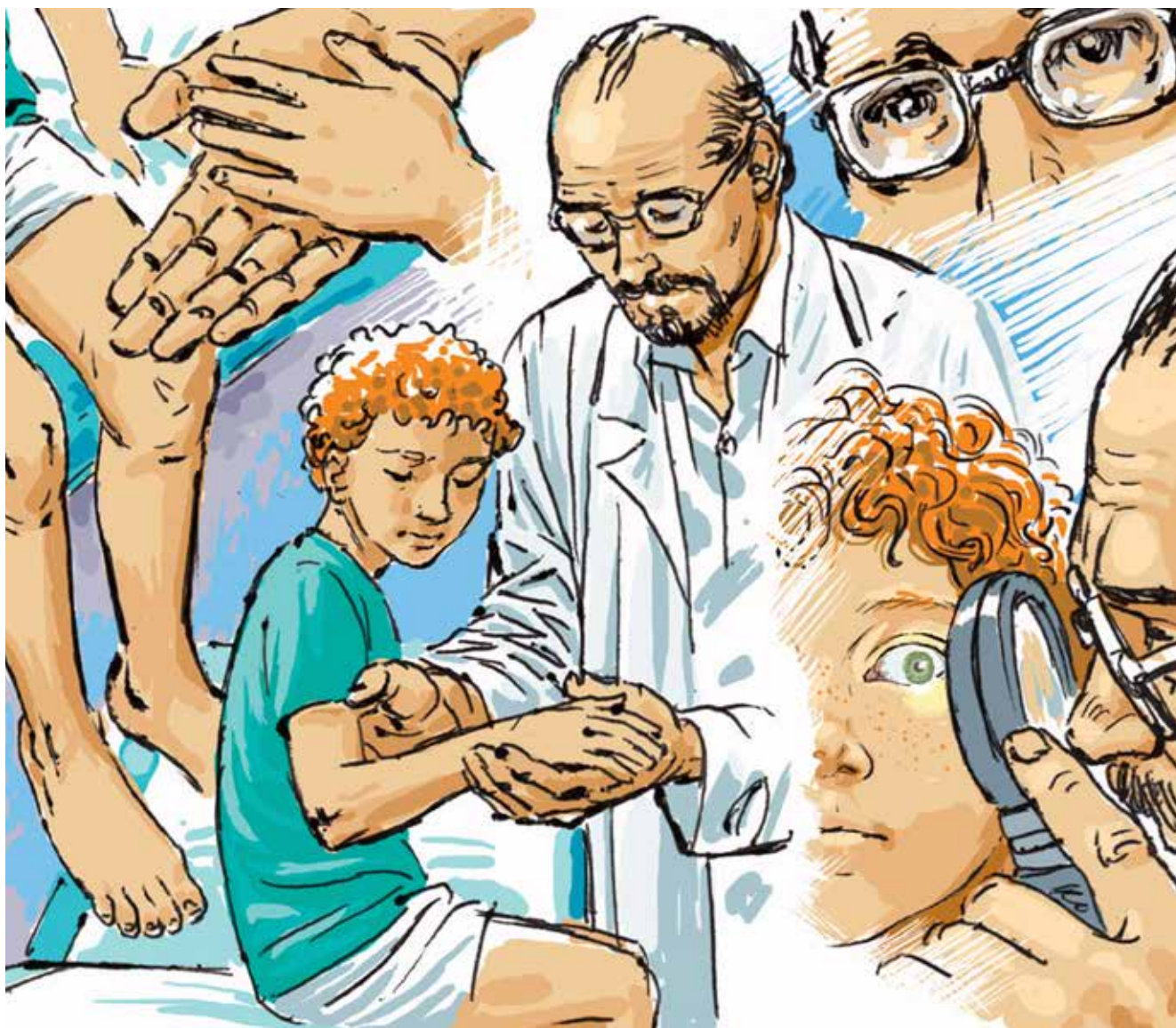


Numero 19 - 2015

# morfo logie

Rivista della Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatiche ONLUS

Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2 e 3, S1/LE



**Una nuova sfida da vivere insieme. APMAR lancia la campagna di informazione sulle malattie reumatiche in età pediatrica**

**Fibromialgia: un dolore da ascoltare**

**RA NarRAtive: reumatologi e pazienti insieme per l'Artrite Reumatoide**

**Danni da "malpractice" medica. Cosa può fare il paziente?**

# SOMMARIO

- 3 **Una nuova sfida da vivere insieme. APMAR lancia la campagna di informazione sulle malattie reumatologiche in età pediatrica**
- 6 **Fibromialgia: un dolore da ascoltare**
- 8 **Anca Clinic: il protocollo innovativo per gli interventi dell'anca**
- 10 **RA NarRAtive: reumatologi e pazienti insieme per l'Artrite Reumatoide**
- 12 **L'equazione di Meridiano Sanità: Prevenzione + Innovazione = Valore**
- 14 **L'universo diseguale (o imperfetto). Presentato l'11° Rapporto Sanità**
- 16 **Il manifesto delle criticità in nutrizione clinica e preventiva. Presentate ad EXPO le prime dieci sfide italiane**
- 18 **Verso una legge sul fine vita**
- 21 **Danni da "malpractice" medica. Cosa può fare il paziente?**
- 22 **La tiroide: la piccola ghiandola alla base del nostro benessere**
- 23 **Epigenetica: come gli stili di vita influiscono sulle patologie**

# EDITORIALE

## Aspettando il 2016 con ottimismo

di Antonella Celano, Presidente APMAR Onlus



Anche se il 2015 volge al termine, non possiamo sicuramente dire che il tempo, per noi di APMAR, sia passato invano. Certo, avremmo voluto fare ancora di più ma siamo riusciti a realizzare molte delle cose che ci eravamo prefissate. Tra queste, nell'ultimo trimestre, il nuovo progetto dedicato ai più piccoli: il fumetto

intitolato "Una nuova sfida da vivere insieme" ideato con l'obiettivo di spiegare le malattie reumatologiche ai ragazzi. L'iniziativa, presentata a livello nazionale il 6 ottobre 2015 presso il Senato della Repubblica, ha meritato il patrocinio del Senato e una lettera di plauso del Ministro della Salute, on. **Beatrice Lorenzin**. Per diffondere il più possibile questo nuovo strumento di comunicazione tra i più giovani, ne abbiamo realizzato una versione video, anche con i sottotitoli in inglese. Tante, infine, sono state le occasioni per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle motivazioni e le finalità di questa nuova campagna di comunicazione, l'ultima fra tutte la nostra partecipazione ad Uno Mattina lo scorso venerdì 13 novembre.

Da alcuni mesi, grazie all'impegno della nostra associazione che diventa sempre più attenta alla tecnologia, è inoltre disponibile, gratuita per tutti coloro che ne abbiano necessità, una APP per l'Artrite Psoriasica, un vero e proprio "assistente personale" per gestire farmaci, visite ed esami; a novembre è nato il primo gruppo APMAR per la Fibromialgia, per essere sempre vicino ai pazienti, alle loro storie cliniche e di vita; rafforzato anche il nostro ruolo a livello internazionale con la partecipazione al progetto per l'Artrite Reumatoide "AR NaRAtive" di cui vi diamo conto nelle pagine seguenti.

In generale, si è trattato ancora di un anno difficile per gli italiani, in particolar modo per coloro che convivono con una patologia cronica o rara. I dati dell'11° rapporto Crea Sanità - a cui come associazione abbiamo partecipato - ci raccontano di un numero crescente di persone che rinunciano a curarsi per motivi economici. Ci dicono anche, però, di una spesa sanitaria di gran lunga inferiore a quella degli altri Paesi europei e di una quota di popolazione con problemi di salute, più bassa rispetto all'Europa. Allora il ruolo di APMAR diventa sempre più importante per far sentire la voce dei pazienti, far capire quali sono le priorità, le esigenze specifiche di un comparto, quello reumatologico, dove occorrono investimenti, assistenza, professionalità, visione globale dell'individuo e non "tagli".

La salute non è un costo ma un investimento e se tutto si ridurrà ancora una volta a far quadrare i conti, i danni saranno difficilmente rimediabili; se invece, come è giusto che sia, si parlerà di priorità e di come far quadrare questi conti, noi saremo sempre in prima linea per discutere e per far conoscere quelli che sono i nostri bisogni e per garantire soprattutto il nostro diritto ad una cura adeguata e ad una migliore qualità della vita.

Bene! Il mio augurio è che l'anno che sta per iniziare veda finalmente una svolta per l'economia del nostro Paese e per la Sanità italiana. Uscire da questo lungo periodo di crisi significherebbe, anche per la nostra attività, guardare al futuro con occhi più ottimistici. Ed ottimisti lo siamo sempre stati. Un caro abbraccio e buone festività a tutti.





# Una nuova sfida da vivere insieme

## Nuova campagna di informazione ed educazione sulle malattie reumatologiche in età pediatrica

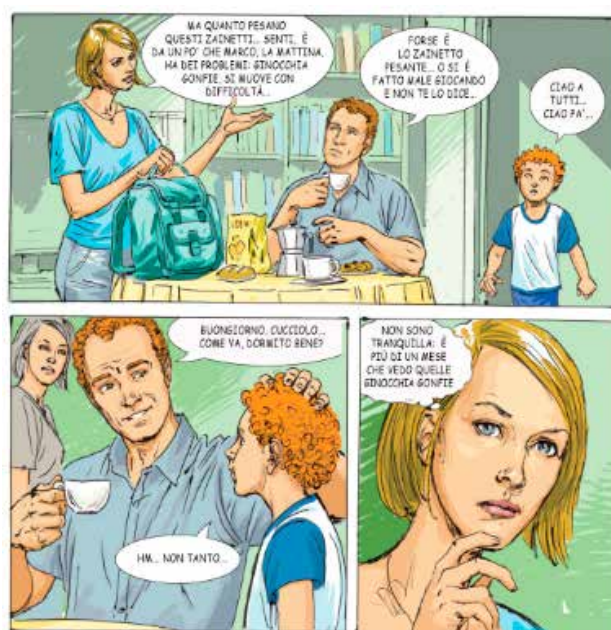


Il 6 ottobre scorso, a Santa Maria in Aquiro (Senato della Repubblica), APMAR ha presentato un fumetto intitolato "Una nuova sfida da vivere insieme", creato per spiegare ai ragazzi le patologie reumatologiche. Oltre 10 mila sono i casi registrati ogni anno, con più di 100 forme reumatologiche già esistenti. Nel corso dell'incontro, numerosi ospiti hanno parlato di "letteratura disegnata" e di come un fumetto ideato per i ragazzi possa spiegare loro le malattie reumatiche, il loro impatto nella vita di chi ne è colpito e anche in quella dell'intera famiglia e della comunità di riferimento.

"Con un linguaggio che non ha età e sa parlare a tutti, spiega la Senatrice **Laura Bianconi**, membro della Commissione Igiene e Sanità del Senato, il fumetto può svolgere un ruolo rilevante per spiegare cos'è una malattia reumatologica e come possa essere superata. Comprendere le prime difficoltà, aiutare i ragazzi, ma anche genitori, insegnanti e compagni di scuola, a condividere anche un evento drammatico, evitando quel senso di isolamento che la malattia porta con sé facendo sentire "diverso" chi ne è colpito. Considero molto utile questa iniziativa che ha l'obiettivo di fare educazione sui temi della salute e di avvicinare le persone nei momenti di difficoltà, stimolando la comprensione di insegnanti, compagni, amici, perché spesso di certe malattie ci si vergogna anche senza alcun motivo. Mi auguro che l'utilizzo del fumetto realizzato

da APMAR con l'impegno e la partecipazione di tutte le maggiori Società Scientifiche di Pediatria, possa portare un contributo in questo senso".

Il fumetto, che ha ricevuto il patrocinio del Senato della Repubblica, è stato ideato da due pediatri, **Adele Civino** e **Francesco La Torre**, con il supporto grafico di **Alberto Gennari**, illustratore e scultore e realizzato grazie al





contributo non condizionato di Bristol-Myers Squibb. Pensato per intercettare l'attenzione di nativi digitali, quali sono i ragazzi, con una maggiore attenzione verso le immagini rispetto ai testi, è sviluppato per essere utilizzato su tablet e smartphone. Il racconto educativo, condiviso all'interno della scuola, aiuta a fare quell'educazione alla salute e alle scienze della vita così spesso auspicata all'interno dei programmi didattici. Il progetto ha ricevuto il patrocinio di FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri; GISEA, Gruppo Italiano di Studio sulla Early Arthritis; SIMPEF,

Sindacato Medici Pediatri di Famiglia e SIP, Società Italiana di Pediatria.

"Non è raro che i bambini che segnalano i primi sintomi della malattia non vengano creduti, afferma **Antonella Celano**, Presidente APMAR, Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatiche. Si pensa ad una finzione motivata ad attirare l'attenzione, invece i sintomi non devono essere sottovalutati perché affrontare queste patologie tempestivamente e secondo i criteri di appropriatezza e sostenibilità è fondamentale e significa investire in salute, presente e futura. Non di rado i bambini con patologie reumatologiche hanno una qualità di vita che risente delle limitazioni imposte dalla malattia e richiedono un supporto e un coinvolgimento non solo sanitario, ma di tutti coloro che interagiscono, a diverso titolo, con loro, in particolare nella scuola e nello sport. Il fumetto vuole dare un messaggio di speranza perché oggi le malattie reumatologiche possono essere trattate e con i farmaci giusti, si può bloccare il meccanismo responsabile della progressione della malattia".

"Per brevità si chiamano malattie reumatologiche, al plurale - spiega **Fabrizio De Benedetti**, Direttore della Divisione di Reumatologia, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma - proprio perché sono tante: la forma più diffusa è l'artrite idiopatica giovanile, segue il lupus eritematoso sistemico, la dermatomiosite giovanile, la sclerodermia, la spondiloartropatia giovanile e molte altre ancora; per alcune ci sono cure riconosciute mentre per altre la ricerca sta ancora lavorando a terapie adeguate".

"L'insorgenza di una malattia cronica nella vita di un bambino comporta una serie di cambiamenti sia a livello psicofisico che a livello relazionale non semplici da gestire, afferma **Rinaldo Missaglia**, Presidente SIMPEF, Sindacato Medici Pediatri di Famiglia. Tra gli strumenti utili per alleggerire la problematica, l'educazione sanitaria è da ritenersi un mezzo tra i più efficaci. Ci deve essere un'azione culturale







di conoscenza della malattia e di cosa questa comporti nei diversi contesti di vita del bambino malato, dalle figure sanitarie come pediatri del territorio e dell'ospedale e infermieri, alle figure in ambito extrasanitario che interagiscono quotidianamente con il minore, dalla famiglia, agli insegnanti a scuola, agli educatori in ambito sportivo e ricreativo”.

“Il primo passo per attuare una terapia adeguata è rappresentato dalla diagnosi - spiega **Giovanni Lapadula**, Presidente GISEA, Gruppo Italiano di Studio sulla Early Arthritis -, senza la quale ogni sforzo è vano. È essenziale

promuovere la diagnosi tempestiva, sollecitando l'attenzione della popolazione sulla manifestazione di segni e sintomi. Se si fa un intervento precoce e intenso delle malattie reumatologiche al loro esordio clinico, ne si può determinare la remissione e forse anche la guarigione, scongiurando l'evoluzione verso l'invalidità e le sue pesanti conseguenze, economiche ma anche sociali”.

“Le malattie rare, quali sono alcune malattie reumatologiche, conclude **Serafino Pontone Gravaldi**, Responsabile Nazionale Malattie Rare FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri, rappresentano la nuova sfida ma anche la grande opportunità che si offre alla pediatria di famiglia per il suo ruolo nell'assistenza territoriale del bambino che ne è affetto. Per alcune malattie rare che si evidenziano nei primi anni di vita, il pediatra di famiglia deve saper cogliere i primi segnali di sospetto per poter giungere ad una diagnosi tempestiva”.

Il fumetto può essere scaricato dal sito APMAR all'indirizzo [fumetto.apmar.it](http://fumetto.apmar.it) Disponibile anche una versione video con sottotitoli in lingua inglese sul canale Youtube di APMAR.

## GRiP: Ricerca Globale in Pediatria

di Raffaella Arnesano



**G**RIP - Ricerca Globale in Pediatria è un progetto europeo iniziato nel 2011 per facilitare lo sviluppo, e promuovere la disponibilità di medicinali per i bambini ([www.grip-network.org](http://www.grip-network.org)).

Nell'ambito del progetto, **Antonella Celano**, Presidente APMAR, ha partecipato il 16 Novembre, ad una delle tappe del GRIP roadshow, tenutosi a Roma presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù dal Prof. Paolo Rossi ed organizzato da VSOP (Associazione di pazienti olandese focalizzata sulle malattie rare).

Il motivo principale dell'esistenza di GRIP è la mancanza di

un'adeguata sperimentazione di farmaci pediatrici, la maggior parte dei quali presenta informazioni insufficienti sul regime di dosaggio e somministrazione.

Il partenariato del progetto GRiP comprende soggetti provenienti da Europa, Nord America e Giappone; ne fanno parte anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la European Medicines Agency (EMA). Insieme, le diverse Istituzioni stanno lavorando alla costruzione di una rete di comunicazione che potrà disseminare best practices e ridurre l'attuale frammentazione degli studi per lo sviluppo e l'utilizzo dei medicinali per bambini. Tra i più importanti obiettivi vi è il collegamento tra le reti di ricerca pediatriche esistenti: più di 1000 istituti di ricerca in tutto il mondo.

“I bambini non rispondono ai farmaci come gli adulti. Nonostante questo - spiega **Antonella Celano** - la maggior parte dei farmaci loro prescritti non è stato studiato nei bambini. Senza dati adeguati, prescrivere farmaci in modo appropriato diventa difficile per i medici, specialmente per quei bambini che hanno una malattia cronica. Occorre allora che di questo problema se ne parli, a tutti i livelli, e che diventi quanto prima una priorità da affrontare e regolamentare”.

Intervista a  
Francesco  
Riondino

# Fibromialgia: un dolore da ascoltare

di Raffaella Arnesano



**A**PMAR promuove il Progetto "Fibromialgia: un dolore da ascoltare". Parliamone con Francesco Riondino, Vice Presidente APMAR.

**Francesco, parte un nuovo gruppo per i pazienti, quello dedicato alla Fibromialgia, di cosa si tratta?**

Il Gruppo di patologia dedicato alla Fibromialgia ha ad oggi un referente, la signora Cinzia Assalve, che sostiene attivamente tutte le persone interessate a questa complessa sindrome caratterizzata dal dolore cronico multidistrettuale, astenia e disturbi del sonno, che può associarsi, e spesso si associa, ad altre condizioni quali ansia, depressione, sindrome del colon e della vescica irritabile, cefalea tensiva, formicolii e parestesie, sindrome delle gambe senza riposo, dismenorrea e altri sintomi generali, spesso mal definiti, variabili nel tempo e nello stesso paziente, anche in ragione di condizioni atmosferiche, psicologiche, stress lavorativi, familiari e personali. Si tratta di una patologia della quale risulta siano affetti dal 2% all'8% della popolazione generale, specialmente donne (dati della Società Italiana di Reumatologia, evidenziati nella interpellanza parlamentare legata ad una richiesta di riconoscimento della fibromialgia come malattia progressiva e invalidante del 4 marzo 2014 n. 3.00659).

**Quali sono gli obiettivi che volete raggiungere?**

L'obiettivo principale che vogliamo raggiungere è di certo il riconoscimento, l'individuazione e la cura per la sindrome fibromialgica ovvero l'attribuzione di uno specifico codice di esenzione al fine anche di raccogliere dati e studiare un protocollo di approccio complementare alla parte farmacologica, così da migliorare ed ottimizzare la gestione dei sintomi e delle criticità manifestate dal paziente. Sebbene a livello nazionale si sia trovato un sostanziale accordo nel riservare un eventuale inserimento tra le malattie croniche esenti (D.M. 329/1999), in particolare per le forme di "sindrome fibromialgica grave", a livello regionale sono ancora poche le regioni italiane che hanno avviato un percorso di riconoscimento, individuazione e cura della sindrome fibromialgica con l'attribuzione di un codice di esenzione. La Regione Puglia considera la Fibromialgia rientrante tra le patologie previste dal sistema ma, per quanto siano state delineate le linee guida, non sussistono, allo stato attuale, protocolli utili per l'adozione di linee operative rispetto alla Fibromialgia; né esistono dati epidemiologici relativi alla specifica patologia.

**Tra le azioni del progetto c'è la realizzazione di un centro APMAR dedicato al sostegno e all'ascolto delle persone affette da Fibromialgia, quali sono i servizi che intendete attivare?**

Il centro è già attivo sul territorio pugliese. Ci occupiamo, innanzitutto, di accoglienza, ascolto e conoscenza delle persone affette da questa patologia. Spesso chi soffre di Fibromialgia avverte un senso di solitudine e frustrazione, dovuto all'impossibilità di spiegare e far riconoscere, anche dai propri familiari, lo stato di malessere e di disagio in cui si è costretti a vivere. Pensiamo che, in primo luogo, bisogna sensibilizzare la comunità rispetto alla esistenza della patologia e comunicare in maniera adeguata i sintomi e le possibilità di cura. In secondo luogo, non esistendo allo stato attuale un protocollo per la presa in carico e la cura dei pazienti affetti dalla patologia, si vuole realizzare la sperimentazione di un percorso su di un gruppo target, composto da 20 donne, avviato dalla **Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoumanitas** che, sotto la supervisione della ASL, della Società Italiana di Psicologia, dell'Università di Urbino, riuscirà nell'intento di applicare un percorso di diagnosi e cura che sia condiviso, monitorato e valutato adeguatamente. La sperimentazione sarà anche orientata all'individuazione di un protocollo da condividere, non solo con i centri HUB e Spoke delle Regione Puglia, ma con tutti i centri che in Italia vogliono approfondire lo studio sulla Fibromialgia. Sottolineo che gli studi che porteremo avanti, con uno staff multidisciplinare ed altamente qualificato, rispetterà i parametri etici di ricerca internazionale, seguendo anche i criteri di sperimentazione del Social OUTing Training che, avendo come obiettivo l'attivazione e il successivo orientamento di energie psichiche verso attività di interesse sociale, si muove attraverso il gruppo per favorire la relazione, la consapevolezza e l'espressione di sé, fornendo anche esperienze di confronto, sostegno e gestione della malattia.

Francesco Riondino è Vice Presidente di APMAR



**Intervista a  
Ilaria Cinieri**

# I gruppi di sostegno alle donne fibromialgiche: l'approccio bioenergetico

di Raffaella Arnesano



**D**ott.ssa Cinieri, Lei fa parte del gruppo di lavoro del progetto *"Fibromialgia: un dolore da ascoltare"*, quanto è importante ascoltare il bisogno delle donne per comprendere ed affrontare questa particolare patologia?

Premetto che l'idea del progetto e, dunque, di tutto il percorso messo in atto dal gruppo di lavoro nasce dall'ascolto del bisogno. Dialogando e confrontandoci nei consultori e presso i patronati, ci si è resi immediatamente conto che la Fibromialgia richiede un approfondimento e una conoscenza anche del vissuto delle donne. Seguendo questo ascolto del bisogno, inizialmente, si è proposta un'iniziativa in occasione dell'evento promosso dall'Ordine degli Psicologi di Puglia "Ottobre – mese del benessere Psicologico". Ad ottobre del 2014 siamo partiti con un primo gruppo di ascolto, sostegno ed informazione della Fibromialgia con il coinvolgimento di colleghi e fisioterapisti. Abbiamo approfondito, attraverso un team multidisciplinare, il quadro anche rispetto al riconoscimento della patologia a livello regionale, obiettivo di notevole importanza. Dall'esperienza del primo gruppo abbiamo rilanciato un nuovo gruppo di ricerca e progettazione mettendo insieme una forte rete di partenariato. Ed è a questo punto che abbiamo richiesto ed ottenuto il supporto di APMAR nonché quello dell'Istituto di Psicoterapia ad approccio Umanistico e Bioenergetico.

**Ci può spiegare in cosa consiste l'approccio bioenergetico e quali le differenze rispetto all'approccio solitamente utilizzato nella Fibromialgia?**

La Bioenergetica è un approccio psicoterapeutico che lavora molto con il corpo, diversamente dall'approccio cognitivo comportamentale, prevalentemente utilizzato nel trattamento della Fibromialgia. Come psicoterapeuti, coinvolgendo anche la rete di supervisione tecnica data dalla SIPS - Società Italiana di Psicologia, abbiamo immaginato di presentare un lavoro dinamico, costruito con le donne affette da questa patologia; da qui sono partiti i gruppi interattivi nei quali abbiamo lavorato con la bioenergetica immaginando di poter elaborare un piano di intervento a sostegno del co-trattamento. Preciso che, ovviamente, il riferimento medico e farmacologico del Reumatologo non lo mettiamo in discussione ma, al contrario, lo supportiamo ed integriamo con un lavoro di rilassamento, di percezione anche dei confini del proprio corpo, piuttosto che del

limite e della stanchezza. Attraverso i gruppi di bioenergetica è emerso anche il bisogno del confronto e di trattare insieme alcuni aspetti importanti come affrontare al meglio la vita quando si è affetta da Fibromialgia. L'esperienza dei gruppi di bioenergetica è stato anche condiviso all'EXPO, con il sostegno della Società Europea di Psicologia.

**Quale risultato è stato conseguito con il lavoro svolto dai gruppi di Bioenergia?**

Innanzitutto la volontà di "riprendersi la propria vita" mettendosi in relazione con l'altro. Per il gruppo è importante fare qualcosa per aiutare le altre donne che da sole combattono contro la malattia: dall'informazione, alla sensibilizzazione alle iniziative di approfondimento tematico. Una richiesta comune delle pazienti è quella di coinvolgere il nucleo familiare. È chiaro che le prossime azioni dovranno essere fatte con la presenza del compagno e/o della famiglia. Spesso la Fibromialgia non solo non è riconosciuta dalle Istituzioni ma anche dalla persone care, e questo avvia un vero e proprio processo di mortificazione dell'individuo. Purtroppo, spesso anche psicologi o medici, non riconoscendo la patologia, la liquidano come depressione. Voglio evidenziare che la depressione nella Fibromialgia è secondaria rispetto alla sofferenza dettata dalla patologia. Le donne affette da questa patologia vorrebbero "alzarsi dal letto", questo impulso nella depressione non c'è. Un altro aspetto che mi ha colpito nel percorso con il gruppo è la determinazione. Ognuna di loro, non richiedendo uno sforzo maggiore alle loro possibilità, restituisce il suo contributo: la vera ricchezza del gruppo è il rapporto tra le donne ed il loro legame. Non è un caso che la ricerca, alla base dei primi gruppi, non era finalizzata solo ad individuare gli effetti legati prevalentemente alla nostra professione, ma c'era una fortissima volontà a lavorare sulle relazioni. Il gruppo vuole declinarsi sul territorio, vuole mettere in atto azioni reali e concrete che hanno l'obiettivo di aiutare le altre donne con fibromialgia, in particolare coloro che si eclissano e si emarginano in maniera netta e forte.

Ilaria Cinieri è Psicologa e Ricercatrice Psicopolitica  
Dipartimento Scienze dell'Uomo Università degli Studi di  
Urbino Carlo Bo

**Intervista a  
Koen De Smet  
e Alessandro  
Calistri**

# Anca clinic: il protocollo innovativo per gli interventi dell'anca

di Serena Mingolla



Italia vanta un record europeo nel numero di protesi d'anca annuali: circa 70 mila contro le 150 mila in tutta Europa.

Ne parliamo con due pionieri in questo settore: il belga **Koen De Smet**, e **Alessandro Calistri**, direttori del gruppo "Anca Clinic", centro di fama internazionale specializzato nella chirurgia dell'anca, con sede a Roma e a Ghent (Belgio).

**A cosa è dovuto un numero di interventi così elevato per protesi d'anca in Italia rispetto al resto dell'Europa?**

**Dott. Calistri.** Sono probabilmente la spia di un problema. Occorre introdurre la migliore pratica clinica possibile, frutto di studi ed esperienze internazionali, che aiuta ad aumentare la percentuale di successo e di vita delle protesi e riduce al minimo costi e tempi chirurgici. Questo naturalmente è possibile solo in centri altamente specializzati.

**Cosa differenzia Anca Clinic dagli altri centri in cui si curano le problematiche dell'anca?**

**Dott. Calistri.** Siamo un centro ad alta specializzazione in grado di eseguire ogni tipologia di intervento sull'anca: dall'impianto primario standard alle revisioni di impianto fino al rivestimento dell'anca, il cosiddetto "resurfacing", che è una procedura ancora poco utilizzata in Italia.

La nostra peculiarità è l'applicazione di un protocollo particolarmente avanzato con percentuali di fallimento, per i principali rischi legati all'impianto di dispositivi protesici, tra le più basse al mondo; questo deriva da un'esperienza maturata su oltre 8.500 impianti. Gli interventi di tutte le tipologie vengono eseguiti senza trasfusioni di sangue e senza deposito preoperatorio, non prevedono l'uso di cateteri vescicali e drenaggi, e la rimozione

dell'ago-cannula avviene al secondo giorno post operatorio. Tutto ciò abbatte il rischio infettivo.

Abbiamo un fast track sia nell'entrata in ospedale sia nella dimissione del paziente: dopo quattro giorni si va a casa, senza necessità di fisioterapia e riducendo al contempo i rischi di complicanze dovute all'immobilità. Il paziente ritorna a stare in piedi e a camminare in meno di 24 ore, utilizzando calze antitrombo inserite fin dalla sala operatoria, mentre una terapia anticoagulante abbatte il rischio tromboembolico. Si tratta di un sistema che, oltre a migliorare la qualità della vita del paziente, abbatte i costi sanitari

in modo vertiginoso.

**Ci spiega meglio in cosa consiste l'innovazione introdotta con il resurfacing dell'anca?**

**Prof. De Smet.** Va premesso che in questo tipo di operazioni, sino a poco tempo fa, i risultati migliori si ottenevano nei pazienti al di sotto dei 50 anni. Ora i risultati negli uomini sono eccellenti per tutte le fasce di età. Con il resurfacing possiamo tranquillamente dire che i risultati sono ottimali nei pazienti giovani, dove chiaramente la funzionalità richiesta per la protesi è molto più elevata. L'esperienza



maturata presso l'Anca Medical Center (AMC) di Ghent, dove abbiamo eseguito oltre 4000 interventi di questo tipo, ci ha permesso di ottimizzare i tempi e praticare, anche nel nostro centro italiano, il resurfacing monolaterale ed anche bilaterale simultaneo, particolarmente indicato per persone giovani, che presentano un problema alle anche della stessa intensità dolorosa e disabilità.

Mentre nella protesi tradizionali è necessaria una osteotomia femorale per cui si rimuove una parte di osso, con la nuova



tecnica si ricopre la cartilagine usurata e il trauma è ridotto notevolmente. Quindi si riveste completamente l'anca lasciandone immutato il collo e la testa. Inoltre, se normalmente gli impianti tradizionali in plastica si usurano sempre di più con il passare del tempo, in questi casi, la percentuale di usura con il tempo diminuisce e il risultato dell'intervento si mantiene a lungo.

**Recentemente avete introdotto questo tipo di innovazione anche in Italia...**

**Dott. Calistri.** Le prime operazioni di resurfacing simultaneo bilaterale d'anca, con protesi in cromo-cobalto, sono state eseguite a Roma nel 2014

su un uomo di 41 anni e una donna di 43, entrambi con artrosi bilaterale. Oggi entrambi sono tornati a fare sport.

I "pazienti zero" - un giovane molto sportivo e una mamma che aveva sempre fatto attività fisica prima dell'artrosi e ora è tornata a cimentarsi in nuoto e jogging - sono ideali per illustrare i vantaggi di questo approccio che consente, una volta impiantate le protesi, anche di correre la maratona.

La via di accesso postero-laterale modificata dimezza anche i tempi chirurgici (50 minuti) e grazie alla conservazione del tessuto muscolare e osseo si abbate il rischio di mal posizionamento e quindi di mobilizzazione precoce dell'impianto. Inoltre, in questo modo, anche grazie a impianti di nuova generazione a largo diametro, si abbate il pericolo di lussazione. Il nuovo protocollo offre anche il vantaggio di tempi di riabilitazione ridotti. Il paziente torna a casa al quinto giorno ed esegue gli esercizi appresi durante la degenza.

**Il progresso in chirurgia ortopedica ha cambiato la vita di chi è affetto da Artrite Reumatoide (AR)?**

**Dott. Calistri.** Questa tipologia di interventi non è strettamente riservata a chi è malato da AR ma, chi è affetto da questo tipo di patologia cronica, va incontro ad una degenerazione articolare prima del tempo e si trova in una età precoce a necessitare interventi.

**Quali sono i pazienti con AR che possono affrontare questi interventi?**

**Dott. Calistri.** Spesso c'è un luogo comune per il quale si tende a credere che la qualità ossea di un paziente con AR non sia soddisfacente per sopportare un intervento per l'inserimento di una protesi totale o di rivestimento. Ci sono invece numerosi studi che mostrano che non c'è differenza tra la qualità ossea di un paziente sano e uno affetto da AR. Chiaramente è controindicato il rivestimento su un osso che non c'è più. L'importante è che la degenerazione non sia eccessiva, ma un intervento conservativo è possibile nella maggior parte dei casi.



**In questi casi è importante il costante contatto con gli Specialisti Reumatologi?**

**Dott. Calistri.** Dipende dal livello di problematiche che ha il paziente. Normalmente preferisco sempre rapportarmi con i colleghi se è presente una patologia di tipo cronico. È importante, per esempio, la preparazione per un paziente che assume farmaci immunosoppressivi, per diminuire il rischio di infezioni post operatorie e dare meno discomfort al paziente che non potrà assumere i suoi farmaci per un determinato periodo di tempo.

**L'attività di riabilitazione che ruolo gioca per il successo di un intervento?**

**Prof. De Smet.** In realtà dopo un intervento di anca è più importante la rieducazione che la riabilitazione. Spesso chi ha convissuto con un discreto handicap, si trova nel post operatorio in piedi dopo 24 e a fare le scale il secondo giorno. Ci si riabilita molto rapidamente per cui, nella maggior parte dei casi, si rischia di fare troppo aggiungendo la fisioterapia.

**Si parla oggi di protesi di ultima generazione, alcune costruite con stampanti 3d su misura per il paziente. Quali sono i migliori materiali da utilizzare?**

**Prof. De Smet.** La problematica fondamentale degli impianti protesici è il follow-up in vivo sul paziente che ci dice se il sistema funziona bene ed a lungo sulle persone. Nuovi dispositivi potranno essere utili in futuro ma per ora sono sistemi senza un follow-up in vivo, non hanno controllo.

Noi utilizziamo solo sistemi che abbiano almeno dieci anni di controllo sulle persone. Sarà difficile superare i risultati che abbiamo oggi che raggiungono il 90% a 15-20 anni. Sono necessari, come detto precedentemente, studi di elevata qualità scientifica per cercare di aggiungere qualcosa di concreto allo standard odierno.

Koen De Smet e Alessandro Calistri dirigono l'Anca Clinic, centro con sede a Roma e a Ghent (Belgio)

# RA NarRAtive: reumatologi e pazienti insieme per l'Artrite Reumatoide

di Serena Mingolla

RA NarRAtive è una iniziativa internazionale che intende supportare il ruolo fondamentale dei pazienti nella gestione dell'Artrite Reumatoide (AR). Realizzato con il supporto di Pfizer, RA NarRAtive è realizzato da un gruppo di lavoro (Global Advisory Panel) composto da leader di organizzazioni di reumatologi e associazioni di pazienti. La mission è quella di identificare le barriere incontrate dai pazienti nel raggiungere una gestione ottimale della loro patologia e di formulare raccomandazioni per migliorare i risultati del loro percorso di cura. Alla base del lavoro del Global Advisory Panel vi sono i risultati di due importanti ricerche condotte dalla casa farmaceutica, una sulla esperienza dei pazienti e una su quella dei reumatologi. La prima delle due ricerche, presentata a maggio 2015, si basa sulle risposte di più di 3600 adulti in 13 Paesi (Argentina, Australia, Brasile, Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Sud Corea, Spagna, Turchia, UK e Stati Uniti). La ricerca di RA NarRAtive è la prima nel suo genere che indaga contemporaneamente pazienti e medici, lo stato dei loro rapporti e della loro reciproca comunicazione, oltre alla esperienza dei pazienti e la loro soddisfazione rispetto alla terapia e alla gestione della malattia. I dati mostrano che la percezione dei pazienti con AR rispetto alla propria terapia, così come la loro relazione con il reumatologo, possa condizionare il management della patologia stessa.

La ricerca è stata condotta attraverso questionari on line tra settembre 2014 e gennaio 2015 e mostra diversi risultati interessanti.

- **La percezione della soddisfazione dei pazienti per la propria terapia e il loro rapporto con il reumatologo può avere un impatto positivo sul management della patologia.** La ricerca mostra come i pazienti che si sentono a proprio agio ad esprimere preoccupazioni e paure con il loro medico descrivono la loro condizione di salute come eccellente o buona (43% vs 29%) rispetto ai pazienti che sono invece a disagio;
- **Ancora permangono numerose barriere: c'è una disconnessione tra la soddisfazione rispetto allo stato della propria terapia e lo**



**stato della propria malattia che può impattare sul management della AR.** Quasi 4 pazienti su 5 in cura con medicine prescritte per la loro AR sono soddisfatti della loro terapia (78%), ma solo il 30% degli stessi pazienti descrive la propria AR come "sotto controllo". Questa disconnessione tra la soddisfazione professata e il controllo percepito è ancora più pronunciata in quei pazienti la cui patologia è stata descritta dai reumatologi come moderata/severa o severa;

- **Anche se condividere le decisioni quando si stabiliscono gli obiettivi di una terapia è considerata ovunque una best practice, la ricerca mostra come i pazienti possano non comunicare i loro obiettivi o le loro preoccupazioni ai reumatologi, specialmente rispetto al management della malattia e alle opzioni terapeutiche.** Anche se la maggioranza dei pazienti (83%) dichiara di essere soddisfatto della comunicazione con il proprio medico riguardo alla terapia, l'85% sottolinea che migliorare alcuni aspetti della comunicazione, potrebbe aiutarli nella gestione della patologia;
- **Alcuni pazienti non raggiungono un management della malattia ottimale nonostante la disponibilità di diversi regimi terapeutici.** Il 47% di tutti i pazienti con AR intervistati hanno smesso di svolgere o di partecipare ad alcune attività. In aggiunta, quando si chiede delle cure, il 42% dei rispondenti concorda che trattare l'AR è difficile come vivere con la malattia.

Il secondo step della ricerca ha riguardato invece le opinioni dei reumatologi che hanno risposto alle medesime domande dal loro punto di vista.



# APMAR a San Francisco per il progetto RA NarRAtive

di Serena Mingolla



In rappresentanza dei pazienti italiani, **Antonella Celano**, Presidente di APMAR, ha preso parte alla riunione del gruppo di lavoro del progetto RA NarRAtive svoltasi a San Francisco il 5 e 6 novembre. Insieme a lei, rappresentanti delle organizzazioni dei pazienti dei Paesi che hanno partecipato alla ricerca, tra cui, oltre agli Stati Uniti, anche Inghilterra, Giappone, Brasile e Argentina.

## **Ci spiega in poche parole di cosa tratta questo progetto?**

Del progetto RA NarRAtive vorrei sottolineare l'importanza di due aspetti fondamentali. Il primo è quello dell'importanza dei dati: comprendere in profondità quali sono i problemi che ogni giorno incontrano i pazienti con Artrite Reumatoide è fondamentale per poter trovare delle soluzioni atte a migliorare la qualità della loro vita. Il secondo aspetto è sicuramente il lavoro di squadra tra pazienti e reumatologi. Insieme, rappresentando due sfere complementari del processo di cura, possiamo lavorare perché le soluzioni identificate non rimangano solo teoria ma vengano rese reali.

## **Quali sono i principali risultati di questa importante ricerca doppia?**

Più di 23 milioni di persone in tutto il mondo vivono con l'AR, molti di loro in condizioni di disabilità a causa della malattia. I risultati della RA NarRAtive survey indicano che una delle condizioni per gestire al meglio l'AR è avere un dialogo aperto con il proprio medico reumatologo e definire insieme gli obiettivi del trattamento intrapreso. Un altro fattore emerso è l'importanza di partecipare a gruppi di supporto composti da pazienti.

Ne consegue che occorre continuare a lavorare, come APMAR fa ormai da oltre un decennio, per elevare la voce dei pazienti e il loro ruolo nella gestione della patologia; un ruolo che nulla toglie

a quello fondamentale e insostituibile del reumatologo, che può contribuire al conseguimento congiunto di migliori risultati nella lotta alla Artrite Reumatoide.

## **La ricerca indica che il management dell'AR non è ottimale se il paziente non è incoraggiato ad esprimere i suoi obiettivi, porre domande, comunicare la sua soddisfazione o insoddisfazione. Qual è il messaggio che ne deriva per i reumatologi?**

I risultati delle ricerche esaminate durante il meeting di San Francisco, così come le riflessioni scaturite dal lavoro del Global Advisory Panel, incoraggiano i reumatologi a non fermarsi alle prime manifestazioni espresse dal paziente, ma a perseverare nell'indagare il suo reale stato fisico e psicologico ponendo maggiori domande di follow-up.

## **Quale sarà il prossimo appuntamento del gruppo di lavoro del progetto?**

Il gruppo di lavoro multidisciplinare si riunirà nuovamente a Londra durante l'edizione 2016 dell'EULAR. Sarà una occasione utile per consolidare il progetto in corso e soprattutto lavorare insieme per divulgare i dati delle ricerche e le soluzioni individuate nei rispettivi Paesi.

## **Un'ultima domanda. Lei stessa convive da tempo con l'Artrite Reumatoide. Come è stato affrontare un viaggio di ben 38 ore per passare solo 48 ore a San Francisco?**

Vede, le battaglie che conduciamo per i diritti di chi ha una malattia cronica o rara, ci regalano veramente una energia che forse non tutti avrebbero anche con perfette condizioni di salute. Devo dire comunque che ho trovato San Francisco, per quel poco che ho potuto vedere nel tragitto, una città meravigliosa e accessibile anche per chi si muove su sedia a rotelle.

# L'equazione di Meridiano Sanità: Prevenzione + Innovazione = Valore



Il 10 novembre 2015 si è svolta a Roma la decima edizione del Forum Meridiano Sanità durante il quale è stato presentato il Rapporto Meridiano Sanità, elaborato da The European House-Ambrosetti. Ci siamo andati per voi e vi riportiamo di seguito un sunto di dati e proposte.

**Quanto si spende in Italia per la sanità?** I dati sulla spesa sanitaria che permettono di fare confronti internazionali - quelli pubblicati dall'OCSE nel report Health Statistics 2015 - fissano la spesa sanitaria pro capite totale (pubblica e privata) in Italia a quota 2.355 euro (valore espresso a parità di potere d'acquisto, anno 2013). Il confronto con la Germania, la Francia e il Regno Unito e con la media europea (UE-14) evidenzia un divario molto rilevante, compreso tra il 13% con il Regno Unito e oltre il 51% con la Germania. **In Italia, dunque, si spende in sanità decisamente meno rispetto ai Paesi europei più direttamente confrontabili con il nostro Paese e i divari stanno crescendo nel tempo.**

**Il contenimento della spesa sanitaria pubblica nel tempo ha compromesso le performance del sistema sanitario nazionale?** Il Meridiano Sanità Index - che valuta 4 diversi ambiti - mostra come il Paese ha ottenuto: performance superiori alla media europea nell'area "Stato di salute della popolazione", sebbene ci siano criticità legate ai fattori di rischio per i bambini (obesità e sedentarietà) e all'aspettativa di vita in buona salute; performance in linea con la media europea nelle aree "Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" e "Qualità dell'offerta sanitaria e responsiveness del sistema"; performance nettamente inferiori alla media europea per l'area "Capacità di risposta ai bisogni di salute" che monitora i tassi di copertura vaccinale (per bambini e anziani) e il tasso di copertura degli screening, il consumo di farmaci innovativi e i posti letto per long term care. **Le criticità riscontrate, se non adeguatamente affrontate, rischiano di compromettere anche lo stato di salute futuro della popolazione.**

A fronte della performance media dell'Italia nel confronto europeo, si registrano **forti difformità a livello regionale**. Il Meridiano Sanità Regional Index - indice di valutazione multidimensionale delle performance dei sistemi sanitari regionali - mostra che ci sono aree di indagine in cui le disomogeneità regionali sono più accentuate che in altre. Ad esempio, per quanto riguarda l'area dell'"Equità e della Capacità di risposta ai bisogni di salute", ossia la dimensione che più ci penalizza rispetto ad altri Paesi europei, il livello di

difformità è il maggiore registrato. Questo indica che la performance media nazionale viene drasticamente ridimensionata dalle Regioni del Sud che sui temi della prevenzione, di gestione degli anziani e delle cronicità e della equità del sistema devono compiere molti passi in avanti. **C'è una relazione molto forte tra la ricchezza di una Regione (PIL pro-capite), le risorse che essa destina al settore della Salute e i risultati di performance che il sistema sanitario pubblico ottiene.**

## PROPOSTE

Meridiano Sanità sostiene che tornare ad investire in sanità rappresenta un indirizzo strategico prioritario per il Paese, in considerazione del fatto che mantenere elevati livelli di salute e qualità della vita delle persone costituisce anche un elemento imprescindibile per lo sviluppo e la crescita economica del Paese. Più nello specifico, individua nell'investimento in **Prevenzione (P)** e in **Innovazione (I)** i due capisaldi per generare Valore (V) per il sistema Paese, oggi e in futuro. Questo approccio può essere sintetizzato in una semplice equazione:  **$P + I = V$** .

Per ciascuno dei due addendi, tra loro fortemente sinergici e correlati, sono state elaborate alcune indicazioni di policy sanitaria e proposte concrete.

**Prevenzione.** Alcuni dati recenti indicano **un preoccupante deterioramento delle coperture vaccinali** pediatriche che può portare rapidamente alla ricomparsa di gravi malattie infettive, altri confermano il ritardo della diffusione degli screening con un'accentuata diversità tra le Regioni.

**La spesa in prevenzione**, come indicato da AGENAS, è stata pari a 4,9 miliardi di euro nel 2013, valore pari al 4,19% del totale, il che significa, rispetto ad un obiettivo del 5% stabilito nei LEA, **un sotto-finanziamento di circa 1 miliardo**. Questo, nonostante le evidenze scientifiche sostengano da tempo il valore della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) e gli studi di farmaco-economia abbiano evidenziato ripetutamente profili di costo-efficacia particolarmente positivi per le attività di prevenzione.

Meridiano Sanità propone **un approccio strategico** per la prevenzione, che prevede di: riconoscere il ruolo determinante della prevenzione e della promozione e tutela della salute per lo sviluppo sociale, la crescita economica e la sostenibilità del welfare; combattere le malattie infettive («vecchie» e «nuove») e ridurre i fattori di rischio per le patologie croniche non trasmissibili ad «alto



impatto» sul sistema in termini di salute e di costi sanitari (in primis malattie cardiovascolari, tumori, diabete).

**A livello più operativo**, occorre:

- Lanciare una campagna informativa autorevole e chiarificatrice di comunicazione sull'importanza, il valore e la sicurezza delle vaccinazioni;
- Aumentare l'estensione e ridurre le disomogeneità regionali dei programmi di screening;
- Individuare e diffondere le soluzioni più efficaci (sia tra i programmi di modifica dei comportamenti che tra le soluzioni terapeutiche innovative) per la riduzione dei fattori di rischio modificabili (sedentarietà, fumo, sovrappeso e obesità, sindrome pre-metabolica, ipertensione, ipercolesterolemia, ecc.) delle patologie ad «alto impatto».

Sul fronte delle **risorse economiche** è necessario:

- Vincolare il livello minimo di finanziamento del 5% della spesa sanitaria (attualmente è pari al 4,2%) per le attività di prevenzione e istituire un fondo nazionale per le vaccinazioni per salvaguardare la salute del singolo e della collettività come richiesto dagli organismi europei e in base al Piano Nazionale Vaccinazioni;
- Trattare le spese per interventi di prevenzione con un rapporto costo-efficacia particolarmente favorevole (vaccini, screening, terapie eradicative) come spese per investimenti, ovvero non considerarle tra le spese correnti e tra i vincoli del Patto di Stabilità;
- Individuare fonti di finanziamento innovative di carattere pubblico-privato (ad esempio i Social Impact Bond).

**Innovazione.** Passando al tema dell'innovazione, in particolare quella legata ai farmaci, in Italia emerge **un vero e proprio paradosso**. Da un lato, **se consideriamo la disponibilità e il consumo di nuovi farmaci** approvati dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA), **in Italia il divario con i principali Paesi europei è enorme**. Per i farmaci introdotti in Italia nel 2014, infatti, il consumo registrato è stato inferiore del 91,2% rispetto alla media di Germania, Francia, Regno Unito e Spagna. Per quelli introdotti da due anni (2013) il consumo è stato inferiore dell'81,6%. Il differenziale rimane elevato, pari al 66,7%, anche se si considerano i farmaci introdotti da tre anni (2012) e solo per quelli introdotti da 5 anni la differenza si riduce al 16,5%. Si tratta non solo di ritardi causati da impedimenti burocratici e duplicazioni procedurali, ma anche e soprattutto dovuti a vincoli che ne limitano l'utilizzo a seguito dell'autorizzazione.

In questo modo **il nostro sistema sanitario di fatto utilizza in misura molto ridotta rispetto agli altri Paesi il frutto dell'innovazione del settore farmaceutico**, che invece rappresenta un asset strategico di enorme importanza per valore prodotto in termini di outcome di salute e di capitale economico e cognitivo per il sistema Paese.

Meridiano Sanità assegna **un ruolo strategico all'innovazione in Sanità**, non solo con riferimento al comparto farmaceutico, e ritiene prioritario: salvaguardare l'innovazione (tecnologica, organizzativa, gestionale, ecc.) e favorire la diffusione e l'utilizzo dei risultati degli sforzi di R&S delle imprese che operano nel settore, valutandone correttamente gli impatti positivi a livello di sistema, oltre i «confini della sanità» e anche nel medio-lungo termine, superando così

logiche di silos e visioni di breve periodo; cogliere le opportunità offerte dalla digitalizzazione delle attività e dei processi e dalla gestione dei Big Data in sanità, per migliorare l'efficacia e l'efficienza dello studio, monitoraggio, prevenzione e cura delle patologie.

**A livello operativo** occorre:

- Rafforzare l'attività di HTA a livello centrale, in coordinamento con i network europei;
- Diffondere a livello locale cultura e strumenti basati sulle logiche di HTA, per valutare una tecnologia all'interno dei percorsi e rilevarne correttamente anche gli impatti gestionali e organizzativi;
- Semplificare il modello di governo della spesa farmaceutica, eliminando i tetti di classe e prodotto e utilizzando sistemi di value based reimbursement;
- Individuare nuovi modelli di partnership e collaborazione pubblico-privato sia nell'ambito della ricerca e sviluppo clinico che dell'accesso dei nuovi farmaci (managed entry agreements);
- Introdurre meccanismi di monitoraggio dell'accesso effettivo all'innovazione farmacologica (ad esempio la percentuale di pazienti trattati con farmaci registrati negli ultimi 12 mesi) e stabilire degli obiettivi da raggiungere per colmare il divario con gli altri Paesi europei;
- Implementare gli strumenti di sanità digitale, telemedicina e mobile, per migliorare l'accessibilità e garantire la continuità delle cure.

Infine, con specifico riferimento alle **risorse economiche**, è necessario:

- Anche in considerazione delle stime di crescita del PIL elaborate per i prossimi anni (positive anche se più modeste rispetto ad altri Paesi dell'UE), assicurare che il finanziamento della spesa sanitaria cui concorre lo Stato sia fissato in modo da mantenere (almeno) costante il rapporto spesa/PIL, a differenza invece di quanto attualmente previsto dal MEF, al fine di poter disporre di risorse aggiuntive necessarie per far fronte ai bisogni di salute emergenti, tra cui la cura di patologie ad alto impatto economico e sociale attraverso i nuovi farmaci in arrivo sul mercato;
- Garantire la certezza di una programmazione pluriennale e definire criteri, tempi e regole trasparenti sul finanziamento della spesa farmaceutica;
- Adottare forme di finanziamento della sanità integrative di quelle erogate dal SSN per la copertura delle prestazioni escluse dai LEA (oggi e in futuro) e impiegare le risorse liberate per nuovi investimenti per l'innovazione in sanità.

**Investire in Sanità** secondo gli approcci sopra descritti **consentirebbe di creare valore a più livelli**, oltre la sfera della salute delle persone e il comparto della sanità.

# L'Universalismo diseguale (o imperfetto)

## Presentato l'11° Rapporto Sanità

Il Rapporto Sanità è ormai giunto, nel 2015, alla sua 11a edizione. Si tratta di una iniziativa nata nel 2003 presso l'Università di Roma "Tor Vergata", edita dal Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e management sanitario e, allo stesso tempo, fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

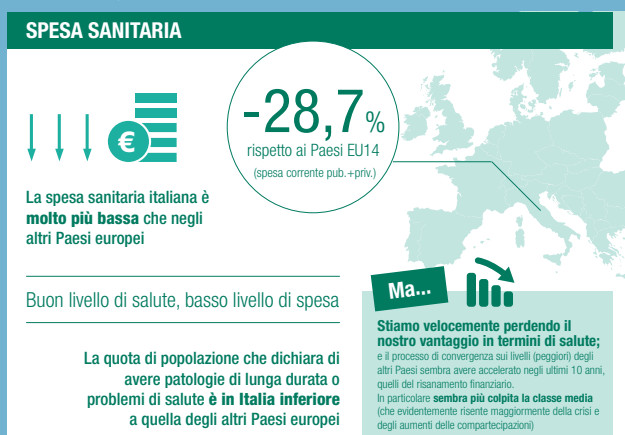
APMAR era presente al lancio del Rapporto, intitolato quest'anno "L'Universalismo diseguale (o imperfetto)", titolo denso di significato nel rappresentare evidentemente le barriere e le difficoltà che ancora persistono (e le nuove che si affacciano) per un sistema sanitario che possa essere definito uguale per tutti.

Oltre all'accesso vi sono poi altre vere priorità, fra cui la riduzione degli squilibri regionali e una visione maggiormente olistica, integrata, dell'approccio alla salute. Come afferma il prof. **Federico Spandonaro** Presidente del CREA Sanità nella presentazione del rapporto riferendosi a tali priorità -, la prima non è mai stata raggiunta e la seconda inizia a scricchiolare.

Siamo sicuri di fare una informazione utile riportando le schede sintetiche fornite dal CREA che descrivono i contenuti del Rapporto.

### I punti salienti

**Spesa sanitaria.** La spesa sanitaria italiana è molto più bassa che negli altri Paesi europei: è inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7% (spesa corrente pubblica+privata) e la forbice (anche in percentuale del PIL) si allarga anno dopo anno. Non può quindi essere una preoccupazione il livello della spesa.



**Esiti di salute.** La quota di popolazione che dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute è in Italia inferiore a quella degli altri Paesi europei: buon livello di salute e basso livello di spesa confermerebbero l'efficienza della Sanità italiana. Ma stiamo velocemente perdendo il nostro vantaggio in termini di salute; e il processo di convergenza sui livelli (peggiori) degli altri Paesi sembra avere accelerato negli ultimi 10 anni, quelli del risanamento finanziario. In particolare sembra più colpita la classe media, che evidentemente risente maggiormente della crisi e degli aumenti delle compartecipazioni.

**Spesa out of pocket (OOP) e livello equitativo.** I fenomeni di impoverimento per spese socio-sanitarie out of pocket (spesa sostenuta direttamente dalle famiglie) e catastroficità (spese elevate rispetto al proprio reddito) sembrerebbero ridursi: nel 2013 quasi 100.000 famiglie in meno risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma è un fenomeno illusorio: parallelamente, se 1,6 milioni di persone in meno hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP, più di 2,7 milioni dichiarano di rinunciare a priori a sostenerle per motivi economici (2012). E per il 2014 si registra un deciso aumento della spesa sanitaria out of pocket (+14,5%), che potrebbe peggiorare ancora l'impatto equitativo.

### SPESE SOCIO-SANITARIE OUT OF POCKET (OOP)

dal **2012** al **2013**

**600 mila** famiglie in meno hanno sostenuto spese OOP

**100 mila** famiglie impoverite in meno da spese OOP

**40 mila** famiglie in meno soggette a spese catastrofiche\*  
\*spese elevate rispetto al reddito

**Ma...**

**2,7 milioni** di persone rinunciano a priori a sostenere spese OOP per motivi economici

**+14,5%** aumento spesa sanitaria OOP prevista dai dati preliminari (2014)

**Risultati di esercizio e carico fiscale.** Il disavanzo della spesa sanitaria in termini assoluti è andato progressivamente diminuendo, riducendosi del 43,7% (considerando le sole Regioni in disavanzo) tra il 2010 e il 2014; quindi l'aspetto finanziario è nettamente migliorato, ma con esiti equitativi discutibili: l'equilibrio è infatti stato perseguito anche con l'inasprimento fiscale a livello regionale, penalizzando nei fatti le famiglie che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere

l'equilibrio finanziario nel loro SSR. Nel Lazio, che è la Regione che da sola ha generato, nel 2014, il 26,7% del deficit complessivo, la pressione tributaria locale in termini di addizionale Irpef è maggiore rispetto a quella di Regioni tradizionalmente in equilibrio: per esempio, più elevata del 23,7% di quella della Lombardia e superiore del 62,0% rispetto a quella riportata dal Veneto.

## RISULTATI DI ESERCIZIO E CARICO FISCALE

### Inasprimento fiscale

per i cittadini che risiedono nelle Regioni che **non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario** del SSN



### Aspetto finanziario migliorato

**-43,7%**

**riduzione del disavanzo** (differenza negativa tra entrate e uscite nei bilanci sanitari) in termini assoluti dal 2010 al 2014



**Razionamenti e farmaceutica.** L'equilibrio è stato perseguito con la razionalizzazione (maggiore efficienza), ma anche inasprimenti fiscali (vd. Scheda 4) e razionamenti dei servizi e delle tecnologie. In particolare si avverte nei segmenti delle tecnologie dove l'innovazione è più rapida. Ad esempio il consumo in Italia dei farmaci approvati da EMA (European Medicines Agency) negli ultimi 5 anni (2009-2014), rispetto a Francia, Germania, Spagna e Regno Unito, è in media inferiore del -38,4% (partendo da oltre -90% per quelli più recentemente approvati e rimanendo inferiore di quasi -20% anche a distanza di 5 anni dalla loro approvazione). E nel calcolo si tiene conto solo delle molecole presenti anche in Italia: andrebbe aggiunto che di oltre il 30% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014 e commercializzati in almeno un Paese EU5, in Italia non si ha consumo.

**Prevenzione.** L'Italia sembra aver speso il 3,7% della spesa pubblica corrente in programmi di prevenzione e salute pubblica nel 2013, stando ai dati OECD (rettificando in qualche modo il dato dello 0,5% diffuso lo scorso anno): una percentuale maggiore di diversi altri Paesi, ma certamente insufficiente: considerando il valore pro-capite, infatti, la spesa per la prevenzione in Italia, sempre secondo OECD, sarebbe pari a € 66,3 contro € 99,5 in Germania e € 131,0 in Svezia. Dell'insufficienza

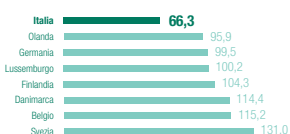
## PREVENZIONE

**3,7%**

Spesa in Italia per programmi di prevenzione e salute pubblica in rapporto con la spesa pubblica corrente

Una quota relativamente alta rispetto agli altri Paesi

### Spesa pubblica per la prevenzione in termini pro-capite nel 2013 (€)



La quota di spesa destinata a interventi sugli stili di vita **rimane ignota**, ma probabilmente molto modesta

### Rimaniamo uno dei Paesi più sedentari d'Europa

Questo da solo potrebbe spiegare parte dell'involuzione dello stato di salute



**5%**

Percentuale del Fondo Sanitario Nazionale da utilizzare per il **Lea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"**, in accordo con gli ultimi Patti per la Salute

**4,19%** In base ai dati disponibili nel 2013 la quota è più bassa

pari a circa € 4,8 **mln.**, di cui circa € 1,0 **mln** per attività di prevenzione rivolte alle persone

degli investimenti nel settore negli anni passati è prova che nel 2014, a livello nazionale, la copertura per le vaccinazioni pediatriche non ha raggiunto il 95% (soglia minima raccomandata nel Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale) per nessuno degli antigeni previsti, con difformità a livello regionale, e che le politiche sugli stili di vita sono praticamente ferme.

## PROPOSTE

Sarebbe auspicabile dichiarare una "moratoria" a medio termine di ogni tentativo di contrarre ulteriormente la crescita del finanziamento del SSN: moratoria prevista nell'ultimo Patto della Salute, ma in qualche modo infranta con la manovra sui bilanci regionali. La moratoria potrebbe alternativemente essere definita come: impegno a mantenere l'invarianza del rapporto finanziamento / PIL; impegno a mantenere l'invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana vs spesa sanitaria EU14. La seconda è giustificata dal rischio, con la prima, di registrare l'impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU. Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe anche forse possibile rivedere la lista delle priorità di intervento, inserendo tematiche che superano l'orizzonte del breve termine; 5 i punti urgenti:

- la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN;
- la ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse, considerando che l'assunto (presente nei costi standard) di una sostanziale gratuità delle prestazioni è ormai superato nei fatti;
- la rivalutazione dell'accreditamento professionale come criterio per perseguire una adeguata appropriatezza prescrittiva e parallelamente dell'accreditamento delle strutture come leva di governo dell'offerta, evitando una burocratizzazione del sistema e la rottura del rapporto fiduciario medico-paziente;
- l'analisi degli approcci corretti per garantire condizioni competitive (ma fair) nei mercati sanitari, massimizzando i risparmi, ma salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi: sembra infatti dominante la ricerca di risparmi a breve termine, spesso ottenuti mediante economie di scala, che sfruttano la grande opportunità (in termini di risparmi) dell'apertura a condizioni di competizione in molti mercati sanitari, ma sembrano trascurare le profonde differenze di questi mercati rispetto alle esperienze del passato; basti pensare ai biosimilari, per i quali si verificano grandi differenze (forti investimenti e quindi barriere all'entrata, pochi player, etc.) rispetto all'esperienza degli equivalenti; analogamente, in altri settori sanitari, non sembra si sia pienamente colto il rischio di competizioni di puro prezzo non adeguatamente regolamentate;
- la necessità di rapportarsi in modo proattivo con le decisioni a livello internazionale in tema di pricing delle nuove tecnologie: appare infatti evidente che l'attuale sistema di governo basato sul value based pricing diventa fortemente penalizzante per le popolazioni residenti nei Paesi con minore crescita e pensare di compensare il fenomeno con l'uso (e a volte l'abuso) di accordi confidenziali, payback, tetti e altri interventi per via amministrativa non è sostenibile a medio termine.



# Il manifesto delle criticità in nutrizione clinica e preventiva

## Presentate ad Expo le prime 10 sfide italiane

di Serena Mingolla



**T**ra i temi trattati ad Expo 2015 il Padiglione Italia ha ospitato un importante dibattito riguardante il “Manifesto delle Criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva”, documento promosso da un network di oltre 40 organizzazioni scientifiche e diverse associazioni di pazienti, tra cui APMAR.

“L’ampio network che supporta il documento – ha dichiarato **Lucio Lucchin**, past president ADI – Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica e promotore del Manifesto –, denota quanto sentito e urgente sia l’intervento in ambito nutrizionale in Italia. Il documento intende creare la giusta pressione sociale affinché le Istituzioni si attivino concretamente in questa direzione e fungere da promotore di una seria riflessione nei cittadini italiani sui temi legati alla nutrizione. L’ampia partecipazione dei pazienti dimostra che stiamo andando nella giusta direzione. Con la collegiale sottoscrizione evidenziamo le principali criticità nutrizionali coniugandole con soluzioni concrete, superando diffidenze e particolarismi e coinvolgendo attori differenti, come cittadini e pazienti, che non possono più rimanere ai margini delle decisioni e responsabilità da assumere”.

Sono 17 milioni gli italiani che soffrono di malattie legate a problematiche nutrizionali, impegnando la collettività per circa 30 miliardi di euro l’anno. L’inadeguata risposta pubblica in tal senso alimenta inoltre un mercato della dieta che in Europa vale non meno di 200 miliardi di euro l’anno.

“Il Ministero della Salute prende atto di questo documento – ha dichiarato **Giuseppe Ruocco**, Direttore Generale di Igiene e Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione del Ministero della Salute – e lo userà come base per un tavolo di lavoro che affronterà il problema della nutrizione in Italia, migliorando gli interventi che si possono fare sul tema. La presentazione del Manifesto a Expo – ha continuato **Ruocco** – si inserisce perfettamente nel percorso di informazione e formazione del cittadino che portiamo avanti da tempo, quindi è necessario un grande e coordinato sforzo per diffondere la cultura della corretta nutrizione, anche al di là di “miti” e false verità che circolano su questi temi”.

**Le prime 10 criticità** individuate nel Manifesto sono: sovrappeso-obesità; Diabete mellito tipo 2; malnutrizione calorico-proteica; Sarcopenia; Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione; nutrizione artificiale domiciliare; Comportamenti nutrizionali a rischio; Tossinfezioni alimentari; Carenze nutrizionali e nutraceutica.

Tra le diverse problematiche rilevate, è unanime il consenso degli esperti nel ritenere l’obesità una vera e propria malattia, ridimensionando fortemente il valore del semplice peso corporeo nella scelta terapeutica a favore della composizione corporea, la cui valutazione va effettuata da medici specialisti. D’altra parte, la malnutrizione per difetto (carente apporto calorico-proteico) non è appannaggio solo dei Paesi in via di sviluppo, ma riguarda fasce di popolazioni importanti anche nel nostro Paese; ne risultano affetti soprattutto i soggetti ospedalizzati, gli anziani istituzionalizzati e non, i pazienti oncologici e i soggetti economicamente più deboli. “Padiglione Italia è orgoglioso di aver patrocinato e promosso la costituzione di un gruppo di lavoro così importante come quello che ha dato vita al Manifesto. – ha dichiarato il **Prof. Enzo Grossi**, advisor scientifico di Padiglione Italia – Nel documento non ci si è limitati a elencare problemi, ma abbiamo presentato una serie di proposte di intervento sostenibili grazie al coordinamento straordinario tra medici, scienziati, associazioni di cittadini e pazienti e accademici, messo in campo per la prima volta in Italia”.

Fra le **proposte concrete d’intervento** quelle più urgenti sono: **1)** l’inserimento della nutrizione clinica nei piani formativi del medico; **2)** risolvere la confusione di ruoli e competenze tra le tante, troppe, figure professionali che offrono prestazioni in ambito nutrizionale; **3)** migliorare l’insufficiente consapevolezza sull’interazione tra ambiente e salute; **4)** potenziare l’organizzazione strutturale pubblica in nutrizione clinica e preventiva; **5)** promuovere l’educazione alimentare nei piani formativi scolastici; **6)** creare una task force di specialisti del settore che contrasti l’emissione di messaggi scorretti e fuorvianti sui media.

“APMAR – ha dichiarato la Presidente **Antonella Celano** – sostiene con forza l’impegno di questo nuovo network per una corretta alimentazione. Le ultime ricerche scientifiche ci dicono chiaramente quanto migliori stili di vita, anche alimentari, possano avere una influenza determinante non solo sull’evoluzione delle patologie ma anche sulla efficacia delle terapie intraprese”.

Lucio Lucchin è past President ADI - Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica e promotore del manifesto

**LE PRIME 10 SFIDE ITALIANE - RIFLETTIAMOCI SU!!!**

**CRITICITÀ**

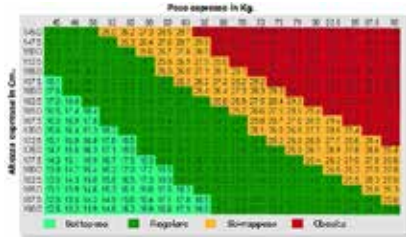
**PER PREVENIRE**

**SOVRAPPESO + OBESITÀ**  
(aumento del tessuto adiposo)

**INDICE MASSA CORPOREA**  
massa (kg)  
 $IMC = \frac{\text{massa (kg)}}{\text{altezza}^2 \text{ (metri)}}$



- Pesarsi 1 volta/mese. Calcolare il proprio IMC.
- Misurare la circonferenza a livello dell'ombelico. Buono se ≤80 cm per donne e ≤94 cm per l'uomo. Se >88 cm per la donna e > 102 cm per l'uomo consultare un medico (maggior rischio cardiovascolare, di diabete e tumori).
- Variare il più possibile l'alimentazione nel rispetto della tradizione alimentare italiana del primo dopoguerra (modello mediterraneo).
- Non rischiare le diete "FAI DA TE" e chiedere consiglio al medico.
- Fare almeno 30 min. di camminata a passo veloce o 10.000 passi al giorno di movimento (uso del contapassi).



**DIABETE MELLITO TIPO II**  
(carenza di azione dell'insulina)



- Controllare l'emoglobina glicata (HbA1c) 1 volta/anno. Se >6% consultare il medico.
- Misurare la glicemia 1-2 volte/anno. Se >110 mg/dl consultare il medico.
- Controllare il peso corporeo come sopra.
- Assumere non più di 40 g die di zuccheri semplici (dolciumi, bibite, succhi frutta, miele). Ridurre i grassi e assumere più cibi integrali.
- Fare movimento come sopra.

**MALNUTRIZIONE CALORICO-PROTEICA**  
(assunzione deficitaria di calorie e/o proteine)



- Da sorvegliare le persone ricoverate, i bambini, gli adulti che soffrono di patologie croniche e le persone anziane.
- Verificare se c'è stato calo di peso negli ultimi 3 mesi. Se >5% consultare il medico.
- Fare calcolare (da un dietologo, da un dietista, da un biologo nutrizionista, etc.) se calorie e nutrienti assunti spontaneamente coprono i fabbisogni. Se <75% c'è necessità d'integrazione.

**SARCOPENIA**  
(perdita di masse e forza muscolare anche con peso normale)



- Effettuare una attività fisica regolare con esercizi di resistenza (p. es., camminare, andare in bicicletta, ballare, nuotare, fare ginnastica aerobica leggera).
- Seguire il più possibile un'alimentazione equilibrata con adeguato consumo di proteine (se >65 anni: 1,2 g/kg peso desiderabile/die)
- Misurare 1 volta /anno i livelli di vit.D e calcio.

**DISTURBI NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE**  
(alterato rapporto con il cibo e l'immagine corporea)



- Se l'Indice di Massa Corporea (IMC) è inferiore a 18,5 kg/m<sup>2</sup> consultare il medico per escludere un disturbo dell'alimentazione.
- Se atleta con IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>, necessità di valutazione di un esperto in disturbi dell'alimentazione.
- Se si pensa spesso al cibo, alle calorie o alla propria immagine corporea, consultare un esperto in disturbi dell'alimentazione.
- Diffidare di tutti i messaggi che "glorificano" un'eccessiva magrezza.

**COMPORAMENTI E CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE A RISCHIO DI SCADIMENTO DELLO STATO DI NUTRIZIONE**



**DIETA MEDITERRANEA**  
Alimentazione sobria, frugale e conviviale costituita principalmente da olio di oliva, cereali (grano, mais, orzo, farro, avena) vegetali di stagione, legumi, frutta fresca e secca, spezie, pesce (consigliabile 1-2 volte settimana) e modiche quantità di carne (specie se processata), latticini e vino (max 2 bicchieri die).



**STATI CARENZIALI**



- Esporsi alla luce solare 20 min. die per 5 gg settimana.
- Dosare la vit. D dopo i 60 anni.
- Assumere adeguate quantità di cibi ricchi di acido folico (spinaci, broccoli, asparagi, lattuga, arance, legumi, cereali, limoni, kiwi, fragole).
- Se si desidera una gravidanza, assumere 1 compressa al giorno di acido folico da 0,4 mg.

**NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE**

Attesi 19.500 pazienti domiciliari all'anno



- Ricorrere precocemente a questa tecnica quando il paziente non è in grado di coprire spontaneamente i fabbisogni nutrizionali. Preferibile l'utilizzo dell'apparato gastro-intestinale (via enterale). Se non percorribile questa via il paziente viene nutrito attraverso il circolo venoso (via parenterale).

**TOSSINFEZIONI ALIMENTARI**

360.000 denunce anno di cui oltre la metà per preparazioni casalinghe

**Acquistare, Conservare e Preparare bene conviene**



**Prestare attenzione**

- all'acquisto di prodotti senza etichetta e da fornitori non autorizzati;
- alla temperatura di conservazione (0-4 °C) per i deperibili, (le indicazioni in etichetta sono d'aiuto);
- al consumo di cibo crudo o alla cottura inadeguata;
- a non lasciare i cibi cotti a temperatura ambiente. Eventualmente refrigerarli e poi riscaldarli per 10 min.;
- alla cattiva igiene nella modalità di preparazione;
- al consumo di pasti in luoghi non adibiti alla ristorazione.

**DIFFUSIONE INCONGRUA DEGLI INTEGRATORI ALIMENTARI E NECESSITÀ DI AGGIORNAMENTO LEGISLATIVO NELL'AMBITO DELLA NUTRACEUTICA**



- Recuperare il modello alimentare mediterraneo, in grado di favorire il giusto apporto di nutrienti.
- Attenzione ad un utilizzo incongruo perché possono risultare dannosi qualora non consigliati dal medico.
- I test d'intolleranza alimentare non sono affidabili, eccetto quello per l'intolleranza al lattosio, fruttosio, sorbitolo e glutine.

# Verso una legge sul fine vita

## Le novità in Europa e in Italia

di Serena Mingolla



Se ne parla con difficoltà, molto più spesso non se ne parla affatto. È il fine vita, una questione bruciante e personalissima che però, quando tocca il singolo da vicino, si traduce inequivocabilmente nella impossibilità di far valere la sua autodeterminazione a causa della mancanza di una regolamentazione legislativa. Eppure non si può negare l'esistenza di persone affette da malattie produttive di gravi sofferenze e inguaribili, la cui vita non dipende da un trattamento sanitario; persone in stato vegetativo sottoposte loro malgrado all'accanimento terapeutico. Storie come quella di **Eluana Englaro**, **Piergiorgio Welby**, **Mario Monicelli**, **Luca Coscioni**, ci hanno mostrato la determinazione di uomini, donne e familiari nell'affermare la propria volontà fino alla fine.

Il dibattito non è semplice neppure oltre i confini dell'Italia. Lo scorso 9 settembre, la California è diventata il quinto Stato degli USA ad autorizzare l'eutanasia con una legge nata dalla vicenda di **Brittany Maynard**, una giovane donna, malata di un cancro incurabile al cervello, divenuta famosa in tutto il mondo per aver scelto il suicidio assistito in Oregon. Dopo che un primo progetto di legge era stato respinto lo scorso luglio, la legge approvata dalla Camera della California, con 43 voti favorevoli e 34 contrari "consente ai malati in fase terminale di chiedere ad un medico di prescrivere loro dei

farmaci che li aiutino a morire", così come riporta un comunicato sulla pagina web della parlamentare **Susan Talamantes Eggman**, uno dei deputati che ha presentato il testo. Altri quattro Stati americani hanno autorizzato fino ad oggi l'eutanasia: Oregon, Washington, Montana e Vermont; in una ventina di Stati sono stati proposti dei progetti di legge simili ma nessuno è stato adottato poiché in materia divampa ancora molta polemica.

In Europa la situazione non è più rosea. L'eutanasia attiva, cioè la somministrazione ad un malato capace di intendere e di volere di un farmaco che conduce alla morte, è legale in Olanda, Belgio e Lussemburgo. Non è perseguita legalmente in Svezia mentre in Svizzera è previsto il suicidio assistito anche per i non residenti.

In altri paesi come la Danimarca, gli Stati Uniti, il Canada e l'Australia, le dichiarazioni anticipate di volontà hanno valore legale.

Ma vediamo cosa succede nel nostro Paese: a causa della mancanza di norme sembra ci sia un'ampia zona grigia di pratiche consolidate che avvengono fuori da ogni regolamentazione. Una parte di questi casi riguarda l'eutanasia clandestina che, secondo il 48% degli Italiani, è una pratica frequente negli ospedali dove è richiesta da malati terminali ormai giunti allo stremo o da familiari per far cessare sofferenze inutili. In Italia aiutare qualcuno a morire costituisce reato e chi lo commette è punito dal codice penale per omicidio del



consenziente oppure, per istigazione o aiuto al suicidio. Secondo l'Eurispes il 64,6% degli italiani è favorevole e il 77% concorda con l'istituzione di una legge sul testamento biologico che regolamenti per tempo le decisioni mediche sul fine vita. Anche se i riflettori mediatici si accendono quando uno di questi cittadini rivendica in modo eclatante il suo diritto ad una morte dignitosa, molto più spesso, la condizione dei pazienti in stato vegetativo o dei malati terminali rimane drammatica, nel completo disinteresse della classe politica. Quasi sempre sono le stesse famiglie a mantenere queste persone nella propria abitazione senza alcun aiuto né assistenza dallo Stato e non va meglio sul piano della terapia del dolore: la mancanza di investimenti e la scarsa formazione del personale specializzato rendono l'accesso a queste cure poco uniforme e spesso carente, relegando l'Italia al dodicesimo posto in Europa. Il 13 settembre 2013 – spinta dall'indifferenza rispetto a questa questione dimostrata dai Parlamenti che si sono succeduti – l'Associazione Luca Coscioni, insieme ad altre associazioni,

depositava presso la Camera dei Deputati una proposta di legge di iniziativa popolare sottoscritta da oltre 67.000 cittadini italiani, ai quali si sono aggiunti oltre 30.000 firmatari via internet.

In questi due anni si sono rivolti al Parlamento per sollecitare una discussione sul fine vita molti malati terminali e personalità della società italiana come Vasco Rossi, Roberto Saviano, Corrado Augias, Marco Bellocchio, Furio Colombo, Maurizio Costanzo, Vittorio Feltri, Emma Bonino e tantissimi altri aderenti alla campagna "Eutanasia Legale". Ora finalmente sembra che in Parlamento qualcosa si muova: mercoledì 16 settembre 2015, a due anni dal deposito della legge popolare alla Camera dei Deputati, si è svolta la prima riunione dell'intergruppo parlamentare per la legalizzazione dell'eutanasia.

A cosa porterà la costituzione di questo intergruppo non possiamo saperlo, ci auguriamo che si avvii perlomeno un dibattito serio e necessario su un diritto civile che riguarda la dignità di tutti i cittadini.

fonte dei dati [www.eutanasialegale.it](http://www.eutanasialegale.it)

## Intervista a Marco Cappato



***“Progetto di Legge d’iniziativa popolare rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell’Eutanasia”. Marco, qual è la storia di questa proposta di legge?***

Abbiamo elaborato questa proposta di legge con vari esperti due anni e mezzo fa con l'obiettivo di coinvolgere direttamente i cittadini di fronte ad un Parlamento che si dimostra inerte nei confronti delle scelte di fine vita. Per questo abbiamo optato per una legge di iniziativa popolare dopo anni di casi e anche di successi sul piano giudiziario (Welbi, Englaro) che hanno consolidato il diritto ad interrompere i trattamenti sanitari e di veder riconosciuto un diritto che è scritto nella costituzione. Il passo successivo è che questo diritto venga riconosciuto non solo a chi ha un trattamento sanitario che si può sospendere, ma anche a chi, come i malati di cancro incurabile, vogliono terminare la propria vita. Due anni fa abbiamo raccolto 70.000 firme e depositato la legge, abbiamo poi continuato a raccogliere adesioni on line arrivando ad oltre 100.000 sottoscrizioni.

***Eutanasia clandestina, esilio della morte: questo succede oggi in Italia. Hai accompagnato Piera, una malata terminale in Svizzera per il suicidio assistito. Lo faresti ancora?***

Stiamo continuando a farlo in maniera esplicita sul sito [www.eutanasialegale.it](http://www.eutanasialegale.it)

www.eutanasialegale.it. Diamo informazioni e, quando è necessario, forniamo anche un sostegno logistico o di altro tipo alle persone che vogliono ottenere l'eutanasia, quando vi siano ovviamente le condizioni previste dalla proposta di legge di iniziativa popolare del Comitato per l'eutanasia legale. L'assurdità di leggi che possono portare in prigione sino a 14 anni persone mosse unicamente dalla compassione per chi soffre, induce le stesse autorità a trattare con molta prudenza i singoli casi. L'utilità della legge assume allora una importanza fondamentale per dare garanzie che vadano al di là della tolleranza dei singoli operatori dello Stato di fronte all'affermazione del diritto all'autodeterminazione, ma che tutelino la libertà fondamentale di scegliere per se stessi, il proprio corpo e la propria malattia anche nella fase finale della propria vita, in nome dell'effettiva attuazione degli articoli 3, 13 e 32 della Costituzione.

***Avete puntato molto sulla comunicazione per affermare questa battaglia. Dalla campagna che fu definita shock “A.A. Cerchiamo malati terminali” al video “Vivere” premiato all’Italians Festival con l’argento dell’ADCI (Art Director Club Italia).***

È stata una scelta obbligata visto che, in tutti questi anni, non c'è stata neppure una trasmissione in prima o seconda serata che abbia ospitato un confronto politico serio su questi temi, che abbia ospitato un dibattito pro o contro l'Eutanasia. Si ha paura delle conseguenze che questo dibattito potrebbe avere. Per questo abbiamo dovuto adottare una comunicazione di rete, dal basso, fondamentale per consolidare una rete di cittadini e di personalità che hanno portato il loro sostegno e hanno voluto sollecitare il Parlamento. Ma questa rete non basta, è indispensabile riuscire a coinvolgere l'opinione pubblica. Bisogna che si interrompa prima di tutto la violazione dei diritti dei cittadini a conoscere, portata avanti dai media italiani.

***Il 16 settembre si è formato l'intergruppo parlamentare per la***

### **legalizzazione dell'eutanasia. Si tratta di un risultato importante, cosa significa esattamente per la causa?**

La costituzione dell'intergruppo è stata l'occasione per una straordinaria assunzione di responsabilità da parte dei Parlamentari che ritengono doveroso dare risposte di governo ai problemi legati al fine vita. Se sommiamo i parlamentari che sono direttamente parte dell'intergruppo (40, con 18 interventi) ai Parlamentari che hanno aderito agli appelli promossi prima da Luigi Manconi, poi da Stella Bianchi, arriviamo a contare 155 deputati e senatori, che provengono da 9 gruppi politici (PD, M5S, FI-PDL, SEL, SCpl, NCD-UDC, Lega Nord, Aut-Psi-Maie, Misto) e che sono uniti nel chiedere la calendarizzazione delle proposte di legge, tra le quali la proposta di iniziativa popolare depositata 2 anni fa e rimasta indiscussa contro lo spirito e la lettera della Costituzione.

Questo gruppo vuole iniziare ad aggregare i parlamentari di qualsiasi parte essi siano, purché si impegnino ad ottenere la calendarizzazione della discussione della proposta di legge. È un passaggio importante ma ci vorrà una crescita di aggregazione molto forte. Ora chiediamo ai Gruppi parlamentari di trovare al più

presto un accordo sulla calendarizzazione. Ai Parlamentari che sono risolutamente contrari alla legalizzazione, chiediamo comunque di unirsi nella richiesta di un confronto parlamentare come accade ormai in tutto il mondo "democratico".

Tra l'altro, ormai, è di pochi mesi fa la legge approvata in California. In Europa, la Francia e l'Inghilterra ne stanno discutendo. La mancanza dell'Italia va vista anche in una ottica internazionale.

### **Servono ancora firme. Vuoi fare un appello ai nostri lettori?**

Andate sul sito [www.eutanasialeale.it](http://www.eutanasialeale.it) e firmate questa proposta di legge. Sostenete anche voi questa sorta di movimento al quale la politica ufficiale non riconosce dignità politica ma che rappresenta la speranza di tantissimi cittadini.

**Marco Cappato è promotore della campagna Eutanasia Legale, Tesoriere dell'associazione Luca Coscioni per la libertà di Ricerca scientifica, Consigliere comunale a Milano, Presidente del Gruppo Radicale - federalista europeo.**

## Costituzione italiana

### Articolo 3

*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge.*

### Articolo 13

*La libertà personale è inviolabile.*

### Articolo 32

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure*

*gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*

# morfo logie

Rivista della Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatiche ONLUS

Morfologie è iscritto al numero 1080 del Registro della Stampa del Tribunale di Lecce dal 28 febbraio 2011 ed è stampato in 8.000 copie su carta riciclata nel rispetto dell'ambiente.

Chiuso il 24/11/2015

## REDAZIONE

**Antonella Celano** (Presidente APMAR)

**Serena Mingolla** (Direttore Morfologie)

**Raffaella Arnesano**

**Italia Agresta**

**Patrizia Camboni**

**Adriana Carluccio**

**Gina Divittorio**

**Giusy Feoli**

**Maddalena Pelagalli**

**Francesco Riondino**

**Bianca Zuccarone**

## COMITATO SCIENTIFICO

**Francesco Paolo Cantatore** | Reumatologo - Foggia

**Luca Cimino** | Oculista - Reggio Emilia

**Giovanni Corsello** | Pediatra - Palermo

**Gianfranco Ferraccioli** | Reumatologo - Roma

**Rosario Foti** | Reumatologo - Catania

**Mauro Galeazzi** | Reumatologo - Siena

**Massimo Galli** | Infettivologo - Milano

**Roberto Giacomelli** | Reumatologo - L'Aquila

**Paolo Gisondi** | Dermatologo - Verona

**Florenzo Iannone** | Reumatologo - Bari

**Giovanni Lapadula** | Reumatologo - Bari

**Giovanni Minisola** | Reumatologo - Roma

**Maurizio Muratore** | Reumatologo - Lecce

**Ignazio Olivieri** | Reumatologo - Potenza

**Giuseppe Luigi Palma** | Psicologo

**Leonardo Punzi** | Reumatologo - Padova

**Luigi Sinigaglia** | Reumatologo - Milano

**Matteo Sofia** | Pneumologo - Napoli

**Enrico Strocchi** | Cardiologo - Bologna

**Roberto Viganò** | Ortopedico - Milano

# Danni da “malpractice” medica. Cosa può fare il paziente?

di Emilio Graziuso



Il tema della responsabilità del medico e delle strutture ospedaliere è, purtroppo, sotto i riflettori non solo mediatici ma anche, e soprattutto, giuridici. Sempre più spesso i mass media affrontano il tema della responsabilità medica.

Negli ultimi anni, come evidenziato dall'Ania (Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici), è aumentato, in misura significativa, il numero di risarcimenti dei danni derivanti da malpractice medica. Accanto alle ipotesi “classiche” di responsabilità, come ad esempio, quella scaturente dai danni patiti dal paziente a causa di un intervento medico contrassegnato dalla negligenza, imprudenza o imperizia, di recente i Tribunali Italiani sono stati chiamati a risolvere anche casi nei quali al paziente era stata diagnosticata una patologia inesistente o, al contrario, non era stata diagnosticata alcuna patologia. E così, è stato concesso un risarcimento del danno di 173.000 euro, ad un paziente che, a causa di una errata diagnosi, era stato considerato sieropositivo, con tutte le ripercussioni che, a livello psichico ed esistenziale, possono derivare dal riscontro di una patologia di tal genere.

In un altro caso, ad una persona, prontamente condotta al Pronto Soccorso per un malore, il personale sanitario di turno non aveva riscontrato l'infarto, dimettendola immediatamente. Il paziente era deceduto subito. Nel corso del processo promosso dai famigliari della vittima di malpractice è emerso che, se fosse stato riscontrato l'infarto e la persona non fosse stata immediatamente dimessa, non si sarebbe verificato il decesso.

Ma cosa può fare una persona che si ritiene vittima di un errore medico/sanitario?

Il primo passo da compiere è chiedere formalmente all'amministrazione della struttura sanitaria, copia autenticata della cartella clinica, nonché del “consenso informato” sottoscritto dal paziente.

La documentazione deve essere sottoposta all'attenzione di un avvocato e di un medico legale. Quest'ultimo dovrà redigere una perizia dettagliata relativa alla intera vicenda evidenziando gli eventuali errori medici, i danni patiti, l'entità degli stessi ed il rapporto tra la condotta del medico e/o della struttura sanitaria.

Se la perizia medico legale evidenzia un'ipotesi di responsabilità medica e/o sanitaria, l'avvocato, sulla base dell'elaborato peritale, dovrà individuare tutte le tipologie di danno risarcibile, procedere alla quantificazione delle stesse ed illustrare al proprio assistito,

l'iter da seguire, nonché eventuali rischi e costi connessi all'azione. Anche i familiari ed i parenti della vittima di un errore medico possono inoltrare una richiesta risarcitoria, autonoma o iure hereditatis. Dall'errore medico, oltre al danno per la vittima, possono derivare conseguenze negative anche a carico delle persone legate affettivamente alla stessa. Basti pensare ai genitori, ai fratelli e sorelle di un bambino nato con una malformazione. L'approfondimento da parte dell'avvocato e del medico legale della fattispecie e la corretta e completa informazione del paziente sulla fondatezza o meno di una eventuale azione risarcitoria, sono di fondamentale importanza. Un eventuale rigetto della domanda risarcitoria in sede giudiziale potrebbe comportare per il paziente un notevole esborso economico.

Nello stesso tempo, bisogna considerare che, un'eventuale azione giudiziaria infondata e pretestuosa comporterebbe un danno per il medico che la subisce.

In molti casi, al termine di un iter giudiziale lungo e complesso, come quello derivante da tale tipologia di processi, non è stata riscontrata alcuna responsabilità del medico e/o della struttura sanitaria.

È facile immaginare le ripercussioni che può avere un medico, anche dal punto di vista psicologico, a seguito dell'essere stato sottoposto, per la propria attività professionale, ad un processo ingiusto.

Non a caso, con l'aumento delle azioni giudiziarie promosse nei confronti dei medici, si sente parlare sempre più spesso di “medicina difensiva”, pratica medica finalizzata a salvaguardare prima di tutto l'incolumità giudiziaria del medico e poi la salute del paziente.

**Emilio Graziuso è Avvocato patrocinante in Cassazione, componente del Consiglio Direttivo Nazionale della Confconsumatori, Direttore Scientifico del Centro Studi Persona, Diritto e Mercato**



Intervista a  
Domenico  
Canale

# La Tiroide: la piccola ghiandola alla base del nostro benessere

di Raffaella Arnesano



## **C**he cos'è la tiroide e perché è così importante il buon funzionamento di questa ghiandola?

La tiroide è una piccola ghiandola a forma di farfalla, posta un pochino più giù del pomo d'Adamo. Nonostante sia così piccola è una delle più rilevanti ghiandole endocrine, ovvero è una ghiandola che produce ormoni che hanno recettori, cioè agiscono in tutte le cellule dell'organismo influenzandone il loro funzionamento, in particolare il metabolismo. Possiamo dire che la tiroide è la ghiandola della maratona e non dei 100 metri, serve per i lunghi percorsi e non per gli scatti. Dalla tiroide abbiamo l'energia di base ed è per questo che è così importante il suo buon funzionamento.

## **Quali sono le patologie più comuni che interessano la tiroide?**

Di certo le patologie autoimmuni, legate alla presenza di anticorpi che, invece di dirigersi verso "aggressori esterni", virus e batteri, si rivolgono contro la ghiandola, alterandone il funzionamento. Un altro problema che incide sulla presenza di patologie della tiroide è la "carenza iodica". La manifestazione clinica della carenza di iodio è il cosiddetto gozzo tiroideo, un disturbo caratterizzato da un aumento di volume della tiroide, che può interessare l'intera ghiandola o essere limitato ad una o più parti. Lo iodio è un elemento fondamentale per il benessere dell'organismo umano, assunto in prevalenza con la dieta, viene poi captato dalla tiroide che lo utilizza per produrre tiroxina e triiodotironina, ormoni che svolgono un ruolo chiave nella regolazione del metabolismo cellulare e delle funzioni vitali. Ecco perché si consiglia l'utilizzo del sale iodato rispetto al comune sale da cucina marino. Da alcune ricerche si è evinto che vi erano zone dell'entroterra italiano (Basilicata, Piemonte, aree appenniniche ed alpine) in cui l'incidenza del gozzo arrivava quasi ad interessare il 100% della popolazione. Il problema del Gozzo Tiroideo è stato profondamente studiato ed analizzato dal Prof. Pinchera e dalla Scuola di Pisa.

## **Quali sono i sintomi che possono fare da "campanello d'allarme" e quali esami richiedere per una diagnosi?**

Bisogna distinguere i problemi di "funzionamento" della tiroide, e dunque le condizioni di ipo ed ipertiroidismo, dai problemi legati alla presenza del gozzo, di solito nodulare. Infine ci sono i problemi di natura oncologica. Spesso i sintomi del gozzo nodulare sono silenti e la presenza di tale patologia è scoperta in modo del

tutto casuale. Non è raro che si arrivi a fare un ecocolordoppler dei vasi del collo perché un familiare si accorge di un "bozzo" sul collo o perché si ha la percezione che il cibo o la saliva "vadano storti". Differenti invece sono i sintomi da alterata funzione della nostra ghiandola. Nell'ipertiroidismo i sintomi sono l'eccitazione e l'agitazione, i tremori, l'irrequietezza, i dolori muscolari e l'astenia. Sintomi, che in realtà, sono comuni anche all'ipotiroidismo. Mi riferisco, in particolar modo, all'astenia, alla facile affaticabilità, alla spossatezza ed a un rallentamento psicomotorio generale. Va sottolineato che l'aumento del peso nell'ipotiroidismo, fenomeno a cui tutti pensano immediatamente, è invece molto limitato. Per diagnosticare il gozzo, di solito nodulare, è necessario l'ecocolordoppler, mentre, per le alterazioni di tipo funzionale, bisognerà controllare il dosaggio del TSH, della FT4 e dell'FT3. Per le forme autoimmuni, si procede al dosaggio degli anticorpi anti tireoglobulina ed antitireoperossidasi ed in caso di ipertiroidismo degli anticorpi anti recettore del TSH. Se si sospetta una patologia oncologica va eseguito l'agoaspirato. Infine, si richiede il dosaggio della calcitonina in caso di esistenza di familiarità per i tumori midollari della tiroide o nel caso di noduli sospetti.

## **Esistono degli "stili di vita" che possono essere adottati per prevenire il mal funzionamento della tiroide?**

Di certo, così come abbiamo già detto, assumere una giusta quantità di iodio è fondamentale, ed è importante che ciò avvenga sin da bambini. Dunque, scegliere solo il sale iodato e fare attenzione a prediligere altri alimenti ricchi di iodio. Anche il selenio sembra essere un buon protettore della tiroide. Inoltre evitare o ridurre il carico di stress vuol dire aiutare la tiroide a lavorare meglio. Indubbiamente, lo stress comporta "un'elevata richiesta funzionale" che può fare andare in "tilt" la ghiandola. Purtroppo, sono innumerevoli i casi in cui condizioni di stress, quali lutti, disagi, ospedalizzazioni possono far precipitare in un ipertiroidismo. E concludo sfatando un mito diffuso: stare vicino al mare non fa "assorbire" lo iodio!

Domenico Canale è Dirigente Medico e Docente presso l'Università di Pisa - Dipartimento di Endocrinologia Presidio di Cisanello

# Epigenetica: come gli stili di vita influiscono sulle patologie

Uno degli argomenti dibattuti al XVI Congresso Annuale della Lega Europea contro le Malattie Reumatiche (EULAR 2015) di Roma, sempre più correlato ad altri campi, come l'oncologia, è stato quello dell'**epigenetica**, la branca della genetica che studia tutte le modificazioni che variano l'espressione genica (RNA, istoni, metilazioni) – attivandola o inibendola – pur non alterando la sequenza del DNA. Sono sempre più numerosi, infatti, gli studi che mostrano come ormoni, sostanze chimiche, alimentari o ambientali, sostanze cancerogene del fumo, siano in grado di modulare questi prodotti dell'epigenetica, che sono parte genetica non codificante ma in grado di regolare l'espressione di geni codificanti. Se ne deduce che stili di vita "scorretti" possono attivare, tramite meccanismi epigenetici, l'espressione di geni "cattivi", mentre stili di vita "sani" possono fare il contrario.

"La comprensione dei meccanismi epigenetici, dunque, – spiega il prof. **Maurizio Cutolo**, Ordinario di Reumatologia all'Università di Genova e Presidente EULAR – potrebbe rendere conto del perché, ad esempio, una



malattia cronica come l'epatite C possa evolvere o meno in carcinoma del fegato. In una sessione da me moderata, dal titolo: "Dall'infiammazione cronica al cancro, ho ricordato come, grazie all'ausilio dell'epigenetica e di marcatori specifici quali i micro-RNA, sia possibile predire la possibilità che una mastite o una prostatite possano degenerare, rispettivamente, in cancro della mammella o della prostata, cosa che avviene nel 15-20% dei casi".

Alcuni studi presentati durante il corso della manifestazione hanno dimostrato come anche le condizioni ambientali e lo stile di vita hanno un'importanza fondamentale nel peggioramento di alcune malattie reumatiche così come nella loro prevenzione. Fra questi, lo studio presentato dal Professor **Proton Rahman**, della Facoltà di Medicina della Memorial University of Newfoundland in Canada, ha messo in luce come i fattori epigenetici (fattori che controllano l'espressione genica) possono influenzare la progressione radiografica del danno causato dalla spondilite anchilosante, una forma progressiva e dolorosa di artrite causata da una infiammazione cronica delle articolazioni della colonna vertebrale: in particolare i ricercatori hanno evidenziato che alcune cause ambientali scatenanti come il fumo di sigaretta possono indurre variazioni epigenetiche che contribuiscono ad accelerare il danno causato dalla malattia.

Un altro studio condotto sempre da ricercatori canadesi si è concentrato

invece sulla efficacia dei farmaci anti-TNF nel trattamento dei pazienti con PsA e in particolar modo, come la risposta a questi farmaci sia altamente variabile nella popolazione. Nello specifico, il pattern globale di metilazione del DNA differisce nei soggetti 'responder' al trattamento con farmaci anti-TNF rispetto a quelli 'non responder', rendendo conto, in tal modo, dei motivi alla base della variabilità di risposta a questa classe di farmaci.

"Come è noto, i farmaci anti-TNF, per quanto mostrino ottimi risultati in alcuni pazienti affetti da PsA, non risultano efficaci nel 40% dei pazienti trattati. Inoltre, una proporzione di pazienti inizialmente 'responder' alla terapia, compresa tra il 20% e il 50%, diventa refrattaria al trattamento nelle settimane o mesi successivi – ha ricordato il **Dr. O'Rielly** – autore principale dello studio". Date le recenti evidenze epigenetiche che suggeriscono l'influenza dei fattori ambientali nella modulazione dell'espressione dei geni codificanti presenti nel nostro DNA, il gruppo canadese ha voluto verificare, con questo studio, se le alterazioni della metilazione del DNA potessero o meno essere responsabili della variabilità di risposta ai farmaci anti-TNF. A tal scopo è stato effettuato lo screening genomico del profilo di metilazione del DNA su campioni ematici di 41 pazienti affetti da PsA. Di questi pazienti, 21 sono risultati 'responder' ai farmaci anti-TNF (13 erano stati trattati con etanercept, 8 con adalimumab); 20 pazienti su 41 sono risultati, invece, 'non responder' al trattamento e di questi, 15 erano stati trattati con etanercept e 5 con adalimumab.

I ricercatori hanno misurato la metilazione nei siti CpG (regioni del DNA dove le citosine possono essere metilate) usando un approccio genomico ad hoc e selezionando, sulla base della rilevanza funzionale nei pathway di trasduzione mediati dal TNF, le regioni di interesse che presentavano differenze nei livelli di metilazione  $\geq 5\%$  ed un p-value corretto minore di 0,05. Nel complesso, i dati dello studio presentato suggeriscono la possibilità di identificare, nel prossimo futuro, dei biomarker che sarebbero predittivi della risposta ai farmaci anti-TNF in pazienti con PsA.

In sostanza, se il genoma è l'insieme delle istruzioni che consentono la costruzione e il funzionamento di un organismo vivente, l'epigenoma è l'insieme dei processi che consentono a queste istruzioni di essere lette nei tessuti giusti e nel momento opportuno, anche in risposta a stimoli che provengono dall'ambiente.

Dopo che il Progetto genoma ha fornito una mappa completa dei geni degli esseri umani, il primo grande traguardo nell'era dell'epigenomica è stato raggiunto da un gruppo di ricercatori del Salk Institute, negli Stati Uniti, che, sulle pagine di "Nature", descrive la più completa mappatura dell'epigenoma realizzata finora, che illustra le differenze che caratterizzano 18 diversi organi. Anche se il genoma di un individuo è lo stesso in ogni cellula, gli epigenomi variano, perché sono strettamente legati ai geni che una cellula sta realmente usando in un dato momento. I risultati sono molto importanti per lo sviluppo della ricerca epigenomica, e gli scienziati sperano in interessanti ricadute diagnostiche e terapeutiche.

Fonte: ufficio stampa EULAR

Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatiche Onlus  
Ente di Volontariato  
C.F. 93059010756 - P. IVA 04433470756  
info@apmar.it - www.apmar.it

APMAR Onlus aderisce a:



Se hai voglia di condividere gli scopi e le finalità dell'Associazione, o di contribuire in maniera attiva, contattaci!

Se vuoi far parte dell'Associazione, la quota associativa minima è di 20 euro.

Puoi effettuare un versamento sul conto corrente: c/c postale 70134218

oppure un bonifico su:

Banca Prossima

IBAN: IT46G033590160010000011119

Intestato a A.P.M.A.R. Associazione Persone con Malattie Reumatiche - Onlus

Numero Verde

**800 984 712**

**È ATTIVO IL NUMERO VERDE APMAR  
Dal LUNEDÌ al VENERDÌ**

MATTINA dalle ore 9.00 alle ore 12.00

POMERIGGIO dalle ore 16.00 alle ore 19.00

- Lunedì pomeriggio Psicologo
- Martedì pomeriggio Pediatra
- Mercoledì mattina Gruppo Fibromialgia
- Mercoledì pomeriggio Reumatologo (dalle 16.30 alle 17.30)
- Venerdì pomeriggio Psicologo
- Lunedì e Venerdì Progetto Osteoporosi (dalle 9.00 alle 12.00)

con il contributo incondizionato di



Morfologie

Editore: APMAR Onlus - Via Molise, n. 16 - 73100 Lecce

Direttore responsabile: Serena Mingolla

Iscrizione Registro della Stampa del Tribunale di Lecce n°1080