche, consultare gli specialisti di riferimento: il reumatologo, l'ortopedico ed il fisiatra, in quanto ci sono controindicazioni diverse a seconda dello stadio della malattia.



Consigli pratici

in sintesi

- **Fare delle pause:** intercalare il lavoro con delle pause permette di salvaguardare le proprie articolazioni; è importante rispettare i propri limiti di affaticabilità
- **Non stare in piedi quando si può stare seduti e muoversi di tanto in tanto:** stirare, pulire le verdure, lavare sono attività che possono essere svolte comodamente su una sedia regolabile in altezza e in inclinazione (tipo ufficio o sgabello)
- **Imbottire le impugnature per renderle più facili da afferrare e più morbide**
- **Usare delle leve con bracci lunghi per evitare lo stress articolare alle piccole articolazioni:** per aiutarsi nel vestiario e nell'afferrare oggetti a distanza esistono ausili; in bagno è possibile montare delle maniglie per aiutarsi a sollevare il peso corporeo

La cura per le proprie articolazioni deve essere mantenuta dentro e fuori le mura domestiche: se all'inizio modificare le nostre abitudini potrà sembrarci un impegno gravoso, occorre prendersi tempo e provare a mettere in pratica queste informazioni un po' alla volta. L'economia articolare

è fatta di piccole conquiste quotidiane che possono dare grandi risultati nel tempo.

Il sovraccarico articolare, che si manifesta in occasione dei più semplici, usuali e ripetitivi gesti compiuti senza le cautele e gli accorgimenti che vi sono stati mostrati, rappresenta un fattore che facilita l'insorgenza ed il progressivo aggravamento delle deformazioni articolari.

È importante ricordare che questi accorgimenti non sono utili solo quando la malattia è in fase di attività. In questo caso infatti il dolore rappresenta un formidabile campanello di allarme che ci avverte che qualcosa non va, impedendoci di andare oltre e forzare così un movimento scorretto.

Per questo motivo è importante seguire questi suggerimenti anche quando i farmaci funzionano e ci fanno star bene. In questo caso la mancanza di dolore non ci avverte più, ma non dobbiamo dimenticare che le nostre articolazioni sono comunque state infiammate e divenute un po' più fragili.

Inoltre, anche nelle fasi di apparente benessere, talvolta nelle nostre articolazioni può persistere un'infiammazione residua senza che noi ce ne accorgiamo.

Per questo motivo è di fondamentale importanza continuare a sottoporsi ai controlli specialistici periodici e proseguire nel mettere in pratica le nozioni di economia articolare che abbiamo appreso. Solo in questo modo potremo tenere sotto controllo l'artrite ed impedire che ci cambi la vita.

con il patrocinio di



Questo opuscolo è stato realizzato all'interno di un progetto dedicato all'Early Arthritis nell'ambito del Programma di Ricerca Università-Regione (area 2 - Governo clinico) 2007-2009 / progetto sostenuto dalla Regione Emilia Romagna - Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale, del quale la Sezione di Reumatologia dell'Università di Ferrara è stato centro coordinatore.

Realizzato insieme a VOLABO nell'ambito del progetto "Conoscere per stare bene - L'informazione come strumento di lotta al disagio sociale e alle povertà indotte dalla cronicità" - 2011

Si ringraziano:

CECILIA DE GIORGIO, laureata in Scienze motorie, ha curato l'ideazione, lo sviluppo dei contenuti e l'editing dgrcci@unife.it

DANIELE CONTI, consulente Area Progettazione e Sviluppo di AMRER Onlus, Associazione Malati Reumatici dell'Emilia Romagna, ha curato il taglio comunicativo e l'editing - contidaniele@hotmail.it



Servizi di Reumatologia Contatti e recapiti

PIACENZA

Azienda USL di Piacenza
Ospedale Guglielmo da Saliceto
Via Taverna, 49 - 29121 Piacenza
Centralino Tel. 0523.301111
U.O. di Reumatologia e Immunologia
Day-Hospital Tel. 0523.302576

PARMA

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Via Gramsci, 14 - 43126 Parma
Centralino Tel. 0521.702111 / -3111
Servizio UOD Medicina Interna e Reumatologia
Ambulatorio 0521.702368 - 0521.704794.
Day service / infermieri 0521.702786 / -2776

REGGIO EMILIA

AOSP - Arcispedale S. Maria Nuova RE
Via Viale Risorgimento, 80 - 42121 Reggio Emilia
Centralino Tel. 0522.296111
Unità Operativa Complessa di Reumatologia
Segreteria Tel. 0522.296684
Day-Hospital Tel. 0522.296643

MODENA

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena
Via del Pozzo, 71 - 41125 Modena
Centralino Tel. 059.4222111
Unità Operativa Complessa di Reumatologia
Ambulatorio/segr. Tel. 059.4225295 ore 9.30-11.00
Servizio infermieristico Tel. 059.4225636

FERRARA

Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna - Ferrara
Via Aldo Moro, 8 - loc. Cona (FE)
Centralino Tel. 0532.236111
Unità Operativa Complessa di Reumatologia
Ambulatorio/segreteria Tel. 0532.236314
Day service/ infermieri Tel. 0532.236792

RAVENNA

Azienda USL di Ravenna
Ospedale Santa Maria delle Croci
Viale Randi, 5 - 48121 Ravenna
Centralino Tel. 0544.285111
Servizio di Reumatologia (UOC di Medicina Interna)
Ambulatorio Tel. 0544.285619 - 0544.265654
Day service/ infermieri Tel. 0544.285356

BOLOGNA

Azienda USL di Bologna
Ospedale Maggiore
Largo B. Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna
Centralino Tel. 051.6478111
UOS Reumatologia - Medicina Interna C
Servizio infermieristico Tel. 051.6478649 - 433

Istituto Ortopedico Rizzoli

Via G. C. Pupilli, 1 - 40136 Bologna
Centralino Tel. 051.6366111

S.S. Reumatologia

Ambulatorio Tel. 051.6366958
Day Service Tel. 051.6366957

Azienda Ospedaliero - Universitaria Di Bologna

Policlinico S.Orsola - Malpighi
Via Albertoni, 15 - 40138 Bologna
Centralino Tel. 051.6361111

Reumatologia - Medicina Interna Borghi

S.S. Ambulatori e Day Service Tel. 051.6362819/2650



FORLÌ

Azienda USL di Forlì
Ospedale G.B. Morgagni
Via Forlanini, 34 - 47121 Forlì
Centralino Tel. 0543.731111
Servizio di Reumatologia (UO Medicina Interna)
Segreteria Tel. 0543.735230 - fax 0543.738617
Ambulatorio Tel. 0543.735239
Day Service Tel. 0543.735232

CESENA

Azienda USL di Cesena
Ospedale M. Bufalini
Viale G. Ghirrotti, 286 - 47521 Cesena
Centralino Tel. 0547.24714
Servizio di Reumatologia (UO di Medicina Interna)
Day Service / Ambulatorio Tel. 0547.352873

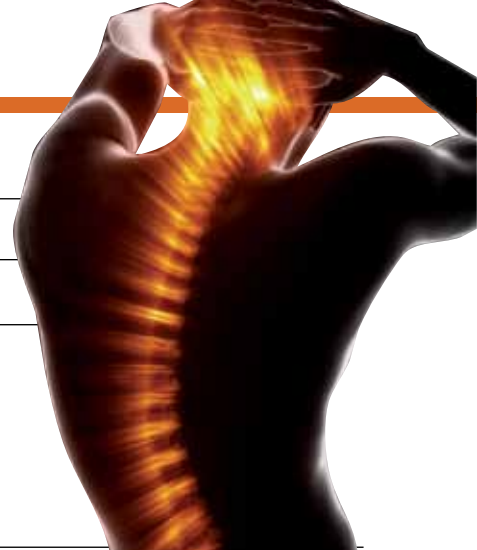
RIMINI

Azienda USL di Rimini
Ospedale Infermi
Viale Settembrini, 2 - 47923 Rimini
Centralino Ospedale Tel. 0541.705111
Servizio di Reumatologia (UOC di Medicina Interna e Reumatologia)
Segreteria Tel. 0541.705223
Ambulatorio Tel. 0541.705278
Day Service/Hospital Tel. 0541.705472



Approfondimento

L'impegno del rachide cervicale nell'artrite reumatoide



Antonio Marchesoni
UOC DH Reumatologia,
Istituto Ortopedico G. Pini, Milano
antonio.marchesoni@gpini.it

La prevalenza dell'interessamento del rachide cervicale nell'Artrite Reumatoide (AR) varia, a seconda dei criteri diagnostici adottati, dal 25% all'80%. In una percentuale di casi non ben definita, ma probabilmente intorno al 2-3%, tale interessamento è responsabile di una sofferenza neurologica che può condurre a gravi deficit funzionali e anche a morte. Riconoscere, ed eventualmente trattare, questa complicanza dell'AR il più presto possibile è di fondamentale importanza per la prognosi a lungo termine. Si ritiene che, attualmente, il ritardo diagnostico sia, in media, superiore ai due anni. L'AR può interessare tutte le strutture sinoviali del rachide cervicale, ma le alterazioni anatomiche provocate da questa malattia che possono comportare danni neurologici sono:

- sublussazione o instabilità atlo-epistrofica (anteriore o posteriore e/o laterale) (65% dei casi)
- migrazione superiore del dente dell'epistrofeo (20% dei casi)
- sublussazione sub-assiale (15% dei casi)

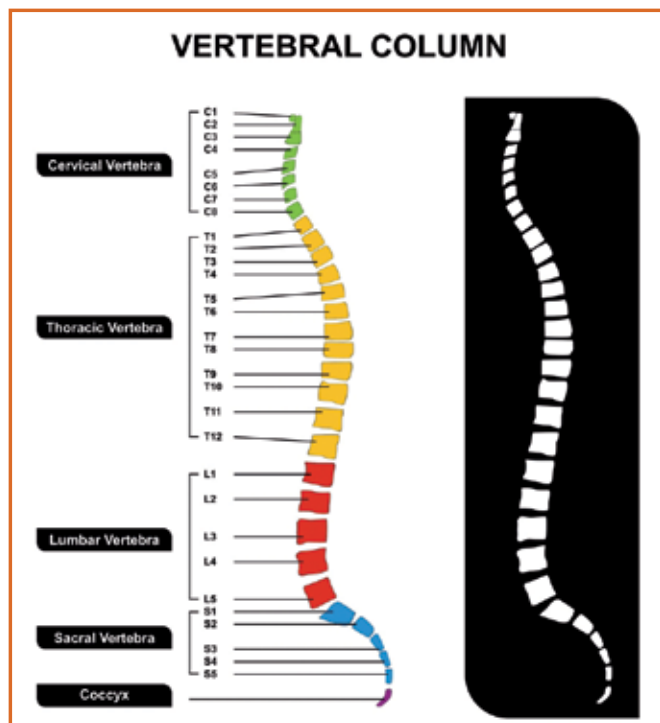
Inoltre si possono avere varie combinazioni di tutte queste manifestazioni.

La causa di queste alterazioni è l'infiammazione delle strutture sinoviali (articolazioni e borse) che, nel tempo, può danneggiare i vari legamenti che contribuiscono a mantenere la stabilità delle vertebre cervicali, soprattutto a livello del dente dell'epistrofeo. Al danno contribuiscono i fenomeni erosivi a carico del dente stesso e delle articolazioni inter-apofisarie e la formazione di panno sinoviale intorno al dente.

Tutti i pazienti con AR possono sviluppare queste alterazioni del rachide cervicale, ma nella maggior parte dei casi questo avviene nelle forme gravi. Quasi sempre, inoltre, sono necessari vari anni di malattia prima che compaiano manifestazioni cervicali importanti. Il sintomo più frequente in caso di impegno cervicale reumatoide è il dolore, solitamente riferito in sede cervicale alta e nucale. Tale sintomo è, però, poco specifico. Un dolore al collo in un paziente con artrite reumatoide può essere infatti dovuto a molte cause, inclusa l'infiammazione delle articolazioni cervicali. Solo in un pochi casi è indicativo di una delle alterazioni sopradescritte.



Al contrario, non sono invece rari i casi con interessamenti cervicali anche gravi poco sintomatici. La sintomatologia più rilevante è quella dovuta alla compressione del midollo spinale e delle arterie vertebrali secondaria all'instabilità delle vertebre cervicali. Il diametro del midollo spinale cervicale è di circa 10 mm e lo spazio rachideo è di circa 14 mm. Ne consegue che una lussazione atlo-epistrofica di soli 5-6 mm può già comportare una compressione del midollo.



I sintomi che si possono avere dipendono ovviamente dalla gravità di tale compressione e includono astenia, iperreflessia, disestesia, atassia, paresi, disturbi della minzione e, in caso di migrazione verso l'alto del dente, morte improvvisa. L'insufficienza vascolare da compressione delle arterie vertebrali può essere responsabile di vertigini, acufeni, nausea e disturbi della vista. Nei pazienti con sintomatologia sospetta si deve eseguire un esame obiettivo neurologico che può evidenziare soprattutto segni di sindrome piramidale. Molto utili sono anche gli accertamenti elettrofisiologici, soprattutto in pazienti con danni articolari e muscolari tali da rendere poco affidabile l'esame neurologico. In assenza di trattamento, il quadro clinico è destinato a peggiorare progressivamente e, nei pazienti con sintomi neurologici, la percentuale di mortalità a sette anni riportata in letteratura è di circa il 100%.

Per evidenziare la presenza di alterazioni cervicali, in tutti i pazienti con AR moderata/grave, e quindi non solo in quelli

sintomatici, andrebbe eseguito ogni 3-4 anni un controllo di questa sede. Inoltre, questo accertamento andrebbe eseguito sempre in caso di intervento chirurgico che potrebbe richiedere intubazione. L'indagine d'elezione è la radiografia con proiezioni standard e dinamiche in massima flessione ed estensione. Per la valutazione della sublussazione antero-posteriore vengono misurate la distanza tra arco anteriore dell'atlante e dente (non deve superare i 4 mm) e la distanza tra arco posteriore dell'atlante e dente (non deve essere inferiore ai 14 mm). Studi recenti indicano che quest'ultima misurazione ha una migliore correlazione con i disturbi neurologici di quella anteriore. Deve essere sempre tenuto presente che, con radiografia tradizionale, non è possibile visualizzare lo spessore del panno sinoviale peri-odontodeo, che, talvolta, può raggiungere dimensioni cospicue. Per la valutazione della migrazione superiore del dente sono disponibili vari sistemi di misurazione, tra cui quello di Clark si fa preferire per la sua semplicità. Questo metodo consiste nel dividere il dente in tre parti uguali sul piano sagittale. In caso di sublussazione superiore l'arco dell'atlante è all'altezza della II o III parte inferiore del dente. La sublussazione subassiale non richiede misurazioni e si presenta come un disallineamento delle vertebre cervicali sottostanti l'epistrofeo che può comportare un aspetto a "scalini". In caso di riscontro di alterazioni radiografiche rilevanti, o di manifestazioni neurologiche, l'accertamento successivo è la Risonanza Magnetica (RM), che consente di valutare la presenza di panno sinoviale e il grado di compressione midollare e del tronco encefalico. Il reperto critico alla RM è il riscontro di un angolo cervico-midollare inferiore ai 135°. Se si rende necessaria una valutazione più precisa della morfologia ossea l'accertamento ulteriore è la tomografia computerizzata.

La terapia delle deformazioni cervicali reumatoidi è chirurgica e consiste nello stabilizzare le vertebre interessate. Fatto salvo che in caso di disturbi neurologici persistenti l'intervento chirurgico è obbligatorio, non esiste un accordo universale sull'indicazione al trattamento chirurgico nei casi con alterazioni anatomiche evidenti ma senza interessamento neurologico. Questa incertezza nasce del fatto che il trattamento chirurgico ha una mortalità piuttosto elevata (circa il 10-15%) e che è difficile stabilire il rapporto rischio/beneficio. Ad ogni modo, dato che il recupero funzionale del paziente è comunque proporzionale al danno neurologico pre-esistente, in caso di alterazioni radiologiche senza manifestazioni neurologiche il paziente deve essere seguito attentamente per evidenziare quest'ultime in fase precoce. L'intervento di stabilizzazione delle prime due vertebre cervicali previene, almeno in parte, la sublussazione sub-assiale.

La prevenzione del danno cervicale da AR consiste nel trattare la malattia reumatica secondo le più moderne strategie, ossia terapia modulata sull'aggressività della malattia e mirata alla remissione. Soprattutto nelle forme di AR potenzialmente gravi, raggiungere la remissione o, almeno, il miglior controllo possibile con tutti i farmaci disponibili è di fondamentale importanza per prevenire i danni anatomici articolari, inclusi quelli cervicali. In pazienti con alterazioni del rachide cervicale già in atto la terapia farmacologica dell'AR è, comunque, utile a prevenire ulteriori danni e a ridurre le dimensioni del panno sinoviale che circonda il dente. Per i casi in cui non si ritiene indicato un trattamento chirurgico può essere utile la chinesiterapia, purché eseguita da persone esperte di questa problematica. Il collare ha una funzione antalgica e antitraumatica (assolutamente obbligatorio in caso di viaggi in macchina), ma non sembra essere in grado di prevenire un peggioramento dell'instabilità. ■

Il rachide cervicale

da Wikipedia

Il rachide cervicale costituisce il primo tratto della colonna vertebrale. Il rachide cervicale sostiene il cranio, lo stabilizza e gli conferisce mobilità, inoltre protegge le strutture che passano al suo interno - nel canale vertebrale - come il midollo spinale o l'arteria vertebrale.

Il tratto cervicale presenta una curvatura, detta lordosi, di circa 36° a convessità anteriore. La curvatura può variare in relazione alle modificazioni di altre curve della colonna e generalmente si fa più marcata nelle persone anziane.

Il rachide cervicale è costituito da sette vertebre che si distinguono tra loro e dalle altre vertebre della colonna per particolari caratteristiche anatomiche.

Una vertebra cervicale tipica è costituita da corpo, massa laterale, faccette articolari, lamina, processo spinoso, e canale vertebro-midollare. Nel tratto cervicale però le prime due vertebre (C1 e C2) e l'ultima (C7) hanno caratteristiche peculiari che le rendono diverse e facilmente identificabili: per questo motivo il rachide cervicale viene suddiviso in una regione superiore (C1-C2) e una inferiore (C3-C7).

Il rachide cervicale superiore è formato da due vertebre chiamate atlante ed epistrofeo. Queste due vertebre sono molto diverse per conformazione da tutte le altre vertebre della colonna. L'atlante (C1 o prima vertebra cervicale) è un anello osseo costituito da un arco anteriore, un arco posteriore e due masse laterali. L'epistrofeo (C2 o seconda vertebra cervicale) è invece costituito da un corpo vertebrale e da un processo bifido spinoso come le vertebre sottostanti, dalle quali si distingue però per una grossa apofisi ossea, chiamata dente, nella parte anteriore del corpo vertebrale. Questo segmento osseo si articola con l'arco dell'atlante e va a costituire l'asse che permette i movimenti di rotazione della testa.

Tra atlante ed epistrofeo non è interposto il disco intervertebrale, come invece avviene negli altri tratti della colonna. Il rachide cervicale inferiore è costituito da 5 vertebre, molto simili tra loro sia per forma che per funzione. Tutte le vertebre da C3 a C7 sono costituite da corpo vertebrale, massa laterale, faccette articolari, lamina, canale vertebro-midollare e processo spinoso.

La vertebra C7 però manifesta una peculiarità anatomica, un processo spinoso particolarmente lungo. C7 è anche conosciuta come vertebra prominente. Questo tratto della colonna è specializzato non più nella rotazione, bensì nella flessione anteriore, posteriore e laterale

Dizionario Medico

Astenia: Sensazione di intensa stanchezza

Iperreflessia: Accentuazione abnorme dei riflessi tendinei

Disestesia: Disturbo nella percezione degli stimoli sensitivi che vengono avvertiti in modo anomalo

Atassia: Disturbo consistente nella progressiva perdita della coordinazione muscolare

Paresi: Disturbo che consiste in una diminuzione della motilità volontaria di un distretto muscolare

Disturbi della minzione: atto fisiologico che determina l'espulsione all'esterno dell'urina raccolta nella vescica.



Approfondimento

Gravidanza e terapie antireumatiche



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



M. Filippini¹, L. Andreoli², G. Gorla¹, A. Lojacono³, M. Motta⁴

¹U.O. Reumatologia, Spedali Civili di Brescia; ²Cattedra di Reumatologia, Università degli Studi di Brescia; ³Dip. Ginecologia e Ostetricia, Spedali Civili di Brescia; ⁴Neonatologia e Dip. Cure Intensive Neonatali, Spedali Civili di Brescia

In corso di gravidanza l'assunzione di qualsiasi terapia, indipendentemente dalla malattia di base, rappresenta un problema di non facile gestione. In generale, le raccomandazioni relative all'impiego dei farmaci in gravidanza si fondano su di un sistema classificativo fornito dalla Food and Drug Administration degli Stati Uniti (FDA), che, basandosi sui risultati degli studi scientifici, valuta il potenziale rischio di danno fetale per ciascun tipo di esposizione farmacologica. Va ricordato che tutti gli studi controllati relativi ai farmaci di recente produzione e di nuova introduzione sul mercato escludono a priori dalla partecipazione le donne durante il periodo della gravidanza e dell'allattamento. Per tale motivo le uniche informazioni circa la sicurezza d'impiego di tali farmaci

in corso di gravidanza o allattamento e circa la teratogenicità tabulata dall'FDA si basano principalmente su studi sperimentali condotti su modelli animali. In reumatologia la questione si fa ancora più stringente. Durante la gravidanza, le indicazioni alla terapia immunosoppressiva devono necessariamente tenere conto dei diversi possibili scenari patologici e devono andare incontro alla necessità di controllare una malattia potenzialmente dannosa per la madre e/o per il feto. D'altro canto, in un sistema immunologico così finemente regolato com'è quello che si realizza in corso di gravidanza, ogni intervento terapeutico in grado di modificare la risposta immunitaria materna rappresenta un potenziale rischio per l'equilibrio materno-fetale.

Teratogenesi

Per teratogenesi si intende lo sviluppo anomalo di organi nell'embrione, per cause di varia natura, sia dal punto di vista funzionale che strutturale. Tra esse i farmaci assunti dalla madre durante la gravidanza hanno una notevole importanza. Risulta perciò rilevante lo studio del fattore di rischio teratogenico di ogni farmaco, per evitarne l'assunzione durante i periodi in cui esso potrebbe danneggiare il feto. Dal momento che test di laboratorio su donne in gravidanza per possibili effetti teratogeni non possono

essere svolti, per il rischio di malformazioni a cui si esporrebbe il feto, tutti gli studi si basano su sperimentazioni su animali e studi epidemiologici. Qualora fossero riscontrati effetti teratogeni in un farmaco, l'eventuale commercializzazione dello stesso viene considerata valutando gli effetti negativi e i benefici terapeutici del farmaco. Numerosi enti si sono occupati di trovare una classificazione valida in fasce di rischio relativo, ma non se ne è ancora trovata una che sia accettata universalmente.

Approfondimenti tratti da

WIKIPEDIA
L'enciclopedia libera



Food and Drug Administrations

La Food and Drug Administration (Agenzia per gli Alimenti e i Medicinali, abbreviato in FDA) è l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici. Esso dipende dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti.

L'FDA ha come scopo la protezione della salute dei cittadini attraverso regolamenti che controllino la messa sul mercato dei prodotti che sono sotto la sua giurisdizione, tra cui i farmaci, gli alimenti, gli integratori alimentari e gli additivi alimentari, i mangimi e farmaci veterinari, le attrezzature mediche, il sangue e gli emoderivati per trasfusioni e i cosmetici. Tra gli strumenti di controllo sono previsti sia valutazioni prima della messa sul mercato che il monitoraggio post-commercializzazione. È presieduta da un Commissario che viene nominato dal Presidente degli Stati Uniti d'America e confermato dal Senato.

Classificazione dei farmaci in relazione alla gravidanza

La Food and Drug Administration americana introdusse per la prima volta nel 1979 un sistema di classificazione dei farmaci a seconda del loro rischio teratogenico se assunti durante la gravidanza. Il sistema si basa su cinque categorie: A, B, C, D, X. Tali categorie, accompagnate da test standardizzati, sono volte a uniformare le informazioni sui dati sperimentali. L'in-

serimento di un farmaco all'interno di una categoria dipende dall'azienda produttrice e non da un ente indipendente.

L'obbligo di categorizzazione dei farmaci non è stato applicato ai farmaci inseriti nel mercato prima del 1979, pertanto è occorso uno studio indipendente del 2002 ad inserire nelle varie classi di rischio tali farmaci.

Tabella "Classificazione dei farmaci in relazione alla gravidanza"

Classe A	Studi adeguati e ben controllati non sono riusciti a dimostrare un rischio per il feto nel primo trimestre di gravidanza (e non si hanno prove di rischio nei trimestri successivi).
Classe B	Studi sulla riproduzione animale non sono riusciti a dimostrare un rischio per il feto e non si è in possesso studi adeguati e ben controllati su donne in gravidanza oppure gli studi su animali hanno dimostrato un effetto avverso ma studi adeguati e ben controllati sulle donne in gravidanza non sono riusciti a dimostrare un rischio per il feto in nessun trimestre.
Classe C	Studi sulla riproduzione animale hanno mostrato un effetto avverso sul feto e non si è in possesso di studi adeguati e ben controllati sugli umani, ma i benefici previsti possono rendere accettabile l'uso del farmaco nelle donne in gravidanza nonostante il fattore di rischio.
Classe D	Si è in possesso di prove effettive di rischio fetale per gli umani basate sui dati di reazioni avverse provenienti da esperienze epidemiologiche o di mercato o da studi sugli umani, ma i benefici previsti possono rendere accettabile l'uso del farmaco nelle donne in gravidanza nonostante il fattore di rischio.
Classe X	Studi sugli animali o sugli umani hanno dimostrato anomalie fetali e/o esiste prova effettiva di rischio fetale per gli umani basate sui dati di reazioni avverse provenienti da esperienze epidemiologiche o di mercato, e i rischi riguardanti l'uso del farmaco da parte di donne in gravidanza prevalgono chiaramente su qualsiasi beneficio possibile.

Farmaci antireumatici

I cortisonici, inseriti in fascia B secondo i criteri della FDA, possono essere impiegati durante la gravidanza, purché a dosaggi bassi. Queste molecole sono inattivate da specifici enzimi placentari che limitano l'esposizione fetale. Sebbene questi farmaci siano considerati sicuri in gravidanza, non sono scevri da effetti collaterali. Il prednisone, utilizzato a dosaggi equivalenti o superiori ai 10 mg/die per periodi prolungati, può aumentare la frequenza di diabete gestazionale, ipertensione, edemi, rottura prematura delle membrane e osteoporosi. I farmaci antinfiammatori non steroidei, sovente utilizzati dai pazienti affetti da reumatismi infiammatori, sono inseriti in classe B o C, a seconda delle diverse molecole. Questi farmaci pur potendo attraversare la placenta, sono generalmente considerati sicuri in gravidanza almeno fino alla 32^a settimana di gravidanza. Nelle fasi successive, infatti, tutti gli antinfiammatori, ad eccezione dell'aspirina a dosi uguali o inferiori ai 100mg/die, possono influenzare negativamente il completo sviluppo cardiaco del bambino.

L'idrossiclorochina (HCQ) a dosaggi medio-bassi (200-400 mg/die), non rappresenta un rischio per la salute fetale, come pure l'impiego di sulfasalazina. È importante tuttavia ricordare la necessità di supplementare con acido folico le donne che in gravidanza assumono quest'ultimo farmaco.

Secondo la classificazione della FDA, il methotrexate (MTX) appartiene alla categoria X, essendo stata dimostrata la sua teratogenicità ed embriotossicità. Dal momento che il MTX si distribuisce ampiamente nei tessuti e può persistervi per molti giorni, se ne consiglia la sospensione almeno 3 mesi prima del concepimento, sia per quanto riguarda l'esposizione materna che paterna. Considerata l'interferenza del farmaco con il metabolismo dei folati, un supplemento con acido folico è indicato per tutta la durata della gravidanza. Anche la leflunomide è considerato farmaco in classe X in quanto studi animali hanno dimostrato la sua embriotossicità. Per quanto siano stati registrati dati confortanti circa l'esposizione a leflunomide in corso di gravidanza umana (specie dopo opportuno wash out con colestiramina), i dati raccolti sono ancora piuttosto limitati e l'uso di questo farmaco è da sconsigliarsi in corso di gravidanza. L'azatioprina e la ciclofosfamide sono entrambi catalogati in categoria FDA D. Tuttavia, mentre la prima è ormai considerata terapia sicura in corso di gravidanza, la seconda non dovrebbe essere impiegata durante la gravidanza, specialmente nel primo trimestre, a causa della sua capacità di indurre malformazioni fetali. Il micofenolato mofetile, inserito in fascia C in quanto non dannoso nelle gravidanze condotte in modelli animali, è risultato teratogeno in corso di gravidanza umana ed è pertanto da sospendere almeno tre mesi prima del concepimento.

Terapie biologiche

Tenuto conto che durante la gravidanza vi è un fisiologico trasferimento di anticorpi materni di tipo IgG al feto, è ormai accertato che la maggior parte dei farmaci biologici oggi impiegati in reumatologia può raggiungere la circolazione fetale, per effetto di un trasporto transplacentare. Si ipotizza infatti che i principali farmaci biologici oggi in commercio (per la maggior parte anticorpi monoclonali IgG1), così come le immunoglobuline materne, possano essere trasferiti alla circolazione fetale principalmente all'inizio del

secondo trimestre. Ciò giustificherebbe un'aumentata concentrazione fetale di tali farmaci dal secondo trimestre di gravidanza, con il raggiungimento di un picco massimo tra il secondo e il terzo trimestre. La struttura dei farmaci biologici impiegati in reumatologia è comunque piuttosto variabile (anticorpi monoclonali, proteine di fusione, frammenti proteici...) e giustifica le differenze che esistono nel passaggio transplacentare delle diverse molecole. A prescindere dalle modalità di trasferimento, per quanto riguarda l'impiego dei farmaci anti-TNF-alfa, nessuna evidenza di embriotossicità o teratogenicità è stata finora dimostrata dagli studi sperimentali su modelli animali e dalle osservazioni condotte sulle gravidanze umane esposte. Per tale motivo e in mancanza di studi controllati condotti sull'uomo, gli inibitori del TNF-alfa sono considerati in classe B secondo la classificazione della FDA. In base a quanto detto finora, l'atteggiamento consigliato è quello di proseguire la terapia biologica anti-TNF-alfa indefinitamente per quanto riguarda i futuri padri e sino al momento del concepimento (o quantomeno sino al primo test di gravidanza positivo) per quanto riguarda le madri. Circa i farmaci biologici non anti-TNF-alfa attualmente registrati per la cura delle artriti croniche è necessario fare dei distinguo. Anakinra è collocato in classe B dalla FDA, non essendo stati evidenziati potenziali rischi embriotossici sull'animale ed essendoci insufficienti evidenze circa la sicurezza di impiego del farmaco in corso di gravidanza umana. Rituximab, Abatacept e Tocilizumab sono invece inseriti, secondo la categorizzazione del FDA, tra i farmaci di classe C. Tali farmaci, pur attraversando la placenta, non sembrano associarsi all'insorgenza di eventi malformativi. Ciononostante, non si può escludere che tali trattamenti possano influire negativamente sullo sviluppo del sistema immunitario del nascituro. In considerazione dei pochi dati a nostra disposizione, al momento si preferisce che i pazienti non intraprendano una gravidanza in corso di tali terapie, osservando periodi di sospensione variabili da farmaco a farmaco. Le pazienti in età fertile pertanto dovrebbero garantire un sistema di contraccezione efficace durante e fino a 10 settimane dopo il trattamento con Abatacept, fino a 3 mesi dopo Tocilizumab, e per almeno 12 mesi dopo l'ultima infusione di Rituximab.

Terapie anticoagulanti

In riferimento alle pazienti affette da sindrome da antifosfolipidi o affette da altre coagulopatie, è importante ricordare come i farmaci anticoagulanti orali siano da evitare in corso di gravidanza. A causa della loro teratogenicità, tali farmaci devono essere sospesi tempestivamente e sostituiti con un'opportuna terapia eparinica. L'utilizzo di eparina a basso peso molecolare garantisce una gravidanza sicura, grazie anche ad una riduzione del rischio di emorragia rispetto agli altri anticoagulanti.

In conclusione

In conclusione, alla luce di quanto detto, è importante sottolineare come la gestione delle terapie antireumatiche in gravidanza debba essere affrontata con cautela e da uno staff medico esperto. Solo grazie ad un'equipe dedicata e multidisciplinare è infatti possibile fornire un'adeguata assistenza medica e soprattutto una corretta informazione, che permetta ai nostri pazienti di conciliare il desiderio di maternità/paternità con la legittima aspirazione a curarsi. ■



Bibliografia essenziale

- Anti-inflammatory and immunosuppressive drugs and reproduction. M. Østensen et al. *Arthritis Research & Therapy* 2006, 8:209
- Treatment with biologics of pregnant patients with rheumatic diseases. M. Østensen and F. Forger. *Current Opinion in Rheumatology* 2011, 23:293-298

Sessualità e malattie reumatiche

La vita sessuale dei malati reumatici



Giovanni Minisola

Primario della Divisione di Reumatologia
Ospedale di Alta Specializzazione "San Camillo" - Roma
Presidente della Società Italiana di reumatologia
gminisola@scamilloforlanini.rm.it



L'acquisizione e il mantenimento di una normale capacità sessuale richiedono la coordinata espressione di momenti genetici ed endocrinologici, responsabili della corretta differenziazione sessuale dell'embrione, dello sviluppo dei caratteri sessuali secondari e della acquisizione di un comportamento sessuale adeguato.

Importanti influenze ambientali si inseriscono in questa complessa serie di interazioni.

La prima, squisitamente funzionale e di rilevante importanza della specie umana è quella psicogena. Disturbi psicologici recenti (quali ansia e/o depressione) o di origine remota (situazioni stressanti croniche) possono avere ripercussioni critiche sulla capacità sessuale. Il secondo elemento, la cui incidenza è crescente nei paesi occidentali, è quello legato all'uso dei farmaci: numerose sostanze, assunte a scopo medicamentoso, sono infatti in grado di perturbare i meccanismi necessari per il mantenimento di una normale attività sessuale.

Il terzo fattore è costituito da problemi fisici e psicologici legati a malattie croniche che in vario modo interferiscono con la funzione sessuale.

Le malattie reumatiche rientrano in questo ultimo gruppo e i pazienti affetti da tali malattie presentano spesso problemi sessuali. Dolore e infiammazioni cronici, rigidità o immobilità che interessano specialmente le anche, il collo, le mani e le ginocchia, affaticamento, malessere e disturbi emozionali, contribuiscono a creare questi problemi.

I pazienti reumatici preferiscono affrontare i problemi sessuali con il proprio medico piuttosto che con uno psicologo. È dunque importante che lo specialista reumatologo abbia dimestichezza con tali tematiche. Solo un addestramento formale in sessuologia permetterebbe al reumatologo di acquisire una migliore conoscenza dei disturbi sessuali esistenti tra i malati reumatici e una maggiore abilità nell'affrontarli.

I pazienti vedono la propria immagine alterata dalla malattia, percepiscono la diminuzione dell'impulso sessuale e della libido, dovute alla terapia o a fattori connessi con la malattia, e vivono con sofferenza la limitazione dell'attività sessuale legata a dolori, rigidità e deformazioni.

Il reumatologo deve informare il paziente sugli effetti dei farmaci, sul momento di maggiore efficacia degli analgesici degli anti-infiammatori e sulle procedure chirurgiche che possono portare ad un aumento della mobilità articolare. Darà anche consigli sull'uso di massaggi ed idroterapia prima dell'atto sessuale e di ortesi per le articolazioni dolenti. Se i problemi sessuali sono particolarmente ostinati proporrà il ricorso a uno specialista sessuologo.

In uno studio condotto su 169 pazienti e 130 controlli si è trovato che un numero significativo di pazienti con malattie reumatiche era sessualmente insoddisfatto e ciò era dovuto all'interferenza della malattia con l'attività sessuale (1). Questo studio concludeva che i pazienti erano recettivi a un programma di riabilitazione sessuale e sottolineava l'importanza che i reumatologi sviluppassero capacità e interesse ad affrontare i problemi sessuali dei loro pazienti.

Un altro studio ha documentato che tra gli uomini affetti da malattie reumatiche l'impotenza era molto più frequente che nei controlli e ciò costituiva fonte di infelicità coniugale (2). Risulta che i reumatologi indagano sulla vita sessuale dei loro pazienti solo in un quinto o meno dei casi. La maggior parte dei pazienti gradisce invece questo tipo di indagine e lo considera un aspetto importante del trattamento. Le donne sono meno disposte degli uomini a parlare di tali problemi.

Dovrebbero essere discusse con i pazienti e preferibilmente con la

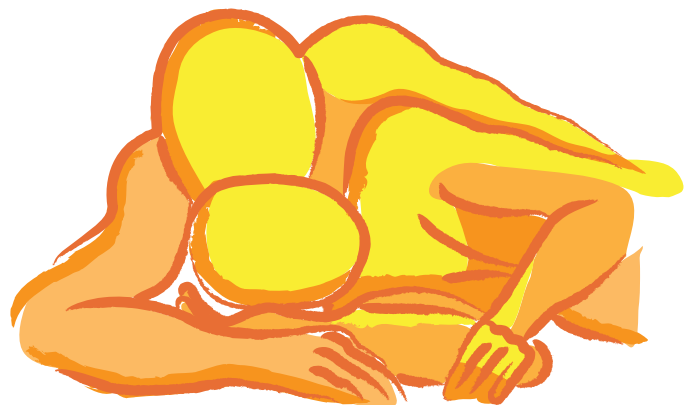
coppia, durante le interviste, le differenti forme di espressione sessuale, così come le metodiche alternative. Il colloquio con la coppia porta ad affrontare inevitabilmente il ruolo di eventuali figli. L'informazione sugli effetti della malattia e della sua cura, sulla gestazione, sulla crescita e l'allattamento del bambino dovrebbe essere data in stretto accordo con l'ostetrico e il pediatra. L'obiettivo è una madre informata e sicura e un bambino in buona salute. Studi recenti hanno sfatato il mito per cui la disabilità di un genitore compromette il regolare sviluppo del bambino. Lo sviluppo psicologico di questi bambini non è diverso da quello dei bambini con genitori sani.

L'Osteoartrosi (OA) può interferire con la funzione sessuale in modo significativo, specie nei pazienti con interessamento delle anche, delle ginocchia o della colonna. Uno studio su 121 pazienti con OA ha rilevato che le cause più menzionate erano il dolore (40%), la rigidità (75%) e la perdita di libido (22%) (3). Di 81 pazienti che avevano manifestato difficoltà sessuali dovute alla loro malattia, il 23% riteneva che questi problemi erano causa di infelicità coniugale.

**Risulta che i reumatologi indagano
sulla vita sessuale dei loro pazienti
solo in un quinto o meno dei casi. La
maggior parte dei pazienti gradisce
invece questo tipo di indagine e lo
considera un aspetto importante
del trattamento.**

Il trattamento chirurgico dell'OA dell'anca ha comportato un completo o considerevole miglioramento della funzione sessuale nel 34% di 70 pazienti che si erano sottoposti all'intervento.

Recentemente sono stati pubblicati i risultati di un'indagine su 271 pazienti affetti da Artrite Reumatoide (AR) per valutare la loro funzione sessuale (4). Secondo le conclusioni i pazienti esaminati erano sessualmente meno attivi rispetto ai controlli e denunciavano problemi articolari durante le attività sessuali. Tuttavia i malati non differivano dai controlli relativamente alla soddisfazione raggiunta.



E' pertanto necessario che il reumatologo inizi a discutere i problemi sessuali con i suoi pazienti anche se qualcuno di loro può essere inizialmente riluttante a sviluppare tali tematiche. Il problema va affrontato con molta attenzione e molto garbo e va condotto con molta circospezione. Con un paziente affetto da OA dell'anca si può cominciare chiedendo se ha difficoltà ad accavallare le gambe, per continuare poi con domande più specifiche. Le cause dei disturbi sessuali andrebbero sempre accertate, valutate e discusse con il partner, perché, non raramente, l'OA è un alibi e non il vero motivo dei mancati rapporti sessuali.

Per il paziente con limitata funzionalità della colonna, la posizione side-by-side (fianco a fianco) è preferibile a quella supina. I medici dovrebbero incoraggiare le coppie a provare una varietà di posizioni per scoprire quelle più adatte a loro.

L'AR, con tutti gli effetti ad essa legati, può "potenzialmente" interferire con l'attività sessuale. Può ridurre l'interesse, la capacità e l'espressione sessuale e, all'interno della più ampia definizione di sessualità, può avere un impatto sulla immagine e sulla identità sessuale (5).

E' pertanto necessario che il reumatologo inizi a discutere i problemi sessuali con i suoi pazienti anche se qualcuno di loro può essere inizialmente riluttante a sviluppare tali tematiche.

Gli effetti "potenziali" dell'AR sulla salute sessuale, presuppongono l'assunto che non tutti i pazienti affetti dalla malattia hanno problemi sessuali. Ciascuna persona è sessualmente unica e l'artropatia può e non può portare particolari conseguenze, se problemi esistono questi possono essere completamente diversi da quelli che riporta la letteratura o l'esperienza di altri pazienti.

Per questo l'arte dell'indagine, che fa affiorare una risposta alle domande più delicate, diventa estremamente importante. Il medico deve avere grande abilità, un considerevole tatto e una totale discrezione per un intervento positivo sulla salute sessuale del paziente artritico. E' necessario creare un'atmosfera per una aperta discussione, eliminare miti e disinformazione, procurare materiale educativo e fornire una chiara comunicazione. Per pazienti con problemi più complessi può essere necessario un consulente specializzato che va suggerito dopo una aperta discussione con gli interessati.

Le più comuni apprensioni e difficoltà che incontrano una coppia già sposata o una coppia che conta di sposarsi, quando uno dei partner ha l'AR, sono qui riportate:

- 1) La paziente è già fidanzata quando viene colpita dall'AR. E' saggio procedere alle nozze?
- 2) Difficoltà nei rapporti sessuali tra coniugi, fisici (dolori articolari, limitazione funzionale, astemia) e/o emozionali (paura di soffrire o di causare dolore). Cosa si può fare per impedire tali difficoltà?
- 3) Rapporti tesi a causa delle difficoltà sopradette, sentimento di non essere più amata se i rapporti cessano. Può un matrimonio sopravvivere senza rapporti sessuali?
- 4) I rapporti sessuali dopo un intervento chirurgico agli arti inferiori sono dannosi per la articolazioni operate?
- 5) Contracezione: quali metodi sono consigliabili?

Va sottolineato tuttavia che ogni caso fa storia a sé e che ogni problema ha molte facce. Una giovane coppia che chiede consiglio sul matrimonio, dopo che uno dei due ha sviluppato un'AR è di solito seria e responsabile e probabilmente ha già valutato profondamente la situazione. Il loro amore è generalmente forte e sincero perché altrimenti i loro rapporti si sarebbero interrotti senza chiedere consiglio a nessuno. La coppia va naturalmente intervistata insieme. La responsabilità del medico è quella di dare una accurata descrizione dello specifico tipo di artrite, della sua storia naturale, della prognosi della malattia e la sua influenza sulle attività quotidiane, sottolineando i problemi fisici ed emozionali che la coppia dovrà fronteggiare.

Se il paziente è l'uomo, la futura sposa deve accettare la possibilità di dover, forse, provvedere a sostenere economicamente la famiglia. La decisione finale resta tuttavia solamente alla coppia. Come regola, vi sono molte probabilità che il matrimonio si compia. Tali unioni sono di solito più solide di quelle in cui l'artrite si manifesta dopo il matrimonio.

Per le coppie già sposate le difficoltà nei rapporti sessuali possono essere risolte intervenendo direttamente su entrambi i partner, se bene vada ritenuta utile una discussione preliminare con la moglie, se è questa che ha l'artrite. E' importante sapere quale è l'importanza che il rapporto fisico riveste nella vita di coppia per poter meglio considerare gli eventuali rimedi. Molti pazienti con l'AR hanno un "buon" periodo del giorno, spesso il pomeriggio, in cui è più facile avere contatti fisici. Può essere anche utile "aggiustare" il tempo e la dose dei farmaci. E' sempre necessario favorire la comunicazione diretta fra i coniugi perché, per alcuni soggetti, sospendere l'attività sessuale è molto più doloroso del dolore fisico patito, eventualmente, durante il rapporto, per altri invece è l'opposto.

Il trattamento chirurgico delle articolazioni, come si è detto, favorisce i rapporti sessuali e non costituisce pertanto alcun pericolo per le strutture operate: se è opportuno limitare il dolore durante i rapporti, la soluzione chirurgica, che elimina il dolore totalmente, può rappresentare una valida opzione.

Per quanto riguarda la contraccezione vari sono i metodi contraccettivi disponibili e, di fatto, quasi tutti possono essere impiegati nel paziente reumatico, sempre dopo opportuno consulto con il ginecologo.



Molti problemi sessuali possono essere risolti apportando variazioni alle posizioni tradizionali o inventandone di nuove. Ciò può migliorare notevolmente la vita dei pazienti. Suggerimenti troppo dettagliati possono all'inizio sconvolgere i pazienti più maturi ma sono di solito rapidamente accettati, se vengono abilmente spiegati dal medico.

La posizione usuale con un partner disteso sul dorso può essere particolarmente scomoda per i malati artritici; è pertanto necessario avere nuove idee e creare posizioni diverse. Una prima posizione potrebbe essere quella in cui entrambi i partner giacciono sullo stesso lato. L'uomo si pone dietro mentre la donna utilizza un cuscino tra le ginocchia. Questa posizione è preferita dalla donna che a problemi a carico delle anche. Nella seconda, la donna giace sul dorso, a gambe unite, con un cuscino sotto le anche e le cosce mentre l'uomo sostiene il peso del corpo poggiandosi sulle mani e sulle ginocchia; questa posizione può essere usata se la donna non riesce a divaricare le gambe. Se l'uomo ha problemi lombari può usare la terza posizione nella quale i partner si pongono l'uno di fronte all'altro. Nella quarta posizione la coppia è in piedi; l'uomo è dietro e la donna mantiene l'equilibrio sostenendosi a un mobile abbastanza

alto. Una quinta posizione e quella consigliabile se la donna ha problemi alle anche e alle spalle; in tal caso si pone in ginocchio, con la parte alta del corpo poggiata su uno sgabello e le ginocchia su un cuscino mentre l'uomo resta dietro. Nella sesta posizione l'uomo, con problemi alle ginocchia e alle anche, giace sul dorso, mentre la donna sostiene il suo corpo sui gomiti e/o sulle ginocchia.

Se non si riesce a trovare una soluzione per tenere un rapporto completo molte coppie utilizzano la mutua stimolazione delle aree erogene che per le donne è fonte di grande soddisfazione. L'area erogena femminile è stata paragonata ad un disco, in confronto a quella maschile paragonata a una freccia. Le sedi abituali della sensibilità sessuale specifica della donna sono, in ordine di importanza: la clitoride, il vestibolo, le piccole labbra, l'ostio vaginale e il terzo superiore della parete anteriore in prossimità delle radici della clitoride, la portio uterina, il perineo, l'orificio anale, il capezzolo, le labbra, la nuca, il lobulo dell'orecchio, nonché altre aree cutanee che non hanno alcun rapporto con l'apparato genitale e che non di rado rimangono ignote allo stesso soggetto o che si rivelano casualmente o tardivamente.

Occasionalmente, quando diventa difficile avere rapporti sessuali nel modo classico o usuale, si può godere la propria sessualità ed esprimere tutto il proprio affetto al partner con altre modalità. In questi casi è utile creare un'atmosfera intima e piacevole ascoltando musica "soft", leggendo materiale erotico o guardando immagini "hard".

Se esiste un problema di diminuita secrezione vaginale, che può dipendere dall'uso di particolari farmaci, o come avviene in malattie come il LES, la Sclerodermia o la Sindrome di Sjögren, si rende necessario un lubrificante.

Nei soggetti con AR sorgono inoltre una serie di problemi psicologici costituiti dalla perdita dell'indipendenza e della stima di sé, dalla alterazione delle relazioni in famiglia, con gli amici, con il partner e dalla necessità di confrontarsi con la propria sofferenza e disabilità. La sequenza classica delle risposte psicologiche di adattamento alla malattia cronica, cioè turbamento, rabbia, negazione, rassegnazione e accettazione è sovente alterata nel malato di artrite e varia con il decorso della malattia: Tutto ciò si ripercuote sulla vita sessuale dei pazienti rendendo l'approccio a tale problema ancora più difficile.

Le soluzioni che si prospettano devono essere diverse da caso a caso e le iniziative psico-educazionali nel campo del dolore, della depressione e della disabilità rivestono un ruolo critico sulla stessa evoluzione della malattia.

Sessualità e sensualità Il racconto di una storia vera

Il sesso è ciò che determina sin dalla nascita, e spesso anche prima, il nostro essere diversi dagli altri.

Questo primo imprinting incoraggiato nell'utero materno e sostenuto nelle fantasie del futuro papà è decisamente in grado nel tempo di condizionare a livello neuronale e psicologico il nostro modo di esistere al maschile, al femminile o altro.

Vale la pena ricordare, a proposito, il racconto appassionato di una paziente, Laura, che attualmente, a 50 anni, ancora sente di essere una donna a metà. E' bella, socievole, realizzata professionalmente, sposata e senza figli con un uomo che di figli ne ha avuti due e di mogli con quest'ultima tre.

Il motivo della sua psicoterapia è un certo stato confusionale su come procedere nella vita, una certa depressione, una voglia di chiudere senza averne il coraggio questa sua seconda storia matrimoniale velocemente e con zero rimpianti, come ha fatto già per la prima. Perché Laura la prima volta si è sposata a 26 anni con un ragazzo che credeva giusto per sé stessa e la sua famiglia borghese, conformista, bacchettona, oseremmo dire, dal punto di vista dell'esperienza sessuale. Confessa candidamente di essere arrivata al matrimonio con niente o quasi esperienze sessuali e che dopo le cose, però, sono andate bene a parte la sua permanente antica, perché già presente in adolescenza, poca curiosità per la sua e altrui vita sessuale.

Il primo marito di Laura oltre ad essere bello, educato, facile ai complimenti, alle buone maniere tanto care a mamma e papà è risultato nel tempo una persona truffaldina, bisessuale, infine gay. E' uscito dalla casa di Laura però da gran signora, non appena gli è stato fatto capire che la sua presenza non era più gradita, senza scenate e con pochi rimpianti.

L'incontro con Giancarlo un anno dopo segna un'ulteriore svolta nella vita di Laura. Giancarlo è più grande, è stato sposato, è ricco



ed esperto della vita e delle donne, almeno così crede di essere. Si conoscono, si amano e si confondono nella reciproca intimità fatta di interessi comuni, di serate trascorse insieme davanti ad un film, di giornate con la famiglia di lei ed i figli di lui diventati parte integrante del gioco della vita.

Si sposano non prima però di aver messo a punto un'altra specie di intimità emotivo-affettiva-fisica. All'astenia sessuale di Laura, infatti, Giancarlo ha saputo far fronte con la tenerezza, con il condurla per mano nel regno di fantasie erotiche trasgressive e comunque lecite. Poi, dopo 20 anni di matrimonio, lui subisce un intervento che lo rende impotente e lei lo rassicura: so stare bene senza, per me non è importante. Lui non le crede e continua a condurre un gioco ai limiti di una naturale perversione in cui l'eccitazione, il piacere e l'orgasmo di Laura è solitario ma in presenza di lui comunque soddisfatto. Poi qualcosa non funziona al lavoro di Giancarlo; viene liquidato bene e decide a 60 anni di godersi a casa la stabilità dovuta, secondo lui, all'età. Per Laura diventa una specie di "mammo" di giorno attento al menù, all'ordine e disordine della casa mentre di notte e di mattina si trasforma in un Casanova che crede di sfiziarsi e sfiziare la moglie con corteggiamenti voyeuristici.

Laura si rifiuta; coccole e carezze per lei ritornano ad avere un significato ancestrale che poco hanno a che fare con l'eros e quei giochi ritornano ad avere il sapore dello sporco, del proibito come quando da piccola si sentiva costretta dai cuginetti a giocare al dottore essendo, ovviamente, sempre lei la paziente designata ad essere visitata là. La storia, ma a questo punto qualunque esperienza, ci pone di fronte alla necessità di una riflessione psicologica, medica, umana. La riflessione prevede però il rispetto assoluto del criterio scientifico secondo il quale ogni atteggiamento provvisorio o continuativo, astratto dal contesto globale, può dar vita soltanto ad una interpretazione arbitraria.

Così pensare alla sessualità unicamente come all'insieme di caratteristiche anatomiche, funzionali, comportamentali che rendono gli individui dei due sessi a sviluppo completo atti ad unirsi e riprodursi e, nell'uomo, anche a provare piacere vuol dire togliere al comportamento sessuale una natura ed uno scopo molto più complesso e significativo. Persino il vocabolario, nella definizione di sessualità, mette in risalto quanto essa sia strettamente legata a fattori di ordine psicologico, culturale e sociale che in ogni individuo prevalgono sui fattori biologici, costituendo la base della cosiddetta vita sessuale.

Così per Laura sicuramente la maturazione sessuale è avvenuta, come per tutti, entro i primi venti anni di vita, ma quali implicazioni familiari, ambientali, emotivo-affettive, quale percezione corporea le ha impedito di associare alla sessualità quella personale dose di sensualità che fa degli esseri umani gli unici a poter godere nella soddisfazione sessuale a tutto tondo cioè con corpo, anima e soprattutto cervello.

La definizione psico-medica di sensibilità ci riporta agli effetti globali

del piacere in senso lato. Per sensualità si intende quella facoltà o capacità sensoriale, la nostra particolare sensibilità. Il sentire fortemente e spesso in modo predominante gli impulsi ed i desideri sessuali; compiacimento nei piaceri sensibili sia erotici sia offerti dalla sensibilità. La sensualità è un comportamento originato da tutti i sensi. Per piacere poi si intende quel sentimento elementare suscitato da ciò che è gradito e conduce all'avvicinamento.

Il comportamento sessuale, quindi, alla stregua degli altri sistemi comportamentali complessi preprogrammati con cui veniamo alla vita, nasce, si sviluppa e si evolve durante i primi venti anni di vita, per rappresentare per sempre, anche nelle circostanze in cui il corpo può vivere sofferenza, la modalità massima di antistress, se dal punto di vista psicologico siamo disponibili al sentire.

Alla pari del sistema di attaccamento, del sistema alimentare e del sistema esplorativo conoscitivo ci è stato dato dalla natura un obiettivo specifico: la riproduzione della specie a scopo conservativo. Come già detto, questo obiettivo primario è associato a un obiettivo detto comprimario che riguarda la soddisfazione dell'istinto del piacere come massimo fattore antistress per l'animale uomo e come rinforzo affettivo e di armonia relazionale per l' homo sapiens.

Come per gli altri schemi comportamentali, però, anche il comportamento sessuale si esprime, si relaziona e si manifesta in modi diversi per ogni fase della vita. Alla irruenza, all'ardore all'eros, alla passionalità amorosa dell'età giovanile segue senza contrapporsi la tenerezza, il pathos, la sensibilità, il bisogno di accarezzarsi per un tempo più lungo di anime e corpi non più giovani, magari un po' acciaccati, ma sinceramente attenti per esperienza vissuta a più linguaggi affettivi psico-fisici.

Per questo il sesso come risultato di una evoluzione del più adattato degli individui può essere bello ad ogni età ed in ogni circostanza psico-fisica, se non si perde nel confronto e se risponde con dignità ai richiami del sentire e non del fare. Le fasi della vita infatti includono ed escludono innumerevoli esperienze a livello personale sia di tipo emotivo che di indagine mentale. In tal senso mi piace paradossalmente ricordare il dramma di Dorian Gray che, per rimanere bello e giovane, dovette rinunciare a provare emozioni. Doveva cioè rinunciare a vivere incartando la propria esistenza nell'effimero vestito dell'apparire. Doveva cioè morire continuando ad esistere perché la vita e il suo piacere corrispondono al sentire ed al sentirsi. Il corpo ci è stato dato per provare piacere – dispiacere – stanchezza – riposo, e altro; usato per altro si ammala perché è portatore di una psiche già da tempo malata che attribuisce ad un particolare un significato generale del tipo "se non sono tutto a posto non esprimo sensualità, non mi posso esporre sessualmente".

E' bene ogni tanto ricordare che siamo su questa terra per imparare a vivere bene, non a morire ogni giorno un po'. Dorian Gray aveva sostituito l'identità con lo specchio. Invece, chi ha elaborato una maturità psico-fisica, può sperimentare l'atto del guardarsi allo specchio cercando con dignità di raccontarsi e di recuperare la propria storia anche attraverso gli inevitabili malanni, acciacchi, rughe da attutire e non sopprimere definitivamente attraverso la cura del proprio corpo; un corpo che può essere meno sano, meno longilineo, ma sempre capace di sentire, magari attraverso atteggiamenti e comportamenti che oppongono, ad esempio, alla velocità una prudente destrezza. Così nel sesso, quando non è tempo di facili, plurimi orgasmi, è decisamente tempo di tenerezza, di appassionata compagnia con un altro corpo che si racconta con altrettanto calore in altre sensazioni, in altre emozioni non uguali a quelle di un'altra età e di un'altra esperienza ma non inferiori: giustamente diverse.

Laura, l'autrice della sua vita e della sua storia, non ha potuto affiancare alla maturazione sensuale la sua adeguata maturazione sessuale in quanto capacità di sentirsi e di sentire. Per questo la sua identità sessuale si è proposta sin dai suoi primi approcci scissa. Se si sentiva attratta da un uomo nel momento dell'amplesso perdeva il contatto col suo corpo e faceva degenerare l'esperienza sensoriale sentimentale in una sorta di amicizia a lungo termine. Se l'attrazione risultava essere fioca finiva per farsi guidare, come accaduto col suo secondo marito, per meandri troppo forti perché lei potesse sostenerli e vivere senza crollare.

Così Laura, nella sua vita, per non aver elaborato col giusto equilibrio sensualità, sensibilità, sentimento è destinata a vedere crollare sempre la sua costruzione affettiva. Perché in una vita condotta sanamente, saggezza istintiva vuole che la sensualità sia sempre complementare alla sessualità. La sensualità è la nostra capacità di

aprirci intimamente ai nostri desideri ed ai desideri dell'altro senza perdere il contatto con la parte più profonda di noi. Vuol dire alimentare l'io attraverso un piacere in cui i sensi, la pelle e altro giocano un ruolo paritario e non competitivo con l'area del cervello preposta a tale funzione.

I greci identificavano nell'amore tre matrici: eros / philos / agapé = desiderio – amicizia – affetto.

L'amore è la relazione più completa di tutte e comprende il meglio di tutte le altre in quanto rispetto – ammirazione – accensione – amicizia – intimità. Quando la sensibilità diventa alternativa alla sessualità o viceversa potremmo essere lontani dall'equilibrio e dal reale benessere. Chiaramente, per tutti noi, esistono programmi di serie B che vanno comunque accettati, ma è come parlare di sesso senza figli – di figli senza sesso. Si può fare ma non corrisponde alla conquista della propria Armonia che racchiude in sé la somma di tre esperienze quali Attaccamento – Accettazione – Adattamento. La realizzazione di una totale soddisfazione a vari livelli ed età della vita, sulla base della propria identità sessuale, coincide invece con l'esperienza completa e globale di sesso / senso / sentimento.

La sensualità è la nostra capacità di aprirci intimamente ai nostri desideri ed ai desideri dell'altro senza perdere il contatto con la parte più profonda di noi

Considerazioni conclusive e riassuntive

Le malattie reumatiche presentano spesso problemi sessuali. Dolore e infiammazione cronici, rigidità o immobilità, che interessano specialmente la colonna lombare, le anche, il collo, le mani e le ginocchia; affaticamento, malessere e disturbi emozionali, contribuiscono a creare e ad aggravare questi problemi.

L'OA può colpire la funzione sessuale in modo significativo; le cause più frequenti sono il dolore, la rigidità e la perdita di libido. Il trattamento chirurgico dell'OA dell'anca ha comportato un completo o considerevole miglioramento della funzione sessuale.

L'AR, con tutti gli effetti ad essa legati, può ridurre l'interesse, la capacità e l'espressione sessuale e, all'interno della più ampia definizione di sessualità, può avere un impatto sull'immagine e sull'identità sessuale (5, 6).

Tuttavia ciascuna persona è sessualmente unica e la malattia reumatica può e non può portare tali conseguenze.

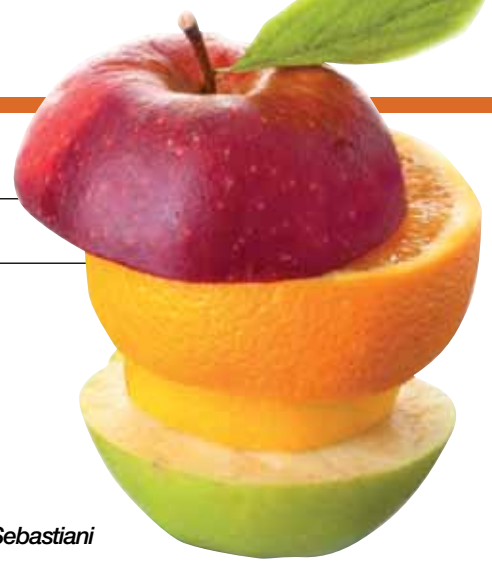
I problemi psicologici che sorgono nei pazienti reumatici sono la perdita dell'indipendenza e della stima di sé, l'alterazione delle relazioni in famiglia, con gli amici, con il partner, e la necessità di confrontarsi con la propria sofferenza e con la disabilità. Tutto ciò si ripercuote sulla loro vita sessuale rendendo l'approccio a tale problema ancora più difficile.

Le soluzioni che si prospettano devono essere diverse da caso a caso e le iniziative psico-educazionali nel campo del dolore, della depressione e della disabilità rivestono un ruolo critico sulla stessa evoluzione della malattia. ■

Bibliografia essenziale

- 1) Blake D et al. Sexual quality-of-life of patients with arthritis compared to arthritis-free controls. *J Rheumatol* 1987; 14: 570-6.
- 2) Blake DJ et al. Sexual dysfunction among patients with arthritis. *Clin Rheumatol* 1988; 7: 50-60.
- 3) Currey HL. Osteoarthritis of the hip joint and sexual activity. *Ann Rheum Dis* 1970; 29: 488-93.
- 4) van Berlo WTM et al. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 30-8.
- 5) Gutweniger et al. Body image of women with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1997; 17: 413-7.
- 6) Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2006; 25: 822-30.

Terapia dietetica nelle Malattie Reumatiche



Clodoveo Ferri
Cattedra e U.O.C. di Reumatologia
Università di Modena & Reggio E.;
Policlinico di Modena
clferri@unimo.it

Hanno collaborato all'articolo: M. Colaci, D. Giuggioli, A. Manfredi, C.U. Manzini, G. Sandri, M. Sebastiani
Cattedra Ed U.O.C. Reumatologia, Università Di Modena e Reggio Emilia, Modena

Un importante filosofo positivista dell'ottocento sosteneva che "Noi siamo quello che mangiamo" (L.A. Feuerbach 1804-1872). Tale affermazione è un'evidente forzatura ma ha un fondo di verità. Per molto tempo le abitudini dietetiche in genere e una terapia dietetica, in particolare, sono state considerate di scarso valore nelle malattie reumatiche a patogenesi autoimmune o metabolico-degenerativa. Fra le poche eccezioni la gotta che, come per numerose malattie endocrino-metaboliche, epatiche o renali, trovava nelle restrizioni dietetiche un importante presidio terapeutico.

Ancora nel 1981 la più autorevole istituzione americana in campo reumatologico affermava in un articolo dal titolo "La verità sulla dieta e l'artrite" che "...nessun alimento ha niente a che vedere con la patogenesi dell'artrite e nessun alimento è efficace nel curarla".

Pochi anni dopo in un articolo pubblicato sulla rivista ufficiale dell'American College of Rheumatology, in conclusione di uno studio sull'efficacia di una dieta di tipo 'mediterraneo' nella terapia dell'artrite reumatoide, si affermava che "...sebbene la terapia dietetica da noi proposta non ha dimostrato un chiaro beneficio clinico sull'artrite i nostri dati suggeriscono che la manipolazione dietetica personalizzata può essere utile in pazienti selezionati affetti da malattie reumatiche" (R. S. Panush et al. Arthritis & Rheumatism 1983).

Negli ultimi venti anni si è assistito ad un crescente interesse verso l'approccio dietetico nella terapia delle malattie reumatiche, soprattutto nelle forme immunologicamente mediate, ed alla proposta di alcuni protocolli terapeutici.

Le conoscenze attuali sul ruolo di fattori dietetici nelle affezioni immunomediate si possono riassumere nei seguenti punti:

- 1) gli alimenti possono evocare risposte immunologiche in condizioni di normalità con manifestazioni di tipo autoimmune o allergico;
- 2) numerose segnalazioni aneddotiche riportano l'insorgenza di malattie immunologiche sistemiche correlate ad ingestione di particolari alimenti (es. latte o derivati);
- 3) meccanismi immunologici di danno tissutale, incluso il coinvolgimento di allergeni di provenienza alimentare, sono importanti nella genesi delle malattie reumatiche immunomediate; tuttavia, gran parte degli antigeni potenzialmente coinvolti rimane sconosciuta.

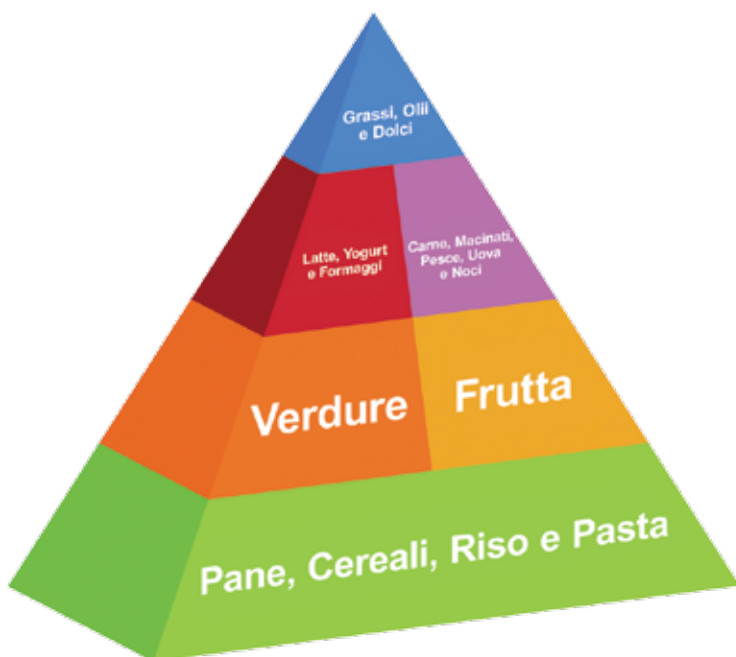
Le terapie dietetiche delle malattie reumatiche infiammatorie sono fondamentalmente di due tipi:

- 1) diete di eliminazione: digiuno, diete ipo-, oligoantigeniche;
- 2) diete di supplementazione: acidi grassi essenziali, vitamine, oligoelementi.

Diete di eliminazione

Un punto fondamentale per capire l'importanza della dieta nelle malattie immunologiche in generale, comprese quelle reumatiche, è il ruolo del tratto gastro-enterico nell'assorbimento degli alimenti. Il tratto gastro-enterico offre il contatto più esteso e prolungato nel tempo tra antigeni (di origine microbica, alimentare o sostanze inquinanti) e strutture specifiche per il loro riconoscimento (recettori dei linfociti T, immunoglobuline di membrana, antigeni di istocompatibilità). Nell'intestino l'assorbimento di antigeni esogeni indigeriti, quindi potenzialmente dannosi, è "frenato", durante la digestione, da meccanismi fisico-chimici ed immunologici che comprendono: la peristalsi, il muco e il succo gastroenterico, il sistema linfoide intestinale. Già in condizioni fisiologiche una piccola quantità di antigeni integri, non digeriti, (di origine alimentare e non) viene assorbita in circolo; la conseguenza è la formazione di immuno-complessi e di anticorpi cross-reattivi, spesso responsabili dei fenomeni infiammatori a carico dei vasi e dei tessuti, fra cui le articolazioni.

Il digiuno (completo ± frutta diluita e succhi vegetali) praticabile per un periodo massimo di 7-10 giorni si è dimostrato utile (effetto immuno-soppressore) nei malati con artrite reumatoide: i malati migliorano nei primi 4-5 giorni per poi peggiorare rapidamente dopo la reintroduzione della dieta libera. A parte questo approccio drastico e chiaramente impraticabile, una dieta parzialmente deprivata di alcuni alimenti si è dimostrata potenzialmente utile in alcune malattie reumatiche-immunologiche: dieta priva di latte e derivati in rari casi di artrite reumatoide; dieta vegetariana nell'artrite reumatoide; dieta mediterranea nell'artrite reumatoide e nella nefropatia da complessi-immuni IgA; dieta a basso contenuto di antigeni alimentari nella crioglobulinemia mista e nella nefropa-





tia da complessi-immuni IgA. Quest'ultimo approccio terapeutico basato sull'eliminazione dalla dieta di alcuni alimenti più ricchi di proteine 'allergizzanti' (latte e derivati, uova, alcune carni ed alcuni vegetali) è forse quello meglio studiato (Ferri C, et al. Am J Med 1989; 87:519-24; Arch Intern Med 1992; 152: 437-8; Neph- rol Dial Transpl 1993; 8: 1193-8) e dotato di una certa utilità pratica nelle malattie in cui è stato proposto; in particolare in pazienti con forme clinicamente meno gravi di crioglobulinemia mista (<http://www.reumatologia.unimo.it/ricerca/terapia-dietetica.html>).

Diete di supplementazione

Le diete di supplementazione si basano sul potenziamento della normale dieta con l'aggiunta di sostanze, in genere già presenti nella dieta, capaci di potenziare e/o inibire alcuni sistemi biologici responsabili del processo infiammatorio. Le principali sostanze impiegate con questa finalità sono gli acidi grassi essenziali: omega-6 (acido linoleico- contenuto negli olii vegetali) ed omega-3 (acido alfa-linoleico contenuto nell'olio di pesce) utili nella terapia delle malattie infiammatorie o autoimmuni e nella malattia coronarica.

Queste sostanze sono coinvolte in vari meccanismi responsabili sia del processo infiammatorio che di quello arteriosclerotico; fra questi il più studiato è la ridotta sintesi dei mediatori lipidici dell'infiammazione. In particolare, gli additivi grassi omega-3 (olio di pesce) inibiscono la produzione di prostaglandine e leucotrieni, responsabili del processo infiammatorio. Studi clinici sull'impiego di queste sostanze sono stati effettuati su malati affetti da artrite reumatoide e lupus eritematoso sistemico. I risultati osservati non sono, univoci e quindi non definitivi.

Nell'insieme l'approccio dietetico alla terapia delle malattie reu-

matiche autoimmuni non ha portato a risultati eclatanti e definitivi; quasi sempre si tratta di terapie da proporre come semplice supporto e sempre in associazione alla terapia farmacologica (anti-infiammatori non-steroidici, cortisonici, immunosoppressori, ecc.). Rimane di grande interesse speculativo il potenziale ruolo di fattori alimentari nella genesi di alcune malattie reumatiche, evidenziabile con certezza solo in un numero molto limitato di pazienti. In questi casi può essere utile l'impiego di una terapia dietetica personalizzata, come ad esempio pazienti con artrite reumatoide indotta o aggravata dal latte e derivati.

Negli ultimi anni sono divenute sempre più attuali le diete di supplementazione/deprivazione potenzialmente utili al fine di prevenire/migliorare la sindrome metabolica e l'aterosclerosi accelerata spesso associate a molte malattie reumatiche cronico-infiammatorie.



Un ultimo ma non meno rilevante problema è quello legato a carenze di uno o più fattori nutrizionali (es. vitamina D); tali carenze risultano più accentuate in alcune condizioni morbose particolarmente impegnative, aggravate da terapia steroidea prolungata e/o malassorbimento intestinale, spesso subclinico.

È infine necessario sottolineare l'importanza, nei pazienti con malattie reumatiche croniche, di una dieta il più possibile personalizzata sia per quanto riguarda l'apporto calorico giornaliero che il corretto bilanciamento delle varie componenti alimentari. ■





Articolo di approfondimento

Vaccinazioni e malattie reumatiche del bambino



Francesco Zulian

Dipartimento di Pediatria - Centro Regionale
Specializzato in Reumatologia Pediatrica
zulian@pediatria.unipd.it

Hanno collaborato all'articolo: G.Martini, L. Rossi, F. La Torre
Unità di Reumatologia - Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Il vaccino come possibile causa di artrite

In letteratura sono state documentate diverse manifestazioni autoimmuni, tra le quali l'artrite reumatoide, dopo l'induzione di vaccini virali (2, 3).

L'ipotesi dell'induzione dell'autoimmunità coinvolge alcuni aspetti (2-8):

1. La sostanza introdotta (antigene virale o tossina, ecc.) provoca effetti diretti (attivazione policlonale B e delle cellule regolatorie del sistema immunitario) e indiretti (induzione delle citochine) sul sistema immunitario;
2. Formazione di anticorpi contro il virus che provocano modificazioni antigeniche per effetto della molecular mimicry (mimetismo molecolare), la formazione di immunocomplessi e di anticorpi anti-idiotipo.
3. Esposizione degli antigeni sequestrati, modificazione degli antigeni di superficie e induzione nuovi antigeni.

Inoltre, oltre agli antigeni virali, i vaccini contengono sostanze che possono coadiuvarne l'azione, come alluminio e tiomersale (neurotossina-like) (4).

In realtà la dimostrazione del ruolo del vaccino virale nel determinismo della malattia autoimmune è difficilmente valutabile: In realtà, nell'insorgenza di malattie autoimmuni dopo la vaccinazione, si può solo evidenziarne l'associazione e non il reale trigger (innescò) (2).

È stata documentata infatti una associazione tra insorgenza di Artrite Reumatoide e vaccinazioni anti-Epatite B, Rosolia e MMR (morbillo) (2,3,9).

L'evidenza di tale rapporto con le vaccinazioni è limitata a casi report, case-series o studi non controllati (3). In alcuni casi è stata evidenziata una certa associazione tra vaccinazione ed insorgenza di artrite con particolari predisposizioni genetiche (HLA B27, DR4 e DR 1) (7-9).

Quando vaccinare in corso di malattie infantili

Le vaccinazioni in età pediatrica rappresentano un problema rilevante e spesso controverso nei pazienti con malattie reumatiche giovanili. Non esistendo linee guida per le vaccinazioni in tali pazienti, vi è un'ampia variabilità nella pratica vaccinale con la conseguenza, in una buona percentuale di casi, di una mancata copertura vaccinale (un terzo dei pazienti affetti da AIG non ha completato il calendario vaccinale).

Secondo la "Standing Immunization Commission of the Robert Koch Institute" i bambini affetti da malattia reumatica dovrebbero, quando possibile in relazione all'attività di malattia e al trattamento in atto, ese-

guire le vaccinazioni comunemente raccomandate per l'infanzia.

In letteratura nessuna controindicazione è stata riportata all'esecuzione dei vaccini con tossoidi (come DTP) o microrganismi uccisi o a base di antigeni polisaccaridici come meningococco C, pneumococco, anti epatite B, antinfluenzale.

Nel caso del vaccino anti-meningococcico la risposta immunitaria valutata come titolo anticorpale appare adeguata, anche nel caso di pazienti in terapia con immunosoppressori ad alte dosi. Per il vaccino anti-pneumococcico è stata evidenziata una risposta anticorpale ridotta in corso di terapia con Methotrexate (MTX) e MTX più Infliximab (senza ulteriore riduzione del titolo anticorpale nei pazienti in duplice terapia rispetto alla terapia con solo MTX); la risposta immunitaria appare invece adeguata nei pazienti che non assumono i suddetti farmaci.

I pazienti in terapia con corticosteroidi sviluppano una miglior risposta immunitaria contro lo pneumococco.

Il vaccino per l'Epatite B conferisce protezione nel 68% dei casi.

Per quanto riguarda i più discussi vaccini vivi (MMR - morbillo), recentemente Heijstek et al. hanno eseguito uno studio multicentrico retrospettivo per valutare l'effetto della vaccinazione sulle attività di malattia: nessun aggravamento dell'attività di malattia né variazione nella terapia in atto sono stati messi in evidenza, ciò anche in pazienti trattati con Methotrexate.

Controindicazione vera alla vaccinazione con vaccini vivi rappresenta l'immunosoppressione farmacologica: prednisone a dosaggi 2mg/kg/die o >20mg/die equivalenti: in questo caso, se la terapia supera le 2 settimane è consigliabile vaccinare a distanza di un mese. Per la vaccinazione contro il virus della varicella nei bambini affetti da AIG non sono noti studi di letteratura.

In conclusione

Le vaccinazioni comunemente consigliate per l'infanzia non sembrano correlate con ingravescenza o riaccensioni dell'AIG; per confermare l'assenza di tale correlazione sarebbe raccomandato comunque uno studio prospettico.

Sembra comunque raccomandabile posticipare la vaccinazione con vaccini vivi nel caso di fasi di particolare attività di malattia o terapia immunosoppressiva ad alte dosi; il vaccino antipneumococco è sicuro ma spesso non conferisce protezione nei pazienti in terapia con MTX e farmaci antTNF. ■

Dizionario Medico

Antigeni: è una sostanza che induce il sistema immunitario a produrre anticorpi contro di essa

Citochine: sono molecole proteiche prodotte da vari tipi di cellule e secrete nel mezzo circostante di solito in risposta ad uno stimolo, ed in grado di modificare il comportamento di altre cellule inducendo nuove attività come crescita, differenziazione e morte. La loro azione di solito è locale, ma talvolta può manifestarsi su tutto l'organismo. Le citochine possono quindi avere un effetto autocrino (modificando il comportamento della stessa cellula che l'ha secreta), o paracrino (modificano il comportamento di cellule adiacenti). Alcune citochine possono invece agire in modo endocrino, modificando cioè il comportamento di cellule molto distanti da loro. Hanno una vita media di pochi minuti. Le citochine prodotte da cellule del sistema immunitario sono dette linfocine o interleuchine.

Attivazione policlonale B: è una risposta immunitaria specifica mediata dai linfociti B

Molecular mimicry (mimetismo molecolare): Somiglianza antigenica fra un antigene di un patogeno e un antigene cellulare (self), che comporta l'induzione di anticorpi o di cellule T che agiscono contro il patogeno ma che presentano anche una reattività crociata con l'antigene self.

Bibliografia

- 1) Schattner A, Rager Z.B. (1990) Virus-induced autoimmunity. Rev. Infect Dis 12(2):204-22
- 2) Schattner A. (2005) Consequence or coincidence? The occurrence, pathogenesis and significance of autoimmune manifestation after viral vaccines. Vaccine 23(30):3876-86
- 3) Robert T. et al. (2001) Epidemiology of Autoimmune reaction induced by vaccination.
- 4) Gherardi RK et al. (2001) Macrophagic myofasciitis lesion assess long-term persistence of vaccine-derived aluminium hydroxide in muscle. Brain 124:1821-1831
- 5) Slater PE et al. (1995) Absence of an association between rubella vaccination and arthritis in underimmunized postpartum women. Vaccine 13:1529-1532
- 6) Ray P et al. (1997) Risk of chronic arthropathy among women after rubella vaccination. JAMA 278(7):594-5
- 7) Shoenfeld Y. and Aron A. (2000) Vaccination and autoimmunity - "Vaccinosis": A dangerous liaison?. J Autoimmunity 14:1-10
- 8) Thierry V. et al. (2004) Autoimmune disease and vaccinations. Eur J Dermatol 14(2):86-90
- 9) Pope JE et al. (1998) The development of rheumatoid arthritis after recombinant hepatitis B vaccination. J Rheumatol 25(9):1687-93
- 10) K. Minden, M. Niewerth et al. (2007) Immunization in children an adolescent with rheumatic diseases Z. Rheumatol. 66:111-20
- 11) E. Zannoveld-Huijssoon, A. Ronaghy, et al. (2007) Safety and efficacy of meningococcal vaccination in juvenile idiopathic arthritis Arthritis Rheum 56(2):639-46
- 12) S. Visvanathan, GF Keenan et al. (2007) Response to pneumococcal vaccine in patients with early rheumatoid arthritis receiving infliximab plus methotrexate or Methotrexate alone J Rheumatol. 34:952-7

Immunizzazione nei pazienti Reumatici

dal "Notiziario del Malato Reumatico n.34"

Il timore che la vaccinazione possa peggiorare o riattivare una patologia reumatica



Luca Magnani
Medico in formazione
specialistica
S.S. Reumatologia,
Istituto Ortopedico
Rizzoli - Bologna
magnani.l@gmail.com

Nella pratica quotidiana i termini **vaccinazione** e **immunizzazione** vengono spesso considerati sinonimi. In verità essi **sottintendono due concetti molto diversi**. Con **vaccinazione** si indica la pratica del vaccinare e quindi dell'inoculare nel paziente un preparato chimico contenente microrganismi attenuati o parti di essi. Con **immunizzazione**, invece, si indica lo scopo stesso della vaccinazione ovvero la capacità del vaccino di indurre una risposta immunitaria specifica nei confronti di quel microrganismo. Tuttavia la domanda che più spesso ci si pone quando ci si trova di fronte a un paziente reumatico, riguarda il timore che la vaccinazione possa peggiorare o riattivare la patologia di base.

Ad oggi, le prove di una controindicazione assoluta all'uso dei vaccini nei pazienti reumatici, sono carenti poiché basate essenzialmente sullo studio dei pochi casi segnalati di reazioni avverse. Inoltre, è bene ricordare che i meccanismi con cui l'autoimmunità può essere innescata da parte dei virus devono ancora essere stabiliti.

Bisogna però sempre mantenere una linea di condotta prudente valutando col proprio medico il rapporto rischio/beneficio.

Nella valutazione ci si può affidare alle linee guida elaborate a partire da alcuni studi che dimostrano come i **vaccini antinfluenzali e antipneumococcici siano fondamentalmente sicuri nei pazienti reumatici**. Diverse indagini, infatti, hanno dimostrato differenti tassi di sieroconversione¹ in risposta ai vaccini antinfluenzali, antipneumococcici e antitetanici in pazienti con Artrite reumatoide e Lupus Eritematoso, garantendo una protezione minima ma comunque utile.

Le linee guida dell'American College of Rheumatology (ACR) pubblicate nel 2008² sostengono la necessità di vaccinare tutti i pazienti affetti da Artrite Reumatoide (AR) con il vaccino antinfluenzale, indipendentemente dal fatto che essi siano in trattamento con farmaci biologici o non biologici, suggerendo novembre come mese ideale di somministrazione. Le medesime linee guida

¹ Si ha sieroconversione quando il paziente sviluppa anticorpi diretti contro quel microrganismo.

² 2008 Recommendations for the use of Nonbiologic and Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis.

raccomandano, per gli stessi soggetti, anche la **vaccinazione antipneumococcica** non appena si inizi la terapia con Leflunomide, Methotrexate o Sulfasalazina.

Il **vaccino per l'Epatite B** è raccomandato, invece, per i pazienti con AR in trattamento con Leflunomide, Methotrexate e agenti biologici e per i pazienti cosiddetti a rischio (personale sanitario, tossicodipendenti, comportamenti sessuali a rischio).

Le raccomandazioni dell'ACR, inoltre, sostengono chiaramente che tutti i vaccini con virus vivi debbano essere evitati nei pazienti trattati con farmaci immunosoppressori.

I vaccini per lo Zoster, la varicella, il morbillo, gli orecchioni e la rosolia sono generalmente controindicati nei pazienti immunosoppressi. **Per i loro familiari è da evitare il vaccino influenzale nasale**, poiché replicandosi nel naso per una settimana o più, potrebbe essere facilmente trasmesso e potenzialmente in grado di causare malattia nel congiunto immunocompromesso.

In particolari casi è possibile, valutando il rapporto rischio/beneficio, utilizzare il vaccino per la poliomielite in pazienti che viaggino in paesi dove il vaccino con virus vivo sia ancora in uso.

Casi particolari

La prevenzione dell'**Herpes Zoster** è un problema particolarmente sentito nei pazienti reumatici data l'elevata frequenza di infezioni in questa categoria di pazienti (13-14 casi ogni mille pazienti, rispetto ai 1.5-4 casi per mille della popolazione generale).

Uno studio durato tre anni, promosso da Oxman e Levin, in cui sono stati vaccinati gli adulti sopra i sessant'anni non immunosoppressi, ha dimostrato una riduzione del 51% dell'incidenza dello zoster e del 67% di nevralgia post-infezione.

Per la vaccinazione anti-Zoster sarebbe bene attenersi a queste poche regole:

1) Pazienti in terapia con Cortisone (prednisone) ad alte dosi (>20 mg/die) o inibitori del TNF- α : lasciar trascorrere almeno un mese dalla sospensione della terapia immuno-soppressiva prima di effettuare la vaccinazione.

2) Pazienti in terapia a breve termine o a basse dosi di cortisone (<20 mg/die), pazienti in trattamento con basse dosi di methotrexate (<15mg/settimana) o azatioprina (meno di 3 mg/Kg/settimana) oppure con deficit dell'immunità umorale: effettuare la vaccinazione senza sospendere la terapia, previo parere positivo del reumatologo.

Paziente reumatico e viaggi

Ai pazienti affetti da AR in trattamento con farmaci immunosoppressivi, decisi

a intraprendere un viaggio, è bene ricordare:

- **Località scelta e rischio infettivo:** il paziente dovrebbe evitare di viaggiare in paesi endemici per la febbre gialla con particolare attenzione ai periodi in cui l'epidemia raggiunge il suo picco;
- **Verificare le condizioni igieniche del paese scelto;**
- **Durata del viaggio:** permanenze brevi riducono il rischio di infezioni;
- **Tipo di viaggio:** soggiornare in luoghi chiusi e affollati, intrattenere rapporti interpersonali stretti (come visite a parenti e amici) nonché scegliere viaggi fai da te comportano un maggior rischio di contrarre infezioni.

Non bisogna altresì dimenticare di prestare **massima attenzione alle malattie trasmesse da cibi e liquidi contaminati o trasmesse da insetti (mosche, zanzare)**. Bisogna porre attenzione anche alle malattie a trasmissione sessuale, ai danni provocati dal sole e/o dall'altitudine. E' utile portare sempre con sé antibiotici ad ampio spettro.

Le vaccinazioni necessarie vanno effettuate con largo anticipo ed è bene che il paziente porti con sé un documento in cui si attesti la sua impossibilità a sostenere la vaccinazione per la febbre gialla.

Per i pazienti pediatrici affetti da patologie reumatiche è opportuno mettersi in contatto prontamente con il Centro di Prevenzione delle malattie infettive della propria AUSL di appartenenza in modo da attivare una corretta prevenzione.

Potrebbe essere opportuno prevedere la stipula di una polizza assicurativa così da avere massima copertura anche all'estero. ■

UTILI CONSIDERAZIONI

- Numerosi centri reumatologici (tra cui il nostro) consigliano di eseguire regolarmente la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica.
- Evitare vaccini virali vivi nei pazienti immunodepressi (ad eccezione del vaccino verso l'herpes zoster a patto che i livelli di immunosoppressione siano bassi
- Consultare il proprio reumatologo e valutare con lui la possibilità di differire temporalmente la terapia così da mantenerla il più possibile distante dalla vaccinazione. Ricordarsi che il livello di immunizzazione può non essere sufficiente, se le vaccinazioni sono fatte in vicinanza a periodi di immunodepressione dovuta alle terapie
- ricordarsi che vaccinare non è immunizzare: si può ridurre il rischio di sviluppare l'infezione ma non la si può prevenire completamente.

Il Filo della Storia

Una Breve Storia del Liquido Sinoviale



Aulo Cornelio Celso (14 a.C. - 37 d.C.)



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

Cari associati e cari amici, in questa puntata del Filo della Storia vi propongo una veloce escursione all'interno del mondo delle articolazioni, o per meglio dire approfondiremo la ricostruzione dei passaggi nella storia che ci permettono oggi di conoscere il "liquido sinoviale", lubrificante essenziale delle nostre grandi articolazioni.

Le articolazioni, organi così complessi e perfetti, eppure anche così fragili quando si infiammano, devo dire che mi hanno sempre affascinata, sono un perfetto insieme di piccoli sistemi bilanciati, come un perfetto orologio meccanico, che ci permettono di essere ciò che siamo... Con l'uso del pollice prensile l'uomo iniziò la propria esperienza con i materiali, scopri gradualmente le forme e le rispettive funzioni, imparò a lavorare la pietra e a realizzare i primi manufatti. Possiamo dire che le articolazioni, siano esse del pollice, che la schiena nella posizione eretta, ci hanno permesso di favorire anche lo stimolo della nostra fantasia... ci hanno permesso, mi permetto di dire, la nostra evoluzione!!

Durante una visita reumatologica avremo sicuramente sentito parlare dell'infiammazione dell'articolazione, e ne sono sicura, molti di noi hanno un'esperienza che definirei del terzo tipo con il liquido contenuto nelle articolazioni stesse. Bene il Dr. Piero Marson, profondo conoscitore della storia della medicina, oggi ci accompagnerà con domande e risposte nel percorso di riconoscimento di questo liquido nel corso della storia... Buona lettura!!

L'autore



Piero Marson

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

Dopo gli studi classici in un liceo di provincia (Vittorio Veneto), dove insegnanti eccezionali gli hanno trasmesso la passione per la storia, la letteratura e l'arte, si è laureato in Medicina e Chirurgia a Padova, sotto la guida, altrettanto eccezionale, del prof. Silvano Todesco. Si è quindi specializzato in Reumatologia ed Ematologia. Dal 1989 lavora presso l'U.O.C. Immunotrasfusionale di Padova, dove attualmente è responsabile dell'Unità di Aferesi Terapeutica. È autore di oltre 350 pubblicazioni scientifiche, molte delle quali di argomento storico. Sogna per i giovani futuri medici maestri straordinari come quelli che ha avuto la fortuna d'incontrare, capaci d'insegnare loro che la cura della persona passa ancor oggi attraverso una profonda conoscenza delle scienze e delle arti umane.

Per il reumatologo il liquido sinoviale (LS) rappresenta oggi, stando ad una brillante definizione di Joseph Lee Hollander, una sorta di "biopsia liquida", in quanto le informazioni derivanti dalla sua analisi sono preziose e spesso irrinunciabili per la corretta diagnosi di molte reumoartropatie. In questo senso, esso rappresenta ciò che sono le urine per il nefrologo/urologo od il sangue midollare per l'ematologo. Ma, a differenza appunto di urine e sangue midollare, il LS è di fatto un fluido "virtuale", in quanto estraibile quasi esclusivamente in corso di malattie articolari. Motivo per cui, con ogni probabilità, nei lunghi percorsi della storia della medicina, ed in particolare in quelli dell'anatomia e della fisiologia, pochi sono i documenti che testimoniano un interesse specifico per il LS, e come sottolineato nel titolo, la sua storia non potrà che essere "breve", non tanto per esigenze editoriali, quanto per un'effettiva scarsità di documenti.

Ciò nonostante, si cercherà qui di dare una risposta ad alcune semplici domande di carattere storico, d'interesse sia per il reumatologo militante che per il malato reumatico specie se curioso di conoscere l'origine di alcuni termini o situazioni in cui si è frequentemente imbattuto nel suo percorso clinico.



Figura 1. Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, detto Paracelso (1493-1541)

Quando e perché è entrata nell'uso comune la qualifica di "sinoviale" per definire il fluido contenuto all'interno del cavo articolare?

Il termine "sinovia" fu introdotto da Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541) (Fig. 1), meglio noto come Paracelso, figura di assoluto rilievo e grande innovatore nella storia del pensiero medico. Lo si ricorda, infatti, anche per aver introdotto il laudano (tintura d'oppio) come

sedativo ed anestetico, per aver scoperto la componente acida dei succhi gastrici, per aver dato un'interpretazione scientifica e non meramente socio-comportamentale del ballo di San Vito ("chorea reumatica"), per aver associato il cretinismo con il gozzo endemico da carenza di iodio, per aver interpretato la silicosi come malattia occupazionale dei minatori. Ma l'importanza maggiore di Paracelso sta nell'aver dato una vigorosa spallata alla teoria cosiddetta "umorale" delle malattie (secondo la quale, queste sarebbero indotte da un'alterata mescolanza dei quattro umori, sangue, flegma, bile nera e bile gialla, presenti nel nostro organismo) che da Ippocrate in giù aveva informato tutto il pensiero medico. Paracelso introdusse una nuova teoria "chimica", che aveva nella gotta il suo paradigma, interpretata come malattia del "tartaro", cioè dovuta, semplificando al massimo i concetti espressi da Paracelso stesso, ad un processo di fermentazione. Proprio in un passo dell'opera "De Tartaro", ci s'imbatte per la prima volta nel termine "synovia" e più avanti "seu liquor in omnibus iuncturis membrorum instar albuminis ovorum". Ecco quindi svelato il significato di LS: un fluido presente in tutte le articolazioni del corpo umano (oggi sappiamo meglio, solo in quelle cosiddette "diartrodiali", ovvero provviste di membrana sinoviale) e simile all'albumine dell'uovo, la cui radice riecheggia nel termine di sinovia. Più avanti, Paracelso ci spiega che il termine in realtà non è stato da lui introdotto, come generalmente si crede, ma era in uso comune fra i chirurghi del suo tempo, al posto della più tradizionale qualifica di "glutine".

Chi ha identificato per primo la presenza di questo liquido nelle articolazioni?

Già in un'opera del Corpus Hippocraticum, il "De locis in homine", l'autore parla di liquido articolare nei termini di "muxa ton arthròn", ovvero "muco delle articolazioni", lasciandoci intuire che anche nell'antica Grecia fosse nota la presenza di un liquido denso e vischioso all'interno del cavo articolare. Ma è soprattutto nei testi di medicina romana, in particolare nell'opera di Aulo Cornelio Celso (14 a.C.-37 d.C.) (Fig. 2) che troviamo qualche accenno più preciso al LS, sotto il termine di "mellicera": questa "è più densa, più glutinosa, bianchiccia, e quasi simile al miele bianco". La si ritrova "quando i nervi sono rimasti lesi intorno alle articolazioni, e specialmente intorno alle ginocchia". Cioè, sono soprattutto le lesioni traumatiche delle grosse articolazioni, ad esempio le ferite con armi da taglio (e quante se ne saranno osservate nella cosiddetta "chirurgia di guerra", nei tempi

passati tanto praticata da essere davvero il motore dello sviluppo di moltissime tecniche operatorie), da cui può uscire allo scoperto e rendersi visibile il LS.



Figura 4. Marie-François Xavier Bichat (1771-1802)

Come sono stati interpretati sotto il profilo storico i meccanismi della sua produzione?

Per lungo tempo si è creduto che all'interno delle articolazioni sinoviali ci fossero delle "ghiandole mucillaginose" (Fig. 3), secondo la definizione che ne dà l'anatomico inglese Clopton Havers (1650?-1702), capaci di secernere il LS allo stesso modo in cui le ghiandole salivari producono la saliva o quelle lacrimali le lacrime. Questo assunto viene recepito da molti autori successivi, compreso Giovanni Battista Morgagni, che all'esame autoptico di un'anziana donna, inciso il ginocchio sinistro, indica ai suoi spettatori "i legamenti interni, le cartilagini e le glandule" (De Sedibus, libro IV, lettera LVII). E' solo sul finire del Settecento che vengono identifica-

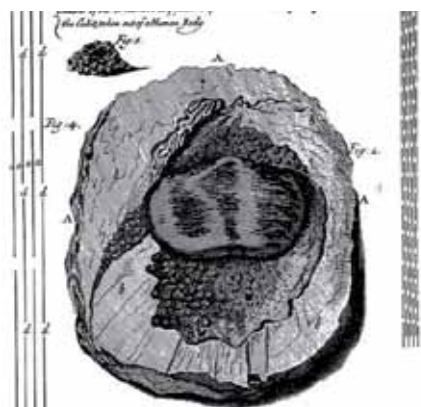


Figura 3. La ghiandola mucillaginosa del ginocchio nell'iconografia di Clopton Havers (1650?-1702)

ti i meccanismi di produzione del LS, come una sorta di "esalazione" dalla membrana sinoviale. E' Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) (Fig. 4) che in un'opera monumentale, di fondamentale importanza nella storia dell'anatomia dei tessuti e della loro funzione, il "Traité des membranes en générale et de diverses membranes en particulier", pubblicata a Parigi nel 1802, descrive per la prima volta in maniera scientificamente corretta, i meccanismi di produzione del LS.

Quando sono state compiute le prime analisi chimiche del LS?

Più o meno nello stesso periodo in cui Bichat compie i suoi studi sulle membrane presenti nell'organismo umano, Jean-Louis Margueron, farmacista dell'Hôtel des Invalides di Parigi, presenta la comunicazione "Examen chimique de la synovie" in occasione di una seduta dell'Académie des Sciences. La data della presentazione, il 27 giugno del 1792, segna l'atto di nascita del laboratorio di fisiopa-



Illustrazione tratta dall'erbario atzeco "Libellus de medicinalibus indorum herbis" del 1552 di Juan Badiano

tologia articolare. Margueron, dopo aver riportato le caratteristiche organolettiche e fisiche del LS, ricavato dalle articolazioni di bue, e delle modificazioni delle stesse in diverse condizioni di deposito ed a seguito di trattamento con acidi, alcali ed alcool, osserva che l'aggiunta di acido acetico diluito ad una soluzione di LS ed acqua ne diminuisce la viscosità e forma un deposito di fibre biancastre, costituite da "albumine sous un état particulier", sostanza in grado di conferire al fluido intra-articolare la caratteristica viscoelasticità.

Come veniva estratto, prima che le moderne tecniche di artrocentesi, oggi routinarie, venissero introdotte?

Se è evidente che le prime estrazioni di LS divennero pienamente applicabili grazie all'introduzione e l'utilizzo di aghi cavi



Figura 6. Frontespizio dell'opera "Iodothérapie" (1855) di Alphonse-Alexandre Boinet (1807-1886)

e di sistemi di prelievo come la siringa, cioè nel XIX secolo, non mancano precedenti segnalazioni di artrocentesi evacuative, effettuate impiegando spine di cactus od ossa d'aquila o di puma come mezzo di puntura. Ne siamo a conoscenza grazie ad alcuni testi tradizionali del Messico precoloniale, come l'opera del padre francescano Bernardino de Sahagun, giunto nelle Americhe nel 1529, e quindi in altri successivi alla conquista spagnola, come l'erbario atzeco "Libellus de medicinalibus indorum herbis" del 1552 di Juan Badiano (Fig. 5), e ancora il "Tractado breve de medicina" del 1592 di Agustín Farfán.

Quando sono state introdotte le terapie intra-articolari, cioè mirate ad agire direttamente sull'ambiente articolare e quindi anche sul LS?

Il primo intervento di farmacoterapia intra-articolare sarebbe stato condotto dal francese Jean Gay, il quale nel 1792 inietta con successo in due pazienti con versamento articolare resistente ad ogni trattamento fino ad allora applicato, la cosiddetta "acqua di Goulard" (dal nome di un chirurgo di Montpellier, vissuto nel XVIII secolo), ovvero un composto a base di piombo, oro, aceto e brandy, inizialmente utilizzato nella cura della sifilide. E' soprattutto nella letteratura medica francese dell'Ottocento che si valorizza la cura intra-articolare delle malattie reumatiche: un chirurgo di Lione, Amédée Bonnet nel 1845 descrive l'utilizzo di sostanze irritanti come il vino aromatico, l'acquavite canforata o vari preparati a base di iodio, esperienza quest'ultima perfezionata una decina d'anni dopo da Alphonse Alexandre Boinet (Fig. 6), che raccoglie ben 24 casi clinici di versamento articolare trattato con farmacoterapia locale. ■

Bibliografia essenziale

- 1) Rodnan GP, Benedek TG, Panetta WC. The early history of synovia (joint fluid). Ann Intern Med 1966; 65:821-42.
- 2) Davis A. Paracelsus: a quincentennial assessment. J R Soc Med 1993; 86:653-6.
- 3) Marson P. Il liquido sinoviale attraverso i secoli. Reumatismo 2003; 55:270-83.
- 4) Marson P, Pasero G, Punzi L, Zanchin G. Sulla storia delle terapie intra-articolari. Le tappe principali. Reumatismo 2007; 59:262-8.

I nostri consigli in cucina

L'Emilia-Romagna una storia

e una tradizione lungo una Via di Gusto! Alla scoperta di Modena

Proseguendo quella che abbiamo battezzato la "Via Emilia del Gusto", si giunge a Modena, città dai mille sapori e dai piatti tipici di una cucina "fatta a mano". Il modo di vivere e cucinare a Modena è stato definito caldo e i suoi gustosissimi piatti ci fanno partire dall'animale che più di tutti viene sfruttato in questi territori: il maiale e alla trasformazione della sua carne, fino ad arrivare all'utilizzo del mosto d'uva per la produzione dell'Aceto Balsamico Tradizionale di Modena, prodotto dalle antichissime origini, di cui Virgilio offre testimonianza nel primo libro delle "Georgiche". I prodotti che ci offre il paniere modenese sono davvero tantissimi, ma uno tra i primi da evidenziare è certamente il prosciutto crudo di Modena, che si è guadagnato la denominazione d'origine nel 1990. Tracce della sua presenza risalgono addirittura all'età del bronzo, anche se le prime testimonianze risalgono a quando i Celti introdussero la tecnica di conservazione della carne attraverso la salatura. Questo prosciutto crudo è caratterizzato da un sapore sapido, ma non salato, e da un aroma dolce ma intenso.

Rimanendo in tema di trasformazione della carne di maiale non si può fare a meno di citare due prodotti unici di questa provincia: il Cotechino e lo Zampone; entrambi si sono guadagnati l'IGP. Un piatto particolare è il cotechino «in galera», la cui curiosa definizione «in galera» è dovuta alla fetta larga e sottile di manzo che racchiude il cotechino già cotto e privato del budello. Questi "principi" della tavola sono due gustosissimi insaccati che si sono diffusi in tutta la regione, come anche in Lombardia e nel Veneto. Si cuociono molto lentamente in acqua abbondante e si servono

tagliati a fette (ma attenzione devono essere compatte se la cottura è stata attenta), accompagnati da lenticchie o fagioli; ma sono squisiti anche con purea di patate, spinaci al burro e formaggio, gratinati in forno o con crauti stufati. Una leccornia!!

La pasta all'uovo nella tradizione modenese non può mancare: come non parlare, a questo punto, dei tortellini, specialità i cui natali sono motivo di rivalità con la provincia di Bologna. La versione modenese delle origini del tortellino racconta che questa pasta ripiena è stata inventata da un cuoco del luogo che sognò Venere innalzarsi dalle onde del mare e, visto il suo ventre perfetto, si svegliò e corse in cucina per ricreare con la pasta il divino ombelico.

I tortellini di Modena sono un prodotto protetto dal marchio collettivo della Camera di Commercio che ne garantisce la miglior qualità e la più antica tradizione modenese imponendo, per esempio, l'obbligo di utilizzo nel ripieno di Parmigiano Reggiano stagionato oltre 18 mesi, mortadella IGP, assenza di pangrattato etc. È d'obbligo, altresì, specificare che il ripieno dei tortellini è un patrimonio culturale che ogni famiglia si tramanda di generazione in generazione e si differenzia in qualcosa in ciascuna famiglia.

Il territorio modenese è ricco di frutta con cui si preparano marmellate, confetture e liquori vari: ricordiamo fra tutti le ciliegie di Vignola, famosissime, che - messe sotto spirito - concludono un pasto o accompagnano i dolci; i ciambelloni, i soufflé, la «zuppa inglese», che ovunque in questa zona è particolarmente apprezzabile. Ma ora basta alle ciance e sotto ai fornelli con le ricette di alcuni piatti tipici! ■

Menù di tradizione Modenese... partiam dall'antipasto!

Tigelle o crescentine modenesi

Ingredienti per 6 persone:

700 gr di farina
12 gr di lievito di birra
3 cucchiaini di olio di oliva
2 dl d'acqua
1 dl di latte
sale

Preparazione

Setacciate la farina, fate la fontana, nel mezzo mettete il lievito sciolto in poca acqua tiepida, unite l'olio, il sale, il latte e l'acqua rimasta. Lavorate l'impasto per qualche minuto, poi copritelo con un panno pulito e lasciatelo lievitare per circa 1 ora in un ambiente tiepido, poi lavoratelo ancora per poco e fate lievitare ancora per 30 min.

Quindi stendete la sfoglia dello spessore di 5 mm, ritagliate dei dischetti del diametro di 6 cm e fateli lievitare ancora per 30 min. Riscaldare su entrambi i lati l'apposito utensile per le tigelle, adagiatevi un dischetto per volta e cuocetele per 2-3 min. su entrambi i lati. Consumatele ancora calde e imbottite con prosciutto o formaggio.



Sfizzosissime se le imbottite con

Pesto modenese

Ingredienti per 6 persone:

Per il ripieno:

500 g pancetta suina fresca
1 spicchio di Aglio
100 g di foglie di rosmarino
75 g di foglie di salvia
2 cucchiaini colmi di sale
1 cucchiaino di the di pepe



Preparazione:

Lasciare la pancetta almeno 2 ore a temperatura ambiente, in modo che si intenerisca e faccia un po' di umidità, tritarla finemente (perfetto sarebbe un tritacarne ma va bene anche un robot da cucina). Una volta macinata unite le erbe, il sale ed il pepe finemente tritati. Se avete un tritacarne potete macinare tutto assieme intervallando pezzetti di carne alle erbe.

Impastate fino ad ottenere un pesto cremoso ed il gioco è fatto.



Un primo davvero da non perdere...

Lasagna verde alla modenese

Ingredienti per 6 persone

500 gr farina - 200 gr spinaci
2 Uova - 1 cucchiaino olio d'oliva
50 cl sugo di carne
20 cl besciamella - 1 tartufo
formaggio parmigiano grattugiato
burro - sale



Preparazione

Impastare farina, uova, olio e gli spinaci lessati, tritati finemente e passati al setaccio. Lavorare l'impasto e tirarlo in sfoglie, dividere in quadrati e lessarli in acqua bollente salata, scolarli e stenderli su un panno. Imburrare una teglia, mettervi a strati i quadrati e ricoprire ogni strato con sugo, formaggio, tartufo a fette, besciamella e burro fuso. Gratinare in forno.

Vino consigliato: lambrusco rosso di corpo o bianco molto profumato

Il re della tavola!

Zampone

Ingredienti per 4 persone:

1 zampone di 1,2 kg circa
Aromatizzato con
varie spezie a seconda
dei gusti e delle tecniche
utilizzate



Preparazione

Mettete lo zampone in acqua fredda la sera precedente, così che possa ammorbidirsi e dissalarsi adeguatamente.

Al mattino punzecchiatelo con i rebbi di una forchetta e, servendovi di un coltello, praticate delle piccole incisioni sotto gli unghia: tali operazioni vi metteranno al sicuro dal rischio che, durante la cottura, lo zampone possa "scoppiare".

Avvolgetelo quindi in un canovaccio bianco e legatelo con uno spago, poi sistemato nell'apposita zamponiera oppure in una pescera, copritelo d'acqua e lasciate bollire per 3 ore circa, mantenendo un fuoco moderato.

Trascorso il tempo previsto, con una forchetta provate la consistenza della carne e, appena la sentirete tenera ma ancora soda, spegnete la fiamma e fate uscire lo zampone dal canovaccio. Tagliatelo quindi a fette e sistematele su un piatto da portata. Accompagnatelo con della purea di patate o con delle lenticchie in umido.

Come dolce non facciamo mancare la famosa

Torta Barozzi

Ingredienti per 6 persone:

1.5 kg di mandorle dolci pelate
1.5 kg di zucchero
500 gr di burro
500 gr di cacao cioccolato
300 gr di rhum originale
300 gr di crema caffè
300 gr di caffè in polvere finissimo
4 uova



Preparazione

Tostare le mandorle e unitele agli altri ingredienti: burro fuso, tuorli, albumi battuti a neve, zucchero, cioccolato in polvere e cacao mescolati al liquore e al caffè. Fate in modo che l'impasto non riesca troppo liquido. Rivestite una tortiera imburrata con della carta stagnola che farete largamente debordare e versatevi dentro l'impasto sino ad una altezza di circa 3 cm. Mettete in forno ad una temperatura medio alta per una mezz'ora; basterà per cuocere perfettamente la torta che dovrà presentare in superficie una leggera crosticina. Fatela raffreddare e poi toglietela dallo stampo ponetela su un piatto da portata e servite.

Procediamo con un secondo eccezionale e particolarissimo

Scaloppa di fegato grasso all'aceto Balsamico di Modena

Ingredienti per 6 persone

600 gr fegato grasso
d'anatra crudo da
tagliare in 4 scaloppe
1 cucchiaino aceto
balsamico tradizionale di Modena
400 gr funghi galletti
1 spicchio aglio
1 cucchiaino prezzemolo tritato
50 gr burro



Preparazione

Pulire accuratamente i funghi, lavarli e asciugarli bene, tagliando anche i più grossi per lungo in modo da uniformare la misura, e metterli a cuocere in padella con solo sale a fuoco vivace per 5 minuti. Buttare via l'acqua liberata dai funghi e finire la cottura aggiungendo l'aglio tritato e il burro, e poi il prezzemolo. Aggiustare di sale e pepe e riservare al caldo. Scaldare una padella antiaderente e rosolarvi le scaloppe di fegato grasso (salate, pepate e passate nella farina) a fuoco molto vivace, 3 minuti per parte. Asciugarle su carta assorbente e servirle con i galletti accanto e qualche goccia di Aceto Balsamico Tradizionale di Modena sopra, a crudo.

E come non consigliare per l'occasione l'alternativa ai vertici della tradizione culinaria modenese, un gustosissimo

Un contorno semplice e delicato

Cipolline all'aceto balsamico

Ingredienti:

500 g di cipolline boretane
1 cucchiaino d'olio
extravergine di oliva
250 ml di brodo vegetale
sale -1 cucchiaino
di aceto balsamico
zucchero



Preparazione

Sbucciare le cipolline, pulirle e sciacquarle sotto acqua fresca corrente. In una padella versare l'olio e mettere le cipolline. Accendere il fuoco e far rosolare per un paio di minuti a fuoco vivace. Aggiungere un paio di mestoli di brodo caldo, aggiungere un pizzico di sale e cuocere a fuoco basso per 30-40 minuti girando di tanto in tanto. Il tempo di cottura esatto dipende dalla dimensione delle cipolline, che devono risultare morbide, ma non sfaldarsi.

A fine cottura, alzare la fiamma, unire l'aceto balsamico, un pizzico di zucchero e far caramellare per uno-due minuti a fiamma vivace. Servire calde o tiepide.

Dopo un pranzo così di sostanza... prepariamoci ad aiutare la digestione con un

Liquore digestivo alla salvia

Ingredienti per 4 persone:

18 foglie fresche di salvia
250 gr alcool 95°
Scorza di un limone
250 gr di zucchero
250 gr di acqua



Preparazione

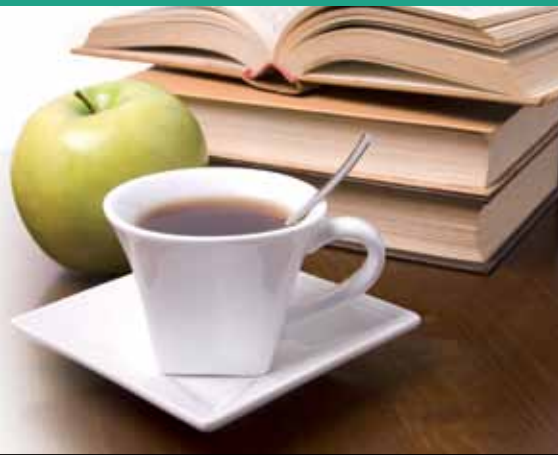
Lavare le foglie di salvia e farle asciugare, metterle poi in un vaso a chiusura ermetica con l'alcool e la buccia di un limone per cinque giorni. Trascorso tale tempo fare uno sciroppo con lo zucchero e l'acqua e farlo bollire. Lasciare raffreddare e versarlo nel vaso ben chiuso e lasciarlo al buio per 30 giorni. Filtrare e imbottigliare. E' un ottimo digestivo!

I consigli di lettura

Il corpo porta a spasso le idee



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



Un giorno di pioggia non è una brutta giornata è solo una giornata in cui bisogna vestirsi adeguatamente per uscire.

Oppure è solo una giornata in cui dedicarsi a se stessi o a una bella lettura.

Louise Hay

L'altro giorno ero in un'enoteca e sul muro campeggiava l'aforisma: "La vita è troppo breve per bere vini mediocri". Bhé forse si può prendere a prestito per affermare anche che "La vita è troppo breve per leggere libri mediocri!!!!!!" Il tempo è oggi più che mai un bene preziosissimo! (Ne hanno inventato pure una banca apposita!!!!).

La lettura deve essere quindi un proficuo utilizzo del nostro tempo e non un suo spreco! Ecco che allora dobbiamo scegliere libri di valore, che orientino la nostra vita verso la felicità, la saggezza e la creatività. Pensiamo solo al fatto che l'apprendimento più incisivo e immediato è fornito dalle nostre esperienze personali. Ma se possiamo attingere anche ad altre esperienze, sentimenti, sensazioni, punti di vista, conoscenze di altri uomini di successo o di eccellenti narratori... ecco che la condivisione di pensieri altrui ci offre l'opportunità di raggiungere una profonda comprensione della vita e della gente.

Essere consapevoli di questa immensa opportunità ci fa amare ancora di più il potere e la ricchezza della lettura; diventa importante, così, la necessità di non incappare in "maestri" che potremmo definire... svegliati!

contattaci:

Vuoi condividere con noi un libro, una lettura, hai suggerimenti da darci? Scrivici: ass.amrer@alice.it

Fino a quando ci sarà un uomo che conosce 100 parole ed uno che ne conosce 1000, il primo sarà sempre sottomesso al secondo.



Fight Club, di Chuck Palahniuk

Il protagonista e narratore - di cui peraltro non viene mai menzionato il nome - è un tipo problematico che per esorcizzare dolore e frustrazione frequenta i gruppi di sostegno più improbabili (si aggira abile simulatore piangendo come un vitello tra malati di cancro testicolare o di demenza organica viscerale) ed è proprio durante uno di questi incontri "liberatori" che si imbatte in Marla - una stramba ragazza che ha della vita una visione naïf - che a quanto pare condivide i suoi stessi "macabri" interessi. A complicare la vita già abbastanza inappagante dell'uomo ci si mette un fantomatico personaggio, il misterioso Tyler Durden, sicuro di sé e abituato a sfidare le convenzioni e prendere di petto la vita, che si insinua nella sua grigia quotidianità rubandogli a poco a poco casa, donna ed anima. Insieme, i due - diventati complici quasi per forza - daranno vita al Fight Club: una enclave carbonara dove massacrarsi di botte è un modo per protestare contro la routine. In un crescendo di anarchico livore nei confronti della società i due elaboreranno il Progetto Caos: un piano per liberare il mondo dalla schiavitù di se stesso.

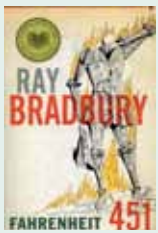
Ma chi è Tyler Durden? Esiste davvero? O è una proiezione, un feticcio, una allucinazione o una invenzione del protagonista? Fight Club è un pugno nello stomaco, è un libro che ti folgora con la sua crudezza. Puoi amarlo od odiarlo per sempre. Palahniuk divide nei giudizi: sicuramente è un autore originale nel suo modo di scrivere anche se a volte poco comprensibile nella trama. Uno stile unico, accattivante, incisivo. Allucinante e allucinato...potente, visionario, scardina i punti di riferimento e regala perle di saggezza



Lettera a D. - Storia di un'amore di André Gorz

Gérard Horst, questo il suo vero nome, viennese, incontra Dorine, giovane attrice inglese, nel 1947 in Svizzera dove lui si era rifugiato e dove lei faceva teatro. Da quel momento non si sono più lasciati. Cinquantotto anni dopo ripercorre gli anni della giovinezza e della militanza, dai primi incerti inizi parigini dove Gorz inizia la carriera di traduttore, di giornalista, poi di filosofo. È una confessione senza veli, in cui il Gorz ammette di non aver sempre tenuto la moglie nella giusta considerazione, salvo poi riconoscere come l'intera sua opera porta il segno della presenza di Dorine, del suo sostegno, del dialogo sempre vivo tra loro. André e Dorine Gorz hanno attraversato insieme la seconda metà del Novecento, vivendo da comprimari le idee, le battaglie, le sfide sociali e personali di quest'ultima metà del secolo. Un racconto che è la storia di una vita, dell'impegno politico e intellettuale, ma anche il ritratto di un'epoca, dalla fine della guerra ai giorni nostri, di incontri con uomini straordinari, da Sartre a Marcuse. Lettera a D. si conclude con questa frase: "Vorremmo non sopravvivere l'uno alla morte dell'altro. Ci siamo detti che se, per assurdo, dovessimo vivere una seconda vita, vorremmo trascorrerla insieme". Gorz ha messo fine ai suoi giorni, insieme a sua moglie Dorine afflitta da una grave malattia, il 25 settembre 2007.

"Se ti unisci con qualcuno per la vita, mettete le vostre vite in comune e tralasciate di fare ciò che divide o contrasta la vostra unione. La costruzione della vostra coppia è il vostro progetto comune, non avrete mai finito di rafforzarla, di adattarla, di riorientarla in funzione delle situazioni mutevoli. Noi saremo ciò che faremo insieme".



Fahrenheit 451, Ray Bradbury

In un futuro indefinito Montag fa il pompiere in un mondo in cui gli incendi, anziché essere spenti, vengono appiccati. Armati di lunghi lanciafiamme, i militi irrompono nelle case dei sovversivi che conservano libri e li bruciano: così vuole la legge. Ma Montag non è felice della sua esistenza alienata, fra giganteschi schermi televisivi e slogan, con una moglie indifferente e passiva e un lavoro che svolge per pura e semplice routine. Finché un giorno, dall'incontro con una donna sconosciuta, nasce un sentimento impensabile, e per Montag il pompiere inizia la scoperta di un mondo diverso da quello in cui è sempre vissuto, un universo di luce non ancora offuscato dalle tenebre della società tecnologica imperante.

Una storia piuttosto attuale, un modo di vivere che sembra il nostro, si corre veloci incontro al vuoto, talmente veloci da essere inconsapevoli, che ogni giorno perdiamo un po' del nostro "essere persone"... Il motivo per cui questo libro dovrebbe figurare in ogni libreria di ogni appassionato (e non solo di fantascienza), è che è il più grande trattato sul potere che i libri hanno di liberare la gente e farla crescere, crescere davvero. Ci viene detto chiaro e tondo che la gente si condanna da sé a questo regime per il suo totale disinteresse nei confronti di ogni tipo di cultura e libero pensiero. E qui che viene fuori il significato più profondo di questo piccolo, strano romanzo: non è un mero inno all'importanza della lettura, ma un inno alla possibilità di scelta, alla libertà.



La casa dei destini intrecciati, di Erica Bauermeister

Kate è una donna che, guarita dal cancro, riunisce le sue amiche più care per una cena. Durante questo appuntamento annuncia di aver ricevuto in regalo da sua figlia una settimana di rafting nel Grand Canyon. La cosa la terrorizza. Decide di affrontare questa sua paura, una sorta di "bentornata alla vita", solo a patto che ognuna delle invitate accetti a sua volta di fare qualcosa che la spaventa o

che non si sente in grado di affrontare. Naturalmente deciderà lei la sfida per tutte.

Da questo momento si aprono e si chiudono sette capitoli. Uno per ogni protagonista, compreso l'ultimo per Kate. Sette donne. Sette modi di essere donna. Sette lati dell'essere donne. E' un testo che parla di donne, semplici e complicate, sconfitte ed indomite, innamorate e sole. Donne che trovano in sé l'insperata forza per riprendere in mano le proprie vite, grazie ad una speciale catena amicale che sostiene e sprona e trova le ragioni giuste per vivere e non sopravvivere. Un delicato equilibrio tra emozione e verità.

Una storia STUPENDA sulla forza dell'amicizia, la voglia di ricominciare e la speranza. Il fiore all'occhiello sono le descrizioni particolareggiate di sensazioni e emozioni. Oro puro. Riflessioni singolari sul senso della vita. Poco scontate, ma vere. Odori, profumi, suoni e colori la fanno da padrona. Il tutto fa del libro una lettura piacevole, intensa, sensoriale.



Sogno di una notte di mezza estate, di William Shakespeare

Scritta tra il 1595 e il 1596 e pubblicata nel 1600, il "Sogno di una notte di mezza estate" è tra le opere più rappresentate di Shakespeare. In uno scenario di fate e di sogni, le storie e i destini degli uomini si mescolano a quelle degli elfi e dei folletti e gli amori non ricambiati o non permessi, un bosco incantato e folletti dispettosi sono senz'altro un bel mix per una grande opera...

È pura poesia, un sogno ad occhi aperti... e parlando di Shakespeare è affascinante come sempre, diretto e ricco di un senso dell'umorismo davvero impeccabile.

Direi che l'opera parla da sola per la sua fama... il mio è un suggerimento di leggerla al più presto se non lo avete ancora fatto!!!! bastano sì e no due ore...



Colazione a Brooklyn di Peter Hedges

Tim e Kate Welch conducono un'esistenza felice: lui è uno stimato professore di storia nell'esclusiva scuola privata di Brooklyn Heights, lei si occupa dei figli e della casa, tentando di essere quella mamma perfetta che non ha mai avuto. Fino al giorno in cui Kate non decide di accettare un'inattesa e super pagata offerta di lavoro e Tim prende un anno sabbatico per seguire i figli e completare la tesi di dottorato che sta trascinando da anni. Una brusca

inversione di ruoli, non c'è che dire, cui fa seguito il trasloco nel quartiere dell'affascinante Anna Brody, una donna ricca e misteriosa, che trascina nel suo mondo di privilegi ed eccessi i coniugi Welch...

Per una lettura da pomeriggio, non troppo impegnativa ecco un romanzo leggero e avvincente, anche se - diciamo così - non lascia un granché. Però finché dura la lettura è una bella esperienza



Le ho mai raccontato del vento del nord, di Daniel Glattauer

Un'email all'indirizzo sbagliato e tra due perfetti sconosciuti scatta la scintilla. Come in una favola moderna, dopo aver superato l'impaccio iniziale, tra Emmi Rothner - 34 anni, sposa e madre irreprensibile dei due figli del marito - e Leo Leike - psicologo reduce dall'ennesimo fallimento sentimentale - si instaura un'amicizia giocosa,

segnata dalla complicità e da stoccate di ironia reciproca, e destinata ben presto a evolvere in un sentimento ben più potente, che rischia di travolgere entrambi. Romanzo d'amore epistolare dell'era Internet, il romanzo descrive la nascita di un legame intenso, di una relazione che coppia non è, ma lo diventa virtualmente. Un rapporto di questo tipo potrà mai sopravvivere a un vero incontro?

Un libro delizioso. Piacevole lettura prima di addormentarsi. Interessante per gli interrogativi che suscita. Due sono le possibili, principali, chiavi di lettura: la prima è l'interrogarsi sui rapporti che si possono costruire attraverso uno scambio epistolare, divenuto al giorno d'oggi qualcosa di molto facile, veloce, immediato e che fa parte della realtà quotidiana di molti di noi. L'altra chiave di lettura è il racconto di quella storia lieve, frizzante e tenera che stuzzica, incuriosisce e diverte... Una storia realistica, che potrebbe accadere davvero e che sarà probabilmente già accaduta a qualcuno...



Venezia è un pesce, di Tiziano Scarpa

Sulla carta geografica Venezia sembra un pesce e il ponte che la collega alla terraferma somiglia ad una lenza.

Una guida originale (una guida d'autore) alla scoperta della città lagunare. Tiziano Scarpa parla della sua città e offre un'opportunità per guardarla da una prospettiva inedita.

L'autore spiega che Venezia è una città da "sentire" con i piedi, che impegna il cuore, una città che ha orecchie, bocca naso e occhi. La letteratura che Venezia ha accumulato negli anni completa il quadro.

Il sottotitolo Una guida è parecchio fuorviante. Si tratta piuttosto di un gustoso omaggio alla città lagunare, ai suoi riti e alle sue leggende.

Un invito a vivere la città e non a visitarla, fin dall'iniziale inno al vagabondaggio quando scrive che per conoscere Venezia occorre avere il coraggio di buttare le mappe e andare, perdendosi... e lasciarsi dominare dai cinque sensi.

Un Cicerone moderno, spigliato, sintetico, innamorato e geloso della sua Venezia: Scarpa ti invoglia con le sue "chicche", poi però di botto, ti lascia sospeso a metà, spiazzato, devi continuare da solo. Ecco perché è consigliato vivamente prima di un viaggio a Venezia

L'Associazione e i suoi Associati

L'arte, e la passione di un associato



Samantha Panaroni
AMRER Onlus
Associazione
Malati Reumatici
Emilia Romagna
samantha.panaroni@poste.it

Cari amici,
durante una fiera di settembre in un paesino della Romagna mi sono imbattuta in un leggio con un album fotografico che narrava la favola in chiave moderna di Biancaneve e del suo principe azzurro. Gli scatti avevano l'originale freschezza dei sorrisi di due bambini tutti impegnati a recitare una magica avventura. Dopo questo primo momento, che ammetto mi ha strappato un sorriso e mi ha colpito per l'originalità dell'idea, ho alzato lo sguardo e ho notato che gli scatti continuavano sospesi in aria lungo fili sottili che prendevano vita al soffio del primo venticello autunnale. La curiosità è stata sollecitata, sorrisi, volti, scatti di quotidiano e momenti di un'intimità familiare come una carezza di una mamma e un papà ad un bambino appena nato... componevano tante altre storie lungo tutta la stretta via cittadina...

Un artista che ha imparato a cogliere gli attimi e la bellezza della vita che si forma, che nasce e che cresce... una passione quella della foto che è un arte anch'essa capace di raccontarci l'attimo e cogliere il famoso motto Catulliano del "carpe diem" in tutta la sua freschezza e originalità. Ho conosciuto così la ricca produzione di Elisabetta Acquaviva una fotografa professionista specializzata in fotografia di neonati, bambini, future mamme e famiglie in genere. L'originalità delle idee e il taglio degli scatti mi ha spinto a crederli perfetti per una prima pagina del nostro Notiziario... il risultato non è male vero?

Elisabetta Acquaviva,
fotografa professionista da più di venti anni specializzata in fotografia grazie al suo lavoro ha la possibilità di fotografare tantissimi neonati e bambini con le loro famiglie.

Ha tre splendidi figli che le riempiono le giornate come solo i figli sanno fare e sono loro che le danno tutti i giorni la passione per fotografare i bambini e condividere insieme alle famiglie che fotografa le sue stesse emozioni. Questa la spinta che le ha fatto trasformare la sua passione in un lavoro e le permette di fissare in preziosi scatti piccole espressioni, sguardi, azioni come il giocare e il rotolarsi, il sorriso; frammenti di un quotidiano che passano troppo in fretta e con il tempo si possono dimenticare, per questo per lei è importante fissare tutte queste emozioni in preziosi ricordi.

Elisabetta Acquaviva
Via Aurelio Saffi, 56 - 47900 Rimini
Telefono: 0541.782301
E-mail: info@elisabettacquaviva.it





*“Gli adulti non capiscono
mai niente da soli
ed è una noia
che i bambini siano sempre
costretti
a spiegar loro le cose”.*
Antoine de Saint Exupéry



*“L'importante nella vita
è riuscire a vedere il mondo
con gli occhi di un bambino”*
Albert Einstein

Congratulazioni



Auguri a Pietro! Il Consiglio Direttivo di AMRER e tutti gli associati danno il benvenuto a Pietro, il leoncino di Sara e Luca. Tantissime felicitazioni ai genitori e un bacione al giovane nato... che vediamo dormire sonni tranquilli... ma siamo sicuri animerà la vita dei suoi cari!!



Condolganze



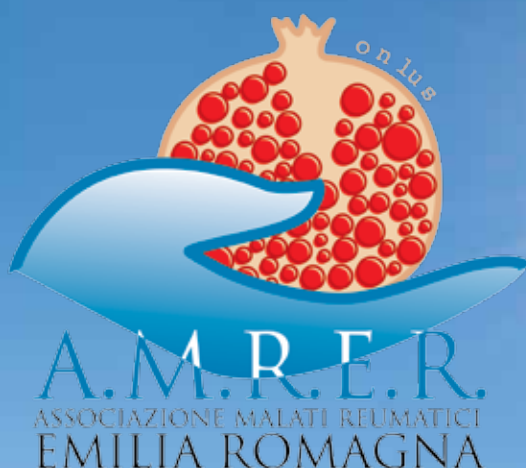
Accanto ai momenti di gioia la vita ci riserva con la stessa importanza e valore anche i momenti più tristi come quelli del distacco dai nostri cari...

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

Vogliamo ricordare in questo spazio con particolare affetto **Vittorino Cocchi** e il giovane **Andrea Lodi Rizzini** di Piacenza, nipote di una nostra associata Cinzia.

“Se io muoio sopravvivimi con tanta forza pura... e se tu soffri, amore, io morirò di nuovo...” (Pablo Neruda)





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