

APAI

informapazienti

news

N. 21/09 - Periodicità semestrale - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv.in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2 - DCB Roma.. Direttore responsabile Dr. Franco Costantini. Presidente Comitato Editoriale: Dr.ssa Christine Gammon - Stampa grafica SIVA



ITALIA - USA - INGHILTERRA - AUSTRIA - ALGERIA

Consiglio Direttivo Presidente: Dr.ssa Christine Gammon - **Presidente Onorario:** Dr. Gennaro Moccia

Vice Presidente:

Isabella Lentini

Tesoriere:

Rag. Gianfranco Piattella

Consiglieri:

Dott. Luciano Battistelli - Avv. Andrea Petracchia

Medico legale:

Dott. Francesco Genua - ASL Teramo

Coordinamento Editoriale:

Prof. Giovanni Danieli - Dott.ssa Maria Giovanna Danieli

Riferimenti Regionali:

Lombardia: Anna Maria Intelli Tel. 329 7340990 - **Veneto:** Gestri Lea - Tel. 0444913839

Marche: Francesca Franceschini Tel. 348 8123721 - Rosella Mancini: tel. 340 8939785 Ancona

Lazio: Isabella Lentini tel. 339 39 24 701 - Apollonia Palladino tel. 333 855 3440 Roma

Abruzzo: Barbara Parlafanti (Normative Regionali) tel. 349 240 7467 - Lidia Trovarelli

tel. 338 265 3733 Pescara. **Marsica:** Rosanna Salvati - Avezzano Tel. 333 4774689

Riferimento Inghilterra:

Ken Newman Orpington Kent - **Riferimento Austria:** Gabriele In der Maur Klagenfurt

Riferimento USA:

AARDA Virginia Ladd Detroit - **Riferimento Algeria:** Mouloud Bourkache Algerian B. Ass.

Componenti Comitato Scientifico

Presidente:

Prof. Fernando Aiuti

Università La Sapienza Roma

Prof. F. Caligaris Cappio
Università Milano

Prof. Franco Cuccurullo
Università Chieti

Prof. Giovanni Danieli
Università Politecnica Marche

Prof. Raffaele D'Amelio
Ospedale S. Andrea Roma

Prof. Sergio Del Giacco
Università Cagliari

Prof. Cesare Fieschi
Neurologia La Sapienza Roma

Prof. Luigi Fontana
Università Roma

Prof. Renato Galzio
Università L'Aquila

Prof. Giovanni Gasbarrini
Immunologia Policlinico Gemelli Roma

Prof. Stefano Iacobelli
Oncologia Chieti

Prof. Franco Indiveri
Università Genova

Prof. Giacomo Lucivero
Università Napoli

Prof. Alberto Martini
Università Genova

Prof. Angelo R. Massaro
Università Cattolica Roma

Prof. Marco Mатуcci Cerinic
Ospedale Careggi Firenze

Prof. Pier Luigi Meroni
Università Milano

Prof. Maria Montroni
Università Politecnica Marche

Prof. Maurizio Pietrogrande
Università Milano

Prof. Daniele Rodriguez
Università Politecnica Marche

Prof. Giampiero Semenzato
Università Padova

Prof. Franco Silvestris
Università Bari

Prof. Guido Valesini
Umberto I Roma

Sedi Assistenziali e Scientifiche - Patrocinio Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Ancona - Istituto di Clinica Medica Generale,
Ematologia ed Immunologia Clinica dell'Università Politecnica
delle Marche

(attivo: segue orario)

Tel. 071.2206101 - Fax 071.2206103

E-mail: eleonora@popcsi.unian.it

L'Aquila - Unità Op.va di Medicina Interna Universitaria

Tel. 0862.433402 - Fax 0862.433425

E-mail: roberto.giacomelli@cc.univaq.it

Bari - Università di Bari

Sezione di Medicina Interna e Oncologica

Tel. 080.5594195 - Fax 080.5478831

E-mail: f.silvestris@dim.uniba.it

Azienda OSP. CAREGGI c/o Monatessa

Firenze - Dipartimento di Medicina Interna

Sezione di Reumatologia

Tel. 055.4279271 - Fax 055.4279271

E-mail: cerinic@unifi.it

Milano - Università di Allergologia ed Immunologia

Clinica - IRCCS - Istituto Italiano Auxologico

Tel. 02.619112553

E-mail: pierluigi.meroni@unimi.it

Napoli - Azienda Universitaria Policlinico

Divisione di Medicina Interna e Immunoallergologica

Tel. e Fax 081.5665080

E-mail: giacomo.lucivero@unina2.it

Napoli - Università degli studi di Napoli Federico II
Immunologia Clinica ed Allergologica

Tel. 081.7707492 - E-mail: marone@unina.it

Padova - O.U. Ospedale Universitaria

Ematologia ed Immunologia Clinica

Tel 049 8211838/2298

e-mail: renzo.marcolongo@sanita.padova.it

e-mail: renzo.marcolongo@tiscali.it

Pescara - Ospedale "Santo Spirito"

U.O.C. Reumatologia Pescara

Tel 085 4252718

e-mail: reumatologia.pescara@virgilio.it

Roma - Policlinico Universitario "Tor Vergata"

Allergologia ed Immunologia clinica

Azienda Ospedaliera Universitaria

Viale Oxford, 81 - 00133 Roma - Tel. segrateria 06 20902744

E-mail: clanicamedica@med.uniroma2.it

Roma - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
U.O.C. Immunologia Clinica - Allergologia e Reumatologia

Tel. 06.80345537 - CUP 800986868

E-mail: blagana@infinito.it

Roma - Clinica Reumatologia del Policlinico "Gemelli"

Complesso integrato Columbus

Tel. 06.3503654/879 - Fax 06.3503523

Prof. G. F. Ferraccioli

E-mail: reumatologia@rm.unicatt.it

Roma - Clinica Dermatologica del Policlinico "Gemelli"

Tel. 06.30155284 - 06.30154227 - Fax 06.3016293

Prof. Claudio Feliciani

E-mail: feliciani@rm.unicatt.it



Carissimi Soci,

Dobbiamo manifestare la ns. estrema soddisfazione per l'impegno dei ns. **volontari** in occasione del tremendo terremoto avvenuto in **Abruzzo**.
La loro opera destinata alla distribuzione del vestiario ed al censimento è stata apprezzata dalle autorità preposte, impegni in meno che avrebbero richiesto la presenza di personale che è stato così reso libero di attendere ad altre pressanti situazioni.
Abbiamo inoltre la profonda soddisfazione di comunicare a tutti lo **splendido risultato**, permettetemi, ancora uno, ottenuto dalla nostra Associazione, in occasione del convegno Terapia delle Malattie Autoimmuni presso l'Ospedale **S. Andrea di Roma** il 28 Marzo scorso.
Piu' di 250 Pazienti hanno partecipato, erano attivamente presenti, hanno seguito lo svolgimento del programma partecipando alla discussione ed hanno assistito alla **premiazione** del miglior "lavoro". Apai ha contribuito direttamente all'elargizione del premio stesso.
Riusciamo, in sintesi, in occasione di incontri, congressi, convegni, sempre a catalizzare la presenza, la partecipazione di **centinaia** di pazienti, soci o simpatizzanti.
E questo è un fatto estremamente positivo, la vicinanza di Voi tutti, anche di chi percorre svariati chilometri, è una ulteriore spinta che ci conforta e ci **gratifica** nel continuare nel nostro impegno.
Relativamente ai prossimi impegni, ed i programmi relativi, di Rimini e Pescara di Settembre ed Ottobre Vi notizieremo per tempo.
Passiamo adesso alla comunicazione di notizie relative al nostro **notiziario**. Dal prossimo anno (2010) lo potrete leggere collegandoVi al nostro portale **www.assoc-apai.org**
Saranno disponibili tutti gli articoli stampati su tutti i notiziari passati piu' quelli nuovi inseriti di volta in volta. **Non inviate piu' iscrizioni, non effettuate versamenti**, durante il presente anno.
Dal 2010 tramite una nota informativa che leggerete sul sito sarà possibile rinnovare l'iscrizione ed ottenere la pass-word necessaria per poter accedere. Questo numero, quindi, sarà il **penultimo, concluderemo la serie dei notiziari cartacei con il prossimo**.
Concludo con un caro saluto a tutti Voi.

Un caro saluto.

Il Presidente APAI
Christine Gammon ed il Consiglio Direttivo.

Contenuto del presente numero:

- DONNA ED AUTOIMMUNITA'
- Incontro: OSPEDALE S.SPIRITO PESCARA 5 settembre 2009
- La riabilitazioni nella Sclerodermia
- Nuove terapie nelle malattie bullose autoimmuni

*Incontro: Terapia delle Malattie Autoimmuni
APAI 28 marzo 2009
Ospedale S.Andrea - Roma*



Premiazione per il miglior lavoro:
Dott.ssa Sara Caporuscio (al centro).



Da sinistra Presidente APAI Christine Gammon, Presidente Onorario APAI Gennaro Moccia e il Prof. Bruno Lagana.



Intervento del Dott. Gennaro Moccia.



Immagine Aula Ospedale S.Andrea durante lo svolgimento del Congresso.



Intervento del Presidente APAI.



Da sinistra il Prof. Raffaele D'Amelio, Prof. Roberto Pericone.





Dr. Massimiliano Anzaldi, Prof. Pier Luigi Meroni

Cattedra di Reumatologia

Università di Milano

Le malattie autoimmuni e gli ormoni femminili.

La maggior parte delle malattie autoimmuni (artrite reumatoide, sindrome di Sjogren, sclerodermia, lupus eritematoso sistemico, vasculiti) tende a colpire in misura maggiore gli individui di sesso femminile rispetto alla controparte maschile.

Non è ancora del tutto chiaro quali sono i meccanismi che stanno alla base di tale differenza.

Gran parte della responsabilità sembra possa essere attribuita alle differenze ormonali che esistono tra i due sessi, anche se sempre più studi suggeriscono il coinvolgimento di altri elementi quali, ad esempio, fattori genetici. Di certo, gli ormoni sessuali sembrano giocare un ruolo fondamentale come modulatori di queste malattie, sia in termini di insorgenza che di cronicizzazione.

La donna, fisiologicamente, ha maggiori livelli di estrogeni e progesterone (i cosiddetti ormoni sessuali femminili) rispetto agli uomini che, per contro, possiedono livelli più elevati di testosterone e dei suoi derivati (ormoni sessuali maschili).

Ci sono ampie evidenze di come gli ormoni sessuali femminili e maschili possano influenzare il sistema immunitario, spesso agendo in senso opposto e modificando sia qualitativamente che quantitativamente molti elementi della risposta immune.

E' ormai ben documentato che, probabilmente per il ruolo svolto dagli estrogeni, la reattività del sistema immune è maggiore nelle donne che negli uomini; tale dato è confermato dal riscontro, nelle prime, di aumentati livelli di anticorpi nel sangue, di un' aumentata tendenza alla loro produzione in seguito alla stimolazione delle loro cellule produttrici (plasmacellule) e da differenti livelli di molecole attive nelle risposte immuni quali le citochine rispetto agli uomini.

La maggior reattività nelle donne degli elementi che costituiscono il sistema immunitario è stata, infatti, dimostrata in molte malattie autoimmuni quali la miastenia gravis (con un'alta espressione di recettori per gli estrogeni sui linfociti e sulle cellule del timo, organo spesso coinvolto in questa malattia), nel lupus eritematoso sistemico (alcuni ormoni tipicamente femminili come la prolattina e gli estrogeni favoriscono la maturazione di linfociti B che producono gli autoanticorpi responsabili della malattia), nella sindrome di Sjogren (mancanza dell'effetto protettivo svolto dagli ormoni sessuali maschili), nell'artrite reumatoide (livelli elevati di estrogeni stimolano la proliferazione di cellule come i macrofagi ed i fibroblasti responsabili del danno alle articolazioni).

Tuttavia l'affermazione che gli ormoni femminili sono responsabili della maggiore frequenza di malattie autoimmuni non è così semplice. Ad esempio, l'artrite reumatoide è più comune tra le donne in menopausa, tende a migliorare durante la gravidanza e usualmente presenta una riacutizzazione subito dopo il parto. In altre parole si comporta in maniera esattamente opposta al lupus eritematoso sistemico (LES). Il LES, infatti, più frequente nell'età fertile, diminuisce drasticamente nella menopausa, subisce un notevole peggioramento durante la gravidanza e un miglioramento nel post-partum.

Questi esempi confermano l'esistenza di una relazione tra ormoni femminili e incidenza di malattie autoimmuni, ma indicano anche la presenza di altri fattori in grado di aumentare questa incidenza.

La gravidanza

Spesso accade che le patologie autoimmuni e le terapie intraprese per contrastarle perturbino il delicato equilibrio dell'organismo femminile nelle sue diverse fasi (adolescenza, periodo fertile, menopausa) e, in particolare in gravidanza, determinino conseguenze, a volte gravi, sulla salute della donna e del nascituro.

Le malattie reumatiche-autoimmuni hanno, infatti, un picco di incidenza che coincide con l'età fertile: si pone quindi frequentemente il problema dell'opportunità, o meno, di affrontare una gravidanza.

In generale è stato dimostrato che tali patologie non hanno effetti importanti sulla fertilità: le probabilità delle pazienti di avere una gravidanza sono sovrapponibili a quelle della popolazione generale. Quindi la possibilità che una donna con patologie autoimmuni rimanga in cinta non è infrequente. Ciò oggi è ancora più vero dal momento che la gestione delle malattie autoimmuni ha mostrato importanti progressi, con il raggiungimento di lunghi periodi di remissione compatibili con la gravidanza.

In donne affette da malattie reumatiche-autoimmuni la gravidanza pone due ordini di problemi: quelli concernenti l'azione dei farmaci e della malattia stessa sul feto e quelli riguardanti l'effetto della gravidanza sulla malattia di base.

Circa la prima problematica è indubbio che molti dei farmaci assunti dalla madre per controllare la malattia possono attraversare la placenta e agire sul feto o possono essere secreti nel latte materno durante l'allattamento e quindi essere assunti dal neonato. A tal proposito recenti e puntuali linee-guida internazionali codificano ciò che si può fare e ciò che si deve, o è meglio, evitare.

Altro aspetto è quello concernente l'azione degli autoanticorpi che dalla madre passano al feto assieme alle immunoglobuline "buone" necessarie per proteggerlo. Oggi, tuttavia, abbiamo notizie più precise sulle possibili conseguenze di questo passaggio e, cosa più importante, sulle azioni da intraprendere per evitare problemi al nascituro.

Quale è in ultima analisi il messaggio finale?

Mentre un tempo vi era una reticenza verso la gravidanza in donne affette da patologie autoimmuni o addirittura una controindicazione, attualmente questo non lo è più. La possibilità di avere un figlio è una realtà per tutte le pazienti fatte salve alcune indicazioni precise.

La terapia con estrogeni

L'uso di estrogeni ha due principali impieghi: quello contraccettivo e quello sostitutivo in menopausa.

In menopausa il problema principale è l'aggravamento dell'osteoporosi fisiologica che si associa a quello indotto da alcune malattie autoimmuni (per es. artrite reumatoide) o dai farmaci assunti (steroidi in particolare). Tutti gli ormoni sessuali femminili, sia quelli prodotti dal nostro organismo, sia quelli introdotti dall'esterno (fitoestrogeni, esposizione a pesticidi, surfattanti, plastiche, ormoni contenuti negli alimenti) possono produrre importanti modificazioni nelle malattie autoimmuni e pertanto il loro uso deve essere limitato. Tuttavia, sono oggi disponibili nuove opzioni terapeutiche utilizzabili sia per la prevenzione, sia per la terapia dell'osteoporosi.

In altre parole, vi è oggi giorno la tendenza ad utilizzare altri mezzi per combattere l'osteoporosi o le manifestazioni della menopausa (ad es. le vampate di calore etc) in modo da evitare le complicazioni associate all'uso di estrogeni come terapia sostitutiva.

Per quanto riguarda l'utilizzo degli estrogeni come contraccettivi, il problema si è ridimensionato con l'attuale uso di composti a basso dosaggio. Queste "pillole" in generale non sono in grado di indurre riacutizzazioni delle malattie come un tempo era stato notato. Il loro uso pertanto è stato accettato a condizione che tuttavia la malattia di base non sia attiva.

Vi è però una raccomandazione particolare: gli estroprogestinici possono infatti aumentare il rischio di trombosi. Rischio che in molte condizioni infiammatorie croniche (quali quelle associate a malattie autoimmuni) è già di per sé elevato (come per es. il LES e l'artrite reumatoide). Rischio che è inoltre aumentato nei pazienti con positività per anticorpi anti-fosfolipidi. Tutto ciò controindica in maniera specifica l'utilizzo di estroprogestinici a scopo contraccettivo in queste condizioni.

Vi è un'altra condizione particolare che vale la pena di ricordare. In caso di infertilità sempre più frequente è l'utilizzo di tecniche di fecondazione assistita che prevedono il recupero di ovuli dalla madre, la loro fertilizzazione in vitro e il posizionamento dell'ovulo fecondato nuovamente nell'utero. Per ottenere un buon recupero di ovuli, la donna è stimolata con alte dosi di estrogeni. In teoria questa "stimolazione ovarica" potrebbe essere pericolosa in pazienti con patologie autoimmuni in quanto potenzialmente in grado di determinare una riacutizzazione di malattia. Fortunatamente si è visto che questo non accade nella stragrande maggioranza dei casi a patto che la paziente si sottoponga a questa procedura in condizioni di

malattia stabile e in remissione. Rimane tuttavia anche in questa condizione il pericolo di uno stato trombotico – soprattutto in presenza di anticorpi anti-fosfolipidi – che dovrà essere tenuto presente e trattato con adeguate misure preventive.

In conclusione l'attenzione alle donne con patologie autoimmuni si è accentuata negli ultimi anni e se da un lato vi è una maggiore mole di dati relativi all'associazione tra sesso e patologie autoimmuni dall'altra maggiori sono le indicazioni pratiche per gestire questa problematica e per scongiurare vecchie paure.

PESCARA OSPEDALE CIVILE S. SPIRITO AULA MAGNA

5 settembre 2009

“Incontro con APAI – 2009: Le malattie reumatiche-autoimmuni: un coro a più voci”

- 10:10:15 Introduzione (Drssa C Gammon e Dr L Di Matteo)
 - 10:15-10:30 Saluto delle Autorità
 - 10:30-11 La Malattia di Sjogren:
un modello di malattia reumatica-autoimmune
ad impegno multiorgano (L Di Matteo)
 - 11 (ogni 20 minuti) Problematiche cardiache
cutanee
polmonari
gastroenterologiche
neurologiche
scheletriche
medico-legali
 - 13:30 Pausa Pranzo
 - 15-17 Tavola rotonda: gli esperti rispondono
(conduce Dr L Di Matteo)
 - 17:30 E' possibile un percorso diagnostico terapeutico integrato?
- Conclusioni**



vi aspettiamo.

OSPEDALE CIVILE S. SPIRITO - Pescara



La riabilitazione nella sclerodermia

Tiziana Nava Dr.ssa in fisioterapia

Fabrizio Sigismondi Dott. in fisioterapia



Tiziana Nava Dott.essa in Fisioterapia libera professionista

Referente Nazionale del Gruppo Interesse Specialistico sulla riabilitazione delle patologie reumatologiche che Associazione Italiana Fisioterapisti

Introduzione

Il significativo progresso conseguito nelle cure mediche e chirurgiche delle affezioni reumatiche ha prodotto un radicale mutamento della storia e della prospettiva di vita delle persone colpite dalla sclerodermia. Oggi infatti le diagnosi sono più tempestive e più precise, e ciò consente la possibilità di un avvio di trattamenti idonei nei tempi più rapidi ed efficaci possibili ed in particolare quando le lesioni non hanno ancora raggiunto livelli di gravità avanzati come purtroppo poteva accadere anche non molti anni fa. Questo sviluppo della Reumatologia ha reso, e renderà anche in futuro sempre più stringente la necessità della cooperazione del Medico specialista con il fisioterapista al fine di offrire alla persona colpita da questa patologia una presa in cura complessiva, globale e sinergica sia per le problematiche cliniche che per quelle funzionali. L'evoluzione biologica delle affezioni, gli effetti dei trattamenti farmacologici o chirurgici, i diversi programmi di cura devono essere la traccia fondamentale su cui il medico specialista con il fisioterapista può svolgere il progetto riabilitativo (con i suoi diversi programmi di cura occupazionale, ortesica, con esercizi e training etc.) completandolo anche quando necessario con interventi educazionali, indirizzati sia al paziente che ai familiari. Parimenti l'evoluzione funzionale e disfunzionale della autonomia ed autosufficienza della persona (non derivante esclusivamente dalle menomazioni originate dalle patologie in parola ma anche da altre eventualmente coesistenti, dall'invecchiamento e da circuiti viziosi che spesso le disabilità cronicizzate inducono a cascata) danno l'orizzonte per determinare anche la congruità ed adeguatezza per la scelta di collaborazioni con altre figure professionali quali: psicoterapeuta, assistente sociale, terapeuta occupazionale, ecc. per diversi trattamenti teoricamente possibili. L'intervento riabilitativo deve iniziare ovviamente al momento della diagnosi spesso ancor prima che il danno funzionale si instaura, ma altrettanto importante è la capacità di intervenire con programmi di economia articolare e di facilitazione funzionale in ogni fase della malattia la cui evolutività possa far temere danni più o meno prossimi sul piano dell'autonomia articolare e personale.

E' quindi necessario realizzare una rete assistenziale per la tutela complessiva del malato reumatico: rete che garantisca le indispensabili prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, con questa valenza anche di prevenzione (secondaria e terziaria) per la difesa delle residue potenzialità di autonomia e per il tempo più lungo possibile. L'obiettivo unitario degli interventi multidisciplinari è quello di difendere la qualità della vita della persona colpita da sclerodermia. Ad essi naturalmente si devono integrare con i loro interventi terapeutici anche altri specialisti (come il cardiologo, lo pneumologo etc.) necessari per la completezza del trattamento dei singoli casi.

Definizione

La Sclerodermia è una malattia sistemica cronica che colpisce il tessuto connettivo con lesioni cutanee e muscolo-scheletriche che compromettono progressivamente la funzione dei segmenti corporei colpiti, tra essi figurano in primo luogo per frequenza le mani e i piedi. E' inoltre frequente un interessamento degli organi interni (polmone, rene, cuore, intestino).

Valutazione del paziente sclerodermico

Fra i numerosi elementi che rendono complesso il problema della valutazione della sclerodermia quello principale è rappresentato dall'elevato grado di variabilità delle manifestazioni della malattia. Partendo dai dati diagnostici, effettuati dal medico, il fisioterapista procede all'anamnesi del paziente, con due stra-

tegie: 1) ci si avvale di questionari di valutazione, e autovalutazione della disabilità, del dolore e della qualità di vita, che rappresentano un modo pratico e oggi ben validato sul piano internazionale, per acquisire dati con un minimo dispendio di tempo e con costi limitati; 2) si esamina il paziente da un punto di vista fisico e funzionale, inizialmente a livello distrettuale (gli arti superiori, e inferiori, le altre articolazioni) con una attenta osservazione della cute nelle sue caratteristiche: colore, calore, secchezza, elasticità, ulcere, calcificazioni, pieghe; successivamente si passa alla palpazione per testare il movimento delle piccole articolazioni dei piedi, delle mani, la temporo-mandibolare, al fine di verificare le retrazioni, i dimorfismi, le alterazioni, le modificazioni, i range articolari attivi e passivi. L'analisi globale fa seguito alla valutazione specifica e considera il corpo nella sua postura, condizionata da problematiche cutanee, da risposte antalgiche, legate a funzionalità ridotte a livello respiratorio, e da posizioni inadeguate, adottate a difesa e compenso di distretti corporei interessati dalla patologia di base. Infine la valutazione respiratoria è di fondamentale importanza per quantificare la situazione e per poter pianificare i diversi approcci terapeutici: prevenzione, se il danno non è ancora presente, potenziamento, nel caso di una compromissione più importante.

Programma riabilitativo

Il programma riabilitativo della sclerodermia deve essere specifico, personalizzato e di conseguenza pianificato sulla base dei deficit rilevati, è opportuno che il fisioterapista lo concordi con il paziente al fine di una sua corretta partecipazione e totale collaborazione condizione indispensabile per permettergli di proseguire successivamente in modo autonomo alla gestione del programma riabilitativo e educativo.

Gli obiettivi da raggiungere con un programma riabilitativo eseguito da un fisioterapista sono rappresentati dal miglioramento:

- della diminuzione del dolore;
- dal miglioramento della respirazione
- nel contrastare le deformità;
- nel contrastare le retrazioni delle strutture muscolo-scheletriche;
- mantenere il tono e il trofismo dei muscoli;
- prevenire l'osteoporosi;
- recuperare il gesto;
- recuperare l'elasticità cutanea;
- migliorare la forma fisica (capacità aerobica)
- migliorare la qualità di vita.

Gli obiettivi fanno seguito ad una accurata valutazione distrettuale, globale e alle problematiche polmonari. Per questa ragione la riabilitazione considera un approccio terapeutico specifico per ciascun distretto corporeo.

Viso

Quando la sclerodermia colpisce questo distretto, essa risulta particolarmente difficile da accettare, perché, modificando l'aspetto estetico del paziente, ne determina reazioni complesse dal punto di vista psicologico e relazionale. La valutazione specifica del volto si limita ad indagare quali e quante sono le disabilità che il paziente presenta svolgendo le abituali attività della vita quotidiana; quali e quante sono le difficoltà relazionali che egli incontra e le limitazioni oggettive legate alla cura della propria persona (lavarsi i denti, il volto, truccarsi, sottoporsi alle cure odontoiatriche). Il trattamento mira al recupero dell'espressività, al miglioramento della fisionomia, e alla restituzione delle funzionalità mimiche. La rieducazione del volto prevede l'utilizzo delle seguenti tecniche che devono essere necessariamente adottate in maniera consequenziale.

Lo scollamento fa parte delle manovre massoterapiche e consiste nel sollevare in pliche la cute dei vari distretti corporei.

Il massaggio connettivale riflessogeno agisce sul volto con un rilassamento muscolare e la vasodilatazione, quest'ultima particolarmente utile nella zona periorale e sotto il mento.

Il linfodrenaggio ha un effetto drenante e antiedematoso.

La riabilitazione gestuale del viso permette un recupero dell'espressività, un miglioramento della fisionomia, la restituzione delle funzionalità mimiche, una migliore capacità di muovere la mandibola, le labbra, e svolgere una corretta masticazione e igiene orale. Essa si avvale di una serie di esercizi che, eseguiti in maniera attiva, coinvolgono ed impegnano i muscoli mimici del volto.

Accanto a queste prassi terapeutiche eseguite inizialmente dal fisioterapista è opportuno che la persona individui le terapie che le sono più idonee per continuare in modo autonomo presso il proprio domicilio.

Torace

Nelle forme diffuse di sclerosi sistemica il processo fibrotico colpisce il torace non solo con la sclerosi a livello cutaneo, ma anche con il coinvolgimento degli organi interni, provocando la fibrosi miocardica e la fibrosi interstiziale polmonare. La cute del tronco risulta indurita, cerosa, inestensibile, perfettamente adesa al tessuto sottocutaneo.

Le tecniche di massaggio indicate sono: antalgico decontratturante, linfodrenaggio, massaggio connettivale riflessogeno.

Il massaggio antalgico decontratturante crea le condizioni favorevoli al rilassamento muscolare e se effettuato prima della seduta riabilitativa predispone positivamente il paziente.

Il linfodrenaggio ha un effetto drenante e antiedematoso, migliora la microcircolazione grazie all'azione effettuata sulla motilità intrinseca dei vasi.

Il massaggio connettivale riflessogeno agisce direttamente sul connettivo, con una azione vasodilatatrice, decontratturante e ha un'azione riflessa su strutture e organi.

Le tecniche per l'incremento della flessibilità utilizzano oltre al massaggio, esercizi di allungamento muscolare statico (stretching) sia distrettuali che globali, e talvolta, ove possibile, si può avvalersi dell'utilizzo di strumenti tipo corde, bastoni e il supporto della spalliera.

Accanto a queste prassi riabilitative si affianca la riabilitazione respiratoria essa ha lo scopo di migliorare la ventilazione polmonare, di ripristinare un corretto "pattern" respiratorio e di potenziare i muscoli che intervengono durante la respirazione, limitando così la comparsa della dispnea.

Arto superiore

Mano

La mano ha come funzione principale la prensione:

grazie all'opposizione del pollice alle altre dita è in grado di afferrare, manipolare e utilizzare qualunque oggetto; quando questo meccanismo viene meno, con il tempo si creano gravi problematiche motorie. La riabilitazione della mano del paziente affetto da sclerodermia ha come scopo quello di migliorare la qualità della vita; per questo motivo gli obiettivi sono multipli tra cui recuperare la complessità della funzione gestuale e cercare di prevenire le complicanze secondarie invalidanti.

La tempestività dell'intervento riabilitativo può aiutare a prevenire le gravi deformità.

Dopo aver valutato la mano si imposta un piano di trattamento, che deve sempre tenere conto degli scopi della riabilitazione in una mano sclerodermica modulati con i bisogni del paziente.

Nello stadio edematoso è utile il massaggio connettivale; spesso si rende necessario l'utilizzo del bendaggio Coban per ridurre l'edema e per dare la possibilità al paziente di muovere la mano liberamente.

Nello stadio induritivo è opportuno intervenire con esercizi attivi, manipolazioni Mc Mennel, stretching, calore, ortesi.

Nello stadio atrofico assume un ruolo chiave l'economia articolare.

E' chiaro che non esiste una netta distinzione fra uno stadio e l'altro, è dunque indispensabile l'integrazione di una tecnica con l'altra per poter ottenere il massimo risultato possibile consentito dalla malattia.

Anche la terapia fisica ha un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'ispessimento della cute utilizzando: Bagni caldi, piscine riscaldate impacchi di acqua calda: sono in grado di ridurre il dolore e la rigidità. La paraffinoterapia, consiste nell'immersione della mano nella paraffina calda prima di iniziare una seduta riabilitativa. Il guanto di paraffina determina una situazione di calore tissutale, con conseguente aumento vascolare e maggior facilità e capacità di movimento. Le principali controindicazioni nell'utilizzo di questa tecnica sono la presenza di importante edema e di ulcere. L'applicazione di fanghi: dura generalmente trenta minuti ed ha effetti analoghi a quelli della paraffinoterapia. Il massaggio connettivale: ha lo scopo di conservare il tono e il trofismo dei muscoli della mano e di mantenere la pelle quanto più elastica e morbida possibile. Il pompage, secondo la metodica Bienfait è utile per l'allungamento del tessuto connettivo fibroso e nel tentativo di migliorare il microcircolo. La rieducazione articolare, ha lo scopo di mobilitare globalmente le articolazioni della mano, per prevenire le contratture, che determinano una progressiva e marcata impotenza funzionale. Qualsiasi esercizio deve essere effettuato in assenza di dolore. Il fisioterapista consiglia, inoltre, al paziente esercizi attivi, contrazioni isometriche e isotoniche, per conservare il tono e il trofismo muscolare. Il paziente deve eseguire gli esercizi due, tre volte al giorno a casa, da solo, dolcemente, seguendo uno schema con disegni chiari ed esplicativi forniti dal fisioterapista già alla prima seduta.

Arto inferiore

Nelle forme di sclerodermia diffuse si verifica nella maggior parte dei casi anche a livello degli arti inferiori un precoce e accelerato incremento dell'ispessimento cutaneo: tale aumento raggiunge il picco dopo 1-3 anni. Il rapido aggravarsi dell'ispessimento cutaneo è associato allo sviluppo di contratture, che limitano la mobilità entro il range articolare.

Lo scopo della riabilitazione mira a conservare la funzionalità articolare in particolare delle articolazioni del piede, caviglia, ginocchio, anca, contrastate da eventuali artriti e tendiniti. Il trattamento riabilitativo viene eseguito nelle fasi in cui è assente il processo flogistico, al fine di evitare possibili riacutizzazioni.

Piede

Nella sclerodermia il coinvolgimento del piede determina una doppia problematica; oltre ai danni a livello distrettuale, causati dalle lesioni vascolari, cutanee / sottocutanee, articolari e muscolari, tendinee e delle fasce, ossee, più complesse sono le conseguenze a livello globale. Il piede, a differenza della mano, è soggetto ad un fattore aggravante, il carico, che comporta continue sollecitazioni pressorie, causa di una distribuzione disomogenea del peso corporeo, il che favorisce l'evoluzione e la gravità delle deformità. Ne consegue che una qualsiasi modificazione corrisponda funzionalmente ad un'alterazione di tutta la cinematica articolare:

dell'arto inferiore (ginocchio, anca).

Valutazione

La valutazione del piede sclerodermico presuppone la diagnosi clinica, comprendente la stadiazione della malattia e tutte le eventuali indicazioni del medico. Il fisioterapista procede ad un'accurata analisi che comprende le seguenti fasi:

la presenza di dolore;

classificazione del morfotipo: alluce valgo, dita a martello, piede cavo, piede piatto;

l'osservazione del piede per quanto concerne: il colorito; la presenza di edema; le deformità; l'aspetto delle unghie; la presenza di ulcere e conseguente atrofia muscolare;

lo studio dell'equilibrio e del cammino, avvalendosi di strumenti valutativi specifici.

Al fine di una corretta valutazione il fisioterapista deve avvalersi di opportune scale di valutazione.

Il trattamento riabilitativo del piede da parte del fisioterapista si sviluppa seguendo due diverse strategie.

Distrettuale:

Nello stadio edematoso è utile il massaggio connettivale, che ha lo scopo di conservare il tono e il trofismo dei muscoli e di mantenere la pelle quanto più elastica e morbida possibile.

Nello stadio induritivo è opportuno intervenire con la rieducazione articolare, effettuata in assenza di dolore con la metodica Mc Mennel.

E' chiaro che non esiste una netta distinzione fra uno stadio e l'altro, è dunque indispensabile l'integrazione di una tecnica con l'altra per poter ottenere il massimo risultato possibile consentito dalla malattia.

In presenza di sclerosi cutanea si utilizza anche la cinesiterapia passiva/attiva, esercizi di mobilizzazione della tibiotarsica del retro piede e delle metatarso-falangee, esercizi di rafforzamento muscolare, per migliorare l'ipotrofia muscolare e ripristinare un adeguato tono e trofismo, facilitazioni neuromuscolari per il recupero della corretta funzionalità del piede.

Il movimento passivo deve essere evitato o limitato soprattutto nei casi di grave artropatia.

Il massaggio è indispensabile in ogni fase della malattia come complemento dell'azione svolta dagli esercizi nel facilitare la mobilità articolare, nel ridurre la contrattura muscolare, nell'aumentare l'apporto sanguigno.

Le tecniche più indicate sono:

il pompage secondo la metodica Bienfait.

La terapia fisica ben si associa alla fisioterapia ed ha come scopo fondamentale la prevenzione dell'ispessimento della cute grazie all'utilizzo di bagni caldi, piscine riscaldate impacchi di acqua calda; paraffinoterapia, che risulta essere controindicata in presenza di importante edema e di ulcere.

Globale:

L'analisi posturale consente di verificare le diverse gestualità (statiche e dinamiche, in scarico e carico), le problematiche pregresse riferite dalla persona, quelle indotte dalla patologia, unitamente ai danni secondari causati dalle posture antalgiche. Presupposto fondamentale per un corretto approccio riabilitativo sono le buone condizioni di partenza in cui si deve trovare il piede anche grazie all'applicazione di adeguate calzature, solette e ortesi varie.

È importante che nei pazienti sclerodermici il programma di training deve essere necessariamente personalizzato e la progressione dell'esercizio deve tenere in considerazione la percezione soggettiva della fatica per graduare la sensazione di dolore muscolare o articolare.

Indicazioni riabilitative generali

Alla prassi terapeutica sopra descritta si affiancano numerose altre metodiche:

nelle prime fasi della sclerodermia è utile affiancare la riabilitazione in acqua, che svolge un duplice ruolo, a livello sia muscolo-scheletrico sia respiratorio;

tecniche globali quali la rieducazione posturale;

tecniche di massaggio (manipolazione della fascia, massaggio classico);

metodiche di rilassamento come il training autogeno di Schultz, il rilassamento progressivo di Jacobson e il biofeedback; le cosiddette ginnastiche dolci, l'eutonia di Alexander, il metodo Feldenkreis, l'antiginastica di Bertherat.

Il programma riabilitativo deve essere sempre pianificato e sviluppato dalla figura di un fisioterapista che deve considerare sia le limitazioni e le potenzialità che il paziente sclerodermico presenta sia l'accettazione da parte della persona del piano terapeutico la sua totale collaborazione e partecipazione.



Nuove terapie nelle malattie bullose autoimmuni



**Claudio Feliciani, Professore associato in Dermatologia e Venereologia,
Policlinico Gemelli, Roma**

**Federica Morelli, Specialista in Dermatologia e Venereologia,
Pescara**

Negli ultimi anni, gli studi relativi alle malattie bullose autoimmuni e alle loro terapie hanno avuto notevoli progressi.

In particolare, grazie alla scoperta di nuovi dati, quali l'identificazione dei bersagli degli autoanticorpi ed alla comprensione più ampia della immunopatogenesi della malattia stessa, è stato possibile sviluppare terapie su base immunologica.

Le due patologie bullose autoimmuni più frequenti in Italia sono il Pemfigo ed il Pemfigoide. In questi casi gli autoanticorpi sono IgG dirette contro strutture che servono alle cellule per rimanere adese tra di loro per cui un attacco contro queste strutture determina la formazione di bolle.

Il pemfigo si distingue in diverse varianti (volgare, vegetativo, foliaceo, paraneoplastico, erpetiforme) e la sua severità è valutata in base all'entità delle manifestazioni cliniche. Ciò che distingue il Pemfigo dalle altre forme è l'interessamento del cavo orale, che spesso risulta essere la prima manifestazione della malattia.

La diagnosi è basata sull'istopatologia, sulle immunofluorescenza diretta ed indiretta e sull'E.L.I.S.A. test che identificano rispettivamente l'acantolisi, gli autoanticorpi e gli antigeni bersaglio.

Il trattamento di prima scelta nel pemfigo continua ad essere il cortisone per via sistemica.

Talvolta, per ridurre il dosaggio degli steroidi stessi e per evitare recidive o per ridurre gli effetti secondari della terapia, si associano immunosoppressori già noti in quanto di ampio utilizzo, come l'azatioprina o la ciclofosfamide.

Attualmente, se non si ottiene un'adeguata e soddisfacente risposta clinica, è possibile intraprendere nuove terapie. Nel pemfigo, soprattutto nei pazienti che non rispondono più a terapie cortisoniche si possono somministrare immunoglobuline intravenose (Ig Iv). ELe Ig Iv originano dal plasma di donatori ed agiscono neutralizzando gli anticorpi del paziente aumentando il loro catabolismo.

Il protocollo standard prevede un terapia di induzione per 5 giorni, successivamente a distanza di 21 giorni, si ripete il ciclo fino ad arrivare ad allungare l'intervallo di tempo qualora ci fosse un'iniziale remissione clinica.

Le immunoglobuline hanno un rapido effetto nonostante si riscontrino diversi effetti collaterali più rari, quali insufficienza renale acuta, trombosi ed anafilassi, e comuni, come emicrania, nausea correlati alla rapidità di infusione e dal dosaggio.

Altra nuova terapia più selettiva è quella con Rituximab un anticorpo bloccante i linfociti B produttori di immunoglobuline. Il Rituximab è un anticorpo monoclonale contro il recettore CD20 espresso sui linfociti B maturi e sulle cellule B premature, non blocca però le cellule staminali o le plasmacellule. L'effetto è di eliminare il clone patogeno di linfociti B nell'arco di 1 mese a 9-12 mesi, sono comunque stati riportati casi in cui il periodo di remissione è stato più lungo.

Il Rituximab si può somministrare in monoterapia, 1 volta al giorno per 4 settimane o in alternativa associato Ig Iv somministrate il giorno precedente proseguendo la terapia di mantenimento con le immunoglobuline iv ogni mese per 6-12 cicli.

L'utilizzo del rituximab è sempre più esteso a diverse malattie autoimmunitarie; il più grande rischio sono le infezioni opportunistiche e non opportunistiche e l'insorgenza di ipoglobulinemia.

L'indicazione per la somministrazione di rituximab è rivolta a quei pazienti la cui malattia non è controllata con alti dosaggi di steroidi ed in cui gli steroidi sono controindicati (glaucoma, diabete scompensato, TBC, etc).

Altro farmaco utilizzabile nei “non responder” alla terapia classica è il micofenolato mofetile, un immunosoppressore inibitore della sintesi del deossinucleotide. Quando somministrato per via orale la sua efficacia si osserva dopo 3-6 mesi di trattamento. Spesso causa disturbi gastrointestinali, astenia ed occasionalmente linfopenia e mielosoppressione.

Altri farmaci alternativi importanti per il controllo dell’infiammazione nella fase iniziale nella malattie autoimmunitarie sono gli anti-TNF (tumor necrosis factor): l’infliximab, l’etanercept e l’adalimumab.

L’infliximab è un anticorpo monoclonale che neutralizza il TNFalfa.,esso viene somministrato per via intravenosa ogni 4-8 settimane.

L’etanercept è un recettore solubile del TNF umano ;la somministrazione è sottocutanea una o due volte a settimana.

L’adalimumab è un anticorpo monoclonale umano che neutralizza il TNF alfa e viene utilizzato 2 volte a settimana per via sottocutanea.

In letteratura, sono stati riportati pochi casi di pemfigo volgare trattati con infliximab,in cui è stato riscontrato un buon controllo iniziale.

Il trattamento con entarcept sia nel pemfigo volgare che nel pemfigo foliaceo ha mostrato buoni risultati.

Un’altra malattia bullosa autoimmunitaria è il pemfigoide bulloso.

La sua patogenesi è caratterizzata dalla presenza di anticorpi IgG contro la proteina della giunzione tra derma ed epidermide determinandone il distacco e quindi le bolle.

Il pemfigoide bulloso tende ad essere meno severo del pemfigo volgare, pertanto il trattamento è meno aggressivo ed è focalizzato maggiormente sulla componente infiammatoria che sulla produzione di anticorpi.

Anche in questo caso la diagnosi è basata sull’esame istologico, le immunofluorescenze diretta ed indiretta e sull’E.L.I.S.A. test.

Il trattamento nel pemfigoide bulloso varia in base alla severità clinica della malattia stessa.

Nelle forme lievi e moderate si intraprende una terapia con steroidi topici potenti; nelle forme moderate non responsive e nelle forme severe come trattamento di prima scelta si somministra una terapia steroidea sistemica.

E’ da considerare che il pemfigoide bulloso colpisce prevalentemente pazienti anziani, spesso già in trattamento con vari farmaci; ciò è rilevante poichè l’utilizzo del cortisone in persone anziane può alterarne il metabolismo ed influenzare la pressione arteriosa il diabete e l’osteoporosi. Pertanto, quando ,nelle forme moderate e severe , non c’è un’adeguata risposta clinica o insorgono effetti secondari, si procede ancora con terapie convenzionali(più bassi dosaggi di steroidi associati ad antibiotici-tetraciclina- o ad immunosoppressori-methotrexate,azatioprina) fino ad arrivare all’utilizzo di nuove terapie come le immunoglobuline iv.

Le Immunoglobuline iv vengono somministrate in cicli da 3 a 5 giorni consecutivi da 2 a4 cicli con intervalli di 3-4 settimane.

In realtà, in letteratura, non è stata osservata un’efficacia maggiore rispetto alla terapia convenzionale.

In altre forme di pemfigoide,come il p.cicatriziale,il trattamento ha 3 obiettivi:ridurre la produzione di anticorpi,ridurre l’infiammazione e prevenire le recidive.

Nelle forme a basso rischio (coinvolgimento solo orale e moderato della cute) si procede con terapie topiche steroidee e terapia sistemica con dapsona.

Nelle forme ad alto rischio (coinvolgimento degli occhi,esofago, tratto nasofaringeo),il trattamento di prima scelta è la somministrazione per via sistemica di dapsona associato allo steroide.

In letteratura,sono stati riportati casi clinici non responsivi alle terapie convenzionali, mostrando invece efficacia terapie alternative come il micofenolato mofetile ed il rituximab.

Nel pemfigoide gestazionale, solo in rari casi, vengono utilizzate terapie non convenzionali, come le Immunoglobuline iv.

Sono stati riportati pochi casi di pemfigoide bolloso e cicatriziale trattati con etanercept ottenendo buoni risultati;mentre solo 1 caso di pemfigoide cicatriziale è stato trattato con infliximab con successo.

Spendiamo infine due parole anche per altre due patologie bullose autoimmuni relativamente più rare come le forme ad IgA.

La dermatosi bullosa ad IgA, rappresenta insieme alla dermatite erpetiforme, la più comune malattia bullosa autoimmune dell'infanzia.

La manifestazione clinica spesso è simile alla dermatite erpetiforme, come anche l'istologia, pertanto per una corretta diagnosi è necessario effettuare le immunofluorescenze diretta ed indiretta ed il coinvolgimento gastrointestinale (dermatite erpetiforme).

Nei casi di mancata remissione con la terapia di prima scelta (sulfoni) e di seconda scelta (steroidi), ci si indirizza su immunosoppressori o sulle nuove terapie come il micofenolato mofetile e le Ig Iv che inducono remissioni della attività della malattia nella maggior parte dei pazienti che non rispondono alla terapia convenzionale.

BIBLIOGRAFIA

Suarez -Fernandez R.,España-Alonso A.,Herrero-Gonzalez J.E.,Mascarò-Galy J.M. Pratical Management of the most common autoimmune bullous disease.Actas Dermosifiliogr.2008;99:441-55

Harman KE,Albert S.,Black MM.Guidelines for the management of pemphigus vulgaris.Br J Dermatol 2003;149:926-37

Ahmed R.,Dahl M.Consensus statement on the use of intravenous immunoglobulin therapy in the treatment of autoimmune mucocutaneous blistering diseases.Arch Dermatol 2003;139:1051-9

Ahmed R.,Spigelman Z.,Cavacini L.,Posner M.treatment of pemphigus vulgaris with rituximab and intravenous immune globulin.N Engl J Med 2006;355:1722-9

Cano D.S., Callejas Rubio J.L.,Centeno N.O.Uso de los farmacos antagonistas del factor de necrosis tumoral en las enfermedades autoinmunes:situacion actual Med Clin 2008;131:471-7

Le malattie rare

Per Malattie Rare si intendono tutte quelle patologie che hanno una prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10.000 persone.

Sono patologie potenzialmente letali o cronicamente debilitanti, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità.

In gran parte di origine genetica, comprendono anche rare forme tumorali, malattie autoimmuni, malformazioni congenite, patologie di origine infettiva e tossica.

Queste malattie perciò richiedono un approccio articolato e complesso, basato su interventi specifici e combinati volti a prevenire un'elevata assenza lavorativa o, laddove sia evitabile, la mortalità precoce ed a migliorare la qualità della vita e il potenziale socio-economico delle persone colpite.

Le Malattie Rare, inoltre, sono caratterizzate da grande variabilità nell'età d'esordio dei primi sintomi: circa la metà compaiono alla nascita o durante l'infanzia, l'altra metà insorge in età adulta.

Esse sono in gran parte di origine genetica ma possono anche essere il risultato dell'esposizione ambientale durante la gravidanza o in altre delicate fasi della vita, spesso in presenza di suscettibilità genetica. Alcune sono forme rare o complicazioni rare di patologie comuni.



Consulta Nazionale
delle Malattie Rare

Rari
e preziosi come
Perle

Il primo numero verde per ascoltare,
sostenere e indirizzare i pazienti Malati Rari,
attivo all'Istituto Superiore di Sanità

Telefono Verde Malattie Rare
800.89.69.49

attivo dal lunedì al venerdì
dalle ore 9,00 alle ore 13,00

info@consultanazionalemalattierare.it
www.consultanazionalemalattierare.it



al servizio dei pazienti



www.assoc-apai.org

e.mail
apai@assoc-apai.org

ONLUS

Sede Legale ed Amministrativa APAI:

Via degli Uliveti, 8 - 64029 SILVI MARINA (TE) - Tel. e Fax 085.9353560

Partita Iva 00 94 27 70 67 8

FINALITÀ ED OBIETTIVI

Informazione ai pazienti sui principali sintomi e segni clinici delle malattie ed applicazione di nuove leggi mirate alla salvaguardia della salute

- Tutela dei diritti dei malati.
- Organizzare centri di riferimento regionale - servizio assistenza - day-hospital settimanale.
- Promozione e sponsorizzazione di progetti di ricerca.
- Organizzazione Convegni-Congressi-Incontri finalizzati.
- Collaborazione con altre Associazioni Nazionali ed Internazionali.
- Organizzare incontri clinici Pazienti Medici, familiari.
- Sensibilizzazione del tessuto sociale a favore dei Medici di base e Pazienti Invalidi.

tercas

ULTERIORE MODALITÀ DI ISCRIZIONE

CASSA DI RISPARMIO DELLA PROVINCIA DI TERAMO
Filiale di Silvi Marina
C/c n. 14180 APAI
ABI 06060.8 - CAB 77050.3

Per l'operatività italiana utilizzare: F 06060 77050 CC0550014180
Per l'operatività estera utilizzare: IBAN: IT34 F060 6077 050C C055 0014 180

Visione naturale di benessere.



Coltivazioni Biologiche, Cultura e Tradizione, Ricerca e Innovazione, Trasformazione e Produzione