

➤ **Dicembre 2012**

- Giornata del malato reumatico
- Nasce Fit for Work Italia
- Vitamina D e artrite reumatoide
- La medicina narrativa



Buone Feste



Sinergia

Giornale ufficiale **ANMAR** - Associazione Nazionale Malati Reumatici

Dicembre 2012

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% C/CA/DCB



L'EDITORIALE

di Gabriella Voltan



Il decreto 158/2012, cosiddetto **decreto Balduzzi**, da poco pubblicato in Gazzetta Ufficiale porta il titolo "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più elevato livello di tutela della salute". Una affermazione impegnativa, che sembra aprire la finestra verso orizzonti nuovi. Il decreto propone una rimodulazione dell'organizzazione sanitaria che appare innovativa perché tenta di intervenire sui comportamenti delle persone e degli operatori sanitari ma afferma principi e annuncia provvedimenti già ampiamente presenti nella normativa.

Gli obiettivi dichiarati sono più d'uno: sostenere il sistema sanitario in momento di grandi difficoltà a causa delle continue contrazioni delle risorse finanziarie; affrontare nuovi e vecchi bisogni di tutela della salute, alcuni ancora trascurati come ad esempio le cronicità, altri emergenti; impegnare il sistema ad un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, impegno già più volte preso, ma mai rispettato; prevedere una revisione straordinaria del Prontuario Farmaceutico Nazionale escludendo "i farmaci terapeuticamente superati e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata"; e così via. Il decreto interviene inoltre su altre tematiche quali la riorganizzazione generale dei servizi, come accelerare i processi volti a decongestionare gli ospedali, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, rendere le scelte regionali e aziendali indipendenti dalla politica.

Noi oggi in rappresentanza dei malati reumatici rivendichiamo la necessità che alle parole seguano i fatti.

Nel resto d'Europa ci si confronta su obiettivi da raggiungere per il 2020, con una visione globale dei problemi che tiene conto dell'invecchiamento della popolazione dal 17% di persone con età superiore ai 65 anni nel 2010 al 30% nel 2060, della diffusione delle patologie reumatiche.

L'analisi dello stato della popolazione europea è drammatico:

Il dolore cronico colpisce almeno 100 milioni di persone in Europa ed è ancora non diagnosticato nel 40% dei casi.

I tassi di disoccupazione riportati sono tre volte più alti tra le persone con patologie reumatiche che nel resto della popolazione.

La metà di tutte le assenze dal lavoro e il 60% di inabilità permanente al lavoro sono causate dalle malattie reumatiche.

Fino al 50% delle persone con alcune importanti forme di artrite sono costrette a ricorrere a forme di pensione entro cinque anni dalla comparsa della malattia.

Le patologie reumatiche sono la principale causa di invalidità e di inattività in Europa, tra la popolazione in età lavorativa.

In Italia i problemi e le percentuali non cambiano, sono gli stessi, si ripetono con disarmante monotonia.

Di fronte ad uno scenario così drammatico è necessario **MUOVERSI!**

MUOVERSI significa impostare politiche sanitarie sul lungo termine, prevedere strutture e servizi diffusi sul territorio, offrire diagnosi precoce, cure tempestive e appropriate, potenziare la fisioterapia, rendere disponibili tempestivamente i farmaci necessari.

MUOVERSI significa approvare il documento che prevede la revisione

(CONTINUA A PAGINA 23)

>> Sommario

>> ATTIVITÀ DELL'ASSOCIAZIONE

- 3 Giornata del malato reumatico SIR, CROI e FIRA al fianco di ANMAR
- 4 Congresso Eular 2012. La forza del lavorare insieme
- 6 Nasce Fit for Work Italia
- 8 T2T Contact

>> PRIMO PIANO

- 12 Vitamina D e artrite reumatoide: un progetto europeo

>> APPROFONDIMENTO

- 14 La medicina narrativa

>> IL SALUTO

- 16 Messaggio del professor Giovanni Minisola a ANMAR e ai malati reumatici

>> ORIZZONTI

- 17 Il futuro della SIR

>> COME CAMBIA IL WELFARE

- 18 Le donne in pensione prima con il calcolo contributivo

>> FRONTIERE

- 21 Nuove frontiere contro l'artrite reumatoide

>> PER SAPERNE DI PIÙ

- 23 Aspetti economici delle malattie reumatiche
- 24 Chi ha paura dei farmaci equivalenti?
- 25 XI Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva
- 28 Farmaci biologici e tumori: una notizia rassicurante

>> DALLE REGIONI

- 29 Progetti obiettivo Friuli Venezia Giulia (A.MA.Re.) Lazio (ALMAR)
- 30 Lombardia (ALOMAR) Sardegna (ASMAR) Sicilia (ASIMAR)
- 31 Toscana (A.T.Ma.R.) Veneto (A.Ma.R.V.)

**PER SOSTENERE
SINERGIA FAI UN
VERSAMENTO
ALL'ASSOCIAZIONE**

Codice IBAN IT63 2010 1004 2001 0000 0003259

Causale: Rivista Sinergia

Intestato a ANMAR Associazione Nazionale

Malati Reumatici - Onlus

BANCO DI NAPOLI:

Corso XVIII Agosto, 99 - 85100 Potenza



Giornata del malato reumatico

**SIR, CROI e FIRA
al fianco di ANMAR**

>> di Sara Severoni

La vita di un malato reumatico è tutta in salita. Dai piccoli gesti quotidiani alle grandi imprese: ogni movimento è fonte di dolore se non addirittura impossibile. Eppure "movimento è vita": lo sanno bene i 5 milioni di italiani affetti da malattie reumatiche, lo sa bene ANMAR che ha fatto suo lo slogan "Move to improve" che ha caratterizzato la Giornata Mondiale del Malato Reumatico del 12 ottobre. Ma non basta. "Muovetevi!" è anche l'appello che i malati reumatici lanciano alle Regioni perché non si perda altro tempo e vengano messe in atto al più presto tutte quelle azioni necessarie affinché nel nostro Paese ci sia equità di accesso alle cure, ai farmaci biologici e venga istituito un Registro per le malattie reumatiche. Perché solo così si potrà assicurare una migliore qualità di vita ai pazienti indipendentemente dalla residenza. Perché le malattie reumatiche non conoscono confini geografici.

"Siamo sinceramente preoccupati – dice Gabriella Voltan, presidente ANMAR onlus – che in questo clima di spending review e di caos nelle Regioni ci si dimentichi dei malati reumatici. Ben vengano i risparmi se questi si trasformano in investimenti per chi, ogni giorno, vive una vita piena di ostacoli e dolori.

Se per ogni cittadino è fonte d'indignazione leggere di scandali e uso improprio di fondi pubblici, per un malato è addirittura motivo di disperazione perché vede allontanarsi sempre più la possibilità di avere accesso alle migliori cure possibili, alla diagnosi precoce, ecc. ANMAR chiede, quindi, a gran voce alle Istituzioni tutte e a quelle delle Regioni in particolare di sposare il nostro slogan 'Movimento è vita' e non restare immobili davanti alle nostre legittime richieste. Sappiamo di "costare tanto" e per questo chiediamo non di tagliare ma di investire con oculatezza nelle migliori terapie. Perché questa è la strada più efficace per risparmiare. Ma non solo, chiediamo anche che tutti i malati ab-

biano l'accesso alle migliori cure possibili indipendentemente dalla loro regione di appartenenza, altrimenti continuiamo a creare malati di serie A e di serie B. Come se i problemi non fossero già tanti, troppi".

Sono più di cinque milioni gli italiani, le donne 3 volte più degli uomini, che soffrono di malattie reumatiche e, di questi, oltre 700 mila sono colpiti da forme croniche infiammatorie. I costi dell'assistenza socio-sanitaria rappresentano un'importante voce nei bilanci: la spesa per le patologie reumatiche croniche supera i 4 miliardi di euro l'anno. Ma di questi quasi la metà - 1 miliardo e 739 milioni - è rappresentata dalla perdita di produttività per circa 287 mila lavoratori malati.

Il 12 ottobre, Giornata Mondiale del Malato Reumatico, ANMAR - insieme alla Società Italiana di Reumatologia (SIR), al Collegio Reumatologi Ospedalieri Italiani (CROI) e alla Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Artrite (FIRA) ha promosso un convegno dal titolo "Move to Improve - Movimento è Vita" al Senato della Repubblica (Sala Palazzo Bologna, Via di Santa Chiara 4). Una giornata di lavori, con la partecipazione degli atleti olimpici del Corpo Forestale dello stato, che è servita a fare il punto sulle Malattie Reumatiche in Italia a 360 gradi.

Una cartolina per aiutare i Malati Reumatici. Un'iniziativa ANMAR. Il Convegno è stato anche l'occasione per presentare l'iniziativa di raccolta fondi che vede come testimonial la pluricampionessa Giorgia Bronzini, ciclista su strada, che nel 2010 e 2011 ha compiuto l'impresa record di salire sul podio più alto dei Campionati del Mondo. La Bronzini, che indossa la maglia del Gruppo Sportivo Forestale, ha prestato il proprio volto alla Campagna proprio per sottolineare come lo sport sia vicino ai malati reumatici. Perché per molti di loro la vera impresa non è conquistare un oro, ma salire le scale.



>> di Renato Giannelli

L'Europa! L'EULAR! L'appuntamento europeo!

Il Congresso annuale dell'EULAR a Berlino o meglio "Annual European Congress of Rheumatology" 2012 in Berlin, dato che la lingua ufficiale (usata in maniera esclusiva nell'ambito del Convegno e in maniera largamente prevalente negli scambi interpersonali) è l'inglese.

"Speriamo che il gioco valga la candela ed il tempo dedicato a questo impegno sia effettivamente ben impiegato; comunque Berlino è una bella città e ci torneremo volentieri".

Questi erano alcuni dei pensieri che mi passavano in testa mentre attendevo all'aeroporto di imbarcarmi per andare a Berlino in rappresentanza di ANMAR o meglio dei malati reumatici italiani.

A Berlino, la mattina dopo, prendo la metropolitana di superficie e mi reco a Messe sede del Congresso; è tutto di grandi dimensioni, molto "europeo", ma non può essere che così in quanto qui sono concentrati, provenienti da tutti i paesi europei anche non CEE, gli attori che si occupano di Reumatologia: medici ed operatori della sanità, case farmaceutiche ed af-

eular

la forza del lavorare insieme



fini, ricercatori, responsabili di politiche e strutture sanitarie nonché noi malati.

Infatti EULAR, di cui a parte potete leggere un breve profilo, ha al proprio interno in maniera strutturata tutte queste componenti e può quindi affrontare le varie tematiche in maniera approfondita, tenendo conto delle diverse visioni, priorità e necessità. Possono essere quindi avviati progetti di particolare valore che i "decisioni politici" sia nazionali che europei non possono non tenere in considerazione a causa della loro valenza e della "forza combinata" dei proponenti.

In questo processo siamo ben inseriti anche noi malati, rappresentati ai massimi livelli in EULAR (il Vice Presidente Neil Betteridge è di nostra espressione) tramite il PARE (Standing Committee of People with Arthritis/Rheumatism in Europe) a cui aderiscono le associazioni nazionali rappresentanti i malati reumatici di 27 paesi europei.

Ma è arrivato il momento di approfondire il programma definitivo delle "sessioni" previste specificatamente per noi malati da parte di PARE (di riunioni ce ne sono anche tante altre ma molte sono

per noi troppo tecniche e destinate agli approfondimenti ed agli scambi di conoscenze degli operatori sanitari, dei ricercatori, delle case farmaceutiche).

Ma quanti appuntamenti! Come sono interessanti!

Spaziano dalla "qualità della vita, sul lavoro ed in famiglia", ad approfondimenti sulle nostre patologie, a programmi di ricerca effettuati con il nostro coinvolgimento, a modalità o progetti di intervento nei confronti dei decisori politici per affrontare e risolvere temi



di nostro cogente interesse ed infine (anzi "last but not least" dato che qui si parla inglese) le relazioni delle esperienze e delle attività svolte dalle Associazioni dei malati nei vari Paesi.

E poi ci sono le Assemblies: di EULAR e di PARE, nonché gli importanti momenti di conoscenza e di convivialità con i malati di altri Paesi e, perché no, con i reumatologi, le case farmaceutiche etc.

Riuscirò a far tutto? Mi impegnerò al massimo, poi vedremo! Credo proprio che a Berlino potrò dedi-

care solo un'occhiata di passaggio recandomi da un appuntamento all'altro!

Incominciano gli incontri, si avviano le conoscenze e gli importanti scambi interpersonali. Le conferenze sono interessanti, rispondono alle aspettative ed approfondiscono temi che stiamo affrontando anche in Italia.

Ma quanta concentrazione e quanta fatica ci vuole per seguire tutto in inglese! Con l'abitudine all'uso di questa lingua lo sforzo diminuirà certamente!



Le conferenze sono interessanti, rispondono alle aspettative ed approfondiscono temi che stiamo affrontando anche in Italia

Si è creato un ottimo clima tra i congressisti: principalmente con i malati ma anche con i medici (molti reumatologi italiani so-

no qui, sembra di essere all'assemblea della Società Italiana di Reumatologia?!? Forse sarà perché il Presidente eletto di EULAR è il prof. Maurizio Cutolo dell'Università di Genova), gli esponenti delle case farmaceutiche, i giornalisti specializzati... mah certamente mi scordo di qualcuno.

I quattro giorni volano. Sono stanco ma soddisfatto.

I lavori sono andati molto bene e si sono sviluppati rapporti interpersonali molto interessanti che potranno portare a collaborazioni future molto produttive per l'Associazione. Riporto in Italia molto materiale su cui potremo lavorare.

Ah! Berlino! Non l'ho proprio visitata, mi è scorsa sullo sfondo come in un film.



Nasce *Fit for Work Italia*

Disordini muscolo scheletrici, nasce la Coalizione Fit for Work Italia
Per la prima volta alla Conferenza Annuale Fit for Work Europe



>> di Maria Grazia Pisu e Gabriella Voltan



Nasce a Roma il 16 ottobre 2012 la coalizione Fit for Work Italia, che per la prima volta partecipa alla Conferenza Annuale Fit for Work Europe. Il progetto nel nostro paese è guidato da tre ambasciatori nazionali: Giovanni Minisola, Presidente SIR (Società Italiana di Reumatologia) e Primario Reumatologo dell'Ospedale di Alta Specializzazione "San Camillo" di Roma, Francesco Mennini, CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Univ. "Tor Vergata", Roma, Gabriella Voltan, Presidente ANMAR (Associazione Nazionale Malati Reumatici). *"La presenza della delegazione italiana a questo congresso internazionale - conferma Gabriella Voltan, Presidente ANMAR - costituisce il battesimo ufficiale della nostra Coalizione del progetto Fit for Work. Abbiamo iniziato a lavorare da poco, ma gli obiettivi che Fit for Work Italia si prefigge sono ben chiari e perfettamente in linea con quelli del progetto europeo e dell'Eular: il riconoscimento dei disordini muscolo scheletrici come priorità sanitaria pubblica; l'attuazione di linee guida che permettano una diagnosi tempestiva e accurata per tutti i malati in modo che possano mantenere il loro ruolo attivo anche nel mondo produttivo; una strategia naziona-*

le per la gestione e l'assistenza delle persone che convivono con queste patologie, in modo da assicurare a tutti un accesso agli standard più elevati di trattamento e di cura; la parità di trattamento professionale, ad esempio attraverso l'educazione dei datori di lavoro e una legislazione anti-discriminazione ad hoc".

La quarta Conferenza Annuale presenta i risultati di una nuova indagine in cui si indica che i lavoratori dell'UE affetti da disturbi muscolo-scheletrici (DMS), quali

ropei e nazionali, medici, rappresentanti delle Associazioni per la difesa dei pazienti e ambasciatori della coalizione italiana e degli altri paesi europei si riuniscono per la Quarta Conferenza Annuale di *Fit for Work Europe* al fine di mettere a punto piani e soluzioni per contrastare l'impatto negativo dei DMS sui mercati del lavoro europei e nazionali. I DMS colpiscono almeno 100 milioni di persone in Europa¹ e oltre 5 milioni e mezzo in Italia e sono la principale causa di inabilità temporanea e permanente al lavoro nei Paesi europei². Sono inoltre responsabili del 49,9% di tutte le assenze dal lavoro di tre giorni o più e del 60% dei casi di inabilità permanente.³

Nella recente indagine sulle

persone affette da DMS condotta in nove Stati membri dell'UE la coalizione *Fit for Work Europe* ha rilevato che oltre il 90% dei lavoratori colpiti da disturbi muscolo-scheletrici dichiarano di recarsi al lavoro anche quando sono malati, perché temono di essere un peso per i colleghi o di perdere il lavoro.⁴ Questo concetto è definito "presenteismo" e implica che un dipendente malato presente al lavoro sarà meno efficiente del solito compromettendo la produttività dell'impresa.

Fit for Work Europe invita i decisori politici ad attuare piani nazionali per la lotta contro queste patologie

il mal di schiena e l'artrite, rischiano la disoccupazione, il pensionamento anticipato e l'esclusione sociale a causa della loro patologia. In un momento in cui la strategia di crescita dell'Europa e dell'Italia deve realizzare alti livelli di occupazione, di produttività e di coesione sociale, una gestione inadeguata dei DMS pregiudica l'opportunità di una ripresa economica in Europa.

Oggi, per dare una risposta a questa necessità sempre più pressante, decisori eu-

L'indagine ha inoltre rilevato che circa tre quarti dei disoccupati hanno perso il lavoro o non sono riusciti a reinserirsi nel mercato a causa della loro malattia.⁴

"Nonostante che i numerosi pazienti affetti da una delle patologie che colpiscono il sistema muscolo-scheletrico mantengano una grande potenzialità produttiva, oggi sono ancora molti ad essere costretti ad abbandonare prematuramente o a vedere compromessa la vita lavorativa a causa del proprio stato di salute - conferma il Prof. Giovanni Minisola, Presidente SIR (Società Italiana di Reumatologia) e Primario Reumatologo dell'Ospedale di Alta Specializzazione "San Camillo" di Roma - Questa grave situazione, i cui riflessi socio-economici per il nostro Paese sono relevantissimi, può essere evitata se vengono attuate procedure concrete per favorire la diagnosi precoce e l'appropriatezza prescrittiva. Tali procedure possono essere attuate solo se esiste comunione di intenti e di operatività tra reumatologi, decisori, datori di lavoro e soggetti direttamente o indirettamente coinvolti nella tutela del lavoratore. È auspicabile che tale sinergia, finalizzata al precoce ritorno al lavoro

o alla permanenza nell'attività produttiva in condizioni di benessere funzionale, si realizzi al più presto. Si eviteranno così ai pazienti-lavoratori con patologie muscolo-scheletriche ad evoluzione disabilitante o invalidante, ulteriori sofferenze e disagi legati, a seconda dei casi, alla perdita di lavoro, all'impossibilità di mantenere la propria specificità lavorativa, alla diminuzione del reddito salariale e alla inevitabile compromissione del proprio stato sociale e benessere psichico".

Secondo l'indagine, gli operatori sanitari non considerano il lavoro una delle priorità "cliniche" per i pazienti affetti da DMS. Più del 50% degli intervistati ha riferito di non aver mai parlato con il medico di base degli effetti dei loro disturbi sull'attività lavorativa e meno di un terzo ha discusso con il proprio medico le modalità di un eventuale rientro al lavoro.⁴

Tuttavia, l'indagine mostra che una dia-

gnosi precoce e un intervento efficace consentono di migliorare in modo significativo i risultati della gestione clinica dei DMS.⁵

Nell'ambito delle *European Musculoskeletal Health Days*, le giornate europee della salute muscolo-scheletrica, i leader dell'iniziativa *Fit for Work Europe* invitano i decisori italiani ad adottare soluzioni semplici, efficaci e tempestive per impedire che le persone affette da DMS e da altre patologie croniche escano dal mercato del lavoro, generando così effetti positivi sulla ripresa e sulla crescita in Europa.

Tali soluzioni prevedono l'attuazione di piani nazionali per una migliore gestione dei DMS, l'applicazione di misure di intervento precoce per il trattamento, la cura e l'inserimento al "lavoro" nella Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (HTA) e in altre decisioni sugli investimenti nella sanità.

1. WHO (2003)

2. Bevan et al. (2007)

3. Fit for Work European Report, Bevan et al. 2009

4. Il FfW Patient Survey è stato condotto dal 29 luglio al 30 settembre 2012 su un campione di 606 intervistati con diagnosi medica di DMS in nove paesi europei: Belgio, Bulgaria, Spagna, Portogallo, Olanda, Regno Unito, Irlanda, Svezia e Francia-The Work Foundation (2012)

5. Ektor-Anderson et al, (2008), Frank (1998), Luqmani et al, (2006), Meijer et al, (2006) & Meijer et al, (2005)

È scomparso il prof. Roberto Marcolongo

Roberto Marcolongo è stato un grande uomo e un grande reumatologo. Fin dai primi anni di studio volse particolare attenzione alla reumatologia. Divenuto Professore Ordinario di Reumatologia nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Siena si è subito affermato nell'ambito del mondo accademico per le sue capacità e per la sua iperattività scientifica e organizzativa, rivolgendo particolare attenzione ai rapporti con i malati reumatici che riteneva il vero fine dell'attività di un clinico reumatologo.

Ha ricoperto incarichi di alta responsabilità nel mondo della reumatologia divenendo anche Presidente della Società Italiana di Reumatologia (SIR). Ha fondato, negli anni '80, la Lega Italiana contro le Malattie Reumatiche (LIMaR), un'istituzione che portava attenzione soprattutto al rapporto con la classe politica che era spesso sorda alle richieste di promozione della nostra specialità. Con tale iniziativa riuscì nell'intento di porre la reumatologia in una dimensione nuova e veramente importante sul proscenio della vita accademica e sociale. Roberto Marcolongo ha fondato l'Associazione Nazionale dei Malati Reumatici (Anmar) che si è dimostrata un organo importante per coniugare e migliorare i rapporti tra la reumatologia e i pazien-

ti reumatici e, in particolare, il rapporto medico/paziente. In campo editoriale ha fondato numerose riviste di reumatologia, alcune delle quali destinate ai temi dell'assistenza. Come dimenticare, poi, la sua particolare attenzione al tema dell'economia articolare che lo spinse a realizzare, a Siena, una struttura per favorire il riacquisto dell'autonomia funzionale da parte dei malati.

Il prof. Marcolongo ha anche promosso a livello nazionale e internazionale importanti congressi scientifici e culturali che hanno fatto conoscere la consistenza operativa ed il valore scientifico della reumatologia italiana. Con la sua generosità curava i rapporti interpersonali con intelligenza e assiduità trasmettendo sempre entusiasmo negli interlocutori. È stato un galvanizzatore per il progresso della reumatologia italiana.

Con la scomparsa di Roberto Marcolongo i reumatologi e i pazienti reumatici perdono un grande clinico reumatologo, ma soprattutto un vero amico.

Alessandro Ciocci

Presidente Onorario ANMAR



T2T ConTAct

COmmuNicaTing Treat
to target ACTion plan

>> di Gabriella Voltan

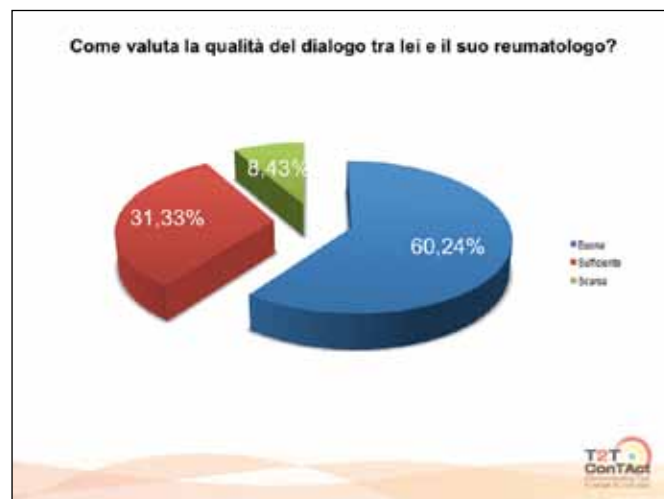
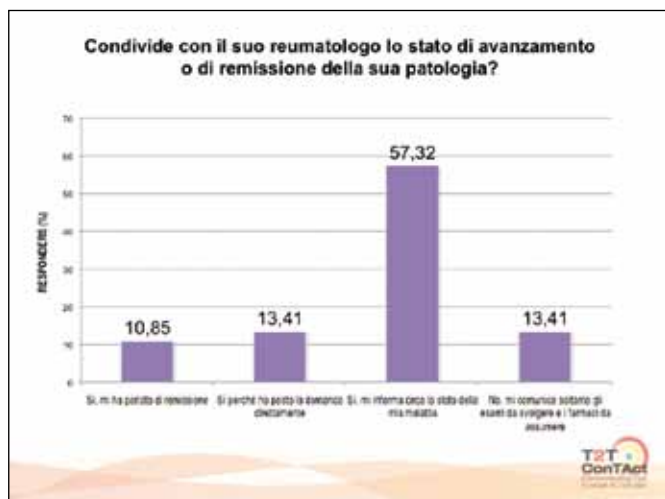
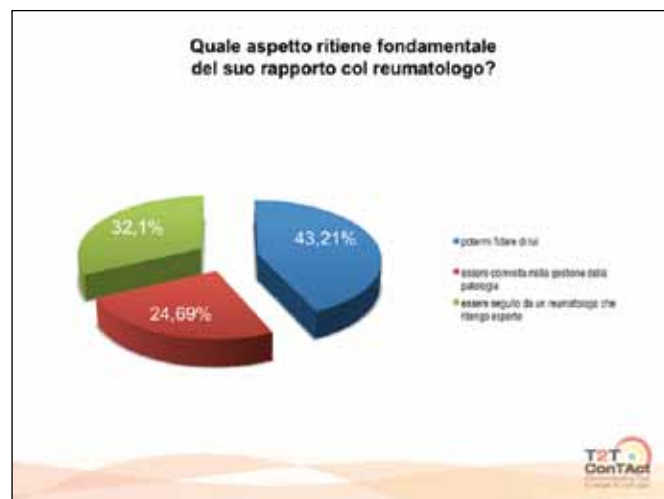
Il 25 ottobre a Roma nell'ambito del 2° incontro previsto per il progetto T2T-ContAct: Treat to Target, sono stati presentati i risultati della survey curata da ANMAR che ha coinvolto un buon numero di persone con artrite reumatoide sui temi della comunicazione medico paziente.

Il progetto T2T, si è sviluppato in due sessioni di lavoro il 23/24 maggio 1° incontro e il 25 ottobre 2° incontro, i reumatologi coinvolti sono stati circa un centinaio provenienti da tutta Italia. I temi sviluppati sono stati l'individuazione precoce di malat-

tia, l'aggiustamento terapeutico mirato, il monitoraggio frequente, stabilire una reale alleanza terapeutica. Migliorare la comunicazione medico paziente è un problema che si pone per stabilire una reale alleanza terapeutica tra paziente e il suo medico, superare i problemi di compliance, migliorare l'outcome terapeutico e la qualità di vita della persona con patologia reumatica non possono restare ambizione teorica. Nell'ambito del corso sono stati forniti, ai reumatologi presenti, strumenti concreti per migliorare le tecniche di comunicazione con il paziente.

Alcuni risultati di un'indagine tra malati reumatici





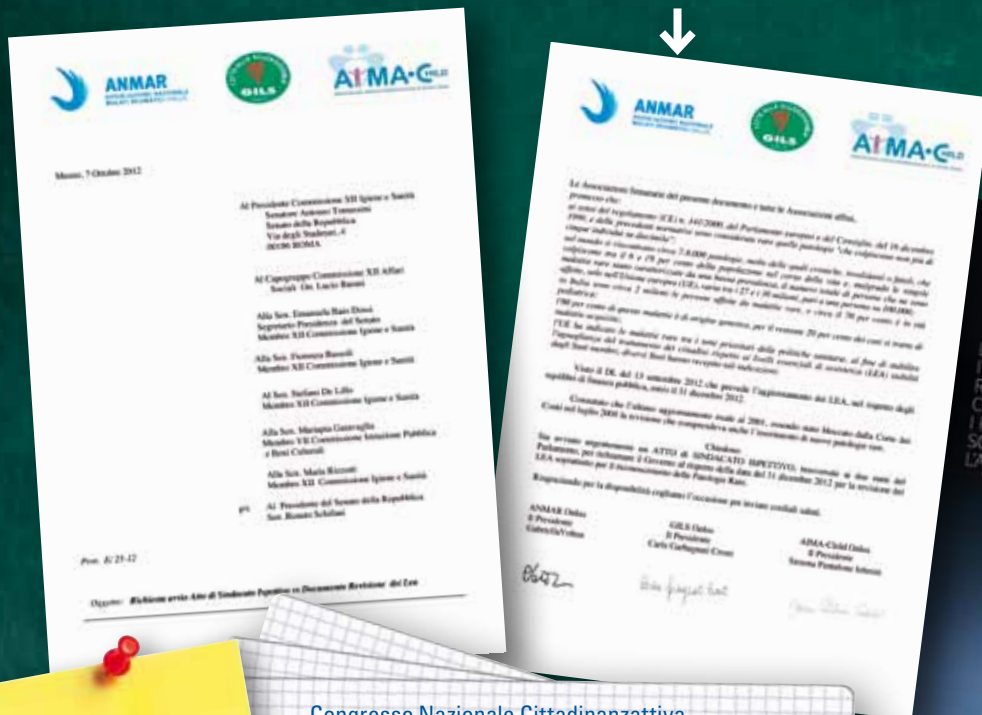
ReCiok: cioccolato e reumatismi

Lezioni di cioccolato: una cura per le malattie reumatiche?

Perugia - Eurochocolate 2012 ha proposto, il 26 ottobre, il Seminario **ReCiok - Cioccolato&Reumatismi**, in collaborazione con AMAr Umbria Onlus e Cittadinanzattiva, un interessante incontro alla scoperta dei benefici effetti che questo alimento ha sulla cura e prevenzione di malattie reumatiche. L'incontro ha visto la partecipazione della dottoressa Monica Cesarotti e del professor Roberto Gerli, mentre la Presidente dell'ANMAR, Gabriella Voltan, ha affrontato la difficile tematica di cosa significhi essere affetti da malattie croniche. La dottoressa Maria Teresa Bressi (Cittadinanzattiva) ha parlato dell'impatto sociale che le malattie reumatiche hanno sul portafoglio del singolo paziente. Oltre a far chiarezza su cosa effettivamente sono le malattie reumatiche, dal dibattito è scaturito, tra l'altro, il riconoscimento dei benefici effetti scientificamente provati del cioccolato sull'organismo ed in particolare sul sistema immunitario, attore principale nella prevenzione delle malattie reumatiche.



ANMAR, insieme alle Associazioni dei malati GILS e AIMA-Child, con una lettera indirizzata ai parlamentari richiama il Governo al rispetto della data del 31 dicembre 2012 per la revisione dei LEA e soprattutto per il riconoscimento delle Patologie Rare. Pubblichiamo la lettera inviata lo scorso 7 ottobre a firma della nostra Presidente.



La Società Italiana di Reumatologia si è fatta promotrice di un'importante serie di incontri dal titolo "Artrosi oggi: la prevenzione è possibile e la cura è realizzabile" che hanno visto dialogare medici reumatologi e pazienti nelle città di Milano, Roma, Padova, Catania.

Artrosi oggi:
la prevenzione è possibile
e la cura è realizzabile
Incontri con dibattito
dalle 9:00 alle 12:30

Location	Date	Venue
MILANO	29 settembre 2012	StarHotels Rosa Grand
ROMA	6 ottobre 2012	Grand Hotel Palazzo Carpegna
PADOVA	13 ottobre 2012	Centro Congressi Papa A. Luciani
CATANIA	20 ottobre 2012	Grand Hotel Excelsior

Conduce:
Dott. Franco Di Mare - Giornalista RAI

Coordinamento scientifico:
Prof. Giovanni Minisola - Presidente SIR

INGRESSO LIBERO

Con il contributo istituzionale di:
Fidia

Con il patrocinio di:
ANMAR

Congresso Nazionale Cittadinanzattiva "ITALIA: PUNTO E A CAPO. INNOVAZIONE, COSTRUZIONE, FIDUCIA"

ANMAR, è stata invitata ed era presente al Congresso che si è tenuto dal 21 al 24 giugno a Chianciano Terme. Il Congresso ha visto la partecipazione di circa 500 delegati provenienti da tutto il territorio nazionale, oltre che dei maggiori rappresentanti di istituzioni, imprese, sindacati e società civile. Al termine si è svolta l'assemblea con il rinnovo delle cariche. Di seguito parte del comunicato stampa dedicato al risultato delle elezioni.

IV Congresso nazionale: domenica, 24 Giugno 2012 - Chiuso il IV Congresso nazionale di Cittadinanzattiva. I neoeletti: Antonio Gaudio è il nuovo segretario generale di Cittadinanzattiva, neo presidente del movimento è Marco Frey. Entrambe le elezioni chiudono il IV Congresso nazionale di Cittadinanzattiva. I numeri di Cittadinanzattiva: conta 107.000 aderenti. Otto le associazioni federate, tra le quali ANMAR (malati reumatici).

ANMAR, su iniziativa della Associazione Onlus Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, ha collaborato alla realizzazione della Guida IN-DOLORE e alla Campagna di sensibilizzazione che si è svolta in oltre 50 città italiane.

"Al dolore bisogna abbinarsi, sopportarlo vuol dire essere forti": FALSO!
Con la Guida IN-DOLORE e appuntamenti in oltre 50 città italiane, Cittadinanzattiva dà consigli ai cittadini su cosa sapere e come tutelarsi contro il dolore inutile

In Italia sarebbero circa 15 milioni le persone affette da dolore cronico, di cui solo il 10% legato ad una malattia oncologica. Il dolore è, il più delle volte, dovuto a patologie vertebrali, artrosi, cefalea, neuropatie periferiche e direttamente o indirettamente a forme tumorali. Ogni anno vengono persi almeno 3 milioni di ore lavorative per problemi riconducibili al dolore cronico. Eppure il dolore è spesso considerato, sia dai pazienti che dai medici, come parte ineludibile della malattia, da accettare e sopportare.

La **Guida IN-DOLORE**, realizzata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, sfata il tabù e offre consigli ai cittadini su cosa fare e cosa "pretendere", a casa, dal medico di famiglia, nelle strutture sanitarie, per non soffrire inutilmente. La stessa, inoltre, fornisce le istruzioni per l'uso della **Legge 38 del 2010** che, pur ancora sconosciuta ai più, di fatto è una legge all'avanguardia in Europa e ci difende dal dolore inutile. *"È una legge di grande civiltà, ma a vincere purtroppo è la scarsa informazione e un approccio culturale inadeguato nella cura del dolore"* ha detto Giuseppe Scaramuzza, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato. *"Il nostro impegno, attraverso questa importante iniziativa, sarà quello di informare i cittadini sui propri diritti ed accrescere la loro consapevolezza su quanto possono fare per evitare le sofferenze inutili e far applicare la legge 38"*.

La Guida, realizzata grazie alla collaborazione di numerosi soggetti istituzionali, fra cui il Ministero della Salute, e al contributo non condizionato di Grünenthal, è scaricabile online su www.cittadinanzattiva.it.

I volontari del Tribunale per i diritti del malato sono stati a disposizione dei cittadini, per dare informazioni e suggerimenti sui loro diritti, con iniziative per tutto il mese di ottobre in oltre 50 città italiane, fra cui: **Varese, Fano, Roma, Trento, Milano, Aosta, Bergamo, Ascoli Piceno, Oristano, Lecce, Pescara, Taranto**. Sul sito web di Cittadinanzattiva è allestita una sezione dedicata alla Campagna, con informazioni sugli appuntamenti, la possibilità di scaricare la Guida e i moduli per segnalare casi di negazione del diritto a non soffrire. Come sempre sarà attivo il servizio di consulenza, informazione e tutela al cittadino PIT Salute (06.36718444 - pit.salute@cittadinanzattiva.it). Ecco alcuni dei consigli contenuti nella Guida IN-DOLORE:

NON VERGOGNARTI. Soffrire non è una questione di cui vergognarsi. Anzi spiegare il dolore che provi, la sua intensità, frequenza e durata, è il primo passo per sconfiggerlo!

NON ESITARE A CHIEDERE SPIEGAZIONI. Devi parlare del tuo dolore con il medico di famiglia e con gli operatori sanitari che ti assistono, chiedere loro delucidazioni in merito a quello che puoi fare per alleviare le tue sofferenze.

FAI VALUTARE E MISURARE IL TUO DOLORE. Pretendi che il dolore che provi sia valutato e misurato con gli appositi strumenti o scale dai medici ed operatori che ti curano. Se sei in ospedale o in una struttura sanitaria, verifica che nella cartella clinica sia riportato il dolore provato, come è stato curato e il suo andamento nel tempo.

FIDATI. Dubbi e paure anche nella scelta della terapia più adeguata per controllare il dolore sono legittimi, ma esprimerli è fondamentale. Medici ed infermieri sono tuoi alleati nella lotta al dolore.

SCEGLI E COLLABORA ALLA CURA. Solo tu puoi scegliere

re cosa è meglio per te, dopo aver acquisito consapevolezza e dopo aver fugato ogni dubbio. Partecipa attivamente alla cura del tuo dolore, chiedendo cosa puoi fare (es. regole alimentari da seguire, attività fisica, movimenti, etc...) per controllarlo, imparando a gestire le terapie, riconoscendo sintomi e segnali di dolore più intensi.

La Guida IN-DOLORE è stata realizzata in collaborazione con:

AISD, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
ANMAR, Associazione Nazionale Malati Reumatici

ANTEA

FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE FEDERDOLORE-SICD, Società Italiana dei Clinici del Dolore

FEDERFARMA, Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia

FIMMG, Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale

FONDAZIONE ISAL No profit Istituto Scienze Algologiche

MINISTERO DELLA SALUTE SIAARTI, Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva

SICP, Società Italiana Cure Palliative

SIMG, Società Italiana di Medicina Generale

SISIP, Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche con il contributo non condizionato di Grünenthal

"Finalmente la voce ai pazienti"

Il 5 ottobre 2012 A.Ma.R. Marche ha fatto il suo debutto in società organizzando un incontro denominato "Finalmente la voce ai pazienti". Finalmente perché le esigenze dei malati reumatici sono molte e molteplici. Finalmente perché la nostra è una voce che fa fatica ad emergere, e che molto spesso non viene ascoltata. È stato definito il ruolo di A.Ma.R. Marche, che si fa portavoce dei diritti fondamentali dei malati reumatici delle Marche, tra i quali:

- avere delle accurate, precise e tempestive informazioni dai medici di medicina generale;
- avere una diagnosi precoce e una cura tempestiva ed adeguata;
- avere un'assistenza mirata e per ultimo, ma non meno importante, il riconoscimento della dignità di malato.

Sono intervenuti Il dott. Luca Acacia Scarpetti, Consigliere IDV della Regione Marche; la dott.ssa Traversi Barbara, Assessore alle politiche sociali del Comune di Jesi; Il prof Grassi Direttore Clinica Reumatologica Università Politecnica delle Marche - Ospedale Carlo Urbani ASUR A.V. 2 Jesi; Il prof Salaffi, professore associato Università Politecnica delle Marche; Il dott Filippucci Ricercatore Università Politecnica delle Marche e Gabriella Voltan - presidente ANMAR.

La partecipazione numerosa ci ha resi soddisfatti del nostro lavoro, dandoci ulteriori stimoli per proseguire sul nostro cammino.

>> PRIMO PIANO

Vitamina D e Artrite Reumatoide: un progetto europeo

>> di Laura Andreoli e Angela Tincani

(Cattedra di Reumatologia dell'Università degli Studi di Brescia)

U.O. Reumatologia e Immunologia Clinica, Azienda Ospedaliera "Spedali Civili" di Brescia)

Le malattie reumatiche infiammatorie croniche di origine autoimmune si caratterizzano per una significativa prevalenza di valori insufficienti di vitamina D (25-OH vitamina D). Sappiamo che la carenza di vitamina D contribuisce all'instaurarsi dell'osteoporosi, complicanza diffusa nelle malattie reumatiche soprattutto a causa del trattamento con cortisone, ma anche, secondo studi più recenti, la sua carenza può rappresentare un fattore di rischio nella regolazione del sistema immunitario.

È stato infatti notato che in svariate malattie autoimmuni, quali il diabete mellito di tipo 1, la sclerosi multipla, il lupus eritematoso sistemico e l'artrite reumatoide (AR), la vitamina D è in grado di agire in senso benefico sulle cellule del sistema immunitario mediante meccanismi di tipo "ormonale". In alcuni studi pilota è stato dunque suggerito che la supplementazione con vitamina D potesse essere utile sia per la prevenzione dell'insorgenza delle malattie autoimmuni sia per un loro migliore trattamento.

Nei pazienti con AR, malattia caratterizza-

ta da infiammazione cronica delle articolazioni con progressione verso la deformità e la disabilità se non trattata adeguatamente, è stata rilevata una correlazione inversa tra valori circolanti di vitamina D nel sangue e l'attività di malattia/disabilità. Questo suggerisce che la carenza di vitamina D, attraverso svariati meccanismi, possa favorire la progressione della malattia. D'altra parte, quei pazienti che mostravano livelli più elevati di vitamina D avevano anche un profilo infiammatorio meno spiccato e indici di funzionalità articolare migliori.

Uno dei meccanismi tramite cui la vitamina D sembrerebbe favorire la performance fisica è attraverso la regolazione del tono muscolare e della percezione del dolore. Infatti, i soggetti con carenza di vitamina D mostrano una ridotta forza muscolare e una ridotta soglia del dolore, fattori che contribuiscono al peggioramento dello stato funzionale globale. Lo status vitaminico D sembra dunque tradursi in una serie di manifestazioni cliniche (funzione muscolare, percezione del dolore, capacità funzionale) che sono molto rilevanti nei pazienti con

malattie autoimmuni croniche come la AR. Alla luce di queste evidenze, è stato elaborato un questionario a livello EUROPEO da sottoporre ai pazienti con AR per una autovalutazione del rischio di essere esposti a conseguenze cliniche della carenza di vitamina D. Questo questionario è stato nominato "D-PRO" ("PRO" sta per "Patient Reported Outcome", termine che indica che il paziente riferisce in prima persona il proprio stato di salute) ed è stato inizialmente sviluppato in collaborazione tra diversi centri di Reumatologia in Italia (Brescia - prof.ssa Tincani e dr.ssa Andreoli, Jesi - prof. Salaffi, Genova - prof. Cutolo) e all'estero (Belgrado, Serbia - prof. ssa Vojinovic).

Questo questionario comprende delle precise domande su svariati ambiti: i cambiamenti di pelle, capelli e unghie (tutti organi che risentono significativamente dello status vitaminico D), il dolore osteoarticolare, la stanchezza, le irregolarità del sonno, disturbi dell'umore quali nervosismo, ansia, depressione; inoltre, sono incluse anche domande su fattori ambientali che influenzano la vitamina D, quali le abitudini alimentari, l'attività fisica quotidiana e la frequenza e la durata di esposizione alla luce solare. A ciascuna domanda è stato abbinato un punteggio specifico che andrà validato in termini di sensibilità e specificità; in questo modo, il punteggio totale del questionario dovrebbe consentire di stratificare in ciascun paziente il rischio di conseguenze cliniche della carenza di vitamina D.

L'obiettivo del progetto è di validare il questionario a livello europeo, includendo centri di reumatologia in diversi paesi con latitudini diverse, in modo da considerare diversi fattori geografici e cultu-



rali che possano influire sullo status vitaminico D. In 21 nazioni europee sono stati coinvolti centri di Reumatologia (e le rispettive Società Scientifiche nazionali) e le Associazioni dei pazienti tramite i loro rappresentanti. La collaborazione tra medici reumatologi e pazienti risulta infatti cruciale nella prima parte del progetto: la traduzione del questionario nella propria lingua locale. È necessario che i termini in lingua inglese utilizzati nel questionario siano tradotti in maniera efficace e comprensibile per i pazienti, in modo tale che i risultati siano uniformi per una elaborazione dei dati a livello europeo. Il contributo delle Associazioni dei pazienti a livello locale sarà inoltre importante per la pubblicizzazione del progetto e l'arruolamento dei soggetti. L'inizio dell'arruolamento è previsto per dicembre 2012 e durerà fino alla fine di febbraio 2013, periodo dell'anno che corrisponde alla stagione invernale

le in tutte le nazioni europee e quindi al momento in cui i livelli di vitamina D sono supposti essere i più bassi dell'anno per il ridursi della luce solare. Utilizzando questa finestra temporale, si ritiene di poter massimizzare il rilevamento delle conseguenze cliniche della eventuale carenza di vitamina D.

I pazienti con AR che decideranno di partecipare al progetto saranno coinvolti in una serie di attività oltre alla compilazione del questionario D-PRO. Vista l'importanza della vitamina D sulla funzione muscolare, i soggetti verranno sottoposti ad alcuni test fisici quali alzarsi e sedersi ripetutamente dalla sedia, alzarsi dalla sedia e camminare per un breve tratto per poi tornare a sedersi, camminare al piano mettendo i piedi in linea retta davanti a sé, camminare al piano per 6 minuti consecutivi. In quei centri in cui sarà

possibile ottenere l'autorizzazione, i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti verranno istruiti dai medici sulla corretta esecuzione di questi test e saranno incaricati di somministrarli ai partecipanti allo studio. I soggetti arruolati verranno inoltre sottoposti da parte del medico ad un prelievo di sangue venoso per il dosaggio della vitamina D circolante (25-OH vitamina D). Questo consentirà di correlare i livelli di vitamina D ai risultati del questionario e dei test di funzione muscolare. Il progetto si propone di coinvolgere a livello europeo diverse centinaia di pazienti con AR, tramite la preziosa collaborazione delle Associazioni dei pazienti, con l'obiettivo di ottenere una fotografia di quello che è lo status vitaminico D in relazione all'attività di malattia e alla capacità funzionale dei soggetti. Inoltre, il questionario D-PRO verrà validato in maniera interculturale e potrà essere utilizzato in futuro come uno strumento semplice e rapido per identificare quei pazienti con AR che sono più a rischio di sviluppare conseguenze cliniche della carenza di vitamina D.





APPROFONDIMENTO

La Medicina Narrativa

>> di Antonio Onnis e Silvio Maccetti
(Medici esperti di Medicina Narrativa)

Negli ultimi anni si è sviluppata anche in Italia una attenzione ad aspetti del “fare medicina” che si pongono oltre i limiti dei pur indispensabili aspetti scientifici e tecnologici. Si è cominciato a rifletterci in maniera prima estemporanea e occasionale e poi sempre più sistematicamente negli anni 90 del secolo scorso, sino alla pubblicazione sul *British Medical Journal*, nel 1999, di articoli che ne sancirono la denominazione di “medicina narrativa”.

Perché lo studio delle narrazioni? *“Nell'incontro diagnostico, la descrizione è la forma fenomenica in cui il paziente sperimenta la salute; incoraggia l'empatia e promuove la comprensione tra il medico e il paziente; permette la costruzione degli indizi e delle categorie analitiche utili al processo terapeutico; suggerisce l'uso di un*

metodo olistico. Nella ricerca, la medicina narrativa aiuta a mettere a punto un'agenda centrata sui pazienti e a generare nuove ipotesi” (T. Greenhalgh, B. Hurwitz)¹⁻².

Una definizione non semplicistica di cosa si tratti non è banale. Si può correre il rischio di limitarne il significato a una maniera innovativa di definire la relazione medico-paziente basata sull'ascolto reciproco e si farebbe torto, in questa maniera, ad una elaborazione concettuale e a esperienze che sono oggi ben consolidate. In realtà la Medicina Narrativa parte dal presupposto che le attuali modalità di cura, fortemente condizionate dall'uso delle tecnologie e dalla attenzione all'EBM, abbiano decisamente “spersonalizzato” il ruolo dei due principali attori in campo: il medico o professionista sanitario da un lato e

il paziente dall'altro. In una medicina tecnologica c'è poco spazio per le emozioni e per la giusta rappresentazione e decodifica dell'esperienza di malattia. Ecco che si affacciano strumenti che oggi non siamo più abituati a considerare e a utilizzare. La narrazione e la rappresentazione di uno stato di malattia e di sofferenza attraverso il racconto, i segni, i disegni, i sogni, le aspettative, la contestualizzazione sociale, culturale e familiare vengono considerate fondamentali per la definizione del miglior processo di cura. E questi elementi entrano in ballo come esperienze che riguardano sia il paziente che il medico.

Dopo l'enfasi posta negli ultimi anni sulla medicina basata sulle evidenze scientifiche di efficacia dovremmo, quindi, cambiare rotta? In molti pensano di no. È considerato più plausibile che se l'EBM affronta la malattia in una prospettiva di popolazione e sulla base del rigore scientifico della verifica sperimentale e della riproducibilità, la Medicina Narrativa può ad essa integrarsi restituendoci la dimensione della unicità e specificità di ogni storia di malattia. Ecco che EBM e Medicina Narrativa possono integrarsi e completarsi. Ecco che si può muovere qualche passo dal curare al prendersi cura. È il vecchio tema dell'attenzione all'appropriatezza delle cure ma senza dimenticarci delle "medical humanities".

È un forte richiamo al fatto che, da medici, non ci troviamo di fronte ad una malattia come processo asettico da modificare ma anche ad un "essere ammalato", a un percorso che è fatto di miglioramenti, speranze, guarigioni, peggioramenti.

Cosa sta succedendo in Italia? Alcune esperienze hanno un valore quasi storico, come il Convegno dedicato e il progetto correlato della ASL di Reggio Emilia "Narrative-based Medicine e audit clinico integrato: dall'analisi delle narrazioni di malattia al miglioramento della qualità delle cure".³

Ma la Medicina Narrativa è anche strumento di specifici progetti del Centro Nazionale per le Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità: "La medicina narrativa pone attenzione alle "storie

di malattia" come modo per comprendere le persone nel proprio contesto, mettere a fuoco bisogni e nuove strategie di intervento. La narrazione dell'esperienza personale dovrebbe avere un ruolo significativo nelle relazioni di cura, al fine di inserire la sofferenza in racconti reali, farla diventare condivisibile e trasformarla in risorsa. Le diverse esperienze condotte in altri Paesi hanno già dato risultati molto interessanti".

A Firenze, nello scorso mese di ottobre, ha avuto luogo il 2° Convegno Internazionale di Medicina Narrativa e la Rivista Bimestrale di Politica Sociosanitaria "Salute e Territorio" ha dedicato al tema il numero monografico di settembre-ottobre 2009.⁴

Significativa sembra l'attenzione che alla medicina narrativa e a valori "umanistici" viene riservata in pubblicazioni che si occupano di qualità ed eccellenza nelle cure.⁵

Esiste molto materiale, dunque, su cui ragionare e diverse esperienze

in ambito clinico che varrebbe la pena di consultare.

Così come esiste una Società Italiana di Medicina Narrativa il cui sito offre diversi riferimenti e spunti di riflessione per approfondimenti sul tema.⁶

Ma accanto a questo, chi si volesse esercitare nel "leggere" storie di malattia e di malati potrà trovare nel cinema, nel teatro, in letteratura, in musica delle straordinarie rappresentazioni. E poi, perché no? Sia del vissuto dei pazienti che dei medici e degli operatori sanitari. Perché la lettura, la rappresentazione del vissuto e dell'esperienza di un operatore in burn out assume una rilevanza "narrativa" utile e certamente altrettanto importante quanto il vissuto di malattia del paziente.

La narrazione è la rappresentazione di uno stato di malattia e di sofferenza attraverso il racconto, i segni, i disegni, i sogni, le aspettative



1. Greenhalgh T., "Narrative based medicine in an evidence based world," *British Medical Journal*, n. 318, 1999.
2. Greenhalgh T., Hwtwitz B., "Narrative based medicine: why study narrative?," *British Medical Journal*, n. 318, 1999.
3. Giarelli G., Byron J. Good, Mary-Jo Del Vecchio Good, Martini M., Ruozzi C.: "Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile", Franco Angeli, 2005.
4. Salute e Territorio, Rivista bimestrale di politica sociosanitaria, Anno XXX, sett-ott. 2009 n. 176.
5. Maria Giulia Marini, "Medicina basata sulla narrazione: tra scienza e letteratura", in: "Le organizzazioni evolute in sanità, Management & Società", Il Sole 24 Ore, 2010.
6. <http://www.medicinanarrativa.it>

Il saluto



messaggio del professor

Giovanni Minisola

ad ANMAR e ai malati reumatici

Questo è il mio ultimo contributo a Sinergia quale Presidente della Società Italiana di Reumatologia, essendo giunto a termine, a norma di statuto, il mio mandato presidenziale.

Vi scrivo per ringraziare ANMAR in generale, e in particolare la dottoressa Gabriella Voltan, sua stimata e instancabile Presidente, in un momento di particolare incertezza e difficoltà per il nostro Paese, incertezza e difficoltà che non risparmiano la comunità dei Malati Reumatici italiani.

Vi ringrazio della Vostra collaborazione e dell'aiuto che mi avete assicurato per portare avanti battaglie di giustizia assistenziale e di rispetto della persona malata.

Durante il mio biennio presidenziale mi sono speso e prodigato come meglio ho potuto a favore dei Malati Reumatici e delle loro legittime aspettative, con il contributo di tutto il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Reumatologia.

Molto spesso ho incontrato difficoltà che mai, però, mi hanno indebolito o demotivato rispetto alla mia determinazione ad agire nell'interesse dei Malati Reumatici.

Con la sicura e leale collaborazione del Consiglio Direttivo, ho cercato di servire la Società Italiana di Reumatologia e i Malati Reumatici nel modo migliore possibile, libero da condizionamenti e interessi personali; ho cercato di evitare ogni forma di conflittualità; ho ascoltato tutte le rappresentanze che a me si sono rivolte; ho dato seguito, per quanto nelle mie possibilità, a tutte le Vostre richieste; ho promosso e favorito iniziative che andassero nel Vostro interesse.

Tutto questo perché ho sempre ritenuto, con convinzione, che forte dovesse essere la collaborazione tra la Società scientifica nazionale che raccoglie i Reumatologi italiani e la Società nazionale che rappresenta i Malati Reumatici italiani.

Ho ricevuto da Voi molti attestati spontanei di apprezzamento e Vi ringrazio: sono per me la più bella ricompensa per il lavoro svolto con grande passione, con decisa convinzione e con assoluto spirito di servizio.

L'attenzione per i Soci della Società e per i Malati Reumatici è stato uno dei più importanti principi ispiratori della mia attività presidenziale: lo lascio in eredità a Chi mi succederà e a Chi dopo di me guiderà la Società Italiana di Reumatologia. Lo sollecito a non lasciarsi influenzare da tensioni o contrasti che nulla hanno a che fare con l'interesse dei Malati Reumatici e Gli chiedo di fare proprie le loro istanze e le loro necessità.

Saluto affettuosamente tutti i Malati Reumatici, compresi quelli le cui aspettative ho, mio malgrado, deluso, quelli che con critiche propositive e costruttive sono stati per me sprone continuo a cercare di fare sempre più e sempre meglio e quelli, spero pochi, che nutrono riserve sul mio operato. Riserve che ammetto e accetto solo se oneste, motivate e disinteressate, non certo se capziose, pretestuose, strumentali, funzionali, interessate, provocatorie, faziose e corporative.

Vi invito a collaborare attivamente con il prossimo Consiglio Direttivo e con Chi lo presiederà, per individuare percorsi comuni e condivisi che Vi consentano di raggiungere obiettivi ambiziosi e di ottenere tutti i risultati attesi.

Vi rinnovo la mia disponibilità a essere al Vostro fianco, se riterrete che ciò possa esserVi utile.

Riconfermo tutto il mio apprezzamento per l'operato della Dottoressa Voltan, del cui impegno e delle cui capacità sono stato molte volte testimone, e Le auguro che la Sua attività a favore di ANMAR possa essere coronata dai successi che l'Associazione e la sua capace Presidente meritano.

Giovanni Minisola

Il futuro della SIR



>> di Marco Matucci Cerinic (Nuovo Presidente SIR)

» Negli ultimi anni la SIR ha deciso di perseguire, soprattutto grazie al centro studi, una progettualità che tenga conto delle principali esigenze dei reumatologi sul territorio

La SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA (SIR) è una società scientifica che si propone da sempre di potenziare e sviluppare progetti nell'ambito della ricerca, della formazione e dell'assistenza sanitaria in campo reumatologico. La società ha riconosciuto in ANMAR il partner ideale ed indispensabile affinché gli obiettivi legati all'assistenza siano realizzati in modo sempre più efficace. Infatti il dialogo costante tra SIR e ANMAR ha assicurato un confronto diretto e costruttivo volto ad ottenere la massima sintonia sia nella progettualità che nell'assistenza del malato reumatico la cui voce troppo spesso è poco "ascoltata". Negli ultimi anni la SIR ha deciso di perseguire, soprattutto grazie al centro studi, una progettualità che tenga conto delle principali esigenze dei reumatologi sul territorio.

In questa ottica è stato iniziato lo studio KING, dedicato al rilevamento della gotta sul territorio nazionale, che ha registrato una larga partecipazione da parte dei soci e, in collaborazione con AIFA, sono stati elaborati i risultati dello studio MONITOR-NET dedicato al rilievo dell'uso dei farmaci biologici in Italia. Sempre a livello territoriale saranno promosse campagne divulgative tese a una sensibilizzazione capil-

lare sull'importanza della diagnosi precoce delle malattie reumatiche, punto cruciale nella lotta di patologie la cui causa resta ancora oggi per larga parte sconosciuta e per le quali l'obiettivo più ambizioso rimane per il momento quello di "limitare i danni" in attesa di terapie risolutive.

Tali iniziative coinvolgeranno direttamente sia i reumatologi che i medici di famiglia oltre a prevedere un ruolo attivo degli assistiti stessi. È inoltre previsto un sempre maggior coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Locali come supporto dei centri di secondo e terzo livello al fine di garantire uno snellimento delle inevitabili liste di attesa per l'accesso ai servizi e una migliore gestione delle risorse disponibili. I progetti della SIR non prevedono tuttavia iniziative solo a livello nazionale e regionale, ma puntano ad un ampliamento del raggio di azione su scala internazionale al fine di incanalare le energie di Paesi diversi su linee comuni di intervento. Questo consentirà inoltre ai giovani reumatologi sempre maggiori possibilità di scambi culturali ed esperienze all'estero. Sarà ad esempio iniziato quanto prima un programma di internazionalizzazione della Società con progetti che daranno vita a contatti con altre Società Europee.

LE DONNE IN PENSIONE PRIMA

con il calcolo contributivo

>> di Enrico Brandi

(in anteprima da Guida alle Pensioni n. 2/2012)

La legge di riforma delle pensioni ha mantenuto un'importante deroga per le donne che potranno continuare ad andare in pensione prima purché trasformino il trattamento spettante in pensione contributiva.

L'art. 24 comma 14 della legge 214/2011 ha, tra l'altro, fatto salva la situazione dei "soggetti di cui all'articolo 1, comma 9 della legge 23 agosto 2004, n. 243, e successive modificazioni e integrazioni". Tale norma stabilisce che in via sperimentale, fino al 31 dicembre 2015, è possibile conseguire il diritto all'accesso al trattamento pensionistico di anzianità, in presenza di un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni e di un'età pari o superiore a 57 anni per le lavoratrici dipendenti e a 58 anni per le lavoratrici autonome, **nei confronti delle lavoratrici che optano per una liquidazione del trattamento medesimo secondo le regole di calcolo del sistema contributivo**. Entro il 31 dicembre 2015 il Governo verificherà i risultati della predetta sperimentazione, al fine di una sua eventuale prosecuzione.

BENEFICIARIE

Possono beneficiare della sperimentazione (INPS, msg. 12 marzo 2010, n. 7300):

- le lavoratrici con un'anzianità contributiva pari o superiore a 18 anni al 31 dicembre 1995 che non abbiano maturato, entro il 31 dicembre 2007, i requisiti di anzianità contributiva e di età anagrafica utili per il conseguimento del diritto a pensione di anzianità, ai sensi della disciplina vigente prima dell'entrata in vigore della legge n. 243 del 2004;
- le lavoratrici con un'anzianità contributiva inferiore a 18 anni al 31 dicembre 1995 che non abbiano già esercitato il diritto di opzione per il sistema contributivo.

Non possono pertanto beneficiare della sperimentazione:

- le lavoratrici che hanno perfezionato i requisiti di età anagrafica e di contribuzione, entro il 31 dicembre 2007, utili per il conseguimento del diritto a pensione di anzianità, ai sensi della disciplina vigente prima dell'entrata in vigore della legge n. 243 del 2004;

- le lavoratrici nei cui riguardi si applichino i requisiti di accesso al pensionamento antecedenti alla legge 243/2004 come ad esempio quelle autorizzate ai versamenti volontari prima del 20 luglio 2007.

Non possono poi rientrare a nostro giudizio in tale disciplina coloro le quali abbiano diversi periodi di contribuzione **maturati in gestioni previdenziali diverse**, dato che con la **totalizzazione** ognuno di questi verrà calcolato col sistema contributivo e pertanto non si realizza una delle due condizioni indicate.

Diverso è il caso di chi invece ha **ricongiunto** in un'unica gestione altri periodi pagando il relativo onere perché in questo caso con l'unificazione, ad esempio nell'AGO INPS dei lavoratori dipendenti, è possibile valutare se si tratti di un soggetto che rientri in uno dei due casi precedenti.

OPZIONE PER IL CALCOLO CONTRIBUTIVO

Innanzitutto la scelta per il sistema di calcolo contributivo deve essere esercitata all'atto del pensionamento. Inoltre l'appli-

cazione del sistema contributivo deve essere limitata alle **sole regole di calcolo della pensione** con la conseguenza che a tali pensioni si applicano le disposizioni sul trattamento minimo.

DECORRENZA

Dopo una prima presa di posizione sfavorevole ad estendere alle lavoratrici optanti il regime delle finestre mobili l'INPS, con la **circolare 53/2011**, è tornata sui propri passi, precisando che in questi casi **devono essere applicate le finestre mobili** come per la generalità dei lavoratori.

Dopo la riforma della legge 214/2011 ci sarà l'abolizione della finestra mobile anche per queste categorie di assicurati

oppure rimarrà applicabile?

Il comma 14 dell'art. 24 esplicitamente richiama tra le deroghe il caso delle lavoratrici optanti anche per ciò che riguarda il regime delle decorrenze.

L'art. 24 della legge di riforma, al comma 5, abolisce infatti la decorrenza posticipata mobile esclusivamente ai soggetti che, a decorrere dal **1° gennaio 2012**, maturano i requisiti per il pensionamento di vecchiaia e anticipata in base alle nuove regole.

OPPORTUNITÀ DELL'OPZIONE

Oggi, dopo l'entrata in vigore della nuova riforma pensionistica, per diverse lavoratrici l'opzione per il sistema contributivo potrebbe diventare una scelta conveniente in

termini di anticipo della pensione, visto l'allungamento dei tempi rispetto al passato. Certo c'è da fare i conti con un **importo della pensione considerevolmente più basso** rispetto al calcolo misto che contiene una parte riferita al più vantaggioso sistema retributivo.

Innanzitutto, stante il requisito minimo di anzianità contributiva (35 anni), nel 2012 potrà ricorrere a tale forma di pensionamento chi aveva almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995 e quindi sarebbe andato in pensione, prima della riforma col sistema retributivo, e oggi, dopo la riforma, con il **pro rata contributivo**.

In pratica **potrà accedervi chi ha iniziato a lavorare quanto meno dal 1978**.

CASO PRATICO

*Lavoratrice dipendente nata il 2 ottobre 1955
con 35 anni di contributi il 1° maggio 2012*

Con le regole della legge 214/2011 farebbe 42 anni di contributi il 1° maggio 2019, anno in cui, con le attuali proiezioni, servirebbero per la pensione anticipata 42 anni e 2 mesi. Dovrebbe quindi lavorare fino al 1° luglio 2019 con un'età di 64 anni. Se optasse per l'applicazione della norma derogatoria andrebbe in pensione **prima** e cioè il 2 ottobre 2012 al compimento dei 57 anni di età. La pensione decorrerebbe dal 1° novembre 2013.

La pensione sarà però interamente contributiva. **Vediamo lo sviluppo del calcolo.**

I complessi criteri per calcolare la pensione attraverso l'esercizio dell'opzione contributiva sono i seguenti:

- individuazione della base imponibile annua nel periodo di riferimento costituito dagli ultimi anni di anzianità contributiva anteriori al 31.12.1995, nel limite massimo di dieci annualità (**520 settimane**), entro il limite del massimale pensionistico;
- determinazione dell'ammontare dei contributi di ciascun anno moltiplicando la base imponibile annua per l'aliquota contributiva in vigore nell'anno interessato;
- calcolo del montante contributivo fino al 31.12.1995 mediante la ri-

valutazione dell'ammontare dei contributi di ciascun anno su base composta fino al 31.12.1995 utilizzando il tasso annuo di capitalizzazione;

- determinazione dell'anzianità contributiva complessiva maturata dall'inizio dell'assicurazione fino al 31.12.1995;
- calcolo del montante al 31.12.1995 mediante la moltiplicazione del montante medio annuo per l'anzianità contributiva complessiva. L'importo ottenuto rappresenta la quota di montante contributivo individuale per i periodi maturati fino al 31.12.1995 da rivalutare fino alla data di decorrenza della pensione. Ai fini della determinazione del montante contributivo maturato alla data del 31 dicembre 1995, il periodo di contribuzione antecedente il decennio preso in considerazione per la determinazione del montante medio è valutato per ciascun anno o frazione di anno mediante il rapporto tra l'aliquota contributiva vigente in detto anno e l'aliquota contributiva media vigente nei 10 anni di calendario precedenti quello in cui viene esercitata l'opzione (INPS, circ. 108/2002).

I periodi contributivi dal 1996 fino alla maturazione della pensione sono calcolati con le regole del sistema contributivo.

QUOTA FPLD INPS (ultimi 10 anni precedenti il 1996)

ANNO	RETRIBUZIONE DISPONIBILE (Valori in Euro)	CONTRIBUTI VERSATI	MONTANTE INDIVIDUALE (*)	SETTIMANE
1995	14.300	3.913,91	3.913,91	52
1994	14.100	3.802,77	4.052,71	52
1993	14.000	3.775,80	4.317,68	52
1992	13.150	3.520,25	4.382,15	52
1991	13.150	3.441,35	4.699,80	52
1990	13.000	3.369,60	5.066,65	52
1989	12.700	3.291,84	4.394,56	52
1988	12.500	3.188,75	5.910,28	52
1987	12.400	3.163,24	6.603,73	52
1986	12.200	3.112,22	7.424,39	52
			50.765,86	520

(*) I contributi di ogni anno sono stati rivalutati su base composta fino al 31 dicembre 1995 col Tasso di capitalizzazione

Si calcola ora la contribuzione ponderata (rapporto tra aliquota effettiva degli anni non presi in considerazione prima del 1996 a ritroso, rispetto alla aliquota media applicabile per le pensioni decorrenti dal 2012 pari a **32,85** (ipotizzato in attesa del dato ufficiale INPS), per il n. di settimane di ogni anno.

ANNO	SETTIMANE	ALIQUTA VIGENTE	RAPPORTO ALIQUOTE	SETTIMANE PONDERATE
1977	31	23,31%	$23,31 : 32,85 = 0,71$	$0,71 \times 31 = 22$
1978	52	23,31%	0,71	$0,71 \times 52 = 37$
1979	52	23,31%	0,71	37
1980	52	23,31%	0,71	37
1981	52	24%	0,73	38
1982	52	24%	0,73	38
1983	52	24,51%	0,75	39
1984	52	24,51%	0,75	39
1985	52	24,51%	0,75	39
				326

L'**anzianità contributiva** è data dalla somma dei contributi effettivi pari a **520** precedenti al 1996 a cui si sommano i contributi ponderati degli anni non presi in considerazione nel decennio precedente ossia **326** = 846. Il montante individuale **50.765,86** va diviso per 520 (ultimi 10 anni) ottenendo il montante medio settimanale del decennio preso a riferimento = **97,63**



Montante sett. x anzianità contributiva
= **97,63 x 846** = 82.595
(Montante contributivo ante 1996)

Montante rivalutato fino al **2012**
(decorrenza pensione) per i periodi contributi
fino al 31 dicembre 1995 = **157.523**

Montante A **Montante B**
157.523 **112.796**

Totale
270.319

Il montante totale va moltiplicato
con il coefficiente di trasformazione
(4,419%) = **11.945** = **pensione annua**

Pensione mensile
918,84

QUOTA CALCOLATA CON IL SISTEMA CONTRIBUTIVO (Periodi dal 1996 al 2012)

ANNO	CONTRIBUTI VERSATI	MONTANTE INDIVIDUALE (rivalutato con tasso di capitalizzazione)
2012	4.111	112.796,04
2011	5.430	108.685,04
2010	5.400	101.091,68
2009	5.400	94.005,69
2008	5.350	85.758,42
2007	5.320	77.717,46
2006	5.300	70.021,15
2005	5.270	62.509,20
2004	5.270	55.010,93
2003	5.250	47.861,32
2002	5.150	40.908,94
2001	5.100	34.261,77
2000	5.050	27.831,93
1999	5.050	21.660,34
1998	5.000	15.722,00
1997	4.950	10.176,57
1996	4.950	



Nuove frontiere contro l'artrite reumatoide

>> di Bernd Raffener

(U.O.C. Reumatologia, Università-Azienda Ospedaliera di Padova
U.O. Reumatologia, Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale di Bolzano)

Costantino Botsios

(U.O.C. Reumatologia, Università-Azienda Ospedaliera di Padova
Regione Veneto, Azienda U.L.S.S. 8, Asolo)

Francesca Ometto

(U.O.C. Reumatologia, Università-Azienda Ospedaliera di Padova)
Livio Bernardi

(U.O.C. Reumatologia, Università-Azienda Ospedaliera di Padova)

Prof. Leonardo Punzi

(U.O.C. Reumatologia, Università-Azienda Ospedaliera di Padova)



La terapia moderna dell'artrite reumatoide mira ad un unico traguardo: la remissione, cioè uno stato in cui tutti i segni e sintomi clinici di malattia siano assenti. Remissione non è guarigione di malattia, difficile risultato nel caso di questa patologia notoriamente cronica e autoaggressiva. Remissione è il controllo farmacologico della malattia, tale da garantire al paziente una vita pressoché normale.

Il concetto di remissione include non solo l'ambito clinico, ma anche quello strutturale radiografico. L'obiettivo fondamentale è impedire la distruzione articolare ed evitare le conseguenze irreversibili dell'artrite reumatoide, ovvero la perdita della funzionalità articolare, la disabilità, fino alla perdita dell'autosufficienza.

L'approccio attuale con le nuove strategie terapeutiche consente di indurre la remissione nella maggioranza dei pazienti con artrite reumatoide. Prevede infatti una diagnosi sempre più precoce, l'inizio immediato della terapia farmacologica anche con l'associazione di più farmaci, il controllo ravvicinato sia clinico che strumentale e, in caso di resistenza al trattamento, l'uso di un farmaco biologico o più farmaci biologici in sequenza, che bloccano drasticamente e in modo selettivo la cascata infiammatoria.

L'avvento di armi terapeutiche così efficaci ha reso la remissione molto più accessibile, cosa inimmaginabile fino a qualche anno fa, e si è quindi aperto uno scenario completamente nuovo: cosa fare quando il paziente è in remissione?

Teoricamente una malattia cronica richiederebbe un trattamento cronico. Ci sono diverse esperienze sulla sospensione della terapia farmacologica una volta che il paziente ha raggiunto la remissione, il che equivale quasi ad una guarigione. I primi studi conside-



ravano i farmaci di fondo non biologici, come il metotressato, ma, alla sospensione della terapia vi erano alte percentuali di ricaduta. Inoltre recuperare il controllo della malattia riprendendo la terapia che si era sospesa, era più difficile. I pazienti in questi studi erano generalmente pazienti con una lunga durata di malattia. Gli studi più recenti hanno dato risultati simili.

Si sono ottenuti risultati incoraggianti quando la durata dell'artrite reumatoide non era lunga, o ancora, quando la remissione era stata mantenuta per lungo tempo prima di sospendere la terapia. Va considerato che i soggetti inclusi in tutti questi studi sono selezionati e quindi difficilmente paragonabili con i pazienti della pratica clinica quotidiana, che spesso hanno un ritardo nella diagnosi e nell'inizio della terapia.

La sospensione dei farmaci quando il paziente raggiunge la remissione sembra quindi essere interessante soprattutto per i pazienti con durata di malattia breve e con un regolare follow-up clinico e radiografico. Mancano però ancora linee guida chiare in merito. Con riferimento alla pratica clinica, se consideriamo i pazienti che raggiungono la remissione (ormai la maggioranza dei pazienti con artrite reumatoide adeguatamente trattati), dobbiamo affrontare

considerazioni molto importanti. È già stato detto che una malattia cronica richiederebbe una terapia cronica. Ma possiamo veramente proporre al paziente un trattamento "aggressivo" come quello che

si fa all'inizio, quando la malattia è più attiva, per tutto il resto della vita? Non potrebbe essere un rischio eccessivo? Ogni soggetto invecchiando è più suscettibile ad eventi infettivi e tumorali. Inoltre possono associarsi altre malattie che in modo diretto, o a causa delle terapie che richiedono, influenzano la difesa immunitaria e di conseguenza, la probabilità di complicanze.

L'esposizione prolungata alle terapie farmacologiche per l'artrite, incluse quelle biologiche, non sembra produrre un aumento del rischio di complicanze, anzi, poiché controllano la malattia, riducono l'insorgenza dei tumori associati all'artrite reumatoide, come i linfomi e il carcinoma polmonare.

L'esperienza attuale sulle terapie biologiche si aggira attorno ai 15 anni, e per i farmaci biologici nuovi è ancora più breve. Per questo i farmaci biologici sono ancora sotto speciale sorveglianza da parte degli organi di competenza, in modo da tutelare i pazienti trattati a lungo termine.

L'aggressività della terapia va bilanciata, per ottenere l'equilibrio ottimale tra il controllo di una malattia cronica e il rischio crescente nel corso della vita che dipende proprio dalla malattia. Un bilanciamento delle terapie è possibile con aggiustamenti del dosaggio del farmaco a seconda dello stato di malattia, ricordando che la sospensione completa del farmaco spesso comporta una ricaduta. Nel momento della remissione i livelli dei mediatori dell'infiammazione e l'attività delle cellule immunitarie sono molto differenti da quelli all'esordio di malattia e durante le fasi più attive. Per questo possiamo dedurre che i dosaggi usati inizialmente per indurre la

remissione sono probabilmente eccessivi per la fase di remissione. Ne deriva un approccio terapeutico che riduce le dosi dei farmaci o allunga gli intervalli di somministrazione del farmaco quando la malattia è in remissione. Ci sono varie esperienze positive in questo senso con i biologici sottocute (etanercept, adalimumab) e per via endovenosa (infiximab). Per adalimumab ed infiximab però non vi sono ancora informazioni sull'arresto del danno strutturale. Nel caso di infiximab si deve tener conto che possono formarsi anticorpi neutralizzanti, che fanno da antagonisti del farmaco e che compaiono soprattutto quando si somministrano basse dosi di farmaco.

La remissione, in particolare la remissione stabilizzata nel tempo, è una condizione assolutamente necessaria prima di intraprendere riduzioni di dose. Questo si spiega semplicemente perché l'artrite reumatoide in sé è una malattia altalenante, con periodi attivi e periodi quiescenti. I periodi quiescenti possono simulare una remissione e indurre il reumatologo a modifiche terapeutiche inadeguate. Pertanto è sempre consigliabile un periodo di remissione stabile di almeno 6-12 mesi prima di ridurre i dosaggi.

In uno studio fatto nella nostra clinica, abbiamo dimostrato che

la riduzione del dosaggio di etanercept, in pazienti con remissione stabile, riesce a mantenere la remissione clinica e radiografica, cioè il blocco del danno strutturale. Questi dati sono stati ri-

prodotti recentemente in uno studio internazionale randomizzato controllato che ha confermato le nostre osservazioni.

I farmaci biologici per i loro costi elevati di produzione hanno un grosso impatto economico per la società. I risparmi che si possono ottenere dai regimi terapeutici a dose ridotta sono enormi. Potrebbero essere quindi disponibili risorse con la possibilità di trattare più pazienti. L'attuale crisi finanziaria non ci permette di trascurare le considerazioni economiche e va valutato quale potrebbe essere l'impatto sull'assistenza sanitaria in futuro. Fino ad ora le terapie "costose" in reumatologia non hanno avuto limitazioni di carattere economico. Queste stesse terapie riescono a generare un risparmio nelle spese sociali a lungo termine perché riducono la disabilità e la dipendenza assistenziale.

In conclusione, la lotta contro l'artrite reumatoide, grazie alle nuove tecnologie e alle nuove strategie terapeutiche, ha ottenuto un livello di controllo di malattia mai visto prima. Ha aperto anche nuove sfide, in particolare come proseguire la terapia nei pazienti che hanno raggiunto la remissione.

Basandosi sulle esperienze raccolte, pare sensato modificare le terapie nei pazienti in remissione per evitare il sovraccarico farmacologico. Una sospensione graduale prima del biologico, e poi della terapia di fondo nelle artriti reumatoidi di breve durata di malattia oppure una riduzione del dosaggio soprattutto del biologico nel caso delle artriti reumatoidi di lunga durata, sono due valide opzioni purché vengano salvaguardate la remissione clinica e quella radiografica.



L'esperienza attuale sulle terapie biologiche si aggira attorno ai 15 anni, e per i farmaci biologici nuovi è ancora più breve.

Aspetti economici delle malattie reumatiche

di Barbara Polistena
(CEISSanità, Facoltà di Economia,
Università degli Studi di Roma Tor Vergata -
Health Innovation)
e Federico Spandonaro
(CEISSanità, Facoltà di Economia,
Università degli Studi di Roma Tor Vergata)

L'importanza delle malattie reumatiche è evidente considerando il numero di pazienti affetti. Basti pensare che 2 delle più importanti malattie reumatiche tra le oltre 100 esistenti, artrite reumatoide e artrite psoriasica, colpiscono da sole quasi 600.000 individui sul territorio nazionale.

Tali malattie, oltre a comportare dolore, depressione, nonché un danno progressivo con conseguente disabilità e riduzione della qualità della vita, condizionano fortemente le capacità di partecipazione sociale. Colpendo soggetti di ogni età, e quindi anche in età lavorativa, la progressiva disabilità che comportano le malattie reumatiche si ripercuote sulla capacità lavorativa dei pazienti con assenze, ridotta produttività e, talvolta, perdita del lavoro con conseguenti costi a carico della società.

In generale, le malattie reumatiche comportano costi significativi sia diretti (farmaci, ma anche ricoveri, diagnostica, laboratorio) che indiretti (perdita di produttività).

Uno studio della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Turchetti, 2011) ha stimato per l'Italia un costo medio annuo per i pazienti con artrite reumatoide di età maggiore di 18 anni pari a € 3,4 mld., ovvero lo 0,2% del PIL Italiano. I soli costi diretti sanitari (circa 700 mil.) rappresentano lo 0,6% della spesa sanitaria pubblica totale.

Negli ultimi anni le opportunità terapeutiche si sono fortunatamente di molto accresciute; in particolare con l'avvento dei farmaci biologici, che rappresentano uno dei maggiori progressi ottenuti dalla medicina negli ultimi anni: il loro successo risiede nella grande selettività d'azione, che consente di ottenere, nella maggior parte dei casi, una notevole efficacia terapeutica in tempi brevi. I farmaci biologici, a cui si stima siano eligibili poco più del 20% dei pazienti, sono però costosi.

In un contesto di risorse scarse, come quello che caratterizza allo stato attuale il nostro SSN, l'avvento dei biologici rappresenta quindi una importante e efficace

opportunità terapeutica, contrastata però da problematiche di ordine finanziario. La letteratura è comunque concorde nel ritenere che la spesa per le innovazioni terapeutiche in questo campo sia costo efficace, e che l'utilizzo dei farmaci biologici se, da un lato, incrementa i costi diretti sanitari, dall'altro porta a una contrazione della spesa relativa ai costi diretti non sanitari (l'assistenza informale) e ai costi indiretti (perdita di produttività), oltre che un significativo miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Questo è ancora più vero se tali terapie vengono somministrate ai pazienti nella fase di esordio della malattia.

L'innovazione, quindi, è da considerarsi socialmente un buon investimento, purché erogata in un contesto di appropriatezza clinica e organizzativa, peraltro adeguatamente garantito dal monitoraggio attento che viene effettuato sui consumi dei farmaci innovativi e sui Centri prescrittori.

SEGUE DA PAGINA 2

L'EDITORIALE

di Gabriella Voltan

dei LEA fermo al 2000.

MUOVERSI significa tutelare i più deboli e inserire fin da subito le patologie rare nel documento di revisione dei LEA.

MUOVERSI significa programmare a livello Centrale ma soprattutto a livello Regionale.

Le Regioni possono migliorare i servizi, possono chiedere l'avvio di Progetti Obiettivo e affrontare i problemi derivanti dalle patologie reumatiche in modo organico, efficiente ed efficace.

MUOVERSI significa potenziare la ricerca, attualmente curiamo i sintomi ma la causa primaria è ancora sconosciuta.

MUOVERSI significa affrontare il problema nella sua complessità ma soprattutto guardando al futuro prima che questo ci riservi amare sorprese.

Solo a queste condizioni il decreto Balduzzi avrà un senso e le "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più elevato livello di tutela della salute" saranno un traguardo di salute e non temporanee dichiarazioni.

Abbiamo chiesto agli sportivi di sostenere la nostra causa il 12 ottobre.

Siamo persone a cui piacerebbe godere ogni giorno della vita in modo completo, ma non lo possiamo fare. La fatica, la tenacia, il non mollare mai, questo ci accomuna agli sportivi, lo sforzo di dare sempre il massimo per vincere la lotta quotidiana della vita.

Allora **MUOVIAMOCI**, insieme, non per noi stessi che ormai con la malattia abbiamo dovuto imparare a convivere, ma per quelli che ci saranno dopo di noi, per le generazioni future.



PER SAPERNE DI PIÙ

Chi ha paura dei farmaci equivalenti?

>> di Paola Mosconi
(Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano)

Proprio così si intitolava un progetto di ormai cinque anni fa condotto a Bergamo e provincia per migliorare l'informazione e aumentare la fiducia verso i farmaci equivalenti. Allora si parlava ancora di farmaci generici, mentre ora, più correttamente, si parla di farmaci equivalenti ma purtroppo ancora molti sono i dubbi della popolazione, e dei medici, su questi farmaci. Anche recentemente il Decreto del Ministero ha suscitato polemiche e discussioni che tendono a disorientare cittadini e pazienti.

Ma allora, cosa sono i farmaci equivalenti? I farmaci equivalenti sono medicinali che contengono lo stesso principio attivo – cioè la sostanza che ha l'effetto terapeutico – ma non sono più coperti dal brevetto (o certificato protettivo supplementare). Vengono venduti in farmacia con il nome del principio attivo e non con il nome di fantasia dato quando il farmaco ha ottenuto il brevetto. Ad esempio, il noto antidolorifico Aulin ha come principio attivo una sostanza tecnicamente chiamata nimesulide e così si chiama-

no oggi i molti prodotti equivalenti disponibili in farmacia. Cosa c'è di **uguale** tra un farmaco di "marca" e un farmaco equivalente?

- contengono lo stesso principio attivo
- hanno la stessa efficacia
- sono potenti quanto i farmaci di marca
- hanno gli stessi effetti collaterali
- sono sicuri quanto i farmaci di marca



I farmaci equivalenti sono medicinali che contengono lo stesso principio attivo – cioè la sostanza che ha l'effetto terapeutico – ma non sono più coperti dal brevetto

- hanno le stesse indicazioni e controindicazioni dei farmaci di marca

Cosa c'è di **diverso** tra un farmaco di "marca" e un farmaco equivalente?

- colore della confezione
- colore, forma, sapore del medicinale
- costo

I farmaci equivalenti sono utilizzati sempre più spesso – dal 19% nel 2007 al 30%

nel 2010 – tuttavia rispetto ad altri paesi europei in Italia esistono ancora molte resistenze. Eppure i medicinali equivalenti sono sicuri ed efficaci ed hanno un prezzo dal 20% all'80% inferiore rispetto ai farmaci di "marca", permettendo risparmi sia nelle casse del Sistema Sanitario sia nelle tasche dei cittadini stessi.

È bene che i cittadini e i pazienti ricevano corrette informazioni sui farmaci che li riguardano tenendo ben presente che prima della loro commercializzazione la qualità dei farmaci equivalenti viene assicurata attraverso una serie di controlli, quali ispezioni della produzione, verifica di tutta la documentazione sul farmaco e sull'uso nella pratica clinica.

Per saperne di più su questo tema si rimanda a:

www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/tipo_filedbOf.pdf

www.dialogosuifarmaci.it/uploads/File/informazioni_al_paziente/FARMACI%20GENERICI.pdf

XI RAPPORTO SULLE POLITICHE DELLA CRONICITÀ DI CITTADINANZATTIVA

>> di Ivo Picciau

Se in famiglia c'è un anziano malato cronico sono guai, non solo economici. Parliamo di migliaia di persone: in Italia nel 2011 (dati Istat) oltre il 50% di chi ha tra i 65 e i 74 anni di età ha almeno una patologia cronica e, di questi, solo il 30% dichiara di essere in buona salute. Il 12,2% degli ultrasessantacinquenni vive uno stato di povertà relativa e il 5,4% di povertà assoluta.

Le problematiche dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani malati cronici, e l'inevitabile risvolto sulle loro famiglie, sono contenute nell'XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità "Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare", presentato il 16 ottobre a Roma dal CnAMC (Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici) di Cittadinanzattiva. Il Rapporto nasce dai dati acquisiti da 28 delle 86 associazioni nazionali, rappresentative di oltre 100 mila cittadini affetti da patologie croniche. Ad occuparsi della cura ed assistenza all'anziano malato cronico è, in più della metà (56%) dei casi, un solo nucleo familiare. Ciascuna famiglia dedica mediamente all'assistenza del familiare anziano oltre 5 ore al giorno. Tale situazione, in circa il 93% dei casi, non permette ai componenti delle famiglie di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di assistenza, al punto che oltre la metà (53,6%) segnala licenziamenti e mancati rinnovi o interruzioni del rapporto di lavoro. A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente di fronteggiare i costi legati alla cura dell'anziano malato cronico. Solo per fare alcuni esempi, le famiglie mediamente spendono in un anno circa 8.500 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona (badante), 3.700 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Quasi 14

mila euro, in media, è il costo per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali.

Spese annuali (in media) sostenute privatamente da una famiglia con un anziano malato cronico.

Secondo i dati diffusi dalla Corte dei Conti, inoltre, proprio nelle Regioni dove è più critica l'offerta assistenziale, vi è anche una maggiore incidenza di ticket sanitari (diagnostica, specialistica e farmaci) e maxialiquote, con valori procapite relativi al 2011 che oscillano tra i 181 euro del Lazio e i 43 euro del Trentino Alto Adige.

"È inaccettabile e ai limiti della costituzionalità: lo Stato si sta tirando indietro rispetto alle responsabilità in materia di assistenza sanitaria e sociale, e il peso di tutto ciò, ormai insostenibile, è scaricato completamente sulle spalle e sulle tasche delle famiglie. Dopo il taglio di 25 miliardi e 500 milioni di euro alla sanità maturato negli ultimi anni, comprensivi della previsione delle risorse che saranno sottratte con la legge di stabilità, e l'azzeramento dei Fondi a carattere sociale, ora si parla di tassare le pensioni e gli assegni di invalidità: saremmo davvero alla fine delle politiche sociali nel nostro Paese". È quanto afferma Tonino Aceti, responsabile nazionale del CnAMC di Cittadinanzattiva.

"Oggi sono concretamente a rischio la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e il mantenimento dei servizi e degli interventi sociali dei Comuni, con particolare riguardo a quelli del Mezzogiorno. L'imposizione dell'IRPEF sulle indennità d'invalidità civile, oltre ad essere una misura insopportabile per i cittadini, sembra essere in contrasto con la natura delle stesse indennità: come ha ricordato la Corte di Cassazione, con l'ordinanza del 26 giugno 2012, l'assegno di in-

SPESE ANNUALI (in media) SOSTENUTE PRIVATAMENTE DA UNA FAMIGLIA CON UN ANZIANO MALATO CRONICO

Badante	8.488 €
Visite specialistiche o attività riabilitative a domicilio	3.718 €
Acquisto protesi ed ausili	944 €
Retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali	13.946 €
Visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario	855 €
Esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario	1.034 €
Acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN	1.127 €
Acquisto di parafarmaci (integratori, alimentari, dermocosmetici, creme, pomate, lacrime artificiali ecc.)	1.297 €

Fonte: XI Rapporto CnAMC - Cittadinanzattiva

validità costituisce “una provvidenza destinata non già a integrare il minor reddito dipendente dalle condizioni soggettive, ma a fornire alla persona un minimo di sostentamento, atto ad assicurarne la sopravvivenza”. Se si arriva a tassare anche le minime forme di sostentamento, non già i privilegi di pochi, siamo davvero alla frutta”.

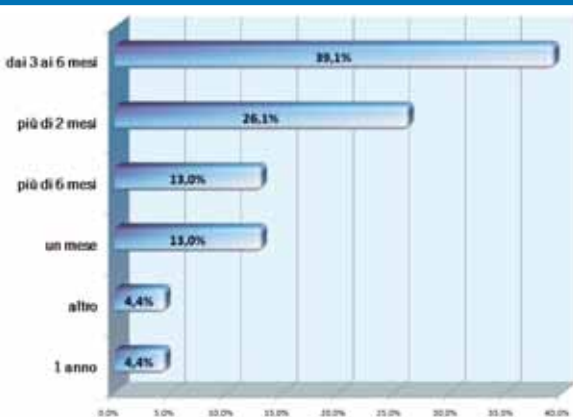
FUORI DALL'OSPEDALE, IL VUOTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Se il paziente anziano viene dimesso dall'ospedale, in un terzo dei casi è la famiglia ad occuparsi di tutto, senza aver ricevuto alcun orientamento. Per il 52% delle Associazioni, il medico di medicina generale fornisce solo le indicazioni degli uffici a cui rivolgersi, ma poi devono provvedere i famigliari; e solo per il 15% di esse, il medico di famiglia fa tutto il necessario dopo le dimissioni. Nel 76% dei casi, contestualmente alle dimissioni ospedaliere, non viene attivata l'**assistenza domiciliare**. In due casi su tre il medico di famiglia non interagisce con ASL e Comuni per l'**attivazione dei servizi socio sanitari** e per il 70% delle Associazioni non si integra con lo specialista. **Riguardo all'assistenza domiciliare integrata (ADI)**, il 65,3% lamenta difficoltà nell'attivarla, il 50% la scarsa integrazione tra gli interventi di tipo sanitario e di tipo sociale e un numero di ore insufficiente.

Quasi nessuno è soddisfatto dell'assistenza che riceve a casa: solo il 27% la considera mediamente adeguata, e per il restante 73% essa è inadeguata.

Sull'assistenza domiciliare integrata, è marcata la variabilità regionale: 1,5% di anziani trattati in Sicilia, nel 2010, a fronte dell'11,6% dell'Emilia Romagna. Stessa variabilità per la spesa pro capite per interventi e servizi sociali: si va dai 25,5 euro della Calabria ai 269,3 euro della Valle D'Aosta; con riferimento ai Comuni, si passa dagli 88 euro pro capite di Napoli ai 434 euro di Trieste. Per **accedere all'assistenza residenziale e semiresidenziale** il primo problema segnalato sono i tempi di attesa eccessivamente lunghi: il 39% afferma che si aspetta tra i 3 e i 6 mesi, il 13% attende anche più di 6 mesi.

IL TEMPO MASSIMO DI ACCESSO PER IL RICOVERO IN UNA STRUTTURA RESIDENZIALE E/O SEMIRESIDENZIALE



Fonte: XI Rapporto CnAMC - Cittadinanzattiva

Secondo gli ultimi dati del Ministero della Salute relativi al 2009, la disponibilità di **posti letto per le strutture residenziali e semiresidenziali** è caratterizzata da una profonda difformità regionale: si passa dagli 897 posti letto per 100.000 abitanti della Provincia Autonoma di Trento ai 59 posti letto della Sicilia. Il 79% delle Associazioni ritiene del tutto mediocre l'assistenza ricevuta e poco meno della metà (43,5%) segnala la **presenza di forme di maltrattamento**: si parla di abbandono del paziente (70%), trascuratezza dell'igiene (70%), forme di aggressività (60%), presenza di piaghe da decubito (60%), malnutrizione (40%), disidratazione (30%) e, nel 10% dei casi, perfino contenzione. Lunghi tempi anche per gli interventi chirurgici: il **30% dichiara di arrivare ad attendere da tre mesi ad un anno**, mentre nella maggioranza dei casi (**40%**) si attendono almeno **2 mesi**. Stessa cosa accade per le **visite specialistiche**: l'attesa media (**28,5%**) è di più di due mesi, ma si arriva ad attendere anche più **6 mesi (14,2%)**.

FARMACI

L'incidenza dei ticket tra il 2007 e il 2011 è praticamente più che raddoppiata, passando rispettivamente da 539 a 1337 milioni di euro.

La metà dei malati non accede all'innovazione farmaceutica. Gli iter nazionali e regionali di approvazione ritardano fortemente l'accesso alle terapie, come dimostrano i dati del Rapporto.

Il 55,2% delle Associazioni denuncia tempi eccessivamente lunghi per l'immissione in commercio e la rimborsabilità di alcuni farmaci a livello nazionale. Particolari difficoltà di accesso vengono segnalate dal 61,5% delle Associazioni relativamente alle **terapie innovative**.

I **tempi di inserimento dei farmaci** all'interno dei prontuari terapeutici regionali sono molto diversi. Si passa dai 145 giorni dell'Umbria ai 284 giorni del Lazio. A queste tempistiche va aggiunto il tempo medio di 226 giorni necessari all'AIFA per procedere con l'Autorizzazione e la contrattazione del prezzo di rimborso. È emblematico l'esempio dei nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C tutt'oggi ancora non disponibili per i cittadini, nonostante siano ormai passati oltre 14 mesi da quando l'AIFA ha ricevuto i documenti per la loro registrazione; stesse lungaggini per i nuovi farmaci per il trattamento della fibrillazione atriale il cui dossier registrativo è stato inviato ad AIFA da circa 16 mesi e ad oggi ancora non sono fruibili. Le Commissioni regionali del farmaco non garantiscono la partecipazione dei rappresentanti delle organizzazioni civiche e il loro processo decisionale è poco trasparente e accessibile ai cittadini.

L'ODISSEA DEI CITTADINI PER ACCEDERE ALL'INVALIDITÀ CIVILE

L'iter per l'accertamento dell'invalidità civile e della L.104/92, nonostante l'informatizzazione e la semplificazione prevista dalla legge 102/2009, è ancora per il 72% dei cittadini eccessivamente complesso e lungo. Il 48% segnala l'assenza del medico INPS e, di conseguenza, la necessità di sottoporsi a doppia visi-



ta (presso la Asl e presso l'INPS) denunciata dal 60% delle Associazioni. Il 43,5% ha assistito a convocazioni a visita avvenute con modalità non previste dalla Legge: 66,6% con lettera semplice, 41,6% con una telefonata, 33,3% attraverso sms. Ben l'80% ritiene inoltre che i criteri di accesso alle indennità di accompagnamento siano stati ingiustamente inaspriti.

ANZIANI, LA SENSAZIONE DI ESSERE LASCIATI SOLI

Troppo spesso assistiamo a situazioni di disagio psicologico ed abbandono dell'anziano, forse più dolorose della patologia. Il suo stato di salute è valutato quasi esclusivamente sotto il profilo clinico, come denuncia circa il 90% delle Associazioni; largamente sottovalutato l'aspetto psicologico considerato solo nel 20% dei casi.

Se assistiti a casa, due anziani su tre avvertono come problematica la mancanza di socialità. Ed anche in ospedale, un contesto in cui a prima vista sembrerebbe che non manchi il contatto umano, circa un anziano su tre denuncia la carenza di socialità. Il 70% delle Associazioni lamenta la mancanza dello psicologo nelle equipe che erogano l'assistenza domiciliare, così come nella stessa percentuale quelli che si sentono abbandonati nelle strutture residenziali.

LA SOTTOVALUTAZIONE DEL DOLORE

I medici di medicina generale non si impegnano come dovrebbero, e come soprattutto sancisce la legge 38/2010, nella lotta contro il dolore. Come denuncia l'XI Rapporto CnAMC, il 46,4% dei MMG non registra il dolore nell'anziano, il 28,6% lo sminui-

sce, il 25% lo registra solo se acuto. In ospedale, il dolore è registrato regolarmente solo per il 7% delle Associazioni, per il 20% non è mai registrato, e per oltre un terzo (35,7%) viene sminuito o registrato solo se acuto. Situazione pressoché analoga nelle strutture residenziali, dove il dolore è sminuito per oltre la metà delle Associazioni e viene regolarmente misurato solo per l'8,7% di esse.

LE PRINCIPALI PROPOSTE

1. Stop ad ulteriori tagli alle risorse per l'assistenza sanitaria e sociale;
2. definire e approvare i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS);
3. rifinanziare i Fondi nazionali a carattere sociale, con particolare riguardo al Fondo Nazionale per le Politiche sociali;
4. riorganizzare, potenziare e avviare un'attività di valutazione dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare si auspica per i MMG la diffusione della medicina associativa e la completa informatizzazione. Per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché per la riabilitazione, si auspicano livelli uniformi di offerta assistenziale su tutto il territorio nazionale;
5. eliminare i Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali vincolanti, al fine di garantire uniformemente i LEA definiti dall'AI-FA in ambito farmaceutico;
6. aggiornare l'elenco ministeriale delle patologie croniche e invalidanti, l'elenco delle patologie rare, nonché il nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili.

>> PER SAPERNE DI PIÙ

Farmaci biologici e tumori: una notizia rassicurante

Nel numero di giugno di SINERGIA avevamo parlato della sicurezza dei farmaci biologici riguardo alle infezioni. Nonostante questi farmaci riducano l'attività del sistema immunitario, le ultime risultanze della ricerca ci rassicurano in quanto non si rileva un'aumentata predisposizione alle infezioni da parte dei pazienti che li usano.

Sappiamo che il nostro sistema immunitario ci difende dalle modificazioni che avvengono nelle cellule del nostro organismo e che possono condurre alla formazione di tumori. Sorge quindi spontanea la domanda se l'uso continuativo di farmaci biologici non possa portare ad un'attenuazione di questa sorveglianza sulle mutazioni cellulari, con il risultato finale di un'aumentata incidenza di tumori.

Fino ad oggi i risultati della ricerca medica non erano univoci, nel senso che alcuni studi avevano indicato un lieve aumentato rischio di tumori in pazienti, in prevalenza in età pediatrica, che usano i farmaci biologici anti-TNF- α (Infliximab, Adalimumab, Etanercept), mentre altre ricerche lo avevano escluso. Di fronte a questi dubbi l'agenzia del farmaco statunitense, la FDA, nel 2009, aveva deciso di far inserire nel foglietto illustrativo di questi prodotti un'avvertenza specifica circa un possibile aumentato rischio di cancro. Questo ulteriore passo aveva creato apprensione tra i reumatologi e naturalmente anche tra i pazienti. Oggi questi dubbi sembrano essere stati fugati, speriamo definitivamente dai dati più recenti.

La novità su questo importante quesito ci viene da uno studio condotto da alcuni ricercatori del Cancer Center di Houston, nel Texas, e pubblicato il 5 settembre 2012 su JAMA, una delle più autorevoli e importan-

ti riviste mediche.*

Si tratta della più complessa ed articolata ricerca portata a termine fino ad ora sul rapporto fra uso di farmaci biologici e comparsa di tumori.

I ricercatori texani hanno condotto una metanalisi, cioè hanno collegato tra loro con una complessa analisi statistica, 63 studi sull'argomento (53 dei quali condotti dalle stesse case farmaceutiche produttrici) per un totale di quasi 30mila pazienti indagati. Si tratta di soggetti in terapia con abatacept, adalimumab, anakinra, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, rituximab e tocilizumab, farmaci bio-



logici che comprendono tutto l'attuale armamentario terapeutico a disposizione del reumatologo, non limitato quindi ai soli inibitori del TNF- α . Il confronto è avvenuto con pazienti in terapia con farmaci tradizionali o con placebo (cioè con un prodotto inattivo).

L'elaborazione statistica dei dati non ha rilevato un'aumentata incidenza di alcun tipo di tumore rispetto ai pazienti che non erano in terapia con farmaci biologici. Sono stati presi in considerazione studi di almeno 6 mesi e fino a 3 anni di durata complessiva. Saranno necessari ulteriori studi per verificare se usi più prolungati siano altrettanto sicuri, anche se i dati esistenti sono già abbastanza rassicuranti in tal senso, in quanto in rischio di neoplasia non era aumentato negli studi di più lunga durata.

Nei pazienti con artrite reumatoide i fattori di rischio nei confronti dei tumori differiscono da quelli presenti nella popolazione generale.

Così i pazienti con artrite reumatoide, indipendentemente dalla terapia che seguono, hanno un lieve aumento di rischio di incorrere in tumori del sistema linfatico (linfomi) ma tale rischio non viene incrementato dall'uso di farmaci biologici. Nel caso del tumore al polmone, l'aumento del rischio nei pazienti con artrite reumatoide sembra non essere legato alla malattia stessa bensì dovuto al fumo, che sappiamo esporre anche ad aumentato rischio di sviluppare l'artrite reumatoide nella popolazione sana.

Per quanto riguarda invece i tumori del colon, sembra accertato che il rischio è in genere ridotto, forse per l'effetto protettivo dei farmaci anti-infiammatori. Nel caso di pazienti che abbiano già avuto un tumore o a rischio in tal senso, la ricerca attuale non ha ancora fornito dati di sicurezza.

* Maria A. Lopez-Olivo
(Risk of Malignancies in Patients With Rheumatoid Arthritis Treated With Biology Therapy)
 Traduzione e adattamento a cura di Giovanni Peronato
 (Reumatologo - Vicenza)

DALLE REGIONI

PROGETTI OBIETTIVO

FRIULI VENEZIA GIULIA E SICILIA ALLA CONFERENZA STATO-REGIONI PER CHIEDERE INTERVENTI A FAVORE DEI MALATI REUMATICI

La Regione Friuli Venezia Giulia ha presentato un documento condiviso con la Regione Sicilia, promotrice dell'iniziativa, per chiedere al Governo, in occasione della Conferenza Stato-Regioni, l'inserimento delle **reti assistenziali per le malattie reumatiche** (e più in generale di interventi a favore delle persone con patologia reumatiche), tra gli ambiti di intervento dei **Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale 2012**.

Lo ha annunciato il presidente della Regione e Assessore alla Salute, Renzo Tondo, intervenendo a Udine a un incontro promosso dal Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei malati cronici - Cittadinanzattiva.

"Siamo consapevoli - ha commentato - della vastità dell'incidenza di questo tipo di patologie: basti ricordare che la spesa per le malattie reumatiche costituisce la seconda voce in regione dopo quella per l'Oncologia".

Il Friuli Venezia Giulia è tra le poche Regioni (con Lazio, Liguria, Lombardia, Puglia, Sardegna, Sicilia e Toscana) che ha dato rilevanza a queste patologie, considerate già nel Piano Sanitario Regionale 2006-2008.

La proposta, avanzata formalmente dall'Assessore alla Sanità della Regione Siciliana Massimo Russo e già condivisa dal Presidente Tondo della Regione Friuli Venezia Giulia, recepisce le istanze di molteplici Associazioni a difesa dei diritti delle persone con patologie reumatiche, nonché delle società scientifiche.

Si ritiene inoltre che tale proposta, oltre a rappresentare una risposta ad una priorità di sanità pubblica e alla questione della sostenibilità del SSN, è la dimostrazione

concreta che è possibile far partecipare i cittadini e le loro Associazioni rappresentative alla definizione e all'attuazione di politiche socio-sanitarie in grado di migliorare concretamente la qualità dell'assistenza ai malati reumatici.

La misura tra l'altro attua il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 nella parte che prevede le patologie reumatiche tra le patologie "rilevanti".

Contestualmente però ci rivolgiamo anche al Ministro della Salute e al Ministro dell'Economia affinché garantiscano velocemente il **riparto del Fondo Sanitario Nazionale** per l'anno **2012** e assicurino la **destinazione del Fondo per i Progetti Obiettivo di PSN 2012**. Lo stop del Ministero dell'Economia al riparto del Fondo Sanitario Nazionale e alla destinazione del Fondo per i Progetti Obiettivo di PSN 2012, molto probabilmente perché nel mirino della spending review, ci preoccupa molto per due motivi.

In primo luogo un'ulteriore e improvvisa riduzione delle risorse per il SSN, già duramente colpito dalle precedenti manovre economiche (circa 8 miliardi in meno entro il 2014), rischia di tradursi ancora una volta con taglio dei servizi ai cittadini e aumento del peso dei ticket. In sostanza si metterebbero ancora una volta le mani nel portafoglio dei cittadini. Secondariamente, **l'eventuale abolizione del Fondo destinato ai Progetti Obiettivo di PSN 2012**, che ammonta a 1,448 miliardi, potrebbe far gola allo Stato centrale nell'ottica della spending review.

Questa misura però andrebbe in contrasto con l'esigenza di equità e uniformità di accesso alle prestazioni, meccanismo che è alla base del sistema incentivante per le Regioni dei Progetti Obiettivo. Ricordiamo che le linee progettuali del 2012 diffuse affrontano anche molti altri importanti temi: assistenza primaria, non autosufficienza, cure palliative e terapia del dolore, malattie rare.e.

FRIULI VENEZIA GIULIA (A.Ma.Re. - Associazione Malati Reumatici del Friuli Venezia Giulia)

10 Ottobre 2012 - Sacile

Apertura Sezione di Sacile di A.Ma.Re.

FVG Nella primavera di quest'anno, l'A.Ma.Re. FVG onlus ha stipulato una convenzione con l'Azienda Sanitaria n. 6 "Friuli Venezia Giulia" per la disponibilità di una sede presso la Casa del Volontariato di Sacile per l'apertura della propria sezione in provincia di Pordenone.

Il responsabile della nuova sezione è Enrico Marchiò ed i riferimenti sono i seguenti: A.Ma.Re. FVG onlus, presso Casa del Volontariato, via Ettoreo, 4 - 33077 Sacile (PN) - Tel. 366.4732208 - E-mail: pn@malatireumaticifvg.org

Gli obiettivi della sezione consistono nella organizzazione per il 2013 delle seguenti iniziative:

- incontri con la partecipazione di medici ed operatori sanitari finalizzati a divulgare ogni aspetto inerente le malattie reumatiche al fine di aiutare persone sofferenti di queste patologie ad affrontarle nel migliore dei modi
- corsi di ginnastica specifici per ammalati reumatici denominati Attività Fisica Adattata (A.F.A.), che propongono un preciso protocollo di intervento motorio mirato per ogni tipo di patologia articolare, avvalendosi della struttura ospedaliera di Sacile

LAZIO (ALMAR - Associazione Laziale Malati Reumatici)

26 Maggio 2012

Con una squadra di 21 persone (tra cui una donna in rosa) ALMAR ha partecipato a "Race of the cure" maratona di 5 km non competitiva a sostegno del Cancro al Seno. Tra le nostre associate ha voluto partecipare una delle donne che ha lottato contro il cancro al seno indossando la maglia Rosa e camminando con noi lungo un percorso che per i malati reumatici non indica un percorso di gara ma di speranza.

16 Giugno 2012

Incontro Scientifico e Assemblea dei Soci presso l'Ospedale San Camillo Forlanini: sono stati affrontati i temi della prevenzione e dell'informazione dei trattamenti e del corretto uso dei farmaci quali i Biologici.



13 Settembre 2012

ALMAR ha rappresentato i Malati Reumatici al Tavolo Tecnico per il progetto 20, 3.5.1 del PRP - Prevenzione della progressione dell'Artrite Reumatoide

15 Settembre 2012 - Cittaducale (Rieti)

Almar Onlus ha partecipato alla 1° Edizione della Maratona non competitiva "Corri con Giò", importante connubio tra solidarietà e sport che ha contato più di 400 iscritti.



**PER SOSTENERE
SINERGIA FAI UN
VERSAMENTO
ALL'ASSOCIAZIONE**

Codice IBAN IT63 2010 1004 2001 0000 0003259
Causale: Rivista Sinergia
Intestato a ANMAR Associazione Nazionale Malati Reumatici - Onlus
BANCO DI NAPOLI : Corso XVIII Agosto, 99
85100 Potenza

LOMBARDIA (ALOMAR - Associazione Lombarda Malati Reumatici)

In occasione dell'Assemblea del 21 aprile scorso, ALOMAR ha presentato i corsi tenuti da specialisti in varie discipline per **promuovere il benessere della persona reumatica - un percorso di supporto psico-fisico per vivere al meglio la quotidianità**.

I corsi attivati, che si tengono presso la sede regionale e in quelle di alcune sezioni di ALOMAR, sono i seguenti: l'uso dei farmaci in reumatologia, la riabilitazione conservativa, l'economia articolare, igiene e alimentazione, l'aspetto psicologico, il ruolo dello yoga e della danza terapia, approfondimenti e informazioni sulle richieste di invalidità dal titolo "Ogni diritto sconosciuto è un diritto negato".

17 giugno 2012

Partecipazione alla strasingle a Milano per ANMAR

29 settembre 2012

La SIR, per sconfiggere l'artrosi, ha organizzato a Milano con i medici e pazienti il primo di quattro convegni che si svolgeranno nelle regioni coinvolte e che avranno come titolo **"Artrosi oggi: la prevenzione è possibile e la cura è realizzabile"**.

12 ottobre 2012

In contemporanea con la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato Reumatico, si è svolta la Campagna Amico. Alcuni Centri di Reumatologia e



Ortopedia erano a disposizione dall'8 al 12 Ottobre per le diagnosi precoci delle osteopatie articolari e, in alcuni di essi, i nostri volontari erano presenti per dare informazioni sull'Associazione e i servizi che offre.

10 dicembre 2012

A Milano presso il Palazzo

della Regione si svolgerà il convegno su: **Malattie reumatiche e terapie attuali: quando, come e perché**.

L'evento, rivolto ai pazienti, ai medici di medicina generale ed agli specialisti, ha l'obiettivo di mettere a fuoco la necessità di una diagnosi precoce della malattia e della gestione appropriata della cura. Il convegno sarà suddiviso in tre sessioni:

- strategie terapeutiche ed aspetti economici dell'assistenza farmaceutica;
- coordinamento tra specialisti delle terapie complementari;
- organizzazione di un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) adeguato al malato reumatico.

Importante scopo dell'evento è quello di informare le persone affette da patologie reumatiche su quanto viene fatto per loro dalla Regione Lombardia sia attraverso l'Organizzazione Sanitaria, sia attraverso la collaborazione con ALOMAR.

SARDEGNA (ASMAR - Associazione Sarda Malati Reumatici)

LA MUSICA DEI BEATLES IN UN CONCERTO PER IL LUPUS

Cagliari, 17 maggio 2012

Nell'ampio piazzale del Centro Comunale d'Arte e Cultura EXMA, in un clima di festa, allegria e spensieratezza, si è tenuto il concerto di beneficenza del gruppo "The Beagles", che interpreta i fantastici brani dei Beatles. L'evento è stato organizzato dal Gruppo Les dell'Asmar per sensibilizzare e aiutare la lotta contro il Lupus.

Grande e trasversale l'adesione: soci Asmar con famiglia e amici al seguito, medici e (soprattutto) i numerosissimi fans dei Beatles che hanno avuto modo di conoscere e condividere le istanze della nostra Associazione.



IGLESIAS PER UN GIORNO CAPITALE DELLA REUMATOLOGIA

6 ottobre 2012

La città diventa per un giorno capitale della reumatologia. L'Asmar ha scelto proprio Iglesias come sede del convegno dal titolo **"Gestione del paziente con patologia cronica"**. L'iniziativa si è svolta nella sala convegni della suggestiva sede dell'ex miniera di Monteponi, a Villa Bellavista. La partecipazione, superiore alle previsioni, ha imposto l'allestimento in video conferenza di una sala adiacente. Due le sessioni previste: la prima, dalle 8.30 alle 13.30, dedicata alla formazione dei medici;

la seconda, dalle 15, con la partecipazione dei malati e dei loro famigliari è stata dedicata ai temi dell'assistenza, della prevenzione e delle terapie.

SICILIA (ASIMAR - Associazione Siciliana Malati Reumatici)

16 settembre 2012

ANMAR (sezione di Trapani) ha festeggiato la **"19ª giornata del Malato Reumatico"**. È stato un giorno di festa e di riflessione. In assemblea con i tanti soci presenti si è discusso sulle carenze assistenziali del paziente reumatico a livello provinciale e poi si è stilato insieme il programma sulle attività da svolgere nel prossimo futuro in seno all'Associazione.

20 ottobre 2012

Si è svolto a Catania un convegno sull'artrosi dal titolo **"Artrosi oggi: la prevenzione è possibile e la cura è realizzabile"** organizzato dalla SIR. Hanno aperto i lavori il dott. Giovanni D'Avola - consigliere della SIR - e il prof. Giovanni Minisola - presidente della SIR -, coadiuvati dalla giornalista RAI Maria Concetta Mattei che, per l'evento, ha fatto da presentatrice e moderatore. Numerosi i partecipanti fra medici e Associazioni di pazienti. Sono seguite le relazioni di vari reumatologi e medici di medicina generale del territorio e anche di un dirigente dell'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia. La presidente dell'ASIMAR Teresa Perinetti ha fatto par-



te della tavola rotonda in qualità di Consigliere Nazionale ANMAR dove, con gli esponenti della reumatologia locale, si è aperto un acceso dibattito sulle **reti reumatologiche** e si è fatta portavoce di tutte le Associazioni Siciliane di malati reumatici, evidenziando con rammarico le carenze e le criticità assistenziali in cui il malato reumatico versa.

Ci si auspica che, finalmente, con le **reti reumatologiche** migliori, in Sicilia, l'attenzione e l'assistenza nei confronti del malato reumatico.

A novembre i pazienti ANMAR (sezione di Trapani) hanno avuto l'opportunità oltre al beneficio di seguire un corso di ginnastica dolce presso la palestra di una scuola media di Erice (grazie alla sensibilità dimostrata dall'Amministrazione comunale verso le patologie reumatiche). Il gruppo di pazienti sarà seguito da un terapeuta specializzato in posturologia, il suddetto corso durerà fino a maggio.

12 dicembre 2012

Si è svolto a Catania un corso di formazione: **"Imaging e clinimetria in reumatologia - Focus su mano, rachide, malattie rare, mucopolisaccaridosi"**, organizzato dal Reumatologo dott. Rosario Foti. L'evento è stato patrocinato da ANMAR (Sezione di Catania).



TOSCANA (A.T.Ma.R. - Associazione Toscana Malati Reumatici)

28 - 30 settembre 2012

Si è svolto a Pietrasanta il Festival della Salute, uno dei più importanti appuntamenti in Italia dedicato alla salute e al benessere.

L'iniziativa, ideata dalla Goodlink e sotto l'alto patronato della Presidenza della Repubblica, è promossa dalla Regione Toscana, dall'azienda USL 12 di Viareggio e dal Comune di Pietrasanta; si avvale di un comitato composto da personalità della medicina, scienziati, dirigenti della sanità pubblica e privata e delle principali Istituzioni.

Per la sua quinta edizione il Festival ha lasciato la location viareggina per approdare a Pietrasanta occupando il centro storico e le sue piazze con stand, spazi espositivi e palchi dedicati alle cure, alla prevenzione, educazione sanitaria, incontri con gli esponenti della Sanità. I numeri sono stati straordinari: grande folla tra gli stand e migliaia di screening effettuati, con vere e proprie code.

Tre giorni di full immersion in questa "Cittadella della Salute" dove la parola d'ordine è stata il benessere in tutte le sue più ampie manifestazioni che coinvolgono corpo e mente.

Screening e consulenze specialistiche, massaggi, riflessologia, esami posturali, fisioterapia; dalla metodologia per imparare a memorizzare allo yoga, al metodo Grinberg e tanto altro ancora, accompagnati dalla musica delle rappresentazioni di danza classica, tango, ginnastica quali la zumba, il pop e così via.

Il Festival è stato anche l'occasione per presentare alcune eccellenze toscane in campo sanitario, come il primo ospedale di medicina integrata di Pitigliano, il centro residenziale per la cura dei disturbi dell'alimentazione di Lido di Camaiore, l'istituto di biorobotica del Sant'Anna di Pisa, gli studi sul cervello del professor Ubaldo Bonuccelli.

Grande successo di pubblico anche per l'intervento conclusivo del governatore della Toscana Enrico Rossi, che intervistato dal direttore del Tirreno, Roberto Bernabò, dal Palco della Salute ha toccato temi di grande attualità, dal caso Macchiarini ("lo richiamerei anche domani") ai tagli, ai ticket, agli scandali politici di questi giorni. Anche questo anno A.T.Ma.R. sezione di Pisa è stata invitata a partecipare con stand e seminari.

La nostra Associazione di Pisa ha partecipato al Festival della Salute 2012 presentando un primo seminario in collaborazione con la sezione di Massa dedicato al **"Dolore muscolo-scheletrico"**, relatori il dottor M. Cazzato e la dott.ssa P. Giorgieri ed un secondo seminario dedicato alla **"Fibromialgia"** grazie all'intervento multidisciplinare del GEFF, gruppo di esperti in Fibromialgia e Fatica Cronica della Reumatologia di Pisa.

Presso il nostro Stand erano previsti screening dedicati il venerdì al **"Dolore muscolo scheletrico"** ed il sabato a **"Sei a rischio di Fibromialgia?"**, ma tale è stata l'affluenza che gli screening sono stati prolungati anche alla domenica mattina. Tre giornate faticose per i volontari addetti al nostro stand ma anche questa 4ª edizione è stata una esperienza indubbiamente positiva, grazie al riscontro ottenuto dal pubblico e dagli interventi di educazione sanitaria erogati, resi possibili grazie alla presenza dei reumatologi e della nostra infermiera.

Per chi non la conosce, aggiungiamo poche righe di presentazione di Pietrasanta: è una città d'arte, un gioiellino incastonato da un lato dal mare di Marina di Pietrasanta, tra Viareggio e Forte dei Marmi e dall'altro dalle Alpi Apuane, famose per l'estrazione dei pregiati marmi bianchi di Carrara. Pietrasanta è definita la piccola Atene, perché è stata frequentata da pittori e scultori di nota fama quali Salvador Dali, Giacomo Manzù, Juan Mirò, Giò e Arnaldo Pomodoro, Botero e molti altri.

VENETO (A.Ma.R.V. - Associazione Malati Reumatici del Veneto)

15 febbraio 2012 - Asolo (TV)

Si è svolto il convegno **"Strumenti per la qualità della vita negli stati di dolore cronico"**.

A Vicenza, Belluno, Mestre e Montebelluna (Treviso) progetto di auto mutuo aiuto, metodo Feldenkrais, il corso **"Ali per volare"** e corso di yoga.

24 / 25 marzo 2012

Si è svolto il III Congresso Nazionale di Bioginnastica a Lazise (Verona).

31 marzo 2012 - Cavarzano (BL)

Si è svolto il convegno **"Malattie reumatiche e benessere nell'intimità socio relazionale"**. Lo stesso convegno si è tenuto a Mestre il 14 aprile in occasione dell'assemblea straordinaria e annuale dei soci con la nomina del nuovo direttivo.

26 maggio 2012 - Cassola (VI)

Convegno **"Le malattie reumatiche: aspetti medici, psicologici, legislativi e pratici"**.

15 / 16 settembre 2012 - Santorso (VI)

Giornata di Solidarietà.

6 ottobre 2012 - Montebelluna (TV) e 7 ottobre 2012 a Mirano (VE)

Giornata del Volontariato.

8 / 14 ottobre 2012

Presenti in tutte le piazze e ospedali del Veneto in occasione della **"Giornata del malato reumatico"**.

13 ottobre 2012

Convegno a Padova **"Artrosi oggi: la prevenzione è possibile e la cura è realizzabile"**.

10 novembre 2012 - Vicenza

Convegno **"La fibromialgia questa sconosciuta e il dolore nelle malattie reumatiche"**.



UN LIBRO A SOSTEGNO DELL'ARTRITE REUMATOIDE

Un giorno credi

Tra sogni, speranze e difficoltà quotidiane, ecco la storia, vera, di una ragazza con una forte disabilità. Marcella soffre a causa di una grave artrite reumatoide, che la costringe a diversi interventi di protesi articolari.

"Un libro il cui ricavato vorrei servisse a raccogliere fondi per la ricerca su questa malattia che, nonostante sia diffusa, non ha ancora una cura" dice Marcella Stasio, autrice del libro

Le Associazioni Regionali

ABRUZZO

Associazione Abruzzese Malati Reumatici (A.A.M.A.R.)
Sede: c/o Ospedale Civile (Divisione di Reumatologia)
Via Paolini, 47 - 65100 Pescara
Tel. 085.4221964 - 334.7682988
E-mail: info.aamar@libero.it

BASILICATA

Associazione Malati Reumatici della Lucania (A.LU.M.A.R.)
Sede operativa: Via R. Leoncavallo, 1 - 85100 Potenza
Tel. e Fax 0971.411008
E-mail: l.berard@tiscali.it
Sede legale: c/o Ospedale San Carlo
(Dipartimento Reumatologia)
Contrada Macchia Romana - 85100 Potenza

CAMPANIA

Associazione Campana Malati Reumatici (A.C.Ma.R.)
Sede: c/o Istituto Reumatologia Federico II
Via Pansini, 5 - 80131 Napoli
Tel. 081.7462126 - 338.9456569
E-mail: pietro.catera@libero.it

FRIULI VENEZIA GIULIA

Associazione Malati Reumatici Friuli Venezia Giulia (A.Ma.Re.)
Sede: Centro Polifunzionale "Micesio"
Via Micesio, 31 - 33100 Udine
Tel. 0432.501182 - 327.8142476
E-mail: info@malatireumaticifvg.org
www.malatireumaticifvg.org

LAZIO

Associazione Laziale Malati Reumatici (ALMAR)
Sede operativa: c/o Istituto Elena Bettini
Via Nicola Zabaglia, 19 - 00153 Roma
Tel. 331.7764956 - 366.3416751 - 366.3614544
E-mail: info@almar.org
www.almar.org
Sede legale: c/o Ospedale S. Camillo U.O.C. di
Reumatologia
Circonvallazione Gianicolense, 87 - 00152 Roma

LIGURIA

Associazione Ligure Malati Reumatici (A.L.Ma.R.)
Sede: D.I.M.I. (Dipartimento di Medicina Interna)
Università di Genova
V.le Benedetto XV - 16100 Genova
Tel. 010.5531428 - 338.6242681 - Fax 010.5531268
E-mail: guelfi@panet.it

LOMBARDIA

Associazione Lombarda Malati Reumatici (ALOMAR)
Sede: c/o Ist. Ortopedico "Gaetano Pini"
(c/o Cattedra di Reumatologia)
Piazza Cardinal Ferrari, 1 - 20122 Milano
Tel. e Fax 02.58315767 - 329.0285611 - 327.8142520
E-mail: info@alomar.it
www.alomar.it

MARCHE

Associazione Malati Reumatici Marche (A.M.A.R.)
Sede: Clinica Reumatologica dell'Università
Politecnica delle Marche UOC Direzione Universitaria
Ospedale "C. Urbani"
Via dei Colli, 52 - 60035 Jesi (AN)
Tel. 347.1279566
E-mail: amarmarche@gmail.com

MOLISE

Associazione Molisana Malati Reumatici (A.MO.MA.R.)
Sede: c/o Servizio di Reumatologia Ospedale San
Francesco Caracciolo
Viale Marconi, 20 - 86081 Agnone (IS)
Tel. 0865.7221 int. 470 - 339.2021826 - Fax 0865.722395
E-mail: f.paoletti@virgilio.it

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Associazione Piemontese Malati Reumatici
Ugo Viora
Tel. 335.1372113
E-mail: ugo_viora@virgilio.it

SARDEGNA

Associazione Sarda Malati Reumatici (ASMAR)
Sedi operative:
Cagliari: Via Dante Alighieri, 20 - 09122 Cagliari
Tel. e Fax 070.273096 - 327.8153862
Sassari: Corso V. Emanuele, 179 - 07100 Sassari
Tel. 340.2508142
E-mail: info@reumaonline.it
www.reumaonline.it
Sede legale: Via Giulio Cesare, 59 - 09028 Sestu (CA)
Tel. e Fax 070.262446

SICILIA

Associazione Siciliana Malati Reumatici (ASIMAR)
Sede: Via Cap. Fontana, 25 - 91100 Trapani
Tel. 340.8081636
E-mail: asimar.sic@gmail.com

TOSCANA

Associazione Toscana Malati Reumatici (A.T.Ma.R.)
Sede: Via della Prata, 44/R - 50010 Scandicci (FI)
Tel. 334.804274
E-mail: renatogiannelli@virgilio.it

UMBRIA

Associazione Umbra Malati Reumatici (A.M.A.R. Umbria)
Sede: Via Luigi Rizzo, 23 - 06128 Perugia
Tel. 349.8693397
E-mail: amarumbria@libero.it

VENETO

Associazione Malati Reumatici del Veneto (A.Ma.R.V.)
Sede: P.le San Lorenzo Giustiniani, 6 - 30174 Mestre (VE)
Tel. 041.5040987
E-mail: amarv@libero.it
www.amarv.veneto.it

**PER SOSTENERE
SINERGIA FAI
UN VERSAMENTO
ALL'ASSOCIAZIONE**

Codice IBAN IT63 2010 1004 2001 0000 0003259
Causale: Rivista Sinergia
Intestato a ANMAR Associazione Nazionale Malati
Reumatici - Onlus
BANCO DI NAPOLI: Corso XVIII Agosto, 99
85100 Potenza



Sinergia

In Sinergia Dicembre 2012

**Giornale ufficiale dell'Associazione
Nazionale Malati Reumatici Onlus**

Registrato al n. 28/07 del
25/10/2007 presso il registro della
stampa del tribunale di Cagliari

DIRETTORE RESPONSABILE

Ivo Picciau

IN REDAZIONE

Flavia Ferretti
Marinella Monte
Paola Muti
Maria Grazia Pisu
Alessandra Verducci

COMITATO SCIENTIFICO

Dott. Enrico Cacace
Prof. Alessandro Ciocci
Prof. Salvatore De Vita
Dott. Luigi Di Matteo
Dott. Enrico Fusaro
Dott.ssa Valeria Gerloni
Prof. Giovanni Lapadula
Dott. Gianni Leardini
Prof. Marco Matucci Cerinic
Prof. Quirico Mela
Prof. Giovanni Minisola
Prof. Carlomaurizio Montecucco
Dott. Ignazio Olivieri
Dott. Giuseppe Paolazzi
Prof. Leonardo Punzi
Prof. Piercarlo Sarzi Puttini
Prof. Raffaele Scarpa
Prof. Francesco Trotta
Dott. Giuseppe Varcasia
Prof. Guido Valesini

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Graficstudio S.a.s.
Via Pitzolo, 26 - 09128 Cagliari



PRESIDENTE

Gabriella Voltan

VICEPRESIDENTI

Ivo Picciau
Sara Severoni

TESORIERE

Renato Giannelli

SEGRETARIO

Maria Grazia Pisu

CONSIGLIERI

Marinella Monte
Teresa Perinotto

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Annamaria Battaglia
Luigi Berardi
Maria Luisa Corbetta

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Mimma Guelfi
Luigi Lanna
Anna Rita Melis

www.anmar-italia.it 800.910.625

Stampato con il contributo non condizionato di:

