Una mano alla speranza

NOTIZIARIO
ASSOCIAZIONE TRENTINA MALATI REUMATICI

36
Anno XVI
Luglio
2023

• Poste Italiane s. p. a.
- Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Trento

ATMAR
Associazione Trentina Malati Reumatici

Una mano alla speranza

Notiziario dell'Associazione Trentina Malati Reumatici

Registrazione Tribunale di Trento
n. 1331 del 12 luglio 2007

Proprietario ed Editore: Associazione Trentina Malati Reumatici – **ATMAR**

Direttore responsabile:
Walter Liber

Comitato di redazione
Lucia Innocenti, Coordinamento
Roberta Ballista,
Ione Fantini,

Unità Operativa Complessa di Reumatologia Ospedale S. Chiara - Trento
Roberto Bortolotti, Direttore
Giovanni Barausse
Alvise Berti
Masen Abdel Jaber
Mara Felicetti
Lorenzo Leveghi
Greta Pacini
Susanna Peccatori
Viviana Ravagnani
Sara Tonetta
Sonila Troplini

Ospedale parificato S. Camillo - Trento
Giuseppe Paolazzi, già Direttore U.O.C. di Reumatologia

Consiglio direttivo ATMAR
Lucia Innocenti, Presidente
Roberta Ballista, Vicepresidente
Daniela Casagrande, Consigliera
Fabiana Chistè, Tesoriera
Ione Fantini, Segretaria

Hanno collaborato a questo numero:
Masen Abdel Jaber, Roberta G. Arcaini, Roberta Ballista, Laura Bonfanti, Lucia Innocenti, Matteo Quinto, Sonila Troplini, Violetta Plotegher

Progetto grafico e impaginazione
Gabriele Weber, Trento

Stampa
Nuove Arti Grafiche, Trento

ASSOCIAZIONE TRENTINA MALATI REUMATICI

Per scrivere alla redazione:

Sede ATMAR – 38122 Trento
Via al Torrione, 6
Tel. 0461 260310

e-mail: info@reumaticitrentini.it

www.reumaticitrentini.it

ATMAR
Associazione Trentina Malati Reumatici

Anno XVI
Numero 36
Luglio 2023

SOMMARIO

1 **Editoriale**
Lucia Innocenti

3 ***ASSEMBLEA ORDINARIA ATMAR 2023***
Lucia Innocenti

RELAZIONI MEDICHE

5 ***Artrite gottosa: caratteristiche cliniche e gestione terapeutica***
Masen Abdel Jaber

8 ***Le ultime novità in tema di osteoporosi***
Sonila Troplini

12 ***Per una cura sobria, rispettosa e giusta***
Violetta Plotegher

15 ***Parliamo di Osteopatia***
Matteo Quinto

L'ANGOLO FISCALE

17 ***Servizi online dell'Agenzia delle Entrate: come delegare all'accesso parenti o persone di fiducia***
Laura Bonfanti

VITA ASSOCIATIVA

18 ***Convegno nazionale "Lupus: tra età e genere"***
Roberta G. Arcaini

21 ***Attività motoria ATMAR***

21 ***Muoversi insieme… fa bene!***
Roberta Ballista

22 ***Progetto Benessere Fibromialgia***

22 ***ATMAR iscritta al RUNTS***

23 ***Serate e incontri***

23 ***Chiusura estiva***

In copertina: Laura Bonfanti, *Fiori sospesi*, acrilico su tavola, 85x45 - 2021 (particolare)

UN CAMBIO DI PASSO

Lucia Innocenti
presidente ATMAR

Cari soci,

Il ridisegno del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari ha visto nei giorni scorsi la presentazione in Trentino del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), uno degli strumenti, che secondo gli esperti del Ministero della Sanità che ha tracciato gli obiettivi del PNRR, consentiranno di dare risposte adeguate ai bisogni di salute delle persone.

Come si ricorderà la drammatica situazione della medicina territoriale, anzi della sua mancanza, era prepotentemente venuta alla luce durante la pandemia degli anni scorsi che aveva tragicamente messo in luce le enormi carenze del sistema della medicina territoriale in Italia, assolutamente inadeguato ad assicurare la salute di migliaia di cittadini e non solo di quelli appartenenti alle categorie più fragili.

La dura lezione impartita al nostro Paese aveva portato ad un ripensamento dell'intero sistema dei servizi sanitari, al punto che i governi nazionale e regionali si erano impegnati in una serie di studi-documenti-programmi per portare rimedio alla situazione di carenza rilevata e, grazie anche ai generosi finanziamenti previsti nell'ambito del PNNR, ad individuare tutta una serie di interventi organizzativi e operativi che hanno portato alla messa in programma di una nuova "riforma sanitaria", dopo quella importantissima che ha portato nel 1978 alla creazione del Sistema sanitario nazionale (SSN) **pubblico**.

A partire dalla presa di coscienza della realtà demografica del Paese e dei nuovi bisogni ad essa correlati. Consideriamo ad esempio il fatto che oggi si vive più a lungo, che la longevità è quasi sempre accompagnata da una o più malattie, e che, soprattutto, molte patologie possono attualmente essere ben controllate grazie ai notevoli progressi in campo medico, farmacologico e di ricerca scientifica. In questa prospettiva è il concetto stesso di salute individuale che oggigiorno va ampliato e declinato non tanto nel senso di assenza di malattia, ma in quello di massima qualità di vita possibile pur in presenza di stati patologici anche importanti. Per non parlare di altri fattori quali il calo della percentuale di popolazione giovane rispetto a quella anziana, del forte aumento della spesa sanitaria e altro ancora.

In secondo luogo ci sono sempre maggiori evidenze circa il fatto che la salute delle persone e della popolazione in generale siano fortemente influenzate dall'interazione di molteplici fattori di tipo economico, sociale, culturale, ambientale, oltre che da fattori più strettamente personali quali gli stili di vita, il peso delle relazioni familiari e sociali e la situazione economica individuale.

Una prospettiva che non vede più la sola costruzione di luoghi per la cura delle malattie al centro delle politiche per la salute, ma che impegna i decisori politici a rimuovere tutti quegli ostacoli che hanno anch'essi un ruolo fondamentale nel benessere psico-fisico dei propri cittadini ed a proporre un tipo di organizzazione che sappia rispondere ai bisogni presenti nella popolazione di oggi. Ovviamente rimane la necessità di avere servizi sanitari in numero adeguato e di facile accesso, ma è necessario un sostanziale cambiamento di paradigma che tenga conto della dimensione multifattoriale della salute sia in senso individuale, collettivo e della necessità di agire a livello dei territori di vita dei cittadini.

I progetti fin qui elaborati, sia a livello nazionale, che della nostra Provincia, hanno recepito il concetto allargato di salute e hanno tracciato linee organizzative di intervento

che parlano di **presa in carico della persona** e della necessità di **integrazione tra servizi sanitari e sociali**. Nei documenti emanati finora è evidente il cambio di passo nella considerazione dei servizi per la salute, a partire dalla forte rivalutazione della dimensione territoriale che si vuole dare ai servizi socio-assistenziali, come si comprende anche dal nuovo disegno organizzativo incentrato su **Distretti, Centrali operative territoriali, Case della comunità, Ospedali di comunità, Infermieri di famiglia e di comunità**, ecc.

I fondamenti teorici per sperare in un vero cambiamento di paradigma in merito ai servizi necessari a garantire il diritto alla salute dei cittadini ci sono tutti, a giudicare dal contenuto di decreti, deliberazioni, programmi. Ma c'è da segnalare che siamo solo all'inizio di un percorso di messa a regime di un nuovo sistema e che il tempo per la piena realizzazione dei programmi enunciati non è molto, considerando che tutti gli interventi previsti nel PNNR dovranno essere portati a termine entro il 2026, pena la decadenza dei finanziamenti. Bisogna dare atto delle ottime intenzioni dimostrate dalle autorità sanitarie nella programmazione dei nuovi servizi, ma sarebbe importante capire come sarà possibile arrivare al pieno sviluppo di una **Medicina Territoriale** senza una adeguata programmazione del fabbisogno di figure professionali sanitarie che se ne occupino, medici e infermieri in primo luogo.

Negli ultimi 10 anni si è assistito alla fuoriuscita a livello nazionale di circa 40.000 professionisti dal sistema sanitario **pubblico** in parte legata anche alla perdita di più 25.000 posti letto di degenza (*Quotidiano sanità giugno 2023*), che però non hanno visto un corrispondente aumento di servizi territoriali a disposizione dei cittadini e un conseguente reimpiego delle risorse. Ciò che preoccupa è un evidente disagio presente nei professionisti della sanità, ed in particolar modo della sanità pubblica, legato sia a fattori quantitativi (un eccessivo carico di lavoro), che di qualità di svolgimento della loro professione (tensioni e scontri con i cittadini che accedono ai servizi), che di tipo economico (stipendi inferiori rispetto ad altri Paesi europei). Assistiamo tutti con un notevole sconcerto all'incalzare di notizie che ci informano quotidianamente della drammatica mancanza di medici di medicina generale e di candidati che vogliano intraprendere la formazione a professioni sanitarie, medici e infermieri in primo piano.

Su questo punto specifico le risposte dei nostri decisori politici sono ancora vaghe, ma si tratta di un punto fondamentale per arrivare all'implementazione del nuovo sistema del **Servizio Sanitario pubblico**.

Senza un programma di azione che garantisca il reclutamento di professionisti adeguatamente formati e motivati in tempi ragionevoli, temiamo che Centrali operative, Case della Comunità e quant'altro rimarranno vuote.

Lucia Innocenti
presidente ATMAR

Foto Daniela Casagrande

ASSEMBLEA ORDINARIA DEI SOCI 2023

Il 20 aprile 2023 si è svolta l'assemblea ordinaria annuale di ATMAR, tenutasi sulla piattaforma Zoom, in modo di consentire la massima partecipazione anche da parte di soci che abitano lontano dalla città di Trento.

Dopo l'espletamento delle procedure preliminari previste dallo Statuto a cura della segretaria, Jonne Fantini, la presidente riassume le attività principali svolte da ATMAR nel corso 2022 e quelle previste per il 2023 e in fase di realizzazione.

A partire dal capitolo delle **attività motorie,** che ATMAR continua ad attivare nelle diverse sedi in cui è stato possibile accedere. Attualmente sono in svolgimento **11 corsi tra palestra e studio di Fisioterapia**, più un corso di **Nordic Walking** e due in **piscina a Trento e Povo**; un corso a **Borgo Valsugana** e un corso a **Rovereto**.

Proseguendo con l'informazione relativa alla conclusione dell'iter di iscrizione **di ATMAR al Registro Nazionale Unico del Terzo Settore**, avvenuta nel febbraio scorso (vedi breve notizia al capitolo Vita Associativa in questo numero).

E di seguito dando notizia di alcuni **incontri informativi** realizzati nei mesi scorsi con presenza dei medici dell'U.O.C. di Reumatologia di Trento e di esponenti dell'associazione:

- il primo **il 7 marzo scorso organizzato dalle ACLI** del Trentino con l'aiuto di ATMAR, presso la loro sede di Trento, con il dottor Giuseppe Paolazzi, già primario dell'U.O. di Reumatologia dell'Ospedale di Trento;
- il secondo **il 29 marzo a Rovereto** presso la Sala della Filarmonica, organizzato da ATMAR, con l'aiuto significativo della consigliera Roberta Ballista, che ha visto la partecipazione delle dottoresse S. Troplini e S. Tonetta dell'U.O. di Reumatologia dell'Ospedale di S. Maria del Carmine di Rovereto;
- infine, un incontro avuto luogo lunedì **17 aprile ad Arco**, con i cardiologi dell'U.O dell'Ospedale di Rovereto in tema di salute del cuore delle donne con un approfondito intervento del direttore dell'U.O.C. di Reumatologia di Trento dottor Bortolotti sui problemi cardiovascolari connessi alle malattie reumatologiche.

TABELLA A

RENDICONTO ECONOMICO ANNO 2022			
ENTRATE		**USCITE**	
quote associative anno 2022	5.600,00	spese per sede ATMAR (affitto, spese condominiali, RSU)	2.521,59
offerte e donazioni diverse	1.829,40	spese telefoniche e gestione strumenti informatici	2.843,68
5 per mille anno 2020/2021	15.998,16	spese per acquisto e manutenzione attrezzature	62,00
		spese assicurative	476,00
		spese amministrative (cancelleria,spedizioni ecc.)	2.176,04
		spese per attività sostegno agli associati e compensi a professionisti	9.256,96
		spese per stampa,ristampa e diffusione materiali editoriali	4.377,26
		spese per organizzazione convegni,conferenze	1.765,00
		spese per partecipazione convegni esterni	40,00
		spese bancarie e c/c postale	438,91
TOTALE ENTRATE	**23.427,56**	elargizione a Emergency pro Ucraina	300,00
disavanzo di esercizio	10.829,88	Donazione APSS per progetto psicologia	10.000,00
TOTALE A PAREGGIO	**34.257,44**	**TOTALE USCITE**	**34.257,44**

La presidente ricorda poi che è stata sottoscritta una convenzione con **AMRER** di Bologna per consentire ai soci di **ATMAR** di partecipare al **Progetto Benessere Fibromialgia**, un progetto di trattamento integrato termale/psicologico/fisiatrico per le persone affette da Sindrome Fibromialgica, che l'associazione romagnola propone da alcuni anni con un buon riscontro sul benessere delle persone che vi partecipano.

Riferisce che è stato dato il via al **Progetto di sostegno psicologico** per le persone affette da malattie reumatologiche con il supporto della dottoressa Isabella Scolari Dirigente dell'U.O di Psicologia dell'Apss di Trento che si propone di avviare attività individuali e di gruppo a favore di soggetti individuati dall'U.O. di Reumatologia di Trento.

Approvazione del Bilancio di esercizio per l'anno 2022

Di seguito la Tesoriera Fabiana Chisté illustra le voci del Rendiconto Economico dell'anno 2022, dando ampie spiegazioni sui loro contenuti e rispondendo alle domande poste dai presenti.

Durante l'esercizio 2022 vi sono state entrate per Euro **23.427,56** ed uscite per Euro **34.257,44**, con un disavanzo di esercizio per Euro **10.829,88**, come risulta dalla Tabella A) allegata, nella quale sono esplicitate tutte le voci di spesa descritte dalla tesoriera.

Vista la disponibilità iniziale ad inizio esercizio di Euro **39.316,41**, la disponibilità bancaria a fine esercizio è di Euro **28.486,53**.

Approvazione del Bilancio preventivo 2023

La Tesoriera Chistè illustra sinteticamente i dati di previsione per il 2023, come esposti nella Tabella B) indicando ai presenti le poste che potrebbero non essere del tutto corrette, perché sono intervenute nuove informazioni successivamente alla sua approvazione da parte del Consiglio e fornendo ampie spiegazioni. La spesa prevista si attesta su una somma € **30.906,00**.
La previsione di spesa per il 2023 comprende anche il pagamento di due tranche da € 5.000,00 ciascuna all'APSS a copertura parziale di un debito contratto nel 2018 dal Consiglio in carica fino a luglio 2019, che non era stato saldato e che non era stato portato a conoscenza delle attuali consigliere.

TABELLA B

BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2023			
ENTRATE		**USCITE**	
quote associative anno 2023	6.000,00	spese per sede ATMAR (affitto, spese condominiali, RSU)	1.200,00
contributi, offerte e donazioni diverse	500,00	spese telefoniche e gestione strumenti informatici	2.610,00
rimborso PAT premio assicurazione volontari anno 2022	470,00	spese per acquisto e manutenzione attrezzature e materiali di consumo	120,00
5 per mille	16.000,00	spese assicurative	476,00
		spese amministrative (cancelleria,spedizioni ecc.)	2.500,00
		spese per attività motorie (affitto palestre e piscina, compensi)	9.700,00
		spese per stampa,ristampa e diffusione materiali editoriali	5.300,00
		spese per organizzazione convegni e assemblee	3.400,00
		spese per rimborsi	150,00
TOTALE ENTRATE	22.970,00	spese bancarie e c/c postale	450,00
disavanzo di esercizio	7.936,00	donazione APSS per progetto osteoncologico (1A rata)	5.000,00
TOTALE A PAREGGIO	**30.906,00**	**TOTALE USCITE**	**30.906,00**

ARTRITE GOTTOSA: CARATTERISTICHE CLINICHE E GESTIONE TERAPEUTICA

Dott. *Masen Abdel Jaber*

Dirigente medico, U.O.C. Reumatologia, Ospedale Santa Chiara, Trento

L'artrite gottosa, o semplicemente gotta, è una malattia infiammatoria articolare causata dall'accumulo cronico di cristalli di urato monosodico all'interno delle articolazioni.

Epidemiologia

La malattia si presenta solitamente in età adulta/avanzata, nella maggior parte dopo i 50 anni, per quanto non siano rari i casi in pazienti più giovani. Il sesso maschile rappresenta un importante fattore di rischio: gli uomini sono colpiti più frequentemente delle donne con una proporzione di circa 4:1, rapporto che tende a ridursi dopo i 65 anni a causa del calo di estrogeni, fattore che riduce l'escrezione renale di acido urico favorendone pertanto l'accumulo [1].

Altri fattori di rischio sono:
- Predisposizione genetica, legata ad alcuni geni che codificano per proteine coinvolte nell'assorbimento o nella escrezione di acido urico a livello renale;
- consumo abituale di alcolici, in particolare birra;
- consumo di cibi ricchi di purine.

Risulta utile tuttavia precisare che il ruolo della alimentazione nella patogenesi della gotta è stato di recente ridimensionato, conferendogli meno peso di quanto supposto in passato e a favore di una maggiore influenza degli aspetti genetici e dello stato metabolico.

I pazienti gottosi presentano spesso comorbidità, come già evidenziato da numerosi studi epidemiologici [2]:
- ipertensione arteriosa (70-75% dei pazienti gottosi);
- insufficienza renale (70-75%);
- diabete mellito (26%);
- obesità (53%);
- eventi cardiovascolari maggiori (10-15%).

Patologia

Lo sviluppo della patologia gottosa può essere riassunta in 4 fasi differenti (Fig. 1), il cui punto di partenza è rappresentato dalla iperuricemia ossia i valori sierici di acido urico superiori alla norma (>7 mg/dL nell'uomo, >6 mg/dL nella donna). Dall'acido urico derivano i cristalli di urato monosodico responsabili della infiammazione a livello articolare.
Le varie fasi non sono necessariamente sequenziali [2].

1. Iperuricemia senza evidenza di accumulo di cristalli di urato monosodico nelle articolazioni.
   L'iperuricemia deriva da un alterato

Epidemiologia

- Soggetti >50 anni con incidenza in aumento fino ai 70 anni
- Forme di artrite più frequente nei soggetti anziani
- Incidenza in netto aumento (2 ogni 1000 abitanti/anno)
- Prevalenza: 3-6 % M, 1-2% F
- Frequente correlazione con:
  - malattie cardiovascolari
  - insufficienza renale
  - sindrome metabolica

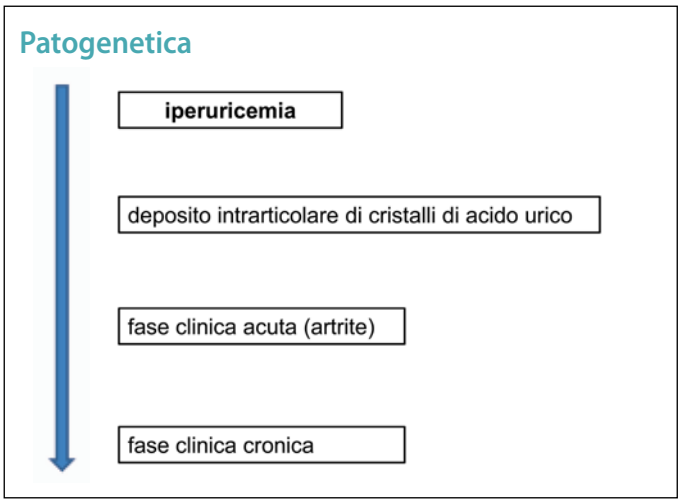


Fig. 1. Evoluzione patogenetica della gotta

equilibrio tra la sua produzione a livello epatico e la sua escrezione a livello renale e in misura minore intestinale. L'eliminazione in sede renale è il risultato di un processo di secrezione e riassorbimento a livello del tubulo prossimale, processo a cui contribuiscono diverse molecole trasportatrici.
2. Accumulo di cristalli di urato monosodico nelle articolazioni senza evidenza clinica di artrite: la formazione degli stessi dipende in prima battuta dai valori plasmatici di acido urico e in seconda istanza elementi dell'ambiente intrarticolare (temperatura, pH, compenti cartilaginee).
3. Attacco acuto di artrite.
4. Forma cronica di artrite con formazioni di tofi ed erosioni ossee.

Presentazione clinica e diagnosi

La manifestazione clinica della gotta è rappresenta da un evento artritico acuto con le tipiche caratteristiche infiammatorie: dolore, tumefazione, calore, rubor, forte limitazione funzionale. L'evento è particolarmente violento come comparsa e intensità, lasciando il paziente sofferente e necessitando di attenzione medica al fine di trattare l'intenso dolore che si accompagna a una viva dolorabilità al tatto. Gli attacchi compaiono spesso durante la notte.

Risolto l'evento acuto, residua spesso una perdita della cute in corrispondenza della articolazione coinvolta.

La prima articolazione metatarsofalangea è la sede più comunemente interessata, seguita per frequenza da tarso e caviglia. Nelle forme scarsamente responsive a farmaci o non trattate adeguatamente si può assistere tuttavia a un coinvolgimento di altri distretti articolari quali ginocchia, mani, gomiti o spalle. L'interessamento monoarticolare è prevalente rispetto a quello oligo o poliarticolare.

L'evoluzione cronica della malattia è tipica delle forme non adeguatamente trattate farmacologicamente nel corso degli anni: la cronicità si manifesta con la formazione di tofi, erosioni ossee e deformità articolari. I tofi, elemento patognomonico di gotta, sono formazioni granulomatose costituite da cristalli di acido urico e cellule infiammatorie.

Macroscopicamente si presentano come noduli in corrispondenza delle articolazioni o della cute, il cui contenuto si presenta di consistenza particolarmente dura e di colorito biancastro (definito simil dentifricio o gesso) con la cute sovrastante sottile e trasparente (Fig. 2)[3].

Le sedi più frequentemente interessate dai tofi sono: prima metatarsofalangea, tendine di Achille, padiglione auricolare, polpastrelli delle mani, gomito.

Per quanto il quadro clinico sia spesso suggestivo, supportano la diagnosi gli indici di flogosi elevati e in casi dubbi anche l'indagine ecografica, per quanto non indispensabile.

I valori plasmatici di acido urico risultano non di rado paradossalmente nella norma durante la fase acuta: importante controllarli una volta risolto il flàre artritico in modo da avere un riferimento affidabile della uricemia.

L'artrocentesi può fornire ulteriori elementi di supporto: come in altre forme artritiche il liquido sinoviale risulta particolarmente torbido e non viscoso mentre l'analisi al microscopio evidenzia la presenza dei tipici cristalli di acido urico.

Trattamento

Il trattamento della artrite gottosa presenta due fasi:
- terapia della fase acuta;
- terapia dell'iperuricemia.

Di fronte ad un attacco di artrite gottosa e alla pari delle altre forme artritiche, risulta necessario placare rapidamente il fenomeno infiammatorio,

Fig. 2. Tofi gottosi

responsabile di rilevante sofferenza e limitazione per il paziente. A questo proposito i mezzi a disposizione sono:
- colchicina: se entro 12 h dalla comparsa del quadro è consigliato 1 mg seguito da 0.5 mg un'ora dopo; in alternativa 1 mg/die;
- steroide per os (es. prednisone 30-35 mg per 3-5 giorni poi a calare);
- antinfiammatori (FANS) a dosaggio pieno (es. etoricoxib 120 mg/die per 5-7 giorni);
- infiltrazione articolare steroidea.

I citati trattamenti possono essere anche associati nel caso di forme particolarmente severe o se di fronte a un interessamento poliarticolare, frequentemente colchicina e steroide o colchicina e FANS.

Questi ultimi due sono controindicati in caso di insufficienza renale severa e da ponderare nelle forme lievi-moderate.

Il trattamento ipouricemizzante, volto alla riduzione dei valori sierici di acido urico, è indicato nella maggior parte dei pazienti gottosi e in particolare in queste categorie:
- pazienti giovani;
- forme recidivanti (2 attacchi/anno);
- pazienti con insufficienza renale.

È suggerito intraprendere tale terapia a breve distanza dall'esordio della malattia portandola avanti sul lungo termine, essendo dimostrata la tendenza alla recidiva in pazienti che abbandonano il trattamento (stima di 40% di recidive a distanza di 5 anni) [4].

Le due opzioni ipouricemizzanti attualmente a disposizione sono:
- allopurinolo: a partire da 100 mg/die;
- febuxostat: a partire da 80 mg/die.

La posologia di mantenimento andrà poi modulata sulla base dell'andamento dei valori di acido urico, di cui è consigliato il dosaggio a distanza di 4-6 settimane.

Il target da raggiungere e mantenere è di <6 mg/dL; valori più stringenti (<5 mg/dL) sono indicati in pazienti con frequenti attacchi o forme croniche tofacee.

In pazienti con insufficienza renale è utile modificare e ridurre il dosaggio di allopurinolo.

Nei primi 3-6 mesi di ipouricemizzante è raccomandato inoltre associare una profilassi contro le recidive gottose a base di colchicina, al fine di evitare nuovi attacchi favoriti paradossalmente dal calo dell'acido urico.

Risulta fondamentale l'aderenza alla terapia e la prosecuzione anche in caso di assenza di eventi acuti artritici: la letteratura scientifica conferma ampiamente come la iperuricemia rappresenti un solido fattore di rischio cardiovascolare e nefropatico e pertanto la sua correzione contribuisce al benessere articolare ma anche a quello metabolico generale.

Altrettanto importante risulta la correzione degli altri fattori di rischio cardiovascolari, a cui spesso la gotta si accompagna, quali ipertensione arteriosa, sindrome metabolica e diabete mellito.

Utile ricordare come una dieta adeguata possa essere un elemento non sufficiente al trattamento della iperuricemia ma sicuramente adiuvante potendo favorire il calo di acido urico del 10-15% [5].

I cibi a maggiore rischio sono:
- carne rossa;
- bevande alcoliche;
- bevande zuccherate;
- frutti di mare.

Iperuricemia asintomatica

Il trattamento della condizione iperuricemica in pazienti asintomatici e quindi senza alcuna storia gottosa è argomento di dibattito all'interno della comunità scientifica.

Il rischio di sviluppare la malattia è fortemente condizionato dai grado di ipeuricemia, essendo particolarmente esiguo in soggetti con acido urico inferiore a 7 mg/dL (incidenza annua 0.1%) e invece più consistente all'aumento dei valori, in particolare sopra 9 mg/dL [5].

Tale progressione e aumento di rischio è più concreto se presenti fattori di rischio quali: obesità, utilizzo di farmaci diuretici, consumo di alcool o cibi ricchi di purine.

Per quanto oggetto di discussione, il trattamento della iperuricemia asintomatica si basa solamente su aspetti comportamentali, riservando il trattamento farmacologico solo in pazienti con valori marcatamente elevati (>13 mg/dL per gli uomini e >10 mg/dL per le donne) o con rare patologie genetiche favorenti l'accumulo di acido urico [5].

Bibliografia
1. Lindsey A. et al. Gout: a review of non-modifiable and modifiable risk factors. Rheum Dis Clin North Am, 2014.
2. Dalbeth N. et al. Gout. Lancet, 2016.
3. Hoolbrook et al. Othop Clin N Am, 2023.
4. Richette et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis, 2017.
5. Paul et al. Asymptomatic hyperuricemia: is time to intervene?. Clin Rheum, 2017.

LE ULTIME NOVITÀ IN TEMA DI OSTEOPOROSI

(Relazione presentata al Convegno ATMAR 2022)

Dott.ssa *Sonila Troplini*

U.O.C. Reumatologia, Ospedale S. Chiara, Trento

L'osteoporosi è una condizione caratterizzata dalla diminuzione della massa ossea e dal deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo che porta ad un aumento della fragilità ossea e del rischio di fratture.

Le fratture da fragilità sono fratture spontanee o indotte da traumi minori, ovvero traumi che in condizioni di tessuto osseo sano non causano una lesione ossea.

Note epidemiologiche

La fragilità ossea ha un impatto notevole sia in termini di mortalità e disabilità che di costi sanitari e sociali. Secondo i dati epidemiologici, attualmente, è la quarta principale causa di morbosità associata alle malattie croniche, mentre nel 2009 era al sesto posto. È previsto che nel 2050, a causa del continuo invecchiamento della popolazione mondiale, vi saranno

circa 4,5 milioni di fratture di femore prossimale, quasi il doppio rispetto a quelle attuali.

L'osteoporosi è una patologia molto diffusa: nel nostro paese colpisce circa 5 milioni di persone, di cui l'80% sono donne in post menopausa. Secondo l'indagine Multiscopo dell'ISTAT del 2020, l'8,1% della popolazione italiana ha dichiarato di essere affetta da osteoporosi; la prevalenza della malattia aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età e raggiunge il 32,2% nelle persone oltre i 74 anni.

Fisiopatologia dell'osteoporosi

Il tessuto osseo è per tutta la vita in continuo rimodellamento per un avvicendarsi tra formazione e riassorbimento. Il picco di massa ossea viene raggiunto intorno ai 30 anni e viene mantenuto stabile per i successivi 10 anni.

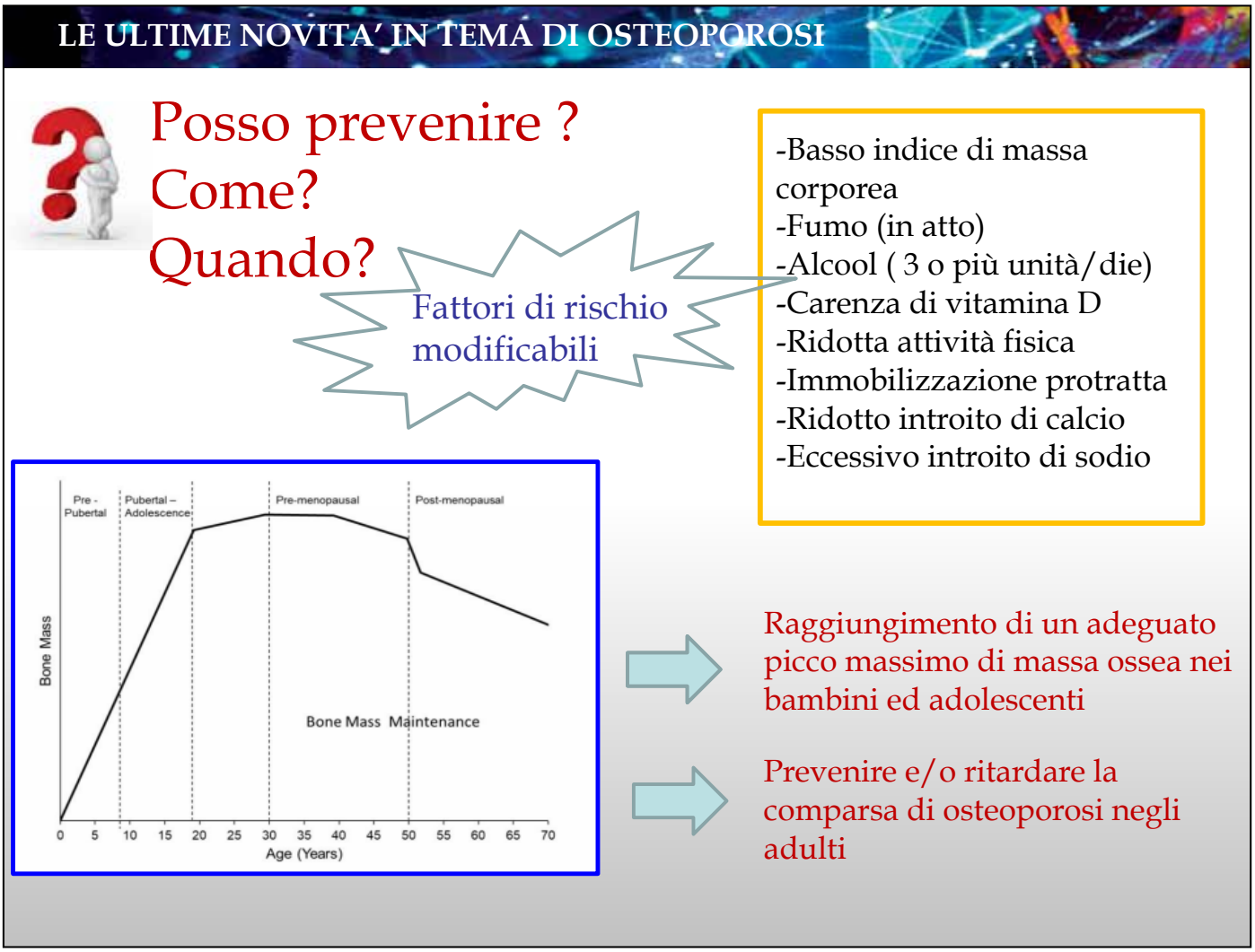
Negli uomini il valore assoluto è maggiore rispetto alle donne e per questo sono più avvantaggiati.

L'età avanzata, la post-menopausa, la presenza di specifiche malattie determinano un'alterazione dei meccanismi del rimodellamento osseo in favore di un maggior riassorbimento che si spiega con una prevalenza di attività osteoclastica rispetto a quella osteoblastica portando ad un impoverimento di massa ossea.

Il tessuto osseo osteoporotico è caratterizzato da un basso contenuto di minerali (essenzialmente sali di calcio) e le trabecole ossee sono le più colpite da questo processo che conduce inevitabilmente ad una struttura più debole e meno resistente agli stress meccanici.

Cause e fattori di rischio dell'osteoporosi

Le forme più comuni di osteoporosi sono **l'osteoporosi postmenopausale** causata essenzialmente dalla



brusca caduta della produzione di ormoni sessuali femminili (estrogeni) e **l'osteoporosi senile**, che dipende dal generale indebolimento di tutti i processi vitali, inclusi la ridotta produzione endogena di vitamina D e il ridotto assorbimento intestinale di calcio.

L'osteoporosi può essere **secondaria** a malattie reumatiche, endocrine, ematologiche, gastrointestinali, neurologiche, genetiche dell'osso oppure può non avere una causa nota ed essere definita "**l'osteoporosi idiopatica**". Inoltre, l'assunzione cronica di alcuni farmaci, come per esempio il cortisone e la terapia ormonale adiuvante (utilizzata nelle donne con carcinoma della mammella o in maschi con carcinoma della prostata) può determinare un impoverimento di massa ossea severa.

Numerosi studi scientifici hanno identificato diversi fattori di rischio non modificabili come l'età, il genere, i fattori genetici, la familiarità per fratture da fragilità, ed altri modificabili come la sedentarietà, la scarsa attività fisica, una alimentazione povera di calcio e ricca di sale, il consumo di alcool, l'abuso di caffeina, l'obesità, l'eccessiva magrezza, i disturbi del comportamento alimentare ed infine il tabagismo.

Sintomatologia dell'osteoporosi

L'osteoporosi è una malattia che avanza silenziosa, senza sintomi che si palesa sovente con fratture successive a traumi a bassa energia ed i distretti scheletrici più colpiti sono il polso, la colonna vertebrale, il femore prossimale e l'omero prossimale.

Nella letteratura scientifica è stato dimostrato che una precedente frattura da fragilità rappresenta un importante fattore di rischio per altre nuove fratture (rifrattura da fragilità) e che il rischio aumenta al crescere del numero e della severità delle precedenti fratture; quindi diventa fondamentale eseguire in tempi rapidi una valutazione reumatologica per garantire un appropriato trattamento.

Diagnosi

Per la diagnosi lo specialista raccoglie accuratamente l'anamnesi, valuta tutti i dati clinici, prescrive gli esami del laboratorio per escludere malattie predisponenti l'osteoporosi, e si avvale degli esami strumentali. La DXA (Densitometria ossea computerizzata a raggi X) rappresenta oggi il "gold standard" della valutazione della densità minerale ossea; secondo l'OMS, un valore di T score < -2.5 a livello vertebrale o femorale indica uno stato di osteoporosi.

Recentemente è stata validata un'altra tecnica chiamata REMS (Radiofrequency Echographic Multi Spectometry) che non prevede l'impiego di radiazioni e quindi permette di indagare pazienti pediatrici e donne in stato di gravidanza.

In casi particolari, specie in pazienti giovanissimi o per motivi di studio, si può effettuare la misurazione su tutto il corpo ("total body").

Per ottimizzare la gestione del paziente negli ultimi anni sono stati sviluppati algoritmi informatici, quali FRAX ed il DeFRA che calcolano addirittura il rischio di frattura nei successivi 10 anni.

Si può prevenire l'osteoporosi?

Per evitare o ritardare l'esordio dell'osteoporosi è raccomandata la prevenzione primaria che deve iniziare fin dalle prime fasi della vita ed è volta a massimizzare il picco di massa ossea. Dopo la fine del periodo di sviluppo scheletrico, le misure di prevenzione sono solo mirate a mantenere la massa ossea acquisita, e nell'età avanzata, a ridurre o rallentare l'inevitabile perdita di massa ossea.

La prevenzione dell'osteoporosi si basa su tre misure chiave: adeguata assunzione di calcio, normale metabolismo della vitamina D, moderata ma regolare attività fisica.
Molti studi in diversi paesi hanno evidenziato che il calcio non viene

Foto Daniela Casagrande

assunto nelle quantità raccomandate e per questo viene spesso suggerito l'implementazione di latticini e la supplementazione con integratori.

La vitamina D è principalmente sintetizzata nella pelle per azione dei raggi UV-B della luce solare ed è presente solo in minime quantità nei cibi. L'esposizione al sole potrebbe assicurare una sufficiente disponibilità di vitamina D solo nei giovani, mentre nelle persone anziane, per ragioni fisiologiche e per la minore esposizione solare, è raccomandata una supplementazione.

L'attività fisica eseguita con regolarità è naturalmente raccomandata ad ogni età mentre è sconsigliato il sovraccarico funzionale nelle persone anziane affette da osteoporosi.

Trattamento dell'osteoporosi

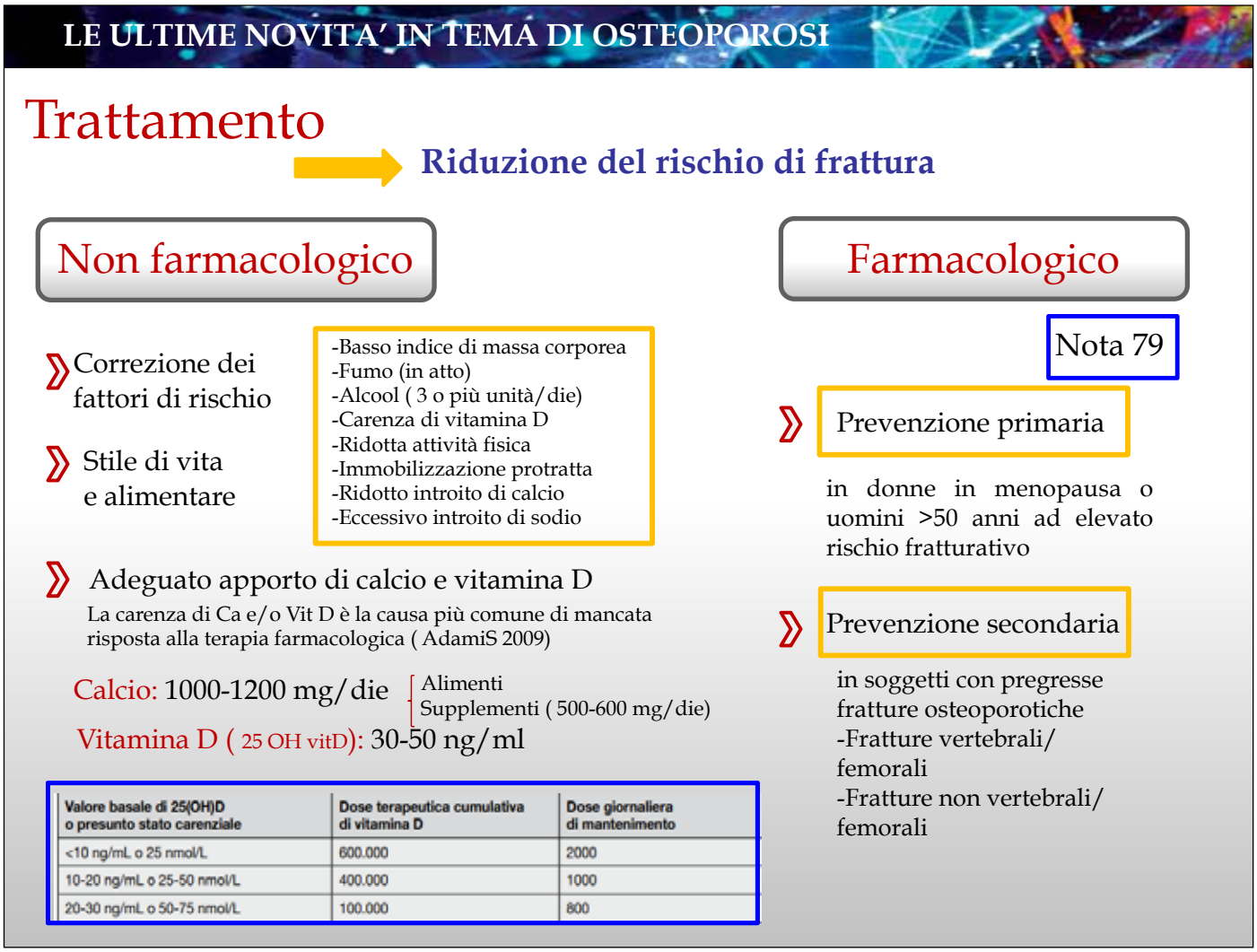
Il trattamento dell'osteoporosi è finalizzato a preservare la massa ossea e prevenire le fratture.

Correggere i fattori di rischio e garantire un adeguato apporto di Calcio e Vitamina D deve essere il primo approccio terapeutico. Inoltre, sulla base della severità della patologia, si possono utilizzare trattamenti farmacologici mirati.

I farmaci oggi disponibili agiscono inibendo il processo di riassorbimento osseo come per esempio i Bisfosfonati, il Denosumab, i modulatori selettivi del recettore estrogenico e la terapia ormonale sostitutiva, oppure stimolando la formazione di nuovo osso come il Teriparatide.

È stato recentemente approvato un farmaco con duplice effetto, sia antiriassorbitivo che anabolico il Romosozumab.

Tutti i farmaci menzionati hanno dimostrato di avere una elevatissima efficacia antifratturativa, una buona tollerabilità ed un buon profilo di sicurezza.



PER UNA CURA SOBRIA RISPETTOSA E GIUSTA

Violetta Plotegher

Medica specialista in ginecologia e ostetricia, ha lavorato nei Consultori Familiari del Trentino-Alto Adige. Componente del Collegio dei Probiviri dell'Associazione Slow Medicine-ETS

Per una cura rispettosa e giusta.

La salute è davvero un bene prezioso ed è importante averne cura. Non sempre è facile orientarsi, per scegliere cosa può essere utile o dannoso per il nostro benessere, fra le tante informazioni e opinioni, spesso contrastanti e a volte infondate, che ci vengono presentate in televisione, dalla stampa e dai frequenti messaggi pubblicitari. La giusta ricerca che ognuno fa per stare bene è oggetto infatti di molta attenzione anche da parte di un sistema economico e commerciale che può approfittare della nostra fragilità e dei nostri bisogni. È importante poter accedere ad informazioni corrette e verificabili se non vogliamo avere false aspettative.

Per questo è anzitutto importante definire che cosa è la salute. La salute può essere descritta come la sensazione soggettiva di benessere che nasce dal *miglior equilibrio possibile* tra gli aspetti biologici, psichici, sociali, spirituali e ambientali che una persona può vivere nelle diverse situazioni della sua vita. Quindi la salute non è definita dall'assenza di malattia, piuttosto è data dalla capacità di adattarsi ai continui cambiamenti che la vita ci porta ad affrontare e dalla possibilità di ricevere cure appropriate e poter gestire efficacemente una condizione di malattia. Questo ci è chiaro se pensiamo ad esempio che con l'aumentare dell'età è molto probabile avere una o più malattie di tipo cronico che ci accompagneranno a lungo negli anni, con cui dovremo convivere, sentendoci bene nonostante la presenza di patologie e disabilità. Occorre ricordare inoltre che lo stato di benessere delle persone è condizionato da molti fattori individuali e sociali. Le cose cambiano molto per la salute se una persona vive una situazione di povertà, se non ha una casa o un lavoro dignitoso, se non ha una adeguata istruzione, se non vive in una comunità dove si sente accolta e che rispetta i suoi bisogni e i suoi diritti. Una società civile sana è quella dove tutti, senza discriminazioni, possono ricevere le cure sanitarie adeguate e l'assistenza sociale necessaria a superare le difficoltà.

Anche la situazione ambientale è altrettanto determinante, cioè la salubrità dell'aria, dell'acqua, del cibo di cui ci nutriamo. Per promuovere la salute occorrono dunque sia gli stili di vita sani dei singoli, sia le scelte e gli interventi sistemici degli attori responsabili di una comunità (mondo economico, enti locali, istituzioni, scuole, associazioni, politica…) che migliorino la qualità e la dignità della vita delle persone che la abitano. Rispetto alla possibilità di incidere sul miglioramento della salute collettiva è molto più forte il peso dei determinanti economici, culturali, sociali, ambientali e genetici del peso dei servizi sanitari, che influiscono solo per il 10-15% (vedi Tab. 1) I vari determinanti dello stato di salute sono in realtà strettamente correlati e interagiscono tra loro. Per esempio gli stili di vita sono dipendenti dalla educazione ricevuta e dal contesto familiare e sociale, che è condizionato a sua volta dalle condizioni di vita e di lavoro, che sono a loro volta influenzate dal contesto socioeconomico, culturale e ambientale. Anche se il sistema sanitario da solo non può eliminare le disuguaglianze di salute, ricopre comunque un ruolo chiave nel contrasto delle iniquità: può, per esempio, assicurare equità di accesso ai servizi sanitari e migliorare quei servizi finalizzati ad arginare gli svantaggi di salute fra i gruppi economicamente più svantaggiati. Può inoltre investire risorse insieme ai servizi sociali per la prevenzione.

Questo è possibile in una società che sceglie di investire in un servizio sanitario pubblico e universalistico, come nel nostro Paese dove il **Servizio Sanitario Nazionale** è una conquista sociale fondamentale da difendere.

Siamo consapevoli della crisi che sta attraversando la sanità e della necessità di avviarne una riorganizzazione. Per esempio, nonostante si viva con evidenza in una realtà sociale con molte persone anziane e dove prevale la domanda relativa alle patologie croniche, persiste un modello orientato alla soluzione delle situazioni acute, centrato sull'ospedale e meno sulle cure primarie territoriali multiprofessionali di comunità. Se da un lato in caso di urgenza il trattamento deve essere rapido per risolvere nel più breve tempo possibile situazioni critiche, dall'altro, nella realtà quotidiana, le emergenze sono poche rispetto alle situazioni che non hanno bisogno di una risposta immediata ma richiedono una soluzione che accompagni la persona ad affrontare la malattia nel suo contesto di vita. Una risposta per quella persona lì, che ha quello specifico problema, in quella particolare situazione.

Un cambiamento culturale per la cura della salute è promosso dalla associazione "**Slow medicine-ETS**", fondata in Italia nel 2011 da professionisti della salute e cittadini, per riportare la cura nell'ambito dell'appropriatezza, riconoscendone e sostenendone il valore all'interno di una relazione di ascolto, di dialogo e condivisione delle decisioni con la persona ammalata.

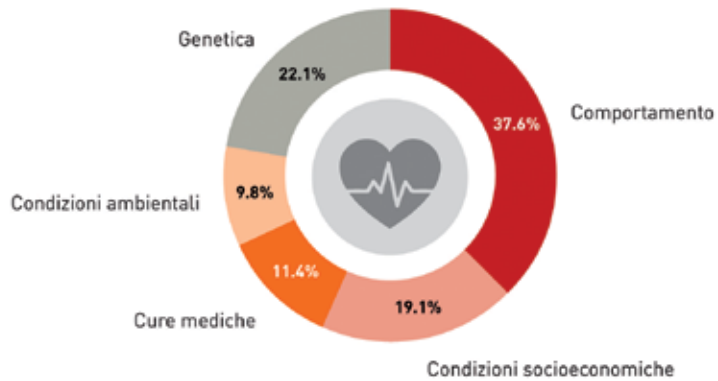
"Slow" Medicine non significa medicina "lenta" ma richiama il concetto di medicina riflessiva, ponderata, che promuove "*una cura sobria, rispettosa e giusta*" all'interno di un cambiamento culturale che non coinvolge solo la medicina, ma tutta la comunità.

Vale la pena descrivere le motivazioni per la scelta di questi tre aggettivi della cura.

- **Una cura sobria** pone l'attenzione alla appropriatezza delle pratiche diagnostiche e delle terapie, evitandone sia il sovra-utilizzo che lo spreco, agendo con moderazione e gradualità. "*Fare di più non significa fare meglio*" ovvero la diffusione di sempre nuovi e sofisticati trattamenti sanitari o strumentazioni diagnostiche non sempre porta a maggiori benefici per i pazienti. I cittadini hanno diritto ad avere informazioni corrette e realistiche anche per arginare il diffuso consumismo sanitario di prestazioni inutili, se non dannose. Si calcola che fino ad un quinto della spesa sanitaria riguardi interventi di non documentata efficacia o che apportano un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone.
- **Una cura rispettosa** è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori e alla relazione tra curante e persona curata. Come

(Tabella 1)

Incidenza dei determinanti sociali della salute



Fonte: Sintesi di tre meta-studi
www.economiesuisse.ch

dice il manifesto di Slow Medicine "*valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili*" e dunque esigono una attenzione e una considerazione non giudicante. Se la relazione tra chi chiede di essere curato e chi è chiamato per la sua professionalità a corrispondervi è asimmetrica, la relazione umana è invece basata sulla pari dignità e sul rispetto reciproco. È importante tenere presente che il medico o l'operatore sanitario è l'esperto della terapia e *il malato è esperto del con-vivere con la malattia*. Il tempo dedicato all'ascolto, al dialogo e alla conoscenza reciproca è un tempo fondamentale per la cura, che evita molti errori, molti controlli inutili, molte incomprensioni, oltre a favorire un legame umano che aumenta la adesione alle terapie.

– **Una cura giusta** promuove cure appropriate per tutti, cioè adeguate alle persone e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per i pazienti che per i professionisti della salute. Una cura della salute giusta facilita l'accesso ai servizi sanitari e sociali delle persone più fragili. Una medicina giusta contrasta la corruzione e i conflitti di interesse che minano i valori dell'etica professionale e la sostenibilità di un Servizio Sanitario Nazionale. La recente pandemia ci ha insegnato l'importanza delle cure per tutti, senza esclusioni, il primato della medicina di prossimità, l'importanza del coinvolgimento della cittadinanza e delle associazioni di volontariato per i programmi di salute pubblica, la necessità di raggiungere i soggetti più deboli e ai margini della comunità. È apparso drammaticamente evidente che proteggere i più fragili significa proteggere la salute di tutta la collettività.

Mettere in pratica i principi di una medicina Slow non è facile: occorre modificare la cultura della salute, coinvolgere cittadini e professionisti, cambiare molti comportamenti abituali e interferire su potenti interessi economici. Molti operatori della sanità quotidianamente stanno contribuendo, nonostante tutte le difficoltà e le fatiche, a questo cambiamento culturale nella relazione di cura. Questo cambiamento potrà realizzarsi pienamente solo se vi sarà collaborazione tra curanti e cittadini, perché questi ultimi, meglio dei professionisti, comprendono la realtà delle loro condizioni, l'impatto che la malattia e il suo trattamento hanno sulla loro vita e come i servizi sanitari potrebbero essere meglio progettati per aiutarli. In conclusione, la salute è un bene troppo prezioso per essere affidato solo ai tecnici o peggio rischiare che finisca controllato dal mercato. Il protagonismo e la partecipazione di tutti alla costruzione di una società più sana costituisce un elemento fondamentale per la tutela e la promozione della salute di ciascuna persona e di tutta la comunità.

Per approfondire:
www.slowmedicine.it
https://choosingwiselyitaly.org/

PARLIAMO DI OSTEOPATIA

Dott. *Matteo Quinto*

Osteopata DO Fisioterapista

L'osteopatia è una medicina complementare, un sistema curativo di terapia manuale basato sulle intuizioni di Andrew Taylor Still medico statunitense nato in Virgina nel 1828.

Still cresce in un epoca in cui la medicina non è certo paragonabile a quella moderna e nel corso della vita per migliorare le cure fornite ai pazienti, elabora un sistema di trattamento manipolativo; in seguito ad una serie di rivelazioni e scoperte, postula dei principi che diventeranno poi i fondamenti dell'attuale pensiero osteopatico. Nel corso del tempo questo bagaglio osteopatico si arricchisce grazie ai progressi delle moderne conoscenze anatomo-fisiologiche e al contributo di numerosi brillanti osteopati che hanno creato nuovi modelli di valutazione e trattamento.

Agli studenti si insegna come l'osteopatia è studio dell'anatomia e ancora dell'anatomia perché, solo grazie alla precisa conoscenza di questa materia, le tecniche che andranno a fare saranno efficaci.

L'osteopata è quel professionista che attraverso le mani pratica delle tecniche che mirano al riequilibrio della struttura corporea, diversificate in base alla loro finalità chiamate strutturali, fasciali, viscerali, cranio-sacrali. Con l'osservazione, la palpazione e il riequilibrio del sistema muscolo-connettivale l'osteopata cerca di riportare il corpo verso lo stato di salute.

I principi su cui si basa l'osteopatia sono tre:

- il principio di autoguarigione;
- la relazione struttura e funzione;
- l'unità del corpo umano.

1. Il pricipio di autoguarigione descrive il sistema corporeo come una vera e propria fucina in grado di rispondere a tutte le richieste ambientali necessarie per il mantenimento dell'omeostasi, dell'equilibrio, della salute; nel rispetto di uno stile di vita che comprenda una corretta alimentazione, una adeguata attività fisica e il benessere psichico. L'osteopata attraverso la valutazione e il trattamento dei tessuti del paziente, aiuta questo meccanismo intrinseco quando da solo non riesce a fare fronte ad un evento esterno traumatico che supera le difese della persona. L'evento esterno può essere un trauma fisico, emotivo o tossico. È interessante riflettere su come un banale insulto possa portare conseguenze enormi in alcune persone mentre in altre, forti stress o traumi non causino ripercussioni. La diversità nella risposta è conseguente al diverso stato energetico con tutte le variabili che ci possono essere tra un individuo e un altro come sesso, età, caratteristiche genetiche e patologie già presenti. L'osteopatia integra questo gap energetico con l'intervento manuale normalizzando quelle che in gergo vengono definite disfunzioni osteopatiche, rallentamenti della mobilità nei tessuti e tra i tessuti. Questi rallentamenti nella mobilità generano un'alterazione del tessuto, ad esempio tra due vertebre o tra le fasce di un organo e le manipolazioni cercano di ristabilire le corrette relazioni neurologiche, vascolari e linfatiche. In alcuni casi, ci sarà un ritorno ad uno stato di salute completo mentre in altri, se presente una patologia, si potrà aiutare lo stato generale ma non si guarirà la malattia in pratica l'osteopatia non cura, aiuta l'autoguarigione.

2. Il secondo principio viene riassunto da una famosa frase del dr. Still: "la struttura governa la funzione", ed esprime come una corretta integrità strutturale sia fondamentale per il corretto funzionamento corporeo. La funzione corporea plasma il tessuto e la forma della struttura ma l'integrità della struttura garantisce l'espletamento corretto della funzione. Una disfunzione di un segmento può avere ripercussioni, causare sintomi anche a distanza. Così la normalizzazione di tale disfunzione porta ad un miglioramento della sintomatologia.

3. Su questo ragionamento si spiega anche il terzo principio che considera il corpo umano come una unità non compartimentabile, fatta da un insieme di parti connesse da molteplici sistemi, tra cui il connettivo. Questo meraviglioso tessuto come dice il termine collega, sostiene, protegge e nutre le varie parti del corpo: è connettivo l'osso che ci sostiene, le cartilagini che permettono il movimento articolare, le strutture legamentose e fasciali che collegano ossa, muscoli, organi e nervi e altri tessuti molto specializzati come il sangue o quello adiposo. Si capisce con questa premessa come una lesione in un segmento

corporeo possa portare problematiche a distanza, per questo nella pratica clinica quotidiana si interviene su un segmento corporeo, magari non sintomatico in quel momento, per andare ad agire sulle probabili cause di un sintomo. Ad esempio: in una cervicalgia andare a trattare una caviglia che in seguito ad una distorsione ha portato il sistema muscolo fasciale dell'arto inferiore in tensione e che, a sua volta, ha causato una rotazione del bacino e quindi un adattamento anomalo della colonna vertebrale fino al rachide cervicale. O ancora lavorare-ammorbidire-integrare con gli altri tessuti la cicatrice di un pregresso intervento di appendicectomia, che causa disequilibri anche meccanici, che sfociano nel sintomo lombalgia.

Nella cura delle malattie reumatiche l'osteopatia non vuole e non può essere la sostituta delle cure mediche farmacologiche, ma vuole essere un aiuto nella gestione del dolore e nel miglioramento della qualità della vita. In quelle malattie reumatiche che colpiscono soprattutto le articolazioni abbiamo una alterazione del sistema neurovegetativo che compromette la regolazione del flusso sanguigno in arrivo alla cartilagine e si assiste alla riduzione del rilascio dei fattori nutritivi indispensabile alla cartilagine articolare, che già di per se non è vascolarizzata. Uno dei risultati delle manipolazioni osteopatiche è l'abbassamento del tono ortosimpatico del sistema nervoso autonomo che si esplica in una vasodilatazione periferica, in un arrivo di maggior sangue, con tutti gli effetti benefici di un buon apporto di questo al tessuto. In secondo luogo il paziente reumatico, a causa del dolore, tende ad assumere posizioni antalgiche che creano compensi posturali e contratture muscolari, causa loro stesse di ulteriore dolore. L'intervento osteopatico può portare beneficio, perché, anche se non cura la malattia reumatica, cura il terreno della persona consentendo maggior possibilità di compenso.

Con l'intervento osteopatico possiamo avere risultati ottimi, modici, scarsi o nulli; il beneficio deriva da molteplici variabili, dallo stato di salute del paziente, come detto, dalla corretta comprensione delle problematiche del soggetto, dal corretto e rispettoso trattamento delle disfunzioni riscontrate ma anche dalla relazione ed interazione tra paziente e terapeuta.

Autore del libro: OSTEOPATIA RICERCA E PRATICA, CASTELLO EDITORE.

Foto Daniela Casagrande

SERVIZI ONLINE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE: COME DELEGARE ALL'ACCESSO PARENTI O PERSONE DI FIDUCIA

A cura di **Laura Bonfanti**

Recentemente l'Agenzia delle Entrate, recependo il provvedimento del Direttore dell'Agenzia del 17 aprile 2023, ha aggiornato la guida "L'accesso ai servizi online per rappresentanti e persone di fiducia" pubblicata nel sito dell'Agenzia delle entrate all'indirizzo https://www.agenziaentrate.gov.it/l-accesso-ai-servizi-online-per-rappresentanti-e-persone-di-fiducia.

Dalla rivista online FiscoOggi si riporta l'articolo di **Gianni Liprandi** che illustra i passi principali della procedura.

Semplificata la procedura per abilitare una persona a operare per conto del contribuente impossibilitato: l'interessato può delegare via web, tramite Pec o con la videochiamata.

La fiducia è una cosa seria. Lo sanno bene coloro che non hanno dimestichezza con le competenze informatiche e chiedono aiuto a una persona di fiducia a operare, per conto loro, per presentare la dichiarazione precompilata, chiedere il duplicato della tessera sanitaria e ottenere consultazioni ipo-catastali.

Per tutti, viene in aiuto la guida aggiornata "***L'accesso ai servizi online per rappresentanti e persone di fiducia***", pubblicata sul sito delle Entrate e sulla rivista FiscoOggi, che recepisce le novità del **provvedimento del Direttore dell'Agenzia del 17 aprile 2023**.

Per la delega basta un click o una videochiamata

L'interessato può richiedere via *web* l'abilitazione della persona di fiducia, come pure rinnovare, revocare e consultare le deleghe. La guida illustra passo passo, con l'aiuto di schermate, il nuovo servizio *web*, disponibile nell'area riservata del sito dell'Agenzia, all'interno della sezione "*Profilo Utente*". In alternativa, per la prima volta, l'interessato può delegare la persona di fiducia tramite il servizio *online* di videochiamata, disponibile nella sezione "*Prenota un appuntamento*" del sito delle Entrate: basta esibire a video il **modulo** per richiedere l'abilitazione (o la disabilitazione) all'accesso della persona di fiducia ai servizi *online*, dopo averlo compilato e firmato. Chi preferisce, invece, può inviare via Pec (Posta elettronica certificata) a una Direzione Provinciale dell'Agenzia l'apposito modulo sottoscritto con firma digitale o con firma autografa sul cartaceo, scansionato e corredato di copia del documento; l'invio può essere fatto anche dalla casella Pec del delegato espressamente autorizzato dall'interessato, selezionando l'apposita casella nel modulo. Infine, è sempre possibile presentare il modulo cartaceo, sottoscritto con allegato il documento di identità, a un ufficio territoriale dell'Agenzia.

Non solo il medico di famiglia attesta l'impedimento

Chi è impossibilitato, a causa di patologie, a presentare fisicamente l'istanza, può far presentare la richiesta di abilitazione dalla persona di fiducia che deve necessariamente recarsi presso un qualsiasi ufficio territoriale dell'Agenzia. In questo caso, al modulo va allegato anche il certificato medico che attesta lo stato di impedimento dell'interessato a presentare l'istanza, sottoscritto dal medico di famiglia o dal suo sostituto. Nel caso in cui la persona interessata sia priva di un medico di base perché ricoverata, anche temporaneamente, presso una struttura sanitaria residenziale, spetta al medico responsabile della struttura, attestarne lo stato di impedimento. A tutela della riservatezza dell'interessato, le informazioni contenute nell'attestazione rilasciata dal medico non possono eccedere quelle riportate nel **fac-simile** disponibile sul sito delle Entrate.

Sì alla delega per più anni, no alla "procura speciale"

Altra novità, riportata nella guida, riguarda la durata dell'abilitazione. Il contribuente, infatti, può indicare

nell'istanza una scadenza desiderata che, in ogni caso, non può essere oltre il 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di presentazione della delega.

Per chi, invece, non indica alcun termine nell'istanza, resta valida la scadenza del 31 dicembre dell'anno in cui è attivata.

Ogni persona può designare una sola persona di fiducia e ogni delegato può avere al massimo tre abilitazioni attive, a persone diverse, a prescindere dalla data di scadenza delle stesse. La guida ricorda, infine, che per la delega alle persone di fiducia non è più richiesta la "procura speciale", con firma autenticata, prevista dall'articolo 63 del Dpr n. 600/1973: la persona di fiducia, per definizione, è quella abilitata, su istanza di altre persone fisiche e nell'interesse di queste ultime, a utilizzare i servizi *online* delle Entrate e agisce al di fuori dell'esercizio dell'attività professionale o imprenditoriale.

Gianni Liprandi

A ROMA IL CONVEGNO NAZIONALE "LUPUS: TRA ETÀ E GENERE" (22 APRILE 2023)

Roberta G. Arcaini

Sabato 22 aprile scorso si è tenuto, presso il Policlinico Umberto I a Roma, il Convegno nazionale del Gruppo LES italiano odv, *"Lupus: tra età e genere"*, seguito poi dall'Assemblea sociale. Trovandomi a Roma per altri motivi, ho colto l'occasione per partecipare di persona a tale appuntamento, dopo aver conosciuto "a distanza", du-

Intervento dott.ssa Fulvia Ceccarelli, durante la seconda sessione moderata da dott. Lorenzo Emmi e prof. Roberto Giacomelli (fotografia Roberta G. Arcaini)

Policlinico Umberto I a Roma, sede del convegno nazionale "Gruppo LES italiano odv" (22 aprile 2023) (fotografia Roberta G. Arcaini)

rante il lockdown e successivi periodi di emergenza sanitaria, questa realtà molto interessante e stimolante per chi voglia approfondire aspetti legati al LES, malattia reumatologica meno frequente di altre.

In breve, questa organizzazione di volontariato di supporto per persone affette da LES è stata costituita a Piacenza nel giugno 1987 per iniziativa di un gruppo di pazienti, diventando poi ONLUS di diritto dal 1997 al 2019 per creare un punto di riferimento sul Lupus (dal sito: https://www.lupus-italy.org/p/gruppoles.html); nel tempo il "Gruppo italiano" è diventato membro di "Lupus Europe", la Federazione Europea dei Gruppi LES (https://www.lupus-europe.org).

Nello svolgimento della propria attività il "Gruppo" è molto simile ad ATMAR, *in primis* per la stretta collaborazione con medici preparati ed autorevoli, e dunque fornisce informazioni serie ed affidabili, anche tramite il proprio sito ed altri canali, come ad es. YouTube, dove si possono visionare circa 100 dirette sugli aspetti più vari correlati al LES (v.: https://www.youtube.com/channel/UCL5ClWpk1hCS3qnNpl-F8rSQ) oppure in Facebook nella sezione Video (https://www.facebook.com/profile.php?id=100064817705614&sk=videos) e solitamente sono resi disponibili, una volta predisposti per la pubblicazione *online*, le registrazioni di eventi organizzati dal "Gruppo".

Tra le risposte alle FAQ del sito desidero evidenziare quella relativa all'esistenza di Lupus in forma pediatrica, che segnala un'associazione specifica ed un portale: AMRI-Associazione per le Malattie Reumatiche Infantili (https://www.amri.it) che si occupa dell'assistenza ai bambini e ai loro genitori e PRINTO, un portale (https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/IT/intro/IT) dedicato alle malattie reumatiche del bambino con tante informazioni (centri, associazioni...) e con una sezione dedicata al Lupus. Questo portale è il risultato di una collaborazione tra la Paediatric Rheumatology InterNational Trials Organisation (PRINTO) e la Paediatric Rheumatology European Society (PRES) ed è stato realizzato con i finanziamenti ricevuti grazie a un progetto dell'Unione europea noto come SHARE.

All'ingresso dell'Aula magna Clinica medica I dove si sono tenuti i lavori era possibile ricevere l'ultimo numero – 87, del febbraio 2023 - della rivista "Icaro" del "Gruppo" e due pubblicazioni dell'Università politecnica delle Marche Facoltà di medicina e chirurgia AOU Ospedali riuniti di Ancona, una del 2019 su *La scelta della maternità. Una guida alla decisione per le donne con LES* a cura di Maria Giovanna Danieli, Chiara Gelardi, Sara Salvucci, Veronica Pedini, Denise Menghini e la seconda, del 2020, su *LES, il "gioco" degli ormoni. Pubertà, contraccezione, menopausa, allattamento, microbiota*, a cura di Maria Giovanna Danieli, Denise Menghini, Cristina Mezzanotte, Sara Salvucci, Veronica Pedini, Mario Andrea Piga.

Durante il convegno, articolato in due sessioni, "Età e genere nel Lupus" e "La terapia del Lupus: vecchi e nuovi farmaci", sono stati trattati numerosi temi: *Lupus a esordio pediatrico* (S. Lo-

russo, M. Vadacca), *Il lupus a esordio tardivo* (F. Conti), *Differenze di genere nel Lupus* (E. Gremese), *La digitalizzazione del rapporto medico-paziente* (F. R. Spinelli); dopo alcuni interventi dal pubblico ed il coffee break si è proseguito con *Il cortisone: pro e contro* (S. Ferrigno in sostituzione di P. Conigliaro), *Antimalarici e farmaci immunosoppressori* (I. Prevete), *Farmaci innovativi: i farmaci biotecnologici* (F. Ceccarelli), *Gruppo di studio SIR sul LES di recente insorgenza* (G.D. Sebastiani), *Perché la "Stanza del silenzio" in ospedale* (M.T. Bertero) ed un altro momento per quesiti dal pubblico.

Rispetto agli aspetti legati alla gravidanza ed alla menopausa, è stato ribadito più volte l'invito a "chiedere ai medici", seguire con attenzione questi momenti della vita ed anche la fase preconcezionale, come già ricordato durante incontri organizzati a Trento da ATMAR. Alcune indicazioni sono state rivolte agli uomini affetti da LES ed all'opportunità della sospensione di alcune terapie anche per loro, nella fase preconcezionale, mentre è stata ricordata la delicatezza e gli effetti dell'uso di ormoni nei casi di persone transgender affette da Lupus.

Trattando della "telemedicina" è stato evidenziato come soltanto il 54% degli europei, tra i 16 e i 74 anni, possiede le competenze digitali necessarie per poter fruire delle opportunità digitali: l'Italia risulta al 18° posto sui 27 Stati membri.

Sono stati ricordati anche passaggi storici, ad esempio relativamente allo studio ed all'uso del cortisone, partendo dal 1930 con Edward Kendall e lo studio della componente corticale delle ghiandole surrenali, passando poi al 1948 con il primo uso su donne, giungendo al 1976 per la prima pubblicazione di 7 casi con nefrite lupica trattati con boli di glucocorticoidi. Interessante vedere i miglioramenti, i cambiamenti nel tempo, mantenendo gli obiettivi di ridurre la tossicità dei farmaci ed aumentarne gli effetti benefici.

La dott.ssa Ceccarelli ha presentato a Roma *I farmaci biotecnologici*, come il Belimumab ed il relativo studio BeRLiss (Belimumab Real-Life setting) sulla sua applicazione "nella vita reale" e l'Anifrolumab, del quale è uscita in "Gazzetta ufficiale" del 31 marzo 2023 l'indicazione. A metà maggio, scrivendo questo testo, è possibile aggiungere che il 10 maggio 2023 AIFA-Agenzia Italiana del Farmaco ha approvato la rimborsabilità di Anifrolumab, come comunicato in Facebook da "Gruppo LES italiano". Ricordiamo che la dott.ssa Ceccarelli è stata ospite di ATMAR a Trento nel convegno del 7 dicembre 2019 ed autrice, insieme al dott. Giulio Olivieri, del testo *In bocca al lupo: il ruolo della medicina narrativa nelle malattie reumatologiche*, pubblicato nel n. 29 del Notiziario "Una mano alla speranza" a p. 17 (https://www.reumaticitrentini.it/wp-content/uploads/2021/05/29_dicembre_2019.pdf).

Da un bando promosso dal "Gruppo LES" ha preso l'avvio, nell'estate 2011, un gruppo di studio della SIR-Società Italiana di Reumatologia sul LES di recente insorgenza, al quale sono collegati vari studi, ad es. GULP, sullo scalaggio dei glucocorticoidi nei casi di impegno renale, condotto dall'Università di Cagliari, uno studio condotto dalla dott.ssa Ceccarelli presso "La Sapienza" di Roma, un altro in ambito di farmaco-economia sulla valutazione dell'impatto economico di farmaci (Università di Pisa), uno studio sulle differenze di genere (Università di Brescia).

La presentazione della "Stanza del silenzio" curata dalla dott.ssa Bertero ha toccato un argomento che mi sembra si possa dire "abbraccia" tanti momenti forti della vita, compresi quelli difficili legati a patologie e a lutti ma anche l'attesa e la nascita di un bambino: si tratta infatti di una stanza accogliente ma spoglia presente in alcuni ospedali italiani, ad es. il s.Maurizio a Torino e l'Ospedale Cotugno a Napoli, ma anche in luoghi particolari come in un punto vicino all'ex Muro di Berlino o una "Stanza" dove si incontrano palestinesi e israeliani. In assenza di simboli religiosi specifici, viene accolta la persona che desidera riflettere, ricaricarsi, indipendentemente da fedi professate e che, se desidera, può scrivere propri pensieri su un quaderno. La dott.ssa Bertero ha letto alcune di queste meditazioni, alcune intrise di dolore, altre di felicità come quella di un uomo che ha scritto "Sto diventando papà".

Concludiamo con spirito beneaugurante con un passo del cantante francese Yves Duteil citato da Bertero: "Il silenzio è un istante di tregua per prendere fiato e iniziare con meno apprensione il cammino".

Foto Daniela Casagrande

ATTIVITÀ MOTORIA ATMAR

Si sono appena conclusi i corsi primaverili riservati ai soci di ATMAR, ma l'attività prosegue ancora durante il periodo estivo. In programma due corsi di nuoto/ginnastica in acqua alta alla piscina di via Fogazzaro a Trento, corsi di attività motoria in giardino e altro ancora.

Per l'autunno partiremo di nuovo alla grande con una ricca offerta di attività, che probabilmente comprenderà anche di corsi di ginnastica in acqua.

MUOVERSI INSIEME … FA BENE!

di *Roberta Ballista*

È ormai risaputo, anche scientificamente, che il movimento fa bene alla nostra salute. Non vi sono scuse: ognuno di noi dovrebbe intraprendere qualche forma di attività fisica in base alla propria età, attitudine e disponibilità durante la settimana, al fine di seguire le indicazioni scientifiche e quelle fornite dal proprio medico per migliorare il proprio benessere.

Una piacevole passeggiata mattutina o magari una nuotata in piscina, oltre a una ginnastica adatta alle nostre esigenze ed età, potrebbero essere ottime opzioni... magari in compagnia di amici.

Il gruppo valsuganotto dell'Associazione Atmar (Associazione Trentina Malati Reumatici) ha organizzato anche quest'anno un corso di attività motoria. Tale corso è stato tenuto da un abile istruttore di Borgo Valsugana, Alessio Ferrai, il quale, con competenza e simpatia, ha guidato le partecipanti che hanno notato ben presto dei progressi nelle proprie capacità motorie e di coordinazione.
Muoversi insieme fa bene, infatti, ma è preferibile farlo sotto la guida di una persona competente, a cui ci si può rivolgere in caso di dubbi, problematiche o difficoltà. Questo diventa particolarmente importante quando gli anni passano o quando si manifestano problemi di salute, come nel caso delle patologie reumatologiche. È quindi il momento di prendersi cura di sé stessi e trovare il tempo da dedicare alla prevenzione e al proprio benessere fisico.
Desidero ringraziare, a nome del gruppo di ginnastica e di Atmar, per la grande disponibilità dimostrata l'assessore Luca Bettega del Comune di Borgo Valsugana, sempre molto sensibile alla tematica della salute.

IL PROGETTO BENESSERE FIBROMIALGIA

Prosegue la collaborazione di ATMAR con, l'associazione dei malati reumatici dell'Emilia Romagna, AMRER, che ha promosso un percorso specifico per le persone affette da Fibromialgia presso le Terme di Riolo. Il Progetto prevede un approccio multidisciplinare alle persone affette da questa patologia che comprende diversi interventi quali bagni termali, attività motoria, supporto psicologico, terapie di gruppo che si sono dimostrati efficaci nell'affrontare la malattia. Il percorso è rivolto agli iscritti all'associazione romagnola, ma anche i soci di ATMAR potranno accedere ad esso grazie alla collaborazione tra le due associazioni.

Chi vuole approfondire troverà tutte le informazioni sul sito di ATMAR, al link: https://www.reumaticitrentini.it/progetto-benessere-fibromialgia-presso-le-terme-di-riolo/

FINALMENTE ISCRITTI AL RUNTS

In febbraio si sono conclusi gli adempimenti relativi all'iscrizione dell'associazione al Registro Unico Nazionale Terzo Settore (RUNTS). La procedura, iniziata già nel luglio 2021, si è rivelata molto lunga e complessa, caratterizzata dalla necessità di fornire una quantità elevata di documentazione e densa di adempimenti impegnativi, tra cui, come si ricorderà, anche la modifica dello Statuto associativo, l'invio dei bilanci degli anni precedenti, la registrazione dei componenti del Consiglio direttivo e molto altro ancora.

Solo per quanto riguarda la modifica dello Statuto Il Consiglio Direttivo ha dovuto redigere un nuovo testo, ed indire una apposita Assemblea per la sua approvazione da parte dei soci, provvedere alla sua registrazione presso l'Agenzia delle Entrate e infine inviarlo via pec all'Ufficio provinciale di controllo assieme ad altri documenti accompagnatori.

Ad ogni modo, grazie al supporto del Centro Servizi per il volontariato di Trento, adesso possiamo dire di aver compiuto tutti i passi richiesti dalla Legge del Terzo Settore ed aver completato l'iter (che poi richiederà degli interventi di aggiornamento annuali).

Senza l'iscrizione al registro nazionale ATMAR non potrebbe operare come ente di volontariato, né ricevere i finanziamenti che soci ed estimatori le destinano attraverso il 5xmille. Sono queste entrate che, assieme alle quote associative, consentono di sostenere le spese vive legate all'apertura della sede (affitto, telefono, luce, terminale Bancomat, ecc) e alle attività svolte a favore delle persone con malattie reumatologiche (affitto palestre, compensi ai professionisti, organizzazione di convegni e serate, pubblicazioni, acquisto di attrezzature per gli ambulatori reumatologici, ecc.)

Foto Daniela Casagrande

SERATE E INCONTRI

Un'importante attività di ATMAR è quella di organizzare o partecipare a serate informative, svolte in vari territori della provincia, durante le quali i medici specialisti offrono alla popolazione importanti informazioni in tema di malattie reumatologiche. Si tratta di incontri molto apprezzati dalle persone che vi partecipano, anche per la possibilità di fare domande dirette agli specialisti ed avere spiegazioni chiare ed esaurienti.

Gli incontri sono importanti anche per gli specialisti stessi, perché hanno modo di spiegare ai pazienti aspetti delle malattie reumatiche, che a volte non possono trattare come vorrebbero in ambulatorio, a causa dell'incalzare delle visite prenotate.
Nei mesi scorsi gli incontri sono stati numerosi, alcuni promossi direttamente dall'associazione, altri organizzati in collaborazione con altri enti, altri ancora in cui ATMAR è stata invitata a partecipare.
Tutti gli appuntamenti hanno consentito di presentare l'associazione, le sue finalità e le attività che promuove a favore delle persone affette da malattie reumatologiche e distribuire abbondante materiale informativo su questa classe di patologie.

PAUSA ESTIVA PER LO SPORTELLO ASCOLTO

Lo Sportello ascolto di Trento rimarrà chiuso per la pausa estiva.

Saremo nuovamente in presenza tutti i martedì, dalle 10.00 alle 12.00, a partire dal 19 settembre prossimo.

Anche quest'anno dona il 5 x 1000

Il tuo **5x1000** all'Associazione Trentina Malati Reumatici – ATMAR consente di migliorare e ampliare le iniziative promosse sul piano informativo, assistenziale e di tutela dei diritti dei malati reumatici.
Ricorda che destinare il 5x1000 a un'Associazione come ATMAR è una scelta soggettiva, che non incide sul tuo reddito, in quanto quota delle imposte comunque dovute e non è alternativa all'8x1000. Puoi decidere di destinare il 5x1000 utilizzando i seguenti modelli di dichiarazione:
• **Modello Unico Persone Fisiche, modello 730, scheda allegata alla Certificazione unica**, indicando:
Associazione Trentina Malati Reumatici
Codice fiscale 96043200227

Grazie del Tuo sostegno!

Foto Daniela Casagrande

CONSULENZA LEGALE

Tra i servizi attivati da ATMAR in favore dei propri soci, figura anche la possibilità di consultare un legale. Collabora con la nostra associazione uno Studio Legale di Trento, cui tutti gli iscritti possono rivolgersi, tramite nostro, per consulenza legale in materia di diritti assistenziali e previdenziali conseguenza delle patologie reumatiche.

Per informazioni telefonare allo 0461 260310

PER SOSTENERE

ATMAR
Associazione Trentina Malati Reumatici

COME ISCRIVERSI

Diventa socio dell'**ASSOCIAZIONE TRENTINA MALATI REUMATICI**

Codice fiscale 96043200227

Via al Torrione, 6 - 38122 TRENTO

TEL. 0461 260310

info@reumaticitrentini.it

www.reumaticitrentini.it

versando la quota associativa annuale di 20,00 euro **direttamente** presso la sede **ATMAR** di Trento, **oppure sul conto corrente** presso:

Cassa Rurale di Trento, via Belenzani 4
IBAN: IT76 N083 0401 8070 0000 7322 665
o attraverso il **Conto Corrente Postale n. 1913479 intestato a ATMAR**

VISITA IL SITO WEB

www.reumaticitrentini.it

Notiziario dell'**Associazione Trentina Malati Reumatici** – Proprietario ed Editore: **ATMAR**
Registrazione Tribunale di Trento, n. 1331 del 12 luglio 2007
e-mail: info@reumaticitrentini.it – sito web: www. reumaticitrentini. it