

Una mano alla speranza



NOTIZIARIO
ASSOCIAZIONE
TRENTINA
MALATI
REUMATICI

38

Anno XVIII
Febbraio
2025

• 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

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**
Lorenzo Leveghi, Direttore f.f.
Masen, Abdel Jaber
Giovanni Barausse
Alvise Berti
Mara Felicetti
Marco Pontalti
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
Fabiana Chistè, Tesoriera
Ione Fantini, Segretaria
Paola Mongera, Consigliera

Hanno collaborato a questo numero:
Roberto Bortolotti, Antonella Fioravanti,
Lucia Innocenti, Lorenzo Leveghi, Walter Liber,
Greta Pacini, Viviana Ravagnani

Foto
Daniela Casagrande, Trento

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

SOMMARIO

1 Editoriale

Lucia Innocenti

3 CONVEGNO ATMAR 2024

Lucia Innocenti

RELAZIONI MEDICHE

6 *Artrite: come riconoscerla?*

Viviana Ravagnani

11 *La cura dell'artrite reumatoide oggi*

Greta Pacini

15 *Terapia termale nel trattamento delle malattie reumatiche: fenomeno di costume o realtà terapeutica?*

Antonella Fioravanti

NOVITÀ ALL'U.O.C. DI REUMATOLOGIA DI TRENTO

19 *Innovare e fare rete.*

Intervista al dottor Roberto Bortolotti

Walter Liber

21 *La reumatologia di oggi? Più complessa, interdisciplinare e in continua evoluzione.*

Intervista al dottor Lorenzo Leveghi

Walter Liber

VITA ASSOCIATIVA

24 *Sportello d'ascolto*

24 *Serate e incontri*

26 *ATMAR per la scuola - Corso IPRASE*

27 *Quaderno Artrosi*

27 *Attività per la promozione della salute*

27 *Delegazione di Borgo Valsugana*

In copertina: immagine del Convegno ATMAR 2024

VOLONTARI, LA COMUNITÀ ATTIVA

Lucia Innocenti

presidente ATMAR

Cari soci,
Ben ritrovati a tutti i nostri associati, a cui rivolgo i più sinceri Auguri per l'anno appena iniziato.

Contemporaneamente al convegno d'Autunno del 23 novembre scorso, accanto alle relazioni mediche di cui troverete un ampio resoconto nelle pagine di questo Notiziario, era prevista l'elezione del nuovo Consiglio direttivo, che avrebbe dovuto guidare l'associazione per i prossimi tre anni. L'organismo tuttora in carica – composto da Fabiana Chisté, Roberta Ballista, Ione Fantini, Paola Mongera e da chi scrive - avrebbe terminato il proprio mandato alla fine del 2024.

Tuttavia, alla scadenza dei termini indicati nelle comunicazioni diffuse attraverso molteplici modalità, le candidature pervenute erano risultate inferiori ai posti da ricoprire.

L'associazione ATMAR è presente in Trentino da circa 30 anni, anni durante i quali le persone che la fondarono e successivamente chi ha proseguito il loro impegno sotto la guida di Annamaria Marchionne, si sono battute costantemente per il miglioramento delle condizioni di cura e di vita dei malati reumatologici del Trentino. Trovando talora difficoltà, ma anche degli alleati sensibili, prima di tutto tra i medici, ma anche tra le autorità sanitarie e i rappresentanti politici.

I frutti di questo impegno sono ben visibili: ricordo che adesso abbiamo una U.O.C. diretta dal dott. Roberto Bortolotti*, che vanta un organico di ben 11 specialisti; è attiva una rete di ambulatori che raggiunge molti territori; la Reumatologia trentina lavora in maniera integrata con altre specialità, quali la pediatria, la ginecologia, la dermatologia, ecc. La situazione odierna consente di offrire al paziente reumatologico trentino di ogni età la migliore presa in carico delle problematiche che la propria patologia comporta e ATMAR, come ben sanno i molti soci che ne seguono le attività fin dalla sua nascita, di tutti questi miglioramenti è stata promotrice e sostenitrice a tutti i li-

*attualmente sostituito dal dottor *Lorenzo Leveghi* alla direzione del reparto, come riferito nell'articolo presente a pag. 21 di questo numero)



velli, ricevendo anche il giusto riconoscimento per l'apporto fondamentale che l'associazione ha avuto ed ha ancora nell'ambito della sanità trentina.

Non è venuto meno l'impegno delle tante persone che via, via hanno collaborato con ATMAR in tutto questo tempo, ma ciascuno di noi deve fare i conti con le esigenze che intervengono nella propria vita. Siamo tutti arricchiti di doni, ma anche di sfide da affrontare (figli, nipoti, cambi di lavoro, ecc.) e di circostanze di cui tenere conto, quali l'età che avanza o l'aggravamento di una patologia. Tutti avvenimenti che cambiano le nostre priorità e ci portano a modificare le nostre scelte.

Chi scrive ha sentito personalmente diversi collaboratori, che sono molto dispiaciuti di non poter partecipare maggiormente alla vita di questa associazione o di non poter più dare il loro apporto, ma che non sono nelle condizioni di proseguire o di assumersi un impegno continuativo. Vista la mancanza di candidature, l'attuale Consiglio si è trovato nella necessità di portare a conoscenza dell'Assemblea dei Soci la situazione di stallo che si è venuta a creare, situazione che avrebbe potuto portare alla cessazione delle attività dell'associazione.

Ma questo avrebbe privato **la comunità trentina** di una Associazione che ha dato tanto alla collettività e che è tuttora

riconosciuta come un elemento importante nel panorama del servizio sanitario provinciale e nella vita della società tutta. Una Associazione la cui collocazione la incardina pienamente nel patrimonio del nostro territorio costituito dal volontariato in esso presente, sia come entità singola, sia per la partecipazione ad organismi più allargati, quali il Centro Servizi Volontariato, la Consulta Provinciale per la salute o altro.

Certo, anche il volontariato è cambiato molto in questi ultimi 30 anni. È cresciuto di pari passo con i mutamenti sociali e vuole oggi partecipare maggiormente alle scelte che riguardano i cittadini in tema di sanità o altro preme-ndo per essere riconosciuto come parte di diritto nella programmazione e progettazione di soluzioni per il benessere della comunità.

Ciò che non è cambiato è **lo spirito che anima il volontariato**.

Rimane sempre un volontariato attento ai bisogni degli altri, che opera con spirito solidaristico per il bene comune; che si impegna nella risoluzione di problemi che spesso colpiscono le persone più fragili della nostra società, o nella tutela di beni dell'ambiente, del patrimonio artistico e via dicendo.

Nel tempo, però, questa realtà, oggi definita "Terzo settore", ha visto anche la crescita esponenziale di regolamenti e leggi che creano una corposa cornice di norme, intervenute per regolare una materia che potrebbe prestarsi ad abusi, ma che, a volte, sembrano complicare la vita di chi si prende l'impegno di fare qualcosa per gli altri.

La conseguenza è che oggi il volontariato, pur essendo ancora animato dallo slancio spontaneo, solidaristico, che lo anima da sempre, ha anche la necessità di dotarsi di competenze maggiori rispetto al passato, oltre che di persone



disponibile a fare senza scoraggiarsi di fronte alle difficoltà che ciò comporta. Occorre ancora prima di tutto mettere in campo **la capacità di intercettare i bisogni** che nascono nella comunità, nel nostro caso i bisogni delle persone affette da malattie reumatiche, ed occorre sempre una **capacità di visione** delle strade da intraprendere, ma serve anche molta **concretezza** per connettere tutte le "buone volontà" e farle convergere verso risultati efficaci per i malati e **di valore per la comunità**.

Cosa che l'Associazione Trentina Malati Reumatici vuole continuare a fare, proprio perché è nata per accogliere e sostenere le persone affette da patologie reumatiche.

Per questo servono le persone, persone che lavorino insieme verso obiettivi comuni, e che abbiano la disponibilità di tempo per portare avanti le attività messe in campo da ATMAR. Ricordo i pilastri di tale attività: accoglienza e informazione presso lo sportello ascolto; redazione e diffusione di materiale informativo; organizzazione di serate rivolte ai cittadini dei diversi territori. E ancora: tenuta e aggiornamento del sito; partecipazione ad incontri con autorità sanitarie e istituzionali; organizzazione di corsi di attività motorie specifiche, tanto importanti per la prevenzione delle possibili complicanze delle malattie reumatiche sull'apparato locomotore, ecc.

Senza le persone che se ne facciano carico, tutto ciò, purtroppo, **rischia di sparire**.

Nel corso dell'assemblea del 23 novembre scorso ATMAR ha lanciato un appello a tutte le persone che sono nelle condizioni di farlo, ad offrire un po' del loro impegno e presentare la propria candidatura nel ruolo di volontario o in quello di membro del Consiglio direttivo. Dando anche un termine, entro la fine del mese di febbraio, in modo da poter procedere in tempi brevi al rinnovo delle cariche per il successivo triennio. Fino ad allora l'attuale Consiglio direttivo ha confermato la propria volontà di proseguire con immutato impegno.

Le tante manifestazioni di sostegno e le risposte concrete pervenute a chi scrive sono molto incoraggianti e fanno intravedere una positiva soluzione, che consentirà ad ATMAR di continuare la sua opera di **sostegno ai malati reumatici trentini** per gli anni a venire.

Lucia Innocenti
 presidente ATMAR

LA REUMATOLOGIA INCONTRA I MALATI

Lucia Innocenti
presidente ATMAR

Trento, 23 novembre 2024

Ancora una volta un folto pubblico ha seguito attentamente le relazioni presentate al Convegno d'Autunno di ATMAR, tenutosi il 23 novembre scorso a Trento, presso il Grand Hotel del capoluogo, confermando l'importanza di questo appuntamento annuale per i soci e per tutti gli interessati.

Dopo i saluti istituzionali di rito da parte delle autorità presenti, la presidente **Lucia Innocenti** ha introdotto i lavori parlando del ruolo di ATMAR nella comunità trentina, sia verso i malati reumatologici, che nella comunità intera. Nel ringraziare le con-



sigliere in carica e i volontari per il loro prezioso lavoro, la presidente ha ricordato la necessità vitale per una Associazione quale è ATMAR, di avere un ricambio tra le persone che si dedicano alle attività di volontariato e/o che sono impegnate nell'organismo di direzione (il Consiglio direttivo). La scadenza elettorale è stata rimandata ad aprile, a seguito di decisione dell'Assemblea dei Soci, ma, come ha ricordato anche la presidente onoraria **Annamaria Marchionne**, per il cammino fin qui fatto da ATMAR, per la sua storia trentennale e per le tantissime iniziative e attività tuttora in campo, la mancanza di una Associazione come la nostra priverebbe la sanità trentina di un baluardo per la salvaguardia dei diritti dei malati reumatologici del nostro territorio.

Per un approfondimento si veda l'editoriale in apertura di questo stesso numero, nonché gli interventi della presidente in carica e della presidente onoraria pubblicati sul sito.





Ma entriamo nel vivo del convegno. Coordinati dal dott. Roberto Bortolotti, direttore dell'U.O.C. di Reumatologia (anche dell'intervento preliminare del dott. Bortolotti si trova registrazione sul sito), i lavori del convegno si sono aperti con la relazione della dott.ssa **Greta Pacini**, medico reumatologo dell'unità operativa di reumatologia del Santa Chiara di Trento, che ha concentrato il suo intervento sullo stato attuale della **cura dell'artrite reumatoide**. Una malattia reumatologica autoimmune che interessa non soltanto le articolazioni ma anche una serie di

organi e tessuti extra-articolari, causando un interessamento multisistemico dell'organismo e per la cura della quale è necessario un attento intervento farmacologico, ma anche una presa in carico del paziente nel suo complesso. Educando la persona ad uno stile di vita equilibrato, si possono prevenire le complicanze e la disabilità a lungo termine che





potrebbero accompagnare questa malattia. La relazione della dott.ssa Pacini è pubblicata in questo numero del Notiziario e ad essa si rimanda per l'approfondimento del caso.

La dott.ssa **Viviana Ravagnani** ha sviluppato il tema della sua relazione – **Artrite: come riconoscerla?** – partendo da un sintomo, il dolore, comune

a molte malattie reumatologiche, ma presente anche in altre manifestazioni patologiche, soprattutto in quelle del sistema muscoloscheletrico, che sono moltissime, e che non sono tutte malattie dello spettro reumatico.

Il medico che visita il paziente deve valutare la sua storia clinica e fargli eseguire degli approfondimenti in grado di orientare la diagnosi il più precocemente possibile. La relazione della specialista è anch'essa pubblicata sul presente Notiziario e la registrazione della sua esposizione è presente sul sito.

Esponendo il tema della **terapia termale nel trattamento delle malattie reumatiche** la dott.ssa **Antonella Fioravanti** ha illustrato i risultati di alcuni studi scientifici sull'approccio termale in diverse forme patologiche, reumatiche e non. La relatrice ha messo in luce il fatto che le terapie termali devono essere inserite in un programma terapeutico e non considerate un'alternativa agli altri interventi di tipo farmacologico. Si veda la sua relazione nel Notiziario e la registrazione completa del suo intervento al convegno.



ARTRITE: COME RICONOSCERLA?

Dott.ssa **Viviana Ravagnani**
Specialista reumatologa,
U.O.C. Reumatologia, Ospedale Santa
Chiara, Trento

L'artrite può colpire una persona in qualsiasi fase della vita, dall'infanzia, all'età adulta, alla terza età. Si tratta di un sintomo e non di una malattia. È una delle possibili manifestazioni di un reumatismo, termine con cui ci si riferisce comunemente ad una malattia reumatica. Reumatismo deriva da ῥεῦμα, parola già presente negli scritti dei primi poeti e filosofi dell'antica Grecia, con il significato di «scorrimento, flusso».

Il termine aveva un significato patogenetico, ovvero intendeva riferirsi a fattori tuttora in parte sconosciuti, che fanno parte del meccanismo di una malattia (= patogenesi) e che fin dall'antichità si intuiva che scorressero e si diffondessero in tutto l'organismo (ad esempio attraverso il sangue). Perciò l'artrite è la mani-



festazione di un processo più ampio, che coinvolge tutto il resto del corpo. Le artriti sono infatti malattie che definiamo "sistemiche", ovvero che coinvolgono tutto l'organismo, anche quando riguardano una sola articolazione.

La persona che sviluppa un'artrite può quindi essere chiunque ed il primo sintomo che si percepisce è di solito un dolore a livello dell'apparato muscoloscheletrico, ovvero a livello di una mano, di un ginocchio, di un gomito, del bacino, della colonna vertebrale o di altre strutture analoghe.

L'apparato muscolo-scheletrico è la parte del nostro corpo che si è sviluppata per garantirci il movimento, ovvero un rapporto dinamico con l'ambiente, permettendoci di procurarci il cibo, di trovare un riparo, di allontanarci dai pericoli, di riprodurci, ovvero, in altri termini, di avere una normale vita lavorativa, sociale ed affettiva. Una persona con l'artrite avverte limitazioni sempre più forti, nel condurre la vita di tutti i giorni. La minaccia alla propria autonomia, oltre al grado di sofferenza fisica, comporta anche uno stato di preoccupazione ed ansia relativa al proprio presente ed al proprio futuro.

Le malattie del sistema muscoloscheletrico sono moltissime. Non tutte sono malattie reumatiche e non tutte vengono curate dal Reumatologo. Altre malattie sono trattate da altri

ARTRITE

CHI PUO' AVERLA? CHE COSA E'?

- da dove parte?
- da quali tessuti/organi del mio corpo?

→ IN CHI E CHE COSA DEVO RICONOSCERE?





DEFINIZIONE DI MALATTIA REUMATICA

Reumatismo deriva da **ῥεῦμα**, parola già presente negli scritti dei primi poeti e filosofi dell'antica Grecia con il significato di "scorrimento, **flusso**".

Il termine aveva un **significato patogenetico**, riferendosi a sconosciuti fattori patogeni, che **scorrendo in tutto l'organismo** fossero responsabili delle varie malattie reumatiche

(Ippocrate descrisse il Reumatismo Articolare Acuto e la gotta che chiamava «podagra»)

specialisti, tra cui principalmente l'Ortopedico, il Chirurgo della mano, il Fisiatra, il Neurologo, l'Endocrinologo.

Se i tipi di malattie del sistema muscoloscheletrico sono centinaia, i tipi di dolore che possiamo avvertire a questo livello sono tre: nocicettivo, neuropatico e nociplastico.

Il Reumatologo, attraverso una buona raccolta della storia clinica del paziente ed un esame clinico, può già orientarsi bene sul tipo di problema e sulle sue possibili conseguenze.

Per semplificare il percorso del paziente, che necessita di un accesso rapido al Reumatologo ed evitare accessi ridondanti ad un sistema sanitario con risorse non infinite, è auspicabile che la sensibilità della popolazione generale in tema di artrite e malattie Reumatiche si affini.

Il tipo di dolore percepito a livello dell'articolazione malata è quello nocicettivo, ovvero determinato dalla rilevazione di tessuti rovinati o infiammati da parte di fibre nervose

specializzate (presenti in tutto il corpo). Queste fibre nervose trasmettono l'informazione dolorosa sotto forma di potenziale elettrico lungo i nervi, fino al cervello. Il dolore serve



ad avvertirci di un pericolo, perché ce ne discostiamo. Il dolore nocicettivo è in genere un dolore localizzato, ovvero riferito ad un punto particolare del corpo (es: un polso, un ginocchio), descritto come una fitta o un dolore pungente o trafittivo, costante e coerente nella relazione tra stimolo e risposta, ovvero aumenta con la pressione della parte dolorosa o con movimenti di un certo tipo o in una determinata direzione.

Questo dolore è diverso dal dolore neuropatico e dal dolore nociplastico, anche se nel singolo paziente, la situazione può essere di tipo misto, pertanto più complessa, coinvolgendo anche altre strutture e situazioni. Quindi in alcuni pazienti potremmo rilevare non solo un dolore puramente nocicettivo, ma anche gli altri due tipi di dolore.

Sta al Reumatologo trovare nella storia del singolo paziente (che è unica ed irripetibile, come lo è ogni individuo) il filo di Arianna, per districarsi da un labirinto in cui il dolore può essere un groviglio di cause interconnesse, che vanno dipanate ad una ad una e che talvolta hanno più nomi e più cure e di cui solo una può essere una malattia Reumatica.

Una volta individuato un possibile dolore nocicettivo, a livello di una o più articolazioni, la seconda cruciale distinzione ed in generale la più semplice da applicare anche per i non addetti ai lavori è la distinzione tra dolore meccanico e dolore infiammatorio, che significa cercare di distinguere un problema articolare o tendineo dovuto ad usura, degenerazione o consumo dei tessuti (ad esempio un'artrosi) da un problema

articolare o tendineo infiammatorio (un'artrite), pertanto causato da quei fattori immunologici o metabolici che già i medici dell'antichità avevano intuito come parte di un problema sistemico.

A livello articolare si potrebbe paragonare un'artrosi al Colosseo, che col tempo e gli eventi atmosferici si usura lentamente, si modifica, si consuma freddamente, mentre un'artrite è paragonabile ad un evento più rapido e distruttivo come Nerone che incendia Roma.

L'artrite è infatti paragonabile ad un incendio all'interno di un'articolazione.

È un'infiammazione, che può venire da numerose cause a monte, in genere immunologiche o metaboliche,

PATOLOGIA DELL' ARTICOLAZIONE

sintomi e segni distintivi delle malattie reumatiche articolari

- **Dolore**
 - Infiammatorio: continuo, spesso notturno, prime ore del mattino, risvegli notturni
 - Artrosico: da carico o da overuse, scompare a riposo
- **Rigidità**: difficoltà al movimento dopo il riposo o il risveglio (*mani di gomma, colonna di legno, ginocchia dure*), si sbloccano dopo il movimento (1-2 ore o più), tipico dell'Artrite Reumatoide. Artrosi ha rigidità mattutina di breve durata (minuti).
- **Calore** (cfr con l'arto controlaterale)
- **Arrossamento / eritema**: alcune artriti sono rosse (microcristalli), altre no (AR)
- **Deficit funzionale**: riduzione della mobilità
- **Deformità articolare**
- **Dolorabilità** alla palpazione
- **Scrosci articolari**
- **Miglioramento con alta** (artrosi) o bassa temperatura (artrite)

PATOLOGIA DELL' ARTICOLAZIONE

ARTROSI

Alterazione degenerativa della cartilagine con lievissima infiammazione (inizia dalla cartilagine)

Fattori scatenanti / cause

- **Post traumatica**
- **Da overuse** (stare sempre in piedi con carichi eccessivi: ginocchia ed anche; lavori ripetitivi con le mani: rizoartrosi).
- **Alterazioni congenite** (ad es: delle art. coxo-femorali, favoriscono le alterazioni prima della cartilagine e poi dell'osso subcondrale)

ARTRITE

Alterazione infiammatoria dell'articolazione (inizia dalla membrana sinoviale) o di alcune altre strutture articolari (borse, guaine tendinee o entesi)

Fattori scatenanti /cause

- Una combinazione di fattori genetici (In genere codificanti per proteine del sistema immunitario) ed ambientali (antigeni trigger) nelle artriti immunomediate
- Ingresso di germi nell'articolazione, che normalmente è sterile → pus
- Precipitazione di microcristalli nell'articolazione (ad es. gotta), sono molto irritanti e causano una flogosi intensa, simile a quella dei batteri.

PATOLOGIA DELL'ARTICOLAZIONE

<p>• ARTROSI</p> <p>Degenerazione (usura)</p> <p>Età avanzata</p> <p>Cartilagine</p> <p>Sintomi meccanici (peggiorano con il movimento, migliorano con i riposi, diurni)</p> <p>Causa locale</p> <p>Cura locale</p>	<p>• ARTRITE</p> <p>Infiammazione</p> <p>Qualunque età</p> <p>Membrana sinoviale</p> <p>Sintomi infiammatori (costanti, presenti a riposo, più intensi di notte, rigidità prolungata al risveglio)</p> <p>Causa sistemica</p> <p>Cura sistemica (os, sc, ev)</p>
--	---

ma anche infettive e meno frequentemente neoplastiche.

In entrambi i casi il dolore è cronico, ovvero durevole, a meno che non lo curiamo. Però nell'articolazione infiammata, il dolore tende a persistere, ad essere costante, non si modifica con il riposo, al contrario è più forte di notte e nelle prime ore del mattino, quando viene meno il cortisolo, che il nostro corpo normalmente produce. Spesso può migliorare col movimento, si accompagna a rigidità alla ripresa del movimento, presente soprattutto al mattino, della durata superiore a 30 minuti. Il gonfiore dell'articolazione infiammata, ma soprattutto il suo calore, sono segni riferibili ad un'infiammazione. Se fossero presenti sempre contemporaneamente a livello di un'articolazione i quattro classici pilastri dell'infiammazione (dolore, rossore, calore e tumefazione) sarebbe semplice definire che il paziente è

CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE REUMATICHE

SOCIETÀ ITALIANA DI REUMATOLOGIA 2019

INFIAMMATORIE ARTICOLARI E PERIARTICOLARI

- Artriti immunomediate
 - Artrite Reumatoide
 - Spondiloentesoartriti (psoriasica, reattiva, spondilite anchilosante, enteroartriti, Spondiloartrite indifferenziata)
 - Artrite idiopatica giovanile
- Polimialgia Reumatica
- RS3PE

MALATTIE GENETICHE DEL TESSUTO

CONNETTIVO: Marfan, Ehlers-Danlos (iper mobilità articolare), Osteogenesi Imperfetta.

NEOPLASIE SINOVIALI

MALATTIE AUTOINFIAMMATORIE:

m. di Still, FMF, TRAPS, MKD, PFAPA, SAPHO, CMRO

CONNETTIVITI E VASCULITI

- LES, sclerodermia, miopatie, sdr Sjogren, sdr overlap, UCTD, PAPS
- Vasculiti dei grandi vasi, dei vasi di medio calibro, di piccolo calibro

INFETTIVE: Artriti settiche, artriti e spondilodisciti batteriche, artriti virali, fungine, parassitarie

POST INFETTIVE: RAA, post- Streptococciche

DA MICROCRISTALLI: Gotta, CPPD, idrossiapatite

ARTROSI

SDR DOLOROSE EXTRARTICOLARI: diffuse (fibromialgia), localizzate (sdr miofasciali, borsiti tendiniti, altre sdr dolorose locoregionali).

SDR NEUROLOGICHE E NEUROVASCOLARI: neuropatie da compressione (sdr canalicolari periferiche, del rachide, stretto toracico), fenomeno di Raynaud.

MALATTIE DELL'OSSO: osteoporosi, osteomalacia, Paget, Algodistrofia, Osteiti

MISCELLANEA: DISH, panniculiti, malattia IGG4 relata, policondrite ricorrente, sdr di Tietze.

PREVENZIONE IN REUMATOLOGIA: E' POSSIBILE?

NO FUMO

NO ESPOSIZIONE AL SOLE SENZA FILTRI SOLARI 50+

SI MICROBIOTA INTESTINALE

SI ATTIVITA' FISICA

SI DIETA MEDITERRANEA

affetto da artrite. Quando questo non è possibile, si ricorre ad altri strumenti, che possono dare informazioni utili, come l'ecografia articolare e la radiografia, mentre gli esami di laboratorio possono aiutare ad individuare cause sistemiche, ma non escludono la presenza di un'artrite, se fossero negativi.

Il dolore meccanico, tipico dell'articolazione con artrosi, è un dolore provocato dall'uso dell'articolazione stessa e che scompare o diminuisce a riposo, peggiora sovraccaricando la parte, può essere associato a gonfiore nelle fasi più avanzate della degenerazione articolare, ma non a calore, né a rigidità mattutina prolungata.

In conclusione, pur nella complessità delle malattie reumatiche, riconoscere correttamente le caratteristiche del dolore è fondamentale nell'individuare un'artrite al fine di intraprendere un adeguato percorso di cura.

LA CURA DELL'ARTRITE REUMATOIDE OGGI

Dott.ssa **Greta Pacini**

Specialista in reumatologia, ambulatori territoriali APSS di Trento

L'artrite reumatoide è una malattia reumatologica autoimmune che interessa non soltanto le articolazioni ma anche una serie di organi e tessuti extra-articolari, causando un interessamento multisistemico dell'organismo. I pazienti con artrite reumatoide possono sviluppare nel corso della vita complicanze a livello del sistema cardiovascolare, delle vie respiratorie, del sistema muscoloscheletrico ed endocrino, nonché un'aumentata suscettibilità alle infezioni, sia per interessamento diretto della malattia che per azione della terapia immunosoppressiva utilizzata.

Parlare di *cura* dell'artrite reumatoide significa quindi affrontare un concetto ampio che non si esaurisce soltanto nella terapia farmacologica ma che affronta questa malattia nella sua complessità.

Terapia reumatologica

La terapia reumatologica è basata sull'utilizzo di farmaci che contrastano i meccanismi patogenetici implicati nell'insorgenza e mantenimento dell'artrite reumatoide.

Il principio fondamentale della terapia reumatologica è il cosiddetto *treat-to-target*. In sostanza questo significa stabilire l'obiettivo da raggiungere e la tempistica entro quale raggiungerlo: se l'obiettivo è raggiunto nei tempi stabiliti la terapia viene continuata, se questo non accade



la terapia è considerata inefficace e deve essere modificata.

Il grande armamentario terapeutico a disposizione nell'artrite reumatoide permette di essere molto ambiziosi nella definizione dell'obiettivo, definito dalle Linee Guida Internazionali come raggiungimento di remissione di malattia (ovvero assenza di segni e sintomi di infiammazione articolare) entro sei mesi dall'avvio della terapia.

I farmaci ad oggi a disposizione per l'artrite reumatoide sono i seguenti:

- *DMARDs convenzionali* (methotrexate, leflunomide, sulfasalazina, idrossiclorochina): i primi farmaci

Tabella 1. DMARDs biologici

Farmaco	Target	Modo di Somministrazione (dose)
Anti-TNFa		
adalimumab	TNFa	sc (40 mg/2 sett)
etanercept	TNFa	sc (50 mg/sett)
golimumab	TNFa	ev (2 mg/kg 0-4 sett poi /8sett); sc (50 mg/4 sett)
infliximab	TNFa	ev (3 mg/kg 0-2-6 sett poi /8sett); sc (120 mg/2 sett)
certolizumab	TNFa	sc (400 mg 0-2-4 sett poi 200 mg/2 sett)
Anti-IL-6		
tocilizumab	IL-6 R	ev (4-8 mg/kg/4 sett); sc 162 mg/sett
sarilumab	IL-6 R	sc (150-200 mg/2 sett)
Anti-IL-1		
anakinra	IL-1b	sc (100 mg/die)
Anti-B cells		
rituximab	CD20	ev (1-2 g/6 mesi)
Anti-costimolazione T cells		
abatacept	CD80-CD86	ev (500-1000 mg 0-2-4 sett poi /4 sett); sc 125 mg/sett

CD, cluster of differentiation; DMARDs, Disease modifying antirheumatic drugs; ev, endovena; IL, interleuchina; TNFa, Tumor necrosis factor alpha; sc, sottocute.

storicamente utilizzati; come gli altri DMARDs hanno un'azione efficace nel contrastare i meccanismi patogenetici di malattia;

- *DMARDs biologici* (Tabella 1): grande categoria di farmaci biotecnologici che interferiscono con specifici pathway citochinici e molecolari coinvolti nell'artrite;
- *JAK-inibitori* (Tabella 2): piccole molecole che interferiscono con il pathway JAK-STAT.

Come regola generale, i primi farmaci che si utilizzano al momento della diagnosi di artrite reumatoide sono i DMARDs convenzionali. Al fallimento di questi si passerà all'utilizzo di DMARDs biologici o JAK-inibitori, sele-

zionando il farmaco in base alle caratteristiche di malattia, alle comorbidità e fattori di rischio associati e alla decisione condivisa tra medico e paziente.

È importante ricordare infine che i glucocorticoidi non vanno intesi come veri e propri farmaci dell'artrite ma piuttosto come terapia 'a ponte', utilizzata per spegnere l'infiammazione e controllare il dolore in fase acuta. È raccomandato ridurre al minimo o meglio sospendere questi farmaci quanto prima dal momento che l'utilizzo di dosi > 5 mg/die di prednisone (o equivalenti) per > 3 mesi causa i principali effetti collaterali (sindrome metabolica, rischio infettivo, osteoporosi ecc.).

Tabella 2. JAK-inibitori

Farmaco	Target	Modo di Somministrazione (dose)
tofacitinib	JAK 1,2,3	orale (10 mg/die)
baricitinib	JAK 1,2	orale (2-4 mg/die)
upadacitinib	JAK 1,2	orale (15 mg/die)
filgotinib	JAK 1	orale (200 mg/die)



Terapia non reumatologica

La terapia non reumatologica comprende una vasta categoria di farmaci utilizzati in condizioni associate all'artrite. Ha una utilità indipendente e complementare alla terapia reumatologica e deve essere correttamente gestita in associazione a quest'ultima.

- Terapia del dolore: su componente articolare (farmaci analgesici, oppioidi, antinfiammatori) ed extra-articolare (miorilassanti, antidepressivi, anticonvulsivanti);
- Terapia cardiologica: antipertensivi, antidiabetici, ipolipemizzanti ecc.;
- Terapia osteoprotettiva: supplementazione di calcio, vitamina D, antirassorbitivi ossei;
- Terapie fisiche: fisiokinesiterapia, agopuntura, cure termali ecc.

Screening comorbidità

Nel 2016 la Società Europea di Reumatologia ha pubblicato le Linee Guida per lo screening, la prevenzione ed il monitoraggio delle comorbidità in pazienti affetti da patologie reumatologiche infiammatorie, identificando sei domini fondamentali che sono sempre da indagare in questi pazienti.

1. Rischio cardiovascolare

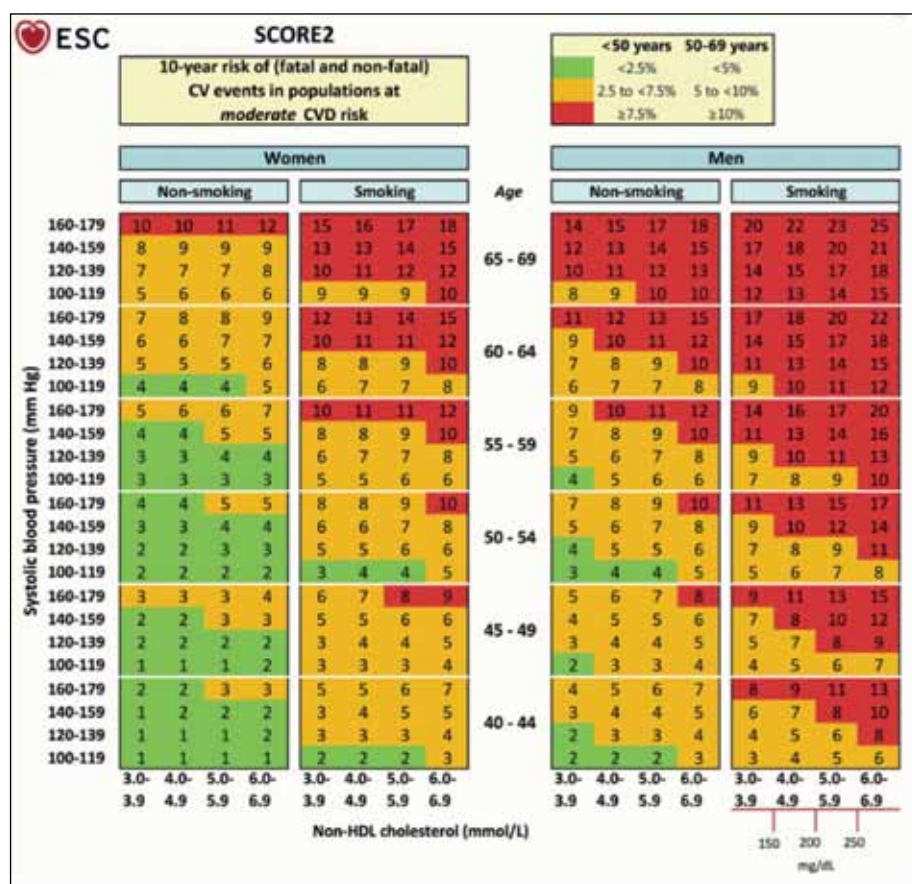
I pazienti affetti con artrite reumatoide hanno un rischio cardiovascolare aumentato rispetto alla popolazione generale. Per comprendere la portata di questo rischio si fa riferimento alle carte del rischio cardiovascolare (Figura 1), utilizzate per stimare il rischio di sviluppare un evento cardiovascolare a 10 anni in base a caratteristiche modificabili (pressione arteriosa, livelli di colesterolo, fumo) e non modi-

ficabili (paese di residenza, età, sesso). Le Linee Guida Reumatologiche hanno stabilito che nel paziente con artrite reumatoide questa percentuale di rischio si debba ulteriormente moltiplicare per 1.5 (quindi sia una volta e mezzo più alta rispetto a chi non ha l'artrite).

È importante ricordare che:

- l'elevata attività dell'artrite e l'utilizzo cronico di glucocorticoidi aumentano il rischio cardiovascolare;
- uno stile di vita corretto (dieta, attività fisica, abolizione del fumo) riduce notevolmente il rischio;
- la corretta gestione delle comorbidità (ipertensione arteriosa, dislipidemia ecc.) riduce il rischio;
- è raccomandato uno screening del profilo glico-lipidico, della funzione tiroidea, dell'uricemia annuale, oltre ad altri esami specifici in base al profilo di rischio individuale.

Figura 1. Carta del rischio SCORE2 per popolazione residente in Europa (moderato rischio cardiovascolare)



2. Neoplasie

I pazienti con artrite reumatoide hanno un rischio più elevato di sviluppare neoplasie rispetto alla popolazione generale. Questo rischio è per la maggior parte legato alla storia naturale dell'artrite e nello specifico all'elevata attività di malattia piuttosto che alla terapia immunosoppressiva utilizzata.

In tutti i pazienti con artrite reumatoide sono raccomandati:

- un'anamnesi accurata sulla storia personale e familiare di neoplasie e su fattori di rischio personale (es. malattie infiammatorie intestinali);
- procedure di screening regolari (mammografia, PAP test, visita dermatologica, sangue occulto, colonscopia).

3. Infezioni

I pazienti con artrite reumatoide hanno una maggior suscettibilità alle infezioni dovuta sia ai meccanismi legati alla malattia sia alla terapia immunosoppressiva utilizzata.

La gestione del rischio infettivo implica da un lato lo screening infettivo preliminare all'avvio della terapia immunosoppressiva (revisione di fattori di rischio individuali, screening relativi ad epatite B e C e tubercolosi, dall'altro la corretta gestione e prevenzione delle infezioni.

Riguardo alla prevenzione, sono state recentemente pubblicate le Linee Guida della Società Italiana di Reumatologia sulle vaccinazioni in pazienti affetti da malattie reumatologiche autoimmuni (Figura 2).

4. Rischio gastrointestinale

Con rischio gastrointestinale si fa particolare riferimento al rischio di complicanze gastriche come gastrite ed ulcera peptica.

In tutti i pazienti con artrite reumatoide sono raccomandati:

- un'anamnesi dettagliata su precedenti di ulcera peptica documentata in gastroscopia;
- la revisione dei principali fattori di rischio associati a tale complicanza (età >65 anni, infezione da *Helicobacter pylori*, utilizzo di aspirina, antinfiammatori, glucocorticoidi, anticoagulanti) e la documentazione su utilizzo di terapia gastroprotettiva.

Figura 2. Vaccinazioni raccomandate in pazienti con malattie reumatologiche autoimmuni (Linee Guida Società Italiana di Reumatologia)

VACCINI INATTIVATI
Antinfluenzale <ul style="list-style-type: none"> tutti i pazienti >65 anni tutti i pazienti tra 18 e 65 anni in immunosoppressore
Anti-pneumococcica <ul style="list-style-type: none"> tutti i pazienti in immunosoppressore
Anti Herpes Zoster (ricombinante adiuvato) <ul style="list-style-type: none"> tutti i pazienti >18 anni in immunosoppressore
Somministrare indipendentemente da attività malattia Possibile co-somministrazione

5. Osteoporosi

Nei pazienti con artrite reumatoide il rischio di osteoporosi è notevolmente aumentato rispetto alla popolazione generale per effetto di fattori di rischio tradizionali (età, menopausa, sesso ecc.) e fattori specifici legati all'artrite (infiammazione cronica, immobilità, terapia steroidea).

In questi pazienti sono raccomandati:

- una revisione dei fattori di rischio individuali, anche non legati all'artrite;
- la promozione di attività fisica regolare e di una dieta mediterranea;
- la correzione di deficit di calcio e vitamina D e la terapia osteometabolica quando raccomandata;
- lo screening regolare con esami di laboratorio e di imaging (densitometria, radiografia del rachide).

6. Depressione

Il benessere psicologico è spesso compromesso nei pazienti affetti da artrite reumatoide, in linea con quanto succede in altre malattie croniche

che causano dolore e disabilità ed impattano notevolmente su vita quotidiana, attività motoria e prestazioni lavorative dei pazienti. È fondamentale quindi un approccio multidisciplinare che possa indirizzare il paziente verso figure professionali e strutture di supporto che sappiano gestire non soltanto la terapia farmacologica a volte necessaria, ma soprattutto un percorso individualizzato psicoterapeutico e di cura globale.

Stile di vita e dieta

Un aspetto fondamentale nella cura dell'artrite reumatoide è lo stile di vita, ovvero l'insieme di atteggiamenti e abitudini quotidiane quali la dieta e l'attività fisica che si sono dimostrate di fondamentale importanza nel definire l'andamento di malattia.

1. Attività fisica

Ci sono ormai evidenze incontrovertibili sull'azione fondamentale dell'attività fisica nel miglioramento dell'outcome globale dei pazienti affetti da artrite. Un'attività fisica regolare e bilanciata secondo le capacità funzio-

nali del singolo paziente è infatti utile non solo nel recupero funzionale e nella prevenzione del rischio cardiovascolare (come detto più elevato in questi pazienti), ma anche nella miglior gestione del dolore articolare ed extra-articolare che spesso impatta negativamente sulla vita quotidiana.

2. Dieta

La dieta è un capitolo di fondamentale importanza e deve essere intesa come parte integrante della cura dell'artrite reumatoide e in generale delle malattie infiammatorie croniche. Purtroppo, in relazione a questo argomento ci sono spesso notizie confondenti e talvolta con basi poco solide, cosa che rende fondamentale l'educazione del paziente da parte del Medico Curante e del Reumatologo.

Sebbene questo argomento meriterebbe una trattazione a parte, basti ricordare che la sola dieta che ha dimostrato effetti benefici sull'andamento delle malattie reumatologiche infiammatorie è la dieta mediterranea, che favorisce l'utilizzo di cereali integrali non raffinati, legumi, olio di oliva, frutta e verdura, limitando l'utilizzo di carni animali, alimenti ad alto indice glicemico e ricchi in acidi grassi saturi. L'adeguamento delle abitudini alimentari secondo questi semplici principi della nostra dieta mediterranea è un gesto di cura a cui tutti i pazienti affetti da queste patologie dovrebbero essere educati e stimolati.

In conclusione, curare l'artrite reumatoide oggi significa conoscere e gestire correttamente il vasto armamentario farmacologico a disposizione, ma anche e soprattutto occuparsi del paziente nel complesso educandolo ad uno stile di vita equilibrato che possa prevenire le complicanze e la disabilità a lungo termine.

TERAPIA TERMALNE NEL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE REUMATICHE: FENOMENO DI COSTUME O REALTÀ TERAPEUTICA

Dott.ssa **Antonella Fioravanti**

Reumatologa, presidente di OMTh (Organizzazione Mondiale del Termalismo), vicepresidente di ISMH (Internazional Society of Medical Hydrology and Climatology)

L'impiego delle cure termali ha sempre riscosso un notevole successo nel trattamento di alcune malattie reumatiche, come dimostra l'alta percentuale di pazienti reumatologici che accedono a tali pratiche terapeutiche. Gli scopi del termalismo rimangono quelli classici e si configurano nella prevenzione, nella terapia e nella riabilitazione di ben definite patologie articolari.

Facendo tesoro della tradizione e dell'esperienza quotidiana, e soprattutto delle recenti verifiche scientifiche, si può affermare che le affezioni reumatiche nella quali le cure termali trovano un'elettiva indicazione sono rappresentate dall'osteoartrosi primaria e secondaria in tutte le sue localizzazioni e dai reumatismi extra-articolari, come la sindrome fibromialgica primaria.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale include entrambe queste affezioni nell'elenco delle patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali (Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1994 e successive modifiche) e quindi tali terapie vengono erogate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

In un'epoca di Medicina basata sull'evidenza è tuttavia necessario valuta-



re le "prove" scientifiche in grado di supportare il ricorso a tali pratiche terapeutiche. In tale ottica, analizzeremo in questa sede i dati relativi al meccanismo d'azione, al profilo di efficacia e tollerabilità dimostrato dai mezzi di cura termali nel trattamento dell'osteoartrosi e della sindrome fibromialgica.

Meccanismi d'azione della terapia termale

I meccanismi d'azione attraverso i quali i mezzi di cura termali esplicano i loro benefici effetti nel trattamento delle affezioni reumatiche non sono ancora oggi completamente conosciuti e sono ascrivibili a complessi e combinati effetti di natura meccanica, fisica, chimica e microbiologica.

Gli stimoli meccanici e termici agiscono favorevolmente sul tono muscolare, sulla mobilità articolare e sulla sintomatologia dolorosa (Figura 1).

Lo stress termico induce inoltre una serie di reazioni neuroendocrine, con aumento dei livelli circolanti di ACTH, di prolattina, delle gonadotropine e di peptidi oppioidi (endorfina, enkefalina). L'aumento della beta-endorfina rappresenta uno dei fattori determinanti dell'azione analgesica e miorelaxante indotte dalla fangobalneoterapia.

Studi recenti hanno inoltre evidenziato in pazienti affetti da osteoartrosi o fibromialgia sottoposti a fango e/o balneoterapia una riduzione dei livelli circolanti dei mediatori dell'infiammazione come la Prostaglandina E2 e il Leucotriene B4 e delle citochine come l'Interleuchina-1, l'Interleuchina 6, 8 e il Tumor Necrosis Factor alfa (TNF-alfa).

La fangobalneoterapia possiede inoltre la capacità di ristabilire un corretto equilibrio del sistema ossidante/antiossidante, riducendo la produzione di radicali liberi dell'ossigeno e aumentando l'attività delle sostanze ad attività antiossidante.

Il trattamento termale è inoltre in grado di regolare la secrezione delle adipochine, sostanze prodotte dal tessuto adiposo e dotate di un'attività regolatoria sull'infiammazione, sull'immunità e sul metabolismo osseo e cartilagineo.

L'aspetto sicuramente oggi di maggior interesse è rappresentato dalla

Fig.1: Gli stimoli meccanici e termici agiscono favorevolmente sul tono muscolare e sulla sintomatologia dolorosa, interrompendo il circolo vizioso dolore-contrattura muscolare-dolore caratteristico di molte affezioni reumatologiche
*FBT:fangobalneoterapia



climatiche e ambientali delle stazioni termali così come il riposo e l'allontanamento dagli stress quotidiani.

Efficacia clinica delle terapie termali nell'osteartrosi

L'impiego della terapia termale nel trattamento di questa patologia vanta antichissime tradizioni e i grandi progressi compiuti dalla farmacologia in questo settore non hanno sostanzialmente svilito il ruolo del termalismo, che rappresenta ancora oggi un valido ausilio da affiancare alle terapie mediche.

tipizzazione, tramite sofisticate tecniche di laboratorio, dello specifico microbioma presente nelle diverse acque termali.

Il successivo passo è stato quello di ottenere dei lisati di tali popolazioni batteriche da utilizzare su colture cel-

lulari dimostrandone l'attività antiinfiammatoria, antiossidante, immunomodulante e rigenerativa.

Tra gli effetti benefici delle terapie termali è opportuno infine considerare anche le particolari condizioni

Nel trattamento dell'osteartrosi, primitiva o secondaria, nelle sue varie localizzazioni, i mezzi di cura termali



a nostra disposizione (fanghi, bagni, grotte) possono essere utilizzati secondo varie modalità di applicazione, la cui scelta sarà dettata dalle età e dalle precise necessità del paziente, dalla presenza di eventuali patologie associate, dal numero delle sedi articolari interessate e dal grado di limitazione funzionale presente.

Gli studi clinici controllati hanno chiaramente dimostrato l'effetto analgesico, il miglioramento delle prestazioni funzionali con possibilità di recupero delle funzioni perse e della qualità di vita in pazienti con osteoartrosi sottoposti ad un ciclo di fangobalneoterapia. A tali evidenze fa riscontro una riduzione del consumo di farmaci sintomatici, analgesici ed antiinfiammatori, particolarmente importante per i possibili effetti collaterali legati alla loro assunzione soprattutto nel paziente anziano, con varie patologie associate e in trattamento polifarmacologico. Un altro aspetto particolarmente interessante è rappresentato dalla persistenza nel tempo dell'efficacia clinica, fino a 6 mesi dopo il termine del ciclo di fango e/o balneoterapia (Figura 2).

Dall'analisi dei vari lavori pubblicati emerge una risposta diversa in termini di efficacia a seconda delle localizzazioni della malattia. In linea generale, i migliori risultati si ottengono nelle forme poliarticolari, nella genesi delle quali intervengono spesso fattori di ordine metabolico (alterazioni del metabolismo lipidico o glucidico) passibili di correzione attraverso il mezzo di cura termale, nella osteoartrosi a carico del ginocchio, della mano e della colonna vertebrale. Nella osteoartrosi dell'anca, la terapia termale è efficace nelle fasi iniziali, o dopo intervento di protesizzazione, soprattutto se associata ad un idoneo trattamento riabilitativo in acqua.



Fig. 2: Efficacia clinica della terapia termale nell'osteoartrosi

Efficacia clinica delle terapie termali nella sindrome fibromialgica primaria

La sindrome fibromialgica è una complessa affezione caratterizzata dalla persistenza di dolore muscolo scheletrico diffuso, associato ad astenia, disturbi del sonno, cefalea, colon irritabile, ansia e/o depressione. Gli studi epidemiologici riportano una prevalenza variabile nella popolazione generale dall'1 al 5% con incidenza 6 volte più alta nella donna rispetto all'uomo.

L'associazione del dolore cronico, ad una serie quanto mai variegata di sintomi generali ha un notevole impatto sulla qualità di vita di questi pazienti. La sintomatologia algica, le limitazioni funzionali, rappresentano una causa frequente di assenze lavorative, ricorso a consulti medici e trattamenti tradizionali o alternativi con gravi ripercussioni anche sul piano dei costi assistenziali diretti e indiretti.

Date le scarse conoscenze sull'eziopatogenesi della sindrome, allo stato attuale non esiste alcuna terapia farmacologica specifica per tale malattia; le più recenti linee guida internazionali raccomandano un programma terapeutico articolato di tipo multi-

disciplinare e multimodale con una appropriata combinazione di terapie farmacologiche e non. Nell'ambito dei trattamenti non farmacologici le linee guida EULAR pubblicate nel 2017 e le linee guida della Società Italiana di Reumatologia del 2021 raccomandano anche l'utilizzo della terapia termale.

Negli ultimi anni sono comparsi nella letteratura internazionale lavori clinici controllati sull'efficacia clinica a breve e a lungo termine (fino a 6 mesi) del trattamento termale nella fibromialgia primaria. Tali studi hanno evidenziato un importante effetto di tipo sintomatico con riduzione del dolore, miglioramento delle performances funzionali, della qualità di vita e dei disturbi del sonno.

La tollerabilità viene sempre riportata come ottima con effetti collaterali rari e di lieve entità e comunque meno frequenti e gravi di quelli associati alla terapia farmacologica.

Da tali studi emergono interessanti spunti sul ruolo della terapia termale come trattamento complementare ai farmaci abitualmente utilizzati in questa patologia e in grado di determinare un minore ricorso alla terapia sintomatica, spesso causa di importanti effetti collaterali.

Effetti collaterali e controindicazioni

Le cure termali risultano in genere ben tollerate; la percentuale e la gravità degli effetti collaterali sono sicuramente inferiori rispetto a quelle determinate da altri interventi terapeutici. Le due evenienze più importanti da considerare durante un ciclo di fangobalneoterapia sono rappresentate dalla reazione termale e dalla crisi termale.

La prima può insorgere subito dopo l'inizio della cura (1°- 2° giorno) e si manifesta con una sintomatologia generale, aspecifica e di lieve entità che tende a scomparire rapidamente senza necessità di alcun provvedimento terapeutico.

La crisi termale si presenta generalmente tra il quinto e il sesto giorno di

cura ed è caratterizzata da una sintomatologia generale (malessere, astenia, vertigini, insonnia, febbre, cefalea, stipsi, diarrea, disturbi digestivi, variazione della pressione arteriosa) e da un possibile peggioramento della sintomatologia articolare. La sua durata è di 1-2 giorni, il trattamento, quando necessario, è di tipo sintomatico e solo in alcuni casi è necessario interrompere la cura.

Le maggiori controindicazioni alla terapia termale sono rappresentate dalla concomitanza di patologie importanti a carico dell'apparato renale, epatico, cardiovascolare e in presenza di patologia articolare in fase infiammatoria o iperalgica.

Conclusioni

Anche in ambito reumatologico, le cure termali hanno le loro regole, le loro indicazioni e le loro controindicazioni con la intuitiva possibilità di allargare le prime e di restringere le seconde se, alle terapie termali, vengono razionalmente associate le altre pratiche terapeutiche (farmacologiche, fisiochinesiterapiche, dietoterapiche, ecc) nell'ambito di un ben congegnato ed articolato programma terapeutico.

Il successo delle pratiche fangobalneoterapiche in reumatologia è naturalmente subordinato ad un corretto procedimento diagnostico e ad una buona conoscenza del mezzo di cura termale, delle sue modalità di applicazione, delle controindicazioni e dei possibili effetti collaterali.



Il ricorso a tali terapie non può prescindere da una preliminare ed accurata indagine clinico-diagnostica sia per stabilire con esattezza la natura della patologia articolare, la sua fase e la sua tendenza evolutiva, sia ai fini di un inquadramento globale del paziente.

Il successo delle pratiche termali nelle malattie reumatiche, come in altre patologie, dipende poi dalla corretta modalità di esecuzione: la balneoterapia in piscina termale o in vasca singola o l'applicazione dei fanghi devono avvenire con modalità e tempi ben stabiliti e talora diversi a seconda del tipo di acqua minerale utilizzato nella stazione termale. Il trattamento, deve essere adeguato e prolungato a sufficienza; le terapie devono essere prescritte "a dose piena": infatti, esiste un preciso rapporto dose-effetto ed un limite al di sotto del quale non si può ottenere alcuna risposta terapeutica.

Ma soprattutto è importante ricordare che le terapie termali in reumatologia devono essere inserite nell'ambito di un razionale programma terapeutico, non considerate un'alternativa agli interventi farmacologici o una «panacea universale» cui ricorrere dopo che tutte le altre terapie hanno fallito.

INNOVARE E FARE RETE

Intervista al dottor Roberto Bortolotti

Walter Liber

L'eccellenza dell'Unità di reumatologia dell'ospedale Santa Chiara di Trento

Il dottor **Roberto Bortolotti**, tra i fondatori e dal 2019 direttore del reparto, va in pensione. Da ATMAR il ringraziamento per la vicinanza e per il supporto sempre garantito in questi anni con molta generosità e disponibilità.

In questa intervista ci racconta come si è arrivati all'attuale organizzazione dell'Unità, l'apporto delle innovazioni tecnologiche, il ruolo strategico della rete territoriale e le sfide di un settore in continua evoluzione. Uno sguardo al presente e al futuro della reumatologia e all'importanza di un approccio multidisciplinare.

Dott. Bortolotti, come è organizzato il reparto di reumatologia che ha diretto negli ultimi sei anni?

Il reparto è suddiviso in aree fondamentali: attività di degenza, ambulatori condivisi, visite specialistiche ed attività diagnostiche avanzate. Disponiamo di 8 posti letto di degenza ordinaria e 4 di Day Hospital che ci qualificano come una delle poche unità operative complesse in Italia. È un risultato raggiunto grazie ad una visione strategica realizzata dal 2006, guidata per oltre 10 anni dal dott. Giuseppe Paolazzi e consolidata negli anni. L'obiettivo è stato quello di coprire gradualmente l'intera provincia, collaborando con gli specialisti in ambito territoriale ed in tutti gli ospedali di valle: Borgo Valsugana, Cavalese, Tione, Cles, Rovereto e Arco, per garantire ai pazienti un'assistenza omogenea e di qualità.

“La rete territoriale è fondamentale per garantire una presa in carico omogenea dei pazienti”

I medici attualmente in servizio all'Unità sono **Masen Abdel Jaber**, **Mara Felicetti**, **Susanna Peccatori**, **Viviana Ravagnani**, oltre a **Lorenzo Leveghi** che ora è Direttore dell'Unità. Dal novembre 2022 un nostro medico, **Alvise Berti**, è stato assunto come ricercatore universitario e svolge sia attività assistenziale che quella di ricerca e didattica presso la facoltà di Medicina dell'Università di Trento. A breve il reparto si arricchirà di



nuovi medici: **Marco Pontalti**, che dopo un periodo di attività libero professionale sarà assunto in maniera stabile, insieme a **Greta Pacini**, attualmente medico specialista ambulatoriale. Con questa organizzazione riusciamo a garantire un lavoro di elevata competenza nei vari settori della reumatologia ed al tempo stesso offrire un servizio aggiornato e condiviso attraverso il costante confronto all'interno della stessa équipe e presso i più qualificati centri di riferimento extra regionali.

La rete territoriale è un pilastro del vostro lavoro. Come è stata sviluppata?

Abbiamo iniziato a costruire la rete nel 2013 con il dott. **Giovanni Barausse** a Tione, grazie a un progetto dell'Azienda sanitaria che ci ha permesso di decentralizzare l'assistenza. Abbiamo coinvolto specialisti ambulatoriali interni con contratti di convenzione, una scelta che si è rivelata vincente.

Questi professionisti non solo operano sul territorio, ma integrano le loro competenze con quelle ospedaliere. Attualmente i medici sono quattro: **Giovanni Barausse**, **Sonila Troplini**, **Sara Tonetta** e **Greta Pacini**. Presso la divisione di medicina dell'ospedale di Cles una medico specialista (**Laura Messuti**) collabora con noi nelle svolgimento di alcune ore di attività specialistica alla settimana. Riusciamo a garantire così circa 120-130 ore alla settimana di visite reumatologiche, un dato in linea con gli standard richiesti. Questo modello garantisce una formazione continua e migliora l'accesso alle cure, riducendo le disparità tra i diversi territori.

Quali sono le innovazioni più rilevanti introdotte nel reparto?

Possiamo disporre di due strumenti diagnostici innovativi di particolare importanza: l'ecografia articolare e la capillaroscopia. L'ecografia articolare non solo aiuta nella diagnosi, ma consente interventi terapeutici come le infiltrazioni ecoguidate. La capillaroscopia è un esame indolore che ci permette di diagnosticare alcune patologie del microcircolo che avvengono in alcune connettiviti osservando le alterazioni del letto capillare attraverso un microscopio.

Inoltre, l'introduzione dei farmaci biologici dagli inizi degli anni 2000 ha rivoluzionato la gestione delle malattie reumatiche. La terapia mirata a contrastare alcune molecole chiave nel processo infiammatorio ha consentito di trattare efficacemente la maggior parte dei reumatismi infiammatori ed ha permesso di attuare una strategia vincente anche con farmaci più comuni come il metotrexate.

Ad oggi nel trattamento della artrite reumatoide, se diagnosticata precocemente e trattata in modo adeguato, si può ottenere una remissione in oltre il 50 % dei casi. La scadenza poi del brevetto commerciale dei farmaci biologici più diffusi (cosiddetti anti TNFalfa) ha permesso una riduzione del costo terapia favorendo una maggior disponibilità di cura per i malati.

Il lavoro multidisciplinare è una delle vostre peculiarità. Come si integra nel reparto?

Le malattie reumatiche – oltre duecento! – spesso coinvolgono diversi organi, rendendo indispensabile un approccio integrato. Questo modello non solo migliora la qualità delle cure, ma garantisce un monitoraggio tempestivo ed un trattamento personalizzato e globale.

Abbiamo sviluppato ambulatori multidisciplinari in collaborazione con pneumologi, nefrologi, neurologi, gastroenterologi e dermatologi. E poi ci sono gli ambulatori dedicati. Abbiamo un ambulatorio dedicato all'osteoporosi (in Italia 5 milioni di persone ne soffrono, noi seguiamo le forme più gravi), altri per la cura di connettiviti (LES, sclerosi sistemica, miosite) vasculiti e per la diagnosi e certificazione delle malattie rare, in supporto al Centro di Riferimento Provinciale.

È attivo anche un ambulatorio integrato per la reumatologia in età pediatrica e di transizione, coordinato dal dottor Leveghi. Questo consente di accogliere i giovani pazienti con un approccio loro dedicato, e poi seguirli nel delicato passaggio dall'età pediatrica a quella del soggetto giovane adulto. È attivo inoltre un ambulatorio congiunto con i ginecologi per se-

guire le donne in gravidanza in condizioni di rischio gravidico correlato alla presenza della malattia reumatica.

Quali difficoltà affrontate oggi?

Le sfide principali riguardano la carenza di personale medico e di spazi adeguati. Al Santa Chiara, ad esempio, lavoriamo in condizioni logistiche difficili, e questo limita il nostro potenziale. Ma abbiamo anche introdotto modalità di servizio che semplificano l'attività di reparto. Riusciamo a trattare in ambulatorio, ad esempio, le terapie infusionali, evitando la complicazione burocratica di accesso di volta in volta al day hospital. Questo è un tipo di trattamento molto efficace, ma richiede un'organizzazione precisa e risorse dedicate, sia in termini di personale che di infrastrutture.

Quali prospettive vede per il futuro della reumatologia?

Ho molta fiducia nei nuovi mezzi di comunicazione di tipo informatico, la telemedicina sarà un elemento chiave, insieme al rafforzamento dei rapporti con la medicina di base. La formazione di giovani specialisti sarà essenziale: abbiamo già studenti universitari e neolaureati che si avvicinano con entusiasmo alla reumatologia. Tuttavia, per cogliere queste opportunità, è indispensabile che l'azienda sanitaria investa in risorse, infrastrutture e tecnologie.

Come immagina il reparto tra dieci anni?

Spero di vedere un reparto ancora più integrato con il territorio, dove strumenti informatici avanzati rendano il flusso delle informazioni più rapido ed efficace. L'obiettivo è offrire cure sempre più personalizzate e accessibili, eliminando le barriere logistiche. Confido che, con il giusto supporto, riusciremo a migliorare ulteriormente la qualità della vita dei nostri pazienti.

Un consiglio per chi affronta patologie reumatiche?

Oggi le possibilità terapeutiche sono molteplici e sempre più efficaci, ma la diagnosi precoce rimane cruciale. Il mio consiglio è di rivolgersi a centri specializzati, dove medici esperti possono costruire un percorso di cura su misura. La reumatologia ha fatto passi da gigante, e il nostro obiettivo è accompagnare ogni paziente con attenzione e competenza.

E per lei personalmente quale sarà il futuro più prossimo?

Ho intenzione di mettere a disposizione ancora per un po' la mia esperienza, anche se per ora non ho programmi precisi. Da febbraio però sarò disponibile per visite specialistiche nella struttura della Tecnomed a Trento. E posso garantire che continuerò ad essere vicino ad Atmar.

LA REUMATOLOGIA DI OGGI? PIÙ COMPLESSA, INTERDISCIPLINARE E IN CONTINUA EVOLUZIONE

Il dottor **Lorenzo Leveghi**, classe 1972, tra i primi a dare vita all'Unità Operativa Complessa di Reumatologia presso l'Ospedale Santa Chiara di Trento, ne è diventato direttore f.f. dopo il pensionamento di Roberto Bortolotti. In questa intervista ci racconta il suo percorso professionale e umano, e le sfide che lo attendono nell'organizzazione e nelle terapie per la cura delle malattie reumatiche.

Intervista di **Walter Liber**

Dottor Leveghi, da qualche giorno dirige l'Unità di Reumatologia del Santa Chiara. Come è arrivato fin qui?

Dopo la maturità classica al Prati di Trento ho conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università Alma Mater Studiorum di Bologna con la votazione di 110/110 e lode per poi specializzarmi in Reumatologia presso l'Università degli Studi di Ferrara con il massimo dei voti e lode.

Ho iniziato a lavorare a Rovereto, presso la Casa di cura Solatrix, nel reparto di Medicina Interna occupandomi anche dell'ambulatorio di Reumatologia. Dal 2004 al 2006 ho continuato nella stessa struttura, per poi trasferirmi all'ospedale civile di Arco, dove ho lavorato per due anni assunto nel reparto di Medicina Interna occupandomi anche dell'ambulatorio reumatologico e del Day hospital di oncologia medica.

"I farmaci biologici hanno rivoluzionato la gestione delle malattie reumatiche, La percentuale di completa remissione per le forme infiammatorie è cresciuta molto negli ultimi anni"

Dal 2008 sono entrato a far parte dell'Unità Operativa Complessa di Reumatologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, dove ho seguito diverse attività. Mi sono occupato per anni di degenza ordinaria, day hospital, ambulatorio di ecografia articolare e ambulatorio di videocapillaroscopia. Nel 2012 ho completato uno stage in reumatologia pediatrica presso l'ospedale Gaetano Pini di Milano; dal 2011 a



Nato nel 1972, padre di due figli adolescenti (14 e 11 anni), separato.

*Nel tempo libero (poco), ama stare all'aria aperta: passeggiate, nuoto e viaggiare, soprattutto visitare città d'arte. Ama la lettura e tra gli ultimi libri che ha letto ci sono *Resisti Cuore* di Alessandro D'Avenia e *La neve in fondo al mare* di Matteo Bussola. Ascolta volentieri i cantautori italiani: De Gregori, Battiato, Bersani, De André, Mannoia, Malika Ayane e spesso li segue anche nei concerti.*

A tavola non disdegna la buona cucina, in particolare adora la pasta, specie l'amatriciana, "ma fatta bene!"

Tra i film preferiti c'è "Novecento" di Bernardo Bertolucci, "Schindler's List, Codice d'onore, Amadeus di Milos Forman, i film di Ozpetek e La vita è bella di Roberto Benigni. Tra i classici italiani, La famiglia di Ettore Scola.

oggi mi occupo anche di reumatologia pediatrica e dal 2018 sono il responsabile dell'ambulatorio della transizione. Gestisco infatti personalmente uno specifico ambulatorio in cui accompagno i giovani pazienti affetti da patologie reumatiche nel passaggio (transizione) da un approccio di tipo pediatrico alle modalità di cura e trattamento da adulti. Una transizione delicata che va gestita con molta attenzione e sensibilità.

Quali sono state le sue principali responsabilità in questi anni?

Dal 2016 al 2023 sono stato referente delle malattie rare dell'adulto e dal 2019 al 2023 anche del progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance), dedicato a pazienti con gravi patologie cognitive, per garantire loro percorsi di cura personalizzati. Inoltre, negli ultimi anni mi sono occu-

pato dell'ambulatorio di sclerodermia e di quello dedicato all'ipertensione polmonare e circolo polmonare: un ambulatorio congiunto che vede la collaborazione tra reumatologi, cardiologi e pneumologi. Sono stato anche delegato regionale della Società Italiana di Reumatologia dal 2020 al 2023 e, dal 2019 al 2024, professore a contratto presso il corso di laurea in Fisioterapia dell'Università di Verona, sede di Rovereto nella disciplina di reumatologia nell'ambito dell'insegnamento di Fisioterapia nelle disfunzioni muscolo-scheletriche. In tale ruolo ho seguito come relatore la tesi di laurea una studentessa di fisioterapia, Debora Cappelletti, sull'impatto dell'esercizio aerobico sui sintomi di depressione e fatigue nei pazienti con fibromialgia.

Negli ultimi anni, le malattie reumatologiche sono aumentate?

Non direi che siano in aumento in senso assoluto, ma siamo molto più bravi a diagnosticarle e a intercettarle precocemente. Ma soprattutto è aumentata la complessità della reumatologia, che oggi richiede un approccio interdisciplinare.

La reumatologia è una disciplina che lavora a stretto contatto con cardiologi, pneumologi, neurologi e altri specialisti. A Trento, per esempio, abbiamo creato un modello di collabora-

“La reumatologia è cambiata: più interdisciplinare, più complessa, ma con migliori opportunità di cura”

zione con ambulatori congiunti e incontri regolari tra specialisti per discutere i casi più complessi. È un metodo di lavoro che garantisce ai pazienti un'assistenza completa e di alto livello.

“La sfida del futuro? Diagnosticare prima e curare meglio, con terapie sempre più personalizzate”

I vantaggi sono evidenti. Negli ultimi anni, grazie anche alla formazione dei medici di base e alla sensibilizzazione generale, vediamo pazienti che ricevono una diagnosi più tempestiva e quindi cure più efficaci.

Anche a partire dalle scuole.

Stiamo lavorando con Iprase per sensibilizzare anche gli insegnanti. Più la malattia è diagnosticata con tempestività, più se ne riduce l'impatto sulla qualità della vita.

Quali sono le difficoltà che dovete affrontare?

Sono quelle tipiche della sanità, e abbastanza comuni in ogni struttura sanitaria: principalmente la carenza di medici. Intanto dobbiamo far fronte ad una assenza importante, il dottor Roberto Bortolotti, andato in pensione. Due colleghi sono in attesa di stabilizzazione, e considerando la varietà delle nostre attività, sarebbe auspicabile l'inserimento di almeno uno o due medici in più per lavorare con maggiore agio.

Come sono cambiate le modalità di cura?

In maniera fortissima. Oggi la reumatologia beneficia della collaborazione con l'Università di Medicina di Trento e con



il CIBIO, con prospettive molto promettenti per la cura dei pazienti. Grande attenzione è riservata alla ricerca farmacologica, con sviluppi interessanti che attingiamo anche da altre branche della medicina. Abbiamo anche investito nella formazione dei medici di medicina generale, con le giornate reumatologiche e incontri pratici basati su casi clinici. La medicina generale ha vissuto un grande ricambio generazionale, quindi è fondamentale mantenere un dialogo costante. La parola d'ordine è comunicazione: con i medici di base, con i pediatri, con i colleghi ospedalieri.

Quali sono le prospettive della reumatologia?

Ci sarà un'offerta terapeutica sempre più ampia, con nuove opportunità legate alla ricerca farmaceutica. Anche le indagini diagnostiche saranno più raffinate, grazie ai progressi della medicina molecolare.

Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito a una rivoluzione su questo versante. I farmaci biotecnologici hanno migliorato notevolmente la gestione delle malattie reumatiche, permettendo remis-

sioni impensabili in passato. Penso che il numero delle diagnosi aumenterà, ma saremo anche in grado di controllare meglio le malattie e di garantire remissioni più stabili rispetto al passato.

Una sfida su tutte?

La grande sfida sarà gestire il crescente numero di pazienti con malattie reumatiche, migliorando l'accessibilità alle cure e potenziando la rete territoriale. Inoltre, ci saranno sempre più terapie innovative e personalizzate, anche grazie alla ricerca genetica e molecolare. Il futuro è nelle mani di una medicina sempre più precisa e integrata.

“In reumatologia, il rapporto medico-paziente è essenziale: serve ascolto, empatia e personalizzazione delle cure”



SPORTELLO D'ASCOLTO

Un grande **GRAZIE** anche alle volontarie di Trento che si sono avvicinate nelle varie attività: sportello d'ascolto, distribuzione di pubblicazioni, partecipazione alle serate e in tutto il resto. La loro disponibilità consente ad ATMAR di mantenere vivi i contatti con



tutte le persone che cercano indicazioni, informazioni, consigli per la gestione della malattia reumatica

che li ha colpiti, donando loro la speranza di una vita piena, nonostante le difficoltà che la malattia comporta.

SERATE E INCONTRI INFORMATIVI ATMAR

Molto ricca l'attività informativa sui territori svolta da ATMAR nel corso del 2024, attività rivolta a tutta la cittadinanza che vede sempre una vasta partecipazione di pubblico. I medici dell'U.O.C. di Reumatologia del Santa Chiara, pur essendo notevolmente impegnati, danno volentieri la loro disponibilità a partecipare a queste serate informative e di incontro con il pubblico, sempre molto numeroso.

Abbiamo iniziato da **Villazzano**, dove il 12 febbraio siamo stati ospitati presso il Circolo pensionati e anziani per

un incontro che ha visto come relatore il dottor Giuseppe Paolazzi.



In aprile è stata la volta della Val di Non, a Cloz, sempre con protagonista il dottor Paolazzi.



A Borgo Valsugana, invece, il 20 settembre, l'incontro ha avuto come relatore il dott. Roberto Bortolotti.



In tutti questi incontri erano infatti sempre presenti la presidente e le volontarie di ATMAR per offrire uno scambio con tutti coloro che chiedevano maggiori informazioni sull'associazione e la sua attività e per la distribuzione di materiale informativo, sempre molto gradito dal pubblico.

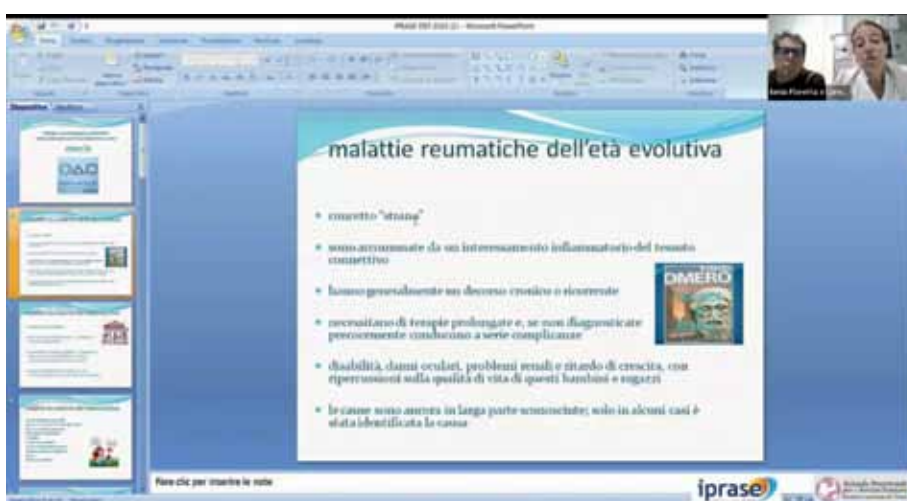
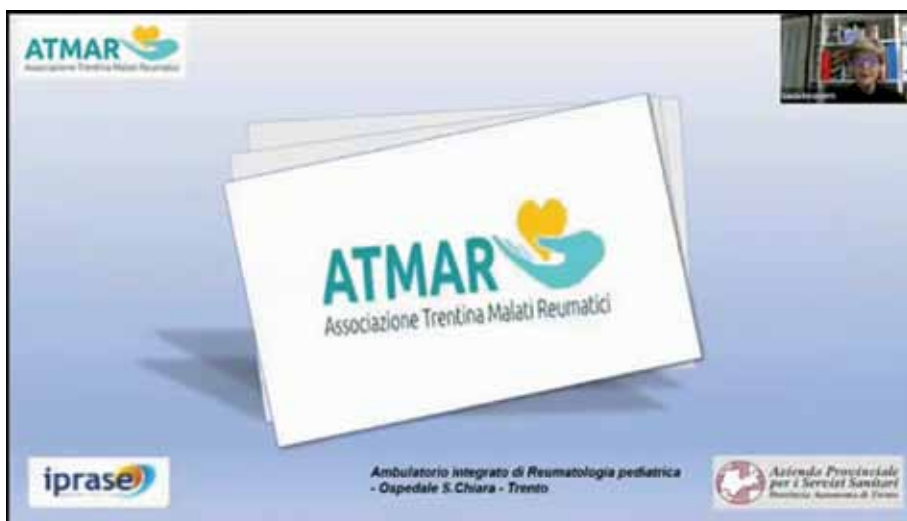
Vorremmo anche ricordare la partecipazione alla trasmissione "In Salute", durante la quale il dottor Lorenzo Leveghi ha dato informazioni circa le malattie reumatologiche: numero dei casi, possibilità di diagnosi, modalità di cura, ecc., mentre la presidente Innocenti ha illustrato il ruolo dell'Associazione e le attività che essa svolge a favore delle persone affette da patologie della sfera reumatologica.



ATMAR è stata presente anche alle Terme di Levico, in uno spazio messo a disposizione dalla direzione sanitaria dello stabilimento termale. Una mattinata durante la quale si sono soffermati numerosi utenti per chiedere chiarimenti e materiale.

ATMAR PER LA SCUOLA CORSO IPRASE

Nel 2024 ATMAR ha voluto mantenere l'impegno dello svolgimento di un breve corso per l'inserimento a scuola del bambino affetto da malattie reumatiche. Il corso è rivolto al personale della scuola ed è frutto della collaborazione tra l'Istituto provinciale per la ricerca e la sperimentazione educativa, IPRASE, la nostra Associazione, ATMAR, con la partecipazione della presidente Lucia Innocenti, nonché dell'APSS di Trento, per la quale erano presenti i medici dell'ambulatorio integrato di Reumatologia pediatrica di Trento.



QUADERNO ARTROSI

Nuova pubblicazione

Nell'estate del 2024 abbiamo dato alle stampe un fascicolo della collezione monografica dei Quaderni ATMAR dedicato al tema dell'artrosi, una delle malattie più diffuse nell'ambito delle patologie reumatiche. Il fascicolo attuale è completamente rinnovato, rispetto all'edizione precedente e i testi sono stati curati dal dott. Abdel Jaber.



ATTIVITÀ PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Anche in questo ambito l'attività di ATMAR è proseguita per tutto l'anno trascorso, concretizzata nella partecipazione a diversi incontri con autorità politiche dell'ambito sanitario o sociale o dando il proprio contributo a tavoli tecnici istituiti dall'APSS per discutere di vari temi riguardante la salute dei cittadini

DELEGAZIONE DI BORGO VALSUGANA

Casetta di Levico Terme

L'attività di sostegno all'associazione della delegazione di Borgo Valsugana, coordinata dalla vicepresidente Roberta Ballista, ha portato anche per il 2024 alla presenza delle volontarie al Mercatino di Natale di Levico Terme, che il 21 e 22 dicembre scorsi si sono avvicendate nell'offrire informazioni a tutti coloro che si sono soffermati alla Casetta della solidarietà e nel raccogliere le loro eventuali offerte, devolute poi ad ATMAR da impiegare nelle diverse attività dell'Associazione. A tutte loro, che quest'anno hanno dovuto anche affrontare condizioni meteorologiche avverse, un grande **GRAZIE** a nome dei malati reumatologici trentini.



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!



**UN SENTITO GRAZIE
A TUTTI I SOCI E SOSTENITORI CHE HANNO
DESTINATO IL LORO 5 X MILLE AD ATMAR
ANCHE PER IL 2023 PER UNA CIFRA
COMPLESSIVA DI € 16.828,70**

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



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