

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Bone and Joint Decade 2000-2010

**4° Convegno annuale
National Action Network Italia**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 13 dicembre 2005

RIASSUNTI

A cura di

Simonetta Crateri (a), Giuseppina Iantosca (a),
Marco Amedeo Cimmino (b) e Marina Torre (a)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Genova

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
05/C14

Istituto Superiore di Sanità

Bone and Joint Decade 2000-2010. 4° Convegno annuale. National Action Network Italia. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 dicembre 2005. Riassunti.

A cura di Simonetta Crateri, Iantosca Giuseppina, Marco Amedeo Cimmino e Marina Torre
2005, viii, 29 p. ISTISAN Congressi 05/C14

La Bone and Joint Decade 2000-2010 (BJD) è un'iniziativa mondiale lanciata nel gennaio 2000 con il patrocinio dell'ONU, dell'OMS, della Banca Mondiale e del Vaticano al fine di migliorare la qualità della vita di pazienti affetti da patologie inerenti l'apparato muscolo-scheletrico. Hanno aderito a questa iniziativa 60 governi nel mondo, di cui 26 europei compresa l'Italia. Dal 2003 il workshop annuale del Network italiano della BJD viene svolto in ISS ed è occasione di dibattito e confronto tra gli specialisti operanti nel settore (reumatologi, ortopedici, fisiatristi, medici di medicina generale, terapisti della riabilitazione, epidemiologi). Il volume raccoglie i contributi presentati in occasione del 4° convegno annuale del 2005 riguardanti la sanità pubblica e l'epidemiologia delle malattie muscolo scheletriche, il punto di vista delle associazioni dei pazienti, l'artrosi e le protesi d'anca e gli aspetti riabilitativi delle malattie muscoloscheletriche. Al fine di incoraggiare il coinvolgimento dei pazienti, così come auspicato dal comitato scientifico internazionale della *Decade*, si è deciso di riservare quest'anno uno spazio alle associazioni dei pazienti.

Parole chiave: Epidemiologia, Malattie muscoloscheletriche, Protesi articolari, Associazioni dei pazienti

Istituto Superiore di Sanità

Bone and Joint Decade 2000-2010. 4th Annual Conference. National Action Network. Istituto Superiore di Sanità. Rome, 13 December, 2005. Abstract book.

Edited by Simonetta Crateri, Iantosca Giuseppina, Marco Amedeo Cimmino and Marina Torre
2005, viii, 29 p. ISTISAN Congressi 05/C14 (in Italian)

The *Bone and Joint Decade 2000-2010 (BJD)* aims to improve the health-related quality of life for people with musculoskeletal disorders worldwide with endorsements and support from the United Nations, the World Health Organization, the World Bank and the Vatican. Sixty national governments have endorsed the *Decade*, 26 of them are European, Italy included. Since 2003 the Annual Workshop of the Italian BJD Network has been held at the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the National Institute of Health). The Conference is an opportunity of debate for specialists operating in the field of musculoskeletal disorders. This volume collects the papers presented during the 4th Annual Conference regarding public health and epidemiology of the musculoskeletal disorders, the point of view of patients associations, arthrosis and hip prosthesis, rehabilitation aspects of musculoskeletal disorders.

Keywords: Epidemiology, Musculoskeletal disorders, Joint Prosthesis, Patients Associations

Responsabili scientifici: Marina Torre, Bianca Canesi, Marco Amedeo Cimmino

Per informazioni su questo documento scrivere a: marina.torre@iss.it

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2005 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

INDICE

Programma	iii
Relatori e moderatori	vi
Premessa	vii
<i>National Action Network Italia: consuntivo 2005 e iniziative future</i>	1
Prima sessione	
Sanità pubblica ed epidemiologia delle malattie muscolo-scheletriche	3
Seconda sessione	
Punto di vista delle associazioni dei pazienti	11
Terza sessione	
Artrosi e protesi d'anca	17
Quarta sessione	
Aspetti riabilitativi delle malattie muscolo-scheletriche.....	23
Indice degli autori	29

PROGRAMMA

Martedì 13 dicembre 2005

- 9.00 Accoglienza e registrazione dei partecipanti
- 9.30 Indirizzo di benvenuto
Stefania Salmaso
Direttore del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
- Introduzione
- 9.45 *National Action Network Italia: consuntivo 2005 e iniziative future*
Bianca Canesi
Presidente del National Action Network Italia della Bone and Joint Decade

Prima sessione

SANITÀ PUBBLICA ED EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE MUSCOLO SCHELETRICHE

Moderatori: **Stefano Bombardieri, Maria Luisa Brandi**

- 10.00 *L'utilità di un centro per la diagnosi delle artriti*
Oscar Epis
- 10.15 *L'epidemiologia della fibromialgia in Medicina Generale*
Carmela Zotta
- 10.30 *Criteri di accesso alle indagini densitometriche*
Paola Pisanti
- 10.45 *Ruolo del medico di famiglia nella prevenzione delle malattie muscolo-scheletriche*
Ovidio Brignoli
- 11.00 *Database epidemiologici. Risultati di uno studio popolazionele nelle Marche*
Andrea Stancati
- 11.15 *Sviluppo del progetto Progetto di PREVenzione della malattia ARTRosica (PREVARTR)*
Gianni Leardini, Bianca Canesi
- 11.30 Discussione
- 11.45 Intervallo

Seconda sessione

PUNTO DI VISTA DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Moderatori: **Maria Luisa Bianchi, Alessandro Ciocchi, Roberto Marcolongo**

- 12.00 *Risultati dei progetti delle associazioni di pazienti, esperienze sul territorio, proposte operative per il futuro*

Introduzione

Giovanni Minisola Ospedale S. Camillo, Roma

Giuseppe Oranges Associazione Italiana SpondiloArtriti (AISpA), Bologna

Carla Garbagnati Gruppo Italiano Lotta alla Sclerodermia (GILS), Milano

Francesca Talozzi Associazione Nazionale MALati Reumatici, Roma

Anna Beretta Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica (AISF), Milano

- 13.00 Discussione

- 13.15 Intervallo

Terza sessione

ARTROSI E PROTESI D'ANCA

Moderatori: **Alessandro Faldini, Roberto Raschetti**

- 14.15 *I risultati di AMICA, uno studio supportato da BJD Italia*

Marco Amedeo Cimmino

- 14.30 *L'evoluzione della protesizzazione dell'anca*

Luigi Molfetta

- 14.45 *Registro Nazionale protesi d'anca: stato dell'arte*

Marina Torre, Emilio Romanini

- 15.00 *Intervento di protesi d'anca: valutazione del costo efficacia*

Salvatore Ferro

Quarta Sessione

ASPETTI RIABILITATIVI DELLE MALATTIE MUSCOLO-SCHELETRICHE

Moderatori: **Alessandro Giustini, Claudio Cricelli**

- 15.15 *Riabilitazione dell'artrosi dell'anca*

Marco Cazzola

- 15.30 *La riabilitazione del bambino con deformità scheletriche congenite*
Vinicio D'Annunzio
- 15.45 *Presentazione del Master "Riabilitazione in Reumatologia"*
Tiziana Nava
- 16.00 Discussione
- 16.30 Compilazione dei documenti di valutazione
- 17.00 Chiusura dei lavori

RELATORI E MODERATORI

ARIOLI Giovanni	<i>Azienda Ospedaliera C. Poma, Mantova</i>
BERETTA Anna	<i>Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica (AISF), Milano</i>
BIANCHI Maria Luisa	<i>Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano</i>
BOMBARDIERI Stefano	<i>Società Italiana di Reumatologia (SIR), Milano</i>
BRANDI Maria Luisa	<i>Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS), Verona</i>
BRIGNOLI Ovidio	<i>Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze</i>
CANESI Bianca	<i>Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano</i>
CAZZOLA Marco	<i>Azienda Ospedale di Circolo, Busto Arsizio, (VA)</i>
CIMMINO Marco Amedeo	<i>Università degli Studi di Genova</i>
CIOCCI Alessandro	<i>Associazione Nazionale Malati Reumatici (ANMAR), Roma</i>
CRICELLI Claudio	<i>Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze</i>
D'ANNUNZIO Vinicio	<i>Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma</i>
EPIS Oscar	<i>Università degli Studi di Pavia</i>
FALDINI Alessandro	<i>Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), Roma</i>
FERRO Salvatore	<i>Regione Emilia Romagna, Bologna</i>
GARBAGNATI Carla	<i>Gruppo Italiano Lotta alla Sclerodermia (GILS), Milano</i>
GIUSTINI Alessandro	<i>Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER), Roma</i>
LEARDINI Gianni	<i>ASL 12, Venezia</i>
MARCOLONGO Roberto	<i>Università degli Studi di Siena</i>
MINISOLA Giovanni	<i>Ospedale S. Camillo, Roma</i>
MOLFETTA Luigi	<i>Università degli Studi di Genova</i>
NAVA Tiziana	<i>Azienda Ospedaliera Ca' Granda, Milano</i>
ORANGES Giuseppe	<i>Associazione Italiana SpondiloArtriti (AISpA), Bologna</i>
PISANTI Paola	<i>Ministero della Salute, Roma</i>
RASCHETTI Roberto	<i>Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
ROMANINI Emilio	<i>Gruppo di Lavoro Ortopedia Basata sulle prove di Efficacia (GLOBE), Roma</i>
STANCATI Andrea	<i>Università degli Studi di Ancona</i>
TALOZZI Francesca	<i>Associazione Nazionale Malati Reumatici, Roma</i>
TORRE Marina	<i>Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
VALESINI Guido	<i>Università degli Studi La Sapienza, Roma</i>
ZOTTA Carmela	<i>Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF), Milano</i>

PREMESSA

Le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico sono la causa più nota e più comune di malattie croniche ad alto potenziale di disabilità ed handicap e nel mondo sono centinaia di milioni le persone che ne sono affette. Le patologie articolari, la lombalgia, l'osteoporosi e i traumi degli arti dovuti a incidenti o a conflitti armati comportano un enorme impatto sull'individuo, sulla società e sui sistemi di assistenza sanitaria e sociale. Con l'aumento della durata della vita media e il conseguente incremento del numero di anziani nonché le modifiche degli stili di vita nel mondo intero, questo andamento è destinato a crescere ulteriormente nei prossimi anni. Sulla base di queste considerazioni nel gennaio 2000 è stata istituita la *Bone and Joint Decade* (BJD), un'iniziativa mondiale con il patrocinio dell'OMS, dell'ONU, della Banca Mondiale e del Vaticano cui hanno aderito, finora, 60 governi nel mondo, di cui 26 europei compresa l'Italia e numerose società scientifiche e istituzioni operanti nel settore delle patologie muscolo-scheletriche. Sono stati inoltre avviati 58 *National Action Networks* (NAN). Coordinatori nazionali sono presenti attualmente in 96 nazioni del mondo (34 in Europa, 21 nell'America Latina, 17 in Asia e Oceania, 12 in Africa, 10 in Medio Oriente e 2 in Nord America <http://www.boneandjointdecade.org/>), sezioni nazionali multidisciplinari che includono organizzazioni di professionisti e di pazienti, società e riviste scientifiche. Il 14 aprile 2003 l'Istituto Superiore di Sanità ha concesso la propria egida alla BJD evento che conferisce alla *Decade* un notevole prestigio anche in considerazione della proclamazione del 2003 come anno europeo della disabilità. La BJD, che terminerà nel 2010, si è posta come obiettivo il miglioramento, nel mondo intero, della qualità della vita per quanto riguarda la salute (*Health Related Quality of Life*) dei pazienti affetti da disordini dell'apparato muscolo-scheletrico. La *Decade* si propone, inoltre, di suscitare una miglior conoscenza e la consapevolezza di queste situazioni morbose e di promuovere azioni positive volte non solo a combattere la sofferenza dei pazienti, ma anche a contenere e razionalizzare i costi sociali associati a queste patologie. Scopo dell'iniziativa è, infatti, quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti agendo su: riduzione dei costi sociali ed economici, miglioramento di prevenzione, diagnosi e trattamento per tutti i pazienti, coinvolgimento del paziente nelle decisioni che riguardano la salute, avanzamento della ricerca in fatto di prevenzione e trattamento. La BJD prevede quindi il coinvolgimento di medici specialisti e generici, personale sanitario, cittadini, pazienti, istituzioni, politici, industrie, ricercatori e università. Un'azione di sensibilizzazione a trecentosessanta gradi, alla fine della quale una speciale commissione elaborerà linee guida e programmi terapeutici. Questo obiettivo viene perseguito anche attraverso la costituzione di network internazionali tra istituzioni che si occupano, in senso lato, di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico. Nel corso del Workshop annuale del NAN italiano si affronteranno temi riguardanti la Sanità Pubblica e l'Epidemiologia delle malattie muscolo scheletriche, l'artrosi e protesi d'anca e gli aspetti riabilitativi delle malattie muscolo-scheletriche e verrà ascoltato il punto di vista delle Associazioni dei pazienti. Ci auguriamo pertanto che il workshop costituisca non solo un momento di sintesi, confronto e aggiornamento sulle attività svolte in seno alle diverse discipline afferenti alla *Decade*, ma anche un'opportunità per promuovere nuove collaborazioni e iniziative e, così come auspicato dal Comitato Scientifico Internazionale della *Decade*, incoraggiare il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti.

Marina Torre

National Action Network ITALIA: CONSUNTIVO 2005 E INIZIATIVE FUTURE

Bianca Canesi

*Presidente del National Action Network Italia della Bone and Joint Decade 2000-2010,
Servizio di Reumatologia, Ospedale Niguarda, Milano*

La *Bone and Joint Decade 2000-2010* (BJD) è attualmente rappresentata in 96 nazioni del mondo. Anche nel corso del 2005 il *National Action Network* (NAN) italiano, forte della partecipazione di molte associazioni e gruppi scientifici e di pazienti, ha coordinato e patrocinato numerose iniziative. Infatti nessuna società o gruppo può da solo realizzare gli obiettivi auspicati dalla BJD, che quindi svolge la funzione di catalizzatore delle diverse iniziative. I campi in cui il NAN italiano si è impegnato nello scorso anno riguardano l'epidemiologia, la prevenzione, la diagnosi precoce attraverso tecniche innovative, le nuove terapie, la riabilitazione, i costi sociali e lo studio della qualità della vita nei pazienti con malattie muscolo-scheletriche. In particolare, si è sviluppato il progetto PREVARTR (prevenzione dell'artrosi) che ha valutato i fattori di rischio dell'artrosi, identificando i soggetti che potrebbero essere sottoposti ad un programma preventivo. Nel campo delle linee guida, un gruppo di esperti italiani ha rivisitato i suggerimenti dell'EULAR per il trattamento dell'artrosi di ginocchio e d'anca adattandoli alle necessità e realtà italiane. Sono in via di realizzazione o di utilizzo registri per l'utilizzo di farmaci biologici nelle malattie reumatiche, e delle protesi d'anca nonché linee guida per la protesizzazione, la riabilitazione nelle varie condizioni muscolo-scheletriche e l'utilizzo della densitometria. Lo studio sulla lombalgia in pronto soccorso è stato completato. Parte di questi argomenti sono stati dibattuti nell'annuale Convegno tenutosi a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità il 17 Dicembre 2004. Il NAN italiano ha dato il suo patrocinio ai maggiori congressi tenutisi nell'anno, quali il Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia, il Congresso Nazionale della Lega Italiana contro le Malattie Reumatiche, il Congresso Interdisciplinare della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, il Congresso sulle Urgenze in Reumatologia, e molti altri ancora. La riunione dei coordinatori nazionali si svolgerà quest'anno a Ottawa e permetterà, come di consueto, il confronto delle iniziative prese nei diversi paesi con discussione dei problemi emersi localmente. Nel corso dell'anno è continuata la collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, che si evidenzia in particolar modo con l'organizzazione delle riunioni annuali. Sono entrati a far parte del NAN Italiano nel 2005 l'Associazione Italiana Spondiloartriti, la sezione Muscoloscheletrica della Società Italiana di Radiologia e il Dipartimento di Reumatologia della Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF). Nel complesso, l'attività del NAN italiano è stata intensa e apprezzata sia da parte delle associazioni affiliate, che da parte della BJD internazionale.

Prima sessione

**Sanità pubblica ed epidemiologia
delle malattie muscolo-scheletriche**

Moderatori

Roberto Marcolongo, Alessandro Faldini, Maria Luisa Brandi

L'UTILITÀ DI UN CENTRO PER LA DIAGNOSI DELLE ARTRITI

Oscar Epis

Unità Operativa di Reumatologia, Policlinico San Matteo, Pavia

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia cronica invalidante e potenzialmente fatale, i dati in letteratura dimostrano che un ritardo nell'inizio del trattamento con farmaci di fondo (*Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs*, DMARDs) ha un'influenza negativa sulla prognosi funzionale a lungo termine e sulla mortalità. Proprio per questo, negli ultimi anni, si è resa evidente la necessità di costituire strutture dedicate alla diagnosi e al trattamento precoce dell'artrite, denominate *Early Arthritis Clinics* (EAC). Nei pazienti trattati in fase precoce, inoltre, il controllo della progressione di malattia si può ottenere con terapie meno aggressive e meno costose. La diagnosi precoce di AR può essere a volte anche difficile e comporta pertanto la valutazione specialistica di tutti i casi di artrite apparentemente indifferenziata e di recente insorgenza. Esistono attualmente criteri validati per l'identificazione preliminare di questi casi da parte del Medico di Medicina Generale (MMG), così come sono noti fattori prognostici in grado di identificare le forme di artrite potenzialmente evolutive. Poiché il trattamento precoce con farmaci convenzionali, a costo contenuto, è in grado sia di prevenire la futura invalidità, sia di ottenere il controllo della malattia in una percentuale significativa di pazienti senza dover ricorrere ai farmaci biologici, un programma di diagnosi precoce, oltre a costituire un indubbio vantaggio per i pazienti potrebbe contribuire anche alla ottimizzazione della spesa sanitaria relativa. Dal gennaio 2005 è attiva presso la nostra struttura una EAC; i criteri di accesso, oltre alla residenza nella provincia di Pavia, prevedevano: ≥ 3 articolazioni tumefatte o segno della gronda o rigidità mattutina ≥ 30 min. I disturbi dovevano datare da almeno 6 settimane. Questi pazienti, che hanno accesso direttamente presso il nostro day hospital tramite il MMG, vengono sottoposti alle seguenti valutazioni: DAS 44, VAS dolore, HAQ, PCR, fattore reumatoide (FR), anti-CCP, radiografia di mani, polsi e piedi, ecografia articolare e power Doppler. Nei primi 6 mesi sono stati valutati complessivamente 97 pazienti: 46 AR e 24 UPA. Nei restanti 27 casi la diagnosi era: condrocalcinosi in 8, artropatia psoriasica in 7, connettivite in 5, spondilo-enteseoartrite in 2, e artrosi erosiva, artrite da HCV, artrite da Parvovirus, artrite paraneoplastica, fibromialgia in 1 caso. L'esperienza maturata nei primi 6 mesi di attività dimostra che l'EAC consente di ridurre significativamente il periodo di tempo tra esordio clinico e inizio del corretto trattamento e di trattare la maggior parte dei pazienti prima della comparsa di erosioni.

L'EPIDEMIOLOGIA DELLA FIBROMIALGIA IN MEDICINA GENERALE

Carmela Zotta (a), Piercarlo Sarzi-Puttini (b)

(a) *Responsabile Nazionale del Dipartimento di Reumatologia, Associazione Italiana MEDici di Famiglia (AIMEF), Milano*

(b) *Unità Operativa di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Polo Universitario L. Sacco, Milano*

L'ambulatorio del medico di famiglia è affollato quotidianamente da pazienti che lamentano astenia e dolori diffusi. La diagnosi che corrisponde a tali sintomi è la fibromialgia, quasi sempre misconosciuta in quanto zona di confine tra la sfera fisica e quella psichica. Negli ultimi 10 anni, la fibromialgia è stata meglio definita attraverso studi che hanno stabilito i criteri per la diagnosi. Secondo l'*American College of Rheumatology* (ACR 1990), i criteri diagnostici per la classificazione della Fibromialgia contemplano la storia clinica del dolore diffuso e la mappa dei *tender points*. Negli anni sono stati condotti centinaia di studi sulla fibromialgia, alcuni ancora prima che l'*American College of Rheumatology*, nel 1990, ne definisse i criteri. Di questi studi, tanti sono stati fatti sulla prevalenza della fibromialgia nella popolazione generale; secondo alcuni la sindrome fibromialgica interessa più del 5% dei pazienti nella pratica medica generale e dal 2 al 4 % nella popolazione in generale, maggiormente nelle donne che negli uomini. Poiché non esistono in Italia dati epidemiologici sulla prevalenza della fibromialgia nei pazienti che afferiscono agli studi dei medici di famiglia, il Dipartimento di Reumatologia AIMEF in collaborazione con l'Unità Operativa di Reumatologia dell'Ospedale Sacco di Milano e con l'Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica (AISF), ha intenzione di effettuare uno studio osservazionale sulla prevalenza della fibromialgia negli studi dei medici di famiglia italiani che si svolgerà nel periodo settembre-ottobre 2005. Lo studio sarà effettuato mediante un semplice questionario che ogni medico di famiglia, che partecipa allo studio, dovrà compilare per ogni paziente che vede nel suo ambulatorio durante una settimana di osservazione. Il questionario mirerà a constatare anche l'eventuale correlazione fra il dolore cronico diffuso, l'età, il sesso e altre patologie a carico del paziente, quali ad esempio depressione, endocrinopatie ecc. Saranno coinvolti 150 medici di famiglia di tutta Italia, cui è stato già fatto uno stage sulla diagnosi della fibromialgia da parte di medici di famiglia nell'ambito dell'11° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana MEDici di Famiglia (AIMEF) tenutosi ad Abano Terme il 19 marzo 2005, e presentato il *Tender Points Index* e la versione italiana del FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*). Al termine del periodo di osservazione di questo studio, saranno raccolti e analizzati i dati che saranno presentati nel corso del Workshop annuale della BJD. Lo studio sarà condotto sotto l'egida del NAN Italia (*National Action Network*) della *Bone and Joint Decade 2000-2010*, a cui AIMEF è affiliata dal mese di dicembre 2004.

CRITERI DI ACCESSO ALLE INDAGINI DENSITOMETRICHE

Paola Pisanti

Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ministero della Salute, Roma

Con lo scopo di avviare un programma di lavoro volto a definire l'attuale stato delle conoscenze sulla patologia osteoporotica sotto il profilo assistenziale e fornire indicazioni cliniche specifiche per l'accesso all'indagine densitometrica, è stato costituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria un gruppo di lavoro interdisciplinare. Il programma di lavoro è nato per varie motivazioni interessanti il settore informativo, epidemiologico e organizzativo. Compito del Ministero della Salute e, in particolar modo, della Programmazione Sanitaria, era quella di fornire indicazioni per l'accesso all'indagine densitometrica, secondo quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza. Per il raggiungimento degli obiettivi si è provveduto, con decreto dirigenziale, alla costituzione del gruppo di lavoro. I partecipanti al gruppo di lavoro, coordinati dall'autrice, sono rappresentanti delle società scientifiche e di associazioni di tutela dei malati. La procedura di lavoro ha previsto la ricognizione sull'applicazione del DPCM 29 Novembre 2001 nelle regioni italiane, l'elaborazione di una scheda sulla rispondenza dei criteri individuati dalle regioni rispetto alle indicazioni elaborate da alcune società scientifiche e la valutazione delle richieste formulate dalle associazioni dei malati. Inoltre sono state evidenziate le seguenti criticità a livello nazionale: scarse le iniziative riguardanti l'aggiornamento professionale; disomogenea distribuzione dei densitometri ossei e dei centri specializzati; insufficienti le informazioni sui provvedimenti regionali sulla patologia e sui modelli assistenziali adottati dalle Regioni; nella definizione del documento finale si è ritenuto utile puntualizzare i seguenti items:

- dare una definizione aggiornata di malattia osteoporotica;
- specificare il concetto di screening;
- inserire raccomandazioni relative allo stile di vita;
- specificare che l'esame densitometrico deve essere richiesto solo quando il risultato dell'esame può modificare il trattamento;
- formulare una indicazione generale relativa all'appropriatezza dell'utilizzo del tipo di densitometro;
- proporre i criteri di accesso alla densitometria, suddividendoli in due fasce ad alto e a basso rischio;
- analizzare le condizioni associate ad osteoporosi con una differenziazione del peso da rischio;
- elencare, nei gruppi delle varie malattie, le singole patologie o condizioni.

Il documento finale risulta strutturato in 3 sessioni: individuazione dei criteri di accesso alla densitometria ossea; *source document*; tecniche, principi fisici, apparecchiature. I risultati attesi riguardano: l'omogeneità dei criteri a livello nazionale; una razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse esistenti per ridurre il numero di indagini inutili e aumentare la disponibilità per i pazienti più a rischio.

RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA NELLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE MUSCOLO SCHELETRICHE

Ovidio Brignoli
Società Italiana di Medicina Generale, Firenze

Le malattie a maggior frequenza sono quelle osteoarticolari (MO), spesso croniche. Esse possono coinvolgere altri apparati, come, viceversa, possono essere spia di primitivi interessamenti sistemici. Le MO sono la causa più frequente di ricorso al medico di famiglia. Esse presentano un elevatissimo costo sociale per inabilità temporanea e permanente, oltreché per il ricorso a strumenti diagnostici e trattamenti convenzionali e non convenzionali. Spesso gli esami diagnostici non sono dirimenti, sicché la valutazione clinica rimane il cardine del processo diagnostico. Non esiste un unico specialista di riferimento per il paziente con MO, e spesso vi sono scelte obbligate e scarsamente razionali derivanti da difficoltà logistiche e strutturali di organizzazione sanitaria di secondo livello.

I presupposti dell'azione del medico generale. Le MO sono definite malattie sociali, cosa che implicitamente riconosce al medico di famiglia un ruolo cardine nel processo assistenziale, perché è la figura istituzionale che deve occuparsi degli aspetti preventivi, diagnostici e terapeutico-riabilitativi. Il medico generale, con la sua visione olistica dei problemi, può gestire al meglio il paziente con MO, dal momento che molte di queste hanno coinvolgimenti sistemici e che le MO sono spesso associate ad alterazioni dello stato psichico e della vita di relazione. La maggior parte delle MO richiede un intervento clinico anamnestico e obiettivo, che esalta la professionalità del medico generale, da sempre fondata sul colloquio col paziente e sull'esame fisico. Per quanto riguarda il rapporto con gli specialisti, esistono MO che sono di quasi esclusiva competenza del medico di famiglia; per queste gli specialisti avranno un ruolo di ricerca e consulenza in particolari circostanze; altre che richiedono una collaborazione più o meno continuativa; altre ancora, molto complesse e rare, di quasi esclusiva competenza specialistica: per queste il medico di famiglia avrà un ruolo di sentinella per l'individuazione dei segni e sintomi di sospetto di malattia e di collaborazione nella gestione del trattamento.

Attività e compiti di prevenzione. Compito del medico di medicina generale è anche promuovere campagne informative e di educazione alla salute rivolte al mantenimento ottimale della funzione osteoarticolare; allontanamento dei fattori di rischio riconducibili ad alterazioni posturali, atteggiamenti viziati, coatti e reiterati dovuti all'attività lavorativa o ricreativa; rilevamento precoce di segni di allarme delle malattie reumatiche; uso critico e responsabile dei farmaci antireumatici (in particolare steroidi e antiinfiammatori non steroidei) e al ricorso alle terapie fisiche e alle pratiche cosiddette di medicina alternativa; prevenzione secondaria e delle complicanze delle malattie reumatiche; prevenzione primaria dell'osteoporosi e delle cadute nell'anziano.

DATABASE EPIDEMIOLOGICI. RISULTATI DI UNO STUDIO POPOLAZIONALE NELLE MARCHE

Andrea Stancati

Dipartimento di Patologia Molecolare e Terapie Innovative, Cattedra di Reumatologia, Università Politecnica delle Marche, Ancona

I database epidemiologici costituiscono una risorsa fondamentale per la ricerca nel campo delle malattie muscolo-scheletriche. Queste ultime, tuttavia, sono raramente e parzialmente oggetto di studio da parte degli epidemiologi. Scopo dello studio MAPPING è stato rilevare la prevalenza delle malattie muscolo-scheletriche nella popolazione generale italiana, attraverso l'utilizzo di un questionario autosomministrato, precedentemente validato. Il questionario è stato inviato ad un campione randomizzato di 3.664 soggetti, di età superiore a 18 anni, stratificati per età e sesso, e selezionati dalle liste di 16 Medici di Medicina Generale. La popolazione studiata era sovrapponibile a quella italiana censita nel 2001. I soggetti che hanno accettato di partecipare allo studio sono stati successivamente sottoposti ad anamnesi ed esame obiettivo reumatologico. Lo scopo principale della valutazione clinica è stato quello di verificare l'esistenza della patologia reumatica e il suo inquadramento diagnostico. I dati raccolti su supporto cartaceo sono stati inseriti da ciascun ricercatore coinvolto, in un *runtime* software basato su FilemakerPro 7 (FilemakerPro - USA) creato *ad hoc* per lo studio e dotato di script di auto-validazione e auto-cleaning in tempo reale dei dati inseriti. I dati informatizzati sono stati quindi centralizzati in un database principale contenente i campi calcolati degli algoritmi per le scale di valutazione utilizzate, le *query* di interrogazione e le *routine* di esportazione verso i programmi di analisi statistica. Il *data entry* di ciascuna scheda ha richiesto un tempo medio di 4 minuti. 2.155 soggetti (58,8% del totale) hanno risposto al questionario. Il 26,7% (95% IC 25,4-28,5) è risultato affetto da una malattia reumatica, con una prevalenza significativamente più alta nei soggetti di sesso femminile ($p < 0,0001$). L'affezione più comune è risultata l'artrosi (8,95%, 95% IC 6,81-10,7), seguita, nell'ordine, da: reumatismi extra-articolari (8,81, 95% IC 7,16-10,29), *low-back pain* (5,91%, 95% IC 4,89-6,89), reumatismi infiammatori cronici (3,06%, 95% IC 2,38-3,93). Dall'analisi dettagliata dei dati relativi a quest'ultimo gruppo si sono ricavate le seguenti percentuali: artrite reumatoide 0,46% (95% IC 0,33-0,59), polimialgia reumatica 0,37% (95% IC 0,29-0,44), connettivite non differenziata 0,14% (95% IC 0,09-0,21), artrite psoriasica 0,42% (95% IC 0,31-0,61), spondilite anchilosante 0,37% (95% IC 0,23-0,49), gotta 0,46% (95% IC 0,34-0,57), condrocalcosi 0,42% (95% IC 0,33-0,58). I risultati dello studio MAPPING indicano che le malattie di interesse reumatologico sono comuni nella popolazione generale italiana. I dati raccolti potranno risultare di estrema utilità per l'identificazione di strategie efficaci nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria, e per la definizione delle priorità di intervento in relazione all'attuale stato assistenziale nel nostro Paese.

SVILUPPO DEL PROGETTO DI PREVENZIONE DELLA MALATTIA ARTROSICA (PREVARTR)

Gianni Leardini (a), Bianca Canesi (b)

(a) *Unità Operativa di Reumatologica, ASL 12, Venezia*

(b) *Servizio di Reumatologia, Ospedale Niguarda, Milano*

In Italia sono più di 5.000.000 le persone affette da artrosi e il loro numero, in rapporto all'aumento atteso della vita media della popolazione, è destinato ad un rapido e progressivo aumento. Proprio per l'alta prevalenza della malattia la società deve sopportare un alto costo in termini di spese sanitarie e di invalidità, talché è opportuno varare, a livello nazionale, programmi di prevenzione primaria e secondaria miranti a limitare l'instaurarsi e il progredire del danno articolare. Il progetto PREVARTR prevede di raggiungere questi obiettivi intervenendo sui fattori di rischio della malattia, modificabili e non modificabili, con azioni di profilassi primaria e secondaria. Obiettivo della prevenzione primaria è di prevenire l'estrinsecarsi della malattia agendo sui fattori di rischio modificabili: soprappeso, attività fisica e occupazionale, traumi e microtraumi, misure dietetiche e nutrizionali e con un follow-up accurato del soggetto a rischio. Laddove si siano invece evidenziati fattori di rischio non modificabili il follow-up deve accompagnarsi ad interventi terapeutici farmacologici. La prevenzione secondaria ha come obiettivo la limitazione della progressione del danno strutturale e del danno funzionale. A fianco degli obiettivi primari il progetto si prefigge come obiettivi secondari il contenimento dei costi diretti e indiretti di malattia, la riduzione di indicazione ad interventi protesici, il contenimento della disabilità e la riduzione dell'handicap, il raggiungimento di una migliore qualità della vita. Per raggiungere gli obiettivi prefissati si prevee una serie di azioni che comprendono nell'ordine:

- formazione di una équipe multidisciplinare composta dalle figure sanitarie coinvolte nella prevenzione e gestione dell'artrosi;
- identificazione dei fattori di rischio modificabili e non modificabili;
- attribuzione di un "peso" e un "ranking di importanza" per ciascun fattore di rischio da parte dell'équipe multidisciplinare;
- definizione degli *outcome* di efficacia dell'intervento sanitario e degli strumenti di valutazione;
- definizione del ruolo del singolo specialista per la gestione dei fattori di rischio;
- costruzione di uno strumento (carta del rischio per la malattia artrosica) che consenta l'identificazione dei: a) soggetti a rischio di malattia, graduati per il peso del rischio o dalla sommatoria dei rischi; b) soggetti con artrosi conclamata, adatti ad intervento di prevenzione in base alla gravità del danno strutturale acquisito;
- identificazione dei soggetti a rischio e formulazione della diagnosi di OA da parte del MMG;
- affidamento dei soggetti a rischio e di quelli con malattia conclamata al MMG o allo specialista più appropriato per l'intervento di prevenzione primaria o secondaria;
- verifica dell'efficacia dell'intervento a distanze di tempo preordinate, sulla base di *outcome* predefiniti;
- elaborazione dei bilanci costo-efficacia e costo-utilità dell'intervento.

Seconda sessione
Punto di vista delle
associazioni dei pazienti

Moderatori

Maria Luisa Bianchi, Alessandro Ciocci

L'ASSOCIAZIONE ITALIANA SPONDILIOARTRITI

Giuseppe Oranges

Associazione Italiana Spondiloartriti, Bologna

L'AI SpA (Associazione Italiana Spondiloartriti) nasce a Bologna nel 1987 e in seguito al sensibile aumento dei soci l'attività di volontariato dell'associazione si è estesa su tutto il territorio nazionale. In Italia le persone affette da questa malattia sono circa 150.000. L'AI SpA è una ONLUS che ha lo scopo di aiutare e migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da Spondiloartrite Anchilosante mediante la pianificazione di iniziative socio-sanitarie e legislative. La spondiloartrite anchilosante o *Morbus di Bechterew* è una grave malattia cronica infiammatoria che colpisce la colonna vertebrale, provocando dolore e disabilità. Il progressivo irrigidimento della colonna vertebrale costringe il malato a una posizione innaturale, obliqua, con il capo immobilizzato e proiettato in avanti, impedendo lo svolgere delle normali attività quotidiane, come vestirsi autonomamente, muoversi nel letto, raccogliere oggetti da terra e tutte quelle azioni che richiedono di guardare verso l'alto e ruotare il collo, fino a portare nel giro di pochi anni dal suo esordio alla totale perdita della mobilità della colonna vertebrale. L'AI SpA ha individuato due principali strade da percorrere e sviluppare per migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da spondiloartrite anchilosante:

- la diagnosi precoce della malattia;
- la ricerca scientifica.

Una diagnosi precoce e tempestiva permette, mediante la terapia fisica strumentale e riabilitativa, di migliorare i movimenti che negli anni saranno compromessi e di facilitare l'adattamento del malato sia sul posto di lavoro che nella vita privata. Ancora oggi si registrano ritardi di diagnosi di almeno sette anni dall'inizio della sintomatologia algica. Promuovere la ricerca scientifica e la sperimentazione della "Terapia biologica" oggi rappresenta il futuro per questa patologia. Sulla base di dati scientifici e su segnalazioni positive di altre associazioni sparse in tutto il mondo e facenti capo all'ASIF (*Ankylosing Spondylitis International Federation*) si evince che il farmaco biologico è attivo nella spondiloartrite anchilosante e agisce non solo sui sintomi, ma sulla progressione stessa della malattia. Una maggiore informazione sulle problematiche sociali derivanti da questa malattia, troppo spesso dimenticata dalle istituzioni, e l'autorizzazione da parte del Ministero della Salute all'utilizzo della terapia biologica, possono aiutare in maniera rilevante i malati affetti da spondiloartrite anchilosante.

GRUPPO ITALIANO PER LA LOTTA ALLA SCLERODERMIA

Carla Garbagnati Crosti

Presidente del Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia, Milano

Il Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia (GILS ONLUS) è nato a Milano il 9 dicembre 1993 per volere di alcuni medici, ammalati e non che hanno voluto dare voce ad una malattia veramente poco conosciuta, non considerata rara in Italia, mentre lo è in Europa e negli Stati Uniti e promuovere obiettivi precisi. La scarsa conoscenza della sclerodermia, la totale mancanza di informazione e di formazione sulla malattia, la condizione di isolamento che molti ammalati hanno vissuto in prima persona, ci hanno fatto puntare su una strategia che riteniamo fondamentale e che costituisce ancora l'asse portante del nostro intervento: la comunicazione con i pazienti che ha come obiettivo principale la costruzione di una rete di informazioni, di sostegno, di aiuto e di sussidiarietà. Siamo convinti che uno dei compiti importanti per un'associazione come la nostra, sia quello di rompere l'isolamento di migliaia di ammalati, di aiutarli a superare l'atteggiamento rinunciatario e fatalistico che spesso sopravviene dopo la diagnosi di "malattia inguaribile". È quindi essenziale fornire informazioni utili agli ammalati sclerodermici per migliorarne la qualità della vita, dare aggiornamenti sulle normative sanitarie vigenti e soprattutto approfondire la conoscenza della malattia nella prevenzione ed evoluzione; promuovere iniziative per una maggior conoscenza sociale dei problemi di questa patologia e sollecitare soprattutto i medici di famiglia ad una consapevolezza per una diagnosi precoce; creare occasioni di incontro sia tra medici, sia tra medici e pazienti nonché un collegamento con Università, Ospedali che siano punti di riferimento di eccellenza, che facciano un insieme con noi, dove alla base sta il dialogo, il confronto e l'operare. Il più grande in assoluto è l'Immunologia Clinica di Via Pace a Milano presso la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena. Da anni i loro medici rispondono al mercoledì pomeriggio al nostro numero verde, l'équipe è a disposizione per collaborare in sinergia, da lì partono progetti concreti che in questi anni abbiamo finanziato e sono stati allargati a livello nazionale, è grazie a questo centro che molti privati ci fanno donazioni finalizzate e così ci è stato possibile finanziare con premi studio proprio quei giovani medici che si sono impegnati su importanti studi sulla malattia. C'è una sinergia di collaborazione che ha superato ogni barriera, c'è la fiducia dell'ammalato che sa di poter contare su una squadra che lavora con e per gli stessi scopi ed è sempre reperibile, dove ognuno si assume le proprie responsabilità. Diventa per noi allora più semplice operare anche in altri campi: politicamente al di sopra delle parti dialogare con Comuni, Province, Aree metropolitane, Regioni, Stato Istituzioni, come stabilito dall'articolo quinto della Costituzione appena cambiato; crescere nei servizi che offriamo e puntare a sempre maggiori protocolli d'intesa con altri IRCCS e servizi sul territorio e affiancarci ad altre associazioni solo per battaglie comuni; rivolgerci ad Enti privati per finanziamenti con progetti corposi e credibili, così come i nostri grandi eventi che vedono gli ammalati parte attiva, soprattutto nella raccolta fondi per la ricerca scientifica.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MALATI REUMATICI (ANMAR)

Francesca Talozzi

Presidente dell'Associazione Toscana Malati Reumatici, Pisa

L'ANMAR-ONLUS è un'associazione con oltre 10.000 iscritti nelle 20 Associazioni Regionali in cui si articola. Persegue soprattutto il fine di migliorare l'assistenza ai Malati Reumatici (MR), che sono stimati oltre 5 milioni e mezzo, cioè un decimo della popolazione italiana. Per conseguire tale finalità l'ANMAR promuove campagne di informazione sulla prevenzione, cura e riabilitazione dei MR; a tal riguardo collabora con le autorità politiche e amministrative per la promozione di idonei provvedimenti. Tale attività è documentata – limitatamente all'ultimo triennio da numerose iniziative. Nel 2001-2002 ha realizzato la campagna informativo-educazionale sulle malattie reumatiche denominata "Inforeuma" che ha interessato più di trenta città. Nel 2003 è intervenuta più volte al Ministero della Salute e anche attraverso la pubblicazione sui principali quotidiani affinché venissero soddisfatte le esigenze dei MR che abbisognavano dei farmaci biologici. Ha promosso una campagna nazionale della "Economia Articolare"; l'iniziativa ha raccolto espliciti consensi tanto da aver goduto del finanziamento di una Fondazione straniera. Ha intrapreso iniziative, coronate da successo, affinché dei farmaci, ritenuti indispensabili per la cura di alcune malattie reumatiche, fossero inseriti in fascia A, e cioè non più a carico del paziente, quali certi gastro-protettorie per la cura delle complicanze oculari e i farmaci antiosteopenizzanti (in alcune particolari situazioni). Nel 2004 ha promosso la costituzione dell'AMIR (Associazioni di Malati Immuno-Reumatici). A coronamento di un'azione svolta nell'arco di alcuni mesi, ha realizzato, in occasione della Giornata mondiale del MR una conferenza-stampa nazionale e manifestazioni pubbliche organizzate dalle singole Associazioni Regionali sull'importante tema della diagnosi precoce. Nel 2005 ha in corso di realizzazione un progetto/comunicazione sul tema della "prevenzione della disabilità e qualità di vita del MR". A tal fine sarà realizzata una conferenza-stampa nazionale a Roma in occasione della Giornata mondiale per il MR e Convegni, Incontri nelle principali città promossi dalle Associazioni Regionali. In questo anno produrrà una nuova rivista dell'Associazione e collaborerà con l'OTE (Osservatorio Terza Età) per la stesura del capitolo dedicato alle malattie reumatiche che apparirà nel volume sullo stato di salute degli italiani; questo volume sarà presentato agli organi di Governo e al Parlamento. Per il 2006 ha in programma la realizzazione di una ricerca conoscitiva sulla frequenza di alcune affezioni reumatiche, varata in collaborazione con l'Università Cattolica di Roma. L'ANMAR attende che si concluda positivamente (marzo 2006) l'azione da lei promossa, tesa a determinare il suo ingresso ufficiale nell'European League Against Rheumatism (EULAR). Nell'ottobre 2006 sarà realizzato il Congresso Nazionale dell'Associazione. Negli ultimi anni alcuni suoi rappresentanti, per la notorietà e l'apprezzamento che ha riscosso l'Associazione, sono entrati a far parte dei principali organismi di Governo e non, che affrontano i temi dell'assistenza sanitaria. Inoltre l'ANMAR è invitata a partecipare, sia a livello internazionale che nazionale, a congressi e convegni che affrontano temi connessi alle malattie reumatiche e alle condizioni di vita dei malati reumatici.

LA SINDROME FIBROMIALGICA. QUALE SPAZIO ASSOCIATIVO?

Anna Beretta, Emanuela Calderan, Simona Stella, Emanuela Magni, Piercarlo Sarzi-Puttini
Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica, Unità Operativa di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Polo Universitario L. Sacco, Milano

La Sindrome Fibromialgica (SF) è una sindrome dolorosa cronica ad eziologia sconosciuta caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso che colpisce il 2-3% della popolazione. La SF è caratteristica dell'età media con una prevalenza maggiore tra i 20 e i 50 anni; essa si può comunque osservare anche in età giovanile o dopo l'età di 60 anni. Le donne sono più colpite degli uomini, con un rapporto di 9:1. Un recente studio prospettico ha dimostrato che i pazienti fibromialgici effettuano circa 10 visite ambulatoriali per anno, 1 ricovero ogni 3 anni, e spendono più di \$2.000 anno per spese mediche. La diagnosi si basa sui criteri classificativi dell'*American College of Rheumatology* del 1990 consistenti nella presenza, da almeno tre mesi, di dolore muscolo-scheletrico diffuso e di almeno 11 dei 18 *tender points* evocabili alla digitopressione o mediante algometro a pressione nelle specifiche sedi indicate. Questi sintomi sono influenzati da alcuni fattori come le condizioni climatiche, l'attività fisica, gli stress psicofisici e i disturbi del sonno. In circa la metà dei pazienti i sintomi appaiono dopo una sindrome simil-influenzale, o uno stress di tipo fisico o psichico. Circa il 30% dei pazienti fibromialgici presentano disturbi psicologici, in prevalenza di tipo ansioso-depressivo. Il medico si focalizza soprattutto sul trattamento farmacologico della SF, mentre un certo numero di modalità terapeutiche non farmacologiche hanno mostrato una discreta efficacia. Le strategie terapeutiche devono essere individualizzate sul paziente, e il clinico può avere la necessità di provare differenti modalità terapeutiche prima di ottenere un miglioramento ottimale dei sintomi. L'Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica (AISF) è nata 3 anni fa, con lo scopo di essere un punto di riferimento per i pazienti affetti da tale patologia, e di far conoscere all'opinione pubblica, alla classe medica e ai nostri amministratori, l'esistenza di tale sindrome, troppo spesso considerata una patologia immaginaria e di scarsa rilevanza sociale. L'associazione in questi anni è cresciuta come numero di iscritti (più di mille), organizza un congresso annuale dedicato alle problematiche del paziente, ha istituito corsi educazionali con cadenza mensile, gestisce un sito web, e distribuisce gratuitamente un opuscolo che illustra con chiarezza le caratteristiche della SF. I progetti futuri sono rivolti alla creazione di sedi regionali, alla trasformazione dell'associazione in ONLUS e al riconoscimento clinico della malattia in tutte le regioni.

Terza sessione

Artrosi e protesi d'anca

Moderatori

Stefano Bombardieri, Roberto Raschetti

I RISULTATI DI AMICA, UNO STUDIO SUPPORTATO DA BJD ITALIA

Marco Amedeo Cimmino

Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi di Genova

Lo studio AMICA è stato svolto nel periodo Giugno 2001-Marzo 2002 sotto l'egida del *National Action Network* Italia della *Bone and Joint Decade* 2000-2010 e con il supporto della Società Italiana di Reumatologia (SIR), il Collegio dei Reumatologi Ospedalieri (CRO), la Lega Italiana contro le MALattie Reumatiche (LIMAR) e l'Associazione Nazionale MALati Reumatici (ANMAR). Ha coinvolto 2.764 medici di medicina generale (MMG) e 331 specialisti del sistema muscolo-scheletrico ai quali è stato chiesto di arruolare 10 pazienti consecutivi presentatisi al loro studio per artrosi della mano, ginocchio e anca. La diagnosi si è basata sui criteri clinici dell'*American College of Rheumatology*. Le caratteristiche demografiche, cliniche, e dati sugli interventi diagnostici e terapeutici precedenti sono stati raccolti mediante un questionario standardizzato somministrato a 30.529 pazienti provenienti da tutta Italia. I risultati dello studio AMICA hanno permesso di apprezzare:

- l'impatto della malattia artrosica sull'attività del MMG e dello specialista;
- la frequente coesistenza di comorbidità quali ipertensione (55%), obesità (22%), osteoporosi (21%), diabete mellito tipo II (15%), e bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (13%) e il modo in cui queste influenzano il comportamento terapeutico;
- l'intensità del dolore artrosico e i fattori che lo modulano;
- il diverso uso dei presidi terapeutici (farmacologico, fisioterapico, chirurgico) da parte dei medici che trattano il paziente artrosico e la corrispondenza o meno di questo approccio terapeutico con le linee guida internazionali.

Il valore medio del dolore valutato soggettivamente con una scala analogico-visiva (VAS) era maggiore per le donne, e per l'artrosi generalizzata e quella dell'anca ($P < 0,0001$). Dolore intenso, definito come valori di VAS superiori a 60 mm, era maggiormente presente nelle donne con artrosi di ginocchio (OR=1,24; 95% CI 1,15-1,34) e con artrosi generalizzata (OR=1,17; 95% CI 1,03-1,33), nei pazienti ultrasessantenni (OR=1,46; 95% CI 1,39-1,54), con scarsa scolarità (OR=1,44; 95% CI 1,36-1,5), BMI $\geq$ 30 (OR=1,52; 95% CI 1,42-1,61), durata di malattia >7 anni (OR=1,60; 95% CI 1,52-1,68), comorbidità (OR=1,61; 95% CI 1,5-1,73), e artrosi generalizzata (OR=2,05; 95% CI 1,91-2,19). Per quanto riguarda l'approccio farmacologico nei confronti del paziente artrosico, la maggior parte dei medici segue le linee guida specifiche. Tuttavia si osserva ancora un insufficiente utilizzo degli analgesici puri, l'aggiunta di terapia antisecretiva gastrica in pazienti che assumono farmaci anti-Cox2, il non adattamento della terapia in presenza di problemi cardiovascolari, e l'uso di terapie fisiche per le quali non esiste una evidenza scientifica.

L'EVOLUZIONE DELLA PROTESIZZAZIONE DELL'ANCA

Luigi Molfetta

Dipartimento di Chirurgia Specialistica, Azienda Ospedaliera Universitaria S. Martino, Università degli Studi di Genova

Negli anni '60 nasceva la protesi totale d'anca, dopo i primi tentativi di sostituzione protesica della testa femorale nelle fratture mediali. Si affermavano la tecnologia, la tecnica chirurgica, i biomateriali, il cemento acrilico per ossa che rendevano possibile la creazione di un sistema protesico articolare totale cementato. Charnley codificava così tutti i requisiti per un corretto impianto protesico: stabilità meccanica primaria, disegno rispettoso del distretto anatomico e degli equilibri meccanici peculiari, minimizzazione dei meccanismi di usura delle superfici articolari. Alla fine degli anni '70 veniva a torto invocata la *cement disease* per spiegare i fallimenti protesici asettici, dando così l'input scientifico all'avvento delle protesi non cementate. Questo secondo momento cruciale si dimostrò più difficile dovendo progettare protesi capaci di adattarsi all'osso, rispetto alle protesi cementate, in cui l'interposizione del cemento trasformava ogni protesi per così dire in una *custom-made*. Negli anni '90 la chirurgia protesica dell'anca ha visto un riequilibrio circa l'impiego della fissazione cementata e di quella biologica non cementata, in rapporto ad una maggiore ottimizzazione delle indicazioni. In questo decennio l'argomento di studio più impegnativo è stato lo studio delle cause di insuccesso asettico della protesi, ossia della *wear debris disease*. Ciò ha incentivato lo studio di nuovi accoppiamenti capaci di minimizzare il tasso di detriti da usura e quindi il fenomeno del *loosening* asettico. Gli accoppiamenti ceramica-ceramica, metallo-metallo e il *poly cross-linked* sono oggi il nuovo in questo preciso ambito. All'alba del terzo millennio a fronte di una continua ottimizzazione dei biomateriali, del design e delle problematiche tribologiche si stanno imponendo prepotentemente le problematiche correlate alla tecnica di impianto delle protesi. Due gli argomenti oggi dibattuti e in rapida evoluzione: la chirurgia protesica computer-assistita e la chirurgia *minimally invasive*. Una chirurgia sempre più rispettosa della anatomia e della fisiologia dell'articolazione sottoposta a protesizzazione si coniuga con l'impiego dei computer e dei navigatori capaci di guidare il chirurgo soprattutto nelle condizioni di minore visibilità operatoria per la ridotta via di accesso. In conclusione nella chirurgia protesica dell'anca le protesi parziali femorali hanno un'indicazione sempre più ristretta a pazienti ultraottuagenari e con aspettative di vita e di funzione molto limitate. Le protesi totali, fatta salva la comune strategia chirurgica per il componente acetabolare, sono rappresentabili per il componente femorale in tre livelli:

- protesi di *resurfacing* o di grande conservazione della testa e del collo femorale e di rispetto del canale femorale;
- protesi con conservazione del collo femorale, utilizzato come strumento di mirabile stabilità meccanica primaria;
- protesi tradizionali con rimozione della testa e del collo femorale non risparmiabili per le caratteristiche morfologiche e morfometriche; tre soluzioni che coprono tutte le età della vita, superando le remore per un'età di protesizzazione sempre più giovane.

REGISTRO NAZIONALE PROTESI D'ANCA: STATO DELL'ARTE

Marina Torre (a), Emilio Romanini (b)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Gruppo di Lavoro Ortopedia Basata sulle Prove di Efficacia, Roma*

Nell'anno 2003 in Italia sono stati effettuati circa 120.000 ricoveri per sostituzione protesica di articolazioni. Di questi, la maggior parte sono stati relativi a sostituzioni dell'anca (66,0%) seguiti dalla sostituzione protesica del ginocchio (31,8%). Il trend nel quinquennio 1999-2003 mostra un incremento del 18% per l'anca e dell'85% per il ginocchio. L'impatto economico sul SSN nel 2003 degli interventi di protesi d'anca (78.000) e di quelli di protesi di ginocchio (38.000), può essere stimato intorno a 900 milioni di Euro per il DRG chirurgico e circa 500 milioni di Euro per la riabilitazione post-chirurgica. Una revisione sistematica della letteratura riguardante l'affidabilità dell'impianto di protesi d'anca, e recentemente pubblicata nel 2004 dal Programma Nazionale per le Linee Guida, ha mostrato l'evidente disparità fra l'elevato numero di modelli protesici disponibili sul mercato in Italia e la carenza di prove scientifiche di buona qualità metodologica a sostegno dell'utilizzo della maggior parte di essi. Esiste quindi la necessità di istituire un Registro Nazionale degli impianti protesici ortopedici a fronte delle richieste legate alla tutela della salute del cittadino-utente e alla valutazione dell'esito dell'intervento, alla sorveglianza e vigilanza *post-marketing*, al *technology assessment*, alla valutazione costo-efficacia. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dal 2002 è coinvolto in studi riguardanti la valutazione dell'esito dell'intervento di protesi d'anca e l'istituzione di registri degli impianti. Nel corso dell'ultimo anno, le istituzioni regionali (Assessorati alla Sanità, Osservatori Epidemiologici, Agenzie di Sanità Pubblica) di tutte le Regioni e Province autonome e le Società Scientifiche del settore, contattate dall'ISS, hanno manifestato il loro interesse alla realizzazione di un Registro Nazionale visto come federazione di registri regionali con il coordinamento dell'ISS. Diventa impellente pertanto unificare i protocolli tra le Regioni e avviare una raccolta sistematica, resa obbligatoria da adeguati provvedimenti legislativi. Sulla base dei risultati dei progetti in corso è stato identificato un protocollo minimo, che comprende la SDO, come base informativa per i dati anagrafici e relativi alle diagnosi e alle procedure, accompagnata da una scheda in cui vengono riportate informazioni relative al dispositivo e all'intervento. Una volta costituito il Registro sarà possibile avviare un'attività di rilevazione del dato di follow-up a scadenze prefissate, mediante somministrazione di questionari validati (EuroQol-5D e OXFORD) sulla misura della qualità della vita, variabile di esito significativa e sintetica nel breve e medio termine. Detti questionari non richiedono la presenza del clinico e quindi possono essere gestiti anche da un ente terzo (per esempio l'Agenzia Regionale).

INTERVENTO DI PROTESI D'ANCA: VALUTAZIONE DEL COSTO EFFICACIA

Salvatore Ferro

Servizio Presidi Ospedalieri, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Bologna

In Inghilterra, un recente report del *National Audit Office* e del *National Institute for Clinical Excellence* ha posto l'attenzione sulla rilevanza degli interventi di artroprotesi d'anca (circa 30.000 interventi/anno con un costo complessivo di 140 milioni di sterline (224 milioni di Euro). Nel gennaio 2000 è stato avviato in Emilia Romagna il Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO), che ha sede presso il Laboratorio di Tecnologia Medica degli Istituti Ortopedici Rizzoli e rileva tutti gli interventi di artroprotesi d'anca e di ginocchio effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate della regione (<http://ripo.cineca.it>). Al fine di eseguire un confronto tra i costi delle diverse tipologie di protesi d'anca impiantate in pazienti con coxartrosi primitiva e gli esiti, dal 2003 la regione coordina il progetto di ricerca sanitaria finalizzata "Analisi costo-efficacia degli interventi di artroprotesi d'anca" cui partecipano anche le regioni Toscana, Lazio, Puglia e l'ISS. Nell'ambito di questo progetto, sulla base dell'esperienza del RIPO e dei risultati di progetti svolti anche a livello nazionale sullo stesso tema, gli esiti verranno espressi sia in termini di sopravvivenza della protesi, grazie ai dati del RIPO (rispondenza media regionale pari al 90%; sopravvivenza a 48 mesi per gli interventi di artroprotesi primaria pari a 97,95% (95% LC = 97,64%-98,26%)), sia in termini di qualità della vita dei pazienti. È stata effettuata, inoltre, una rilevazione dei costi delle protesi d'anca impiantate in tutte le strutture della regione per il periodo 2000-2003, mediante l'estrazione, dai files degli ordini aziendali, di tutte le informazioni relative alle modalità di gestione degli acquisti delle protesi d'anca e alle principali variabili esplicative dei costi (classe, produttore e modello, ecc.). L'analisi dei costi prevede anche l'assegnazione a tutte le protesi d'anca del codice prodotto dal Centro Informazione e Valutazione Apparecchiature Biomediche (CIVAB), unico strumento di classificazione oggi disponibile a livello nazionale, in modo da analizzare i costi delle differenti macrotipologie di protesi d'anca impiantate, dopo link, tramite il codice prodotto, con la base dati RIPO. L'analisi costo-efficacia sarà condotta mediante l'implementazione di un modello Markoviano modellizzando i costi-efficacia associati alle differenti macro tipologie di protesi impiantate (cementate, non cementate, ibride). I costi utilizzati sono relativi al periodo 2000-2003; le tavole di mortalità fanno riferimento a quelle della mortalità regionale 1999-2003 e le curve di sopravvivenza delle protesi saranno stimate a partire dai dati del RIPO.

Quarta sessione

**Aspetti riabilitativi delle
malattie muscolo-scheletriche**

Moderatori

Alessandro Giustini, Claudio Cricelli

RIABILITAZIONE DELL'ARTROSI DELL'ANCA

Marco Cazzola

Unità Operativa Medicina Riabilitativa, Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo, Busto Arsizio, Presidio di Saronno, Varese

La localizzazione a livello delle grosse articolazioni portanti dell'arto inferiore, e il coinvolgimento dell'anca in particolare, rappresenta la principale causa di disabilità indotta dall'artrosi. Il programma riabilitativo, nelle fasi precoci della malattia, deve essere finalizzato, da un lato, alla correzione di tutti i fattori modificabili in grado di influenzare la progressione della malattia (sovrappeso, disequilibrio posturale, ipostenia muscolare) e, dall'altro, alla prevenzione dei danni secondari a carico di distretti muscolo-scheletrici non coinvolti direttamente dalla patologia di base. L'educazione e i principi di autotrattamento rappresentano i cardini dell'approccio riabilitativo di questa prima fase. Con il progredire del danno articolare il progetto riabilitativo sarà finalizzato a migliorare la qualità della vita del paziente sulla base di una valutazione dei "suoi" bisogni funzionali. L'intervento di sostituzione protesica dell'articolazione dell'anca, in quest'ottica, dovrebbe rappresentare a tutti gli effetti una fase del programma riabilitativo cui si ricorrerà quando, con il solo approccio conservativo, risulti impossibile garantire una funzione accettabile in "quel paziente" e in relazione alle "sue esigenze". Una volta stabilita, in accordo con il chirurgo ortopedico, la necessità di ricorrere alla protesizzazione, il fisiatra dovrà valutare tutti i fattori che potrebbero interferire con il programma riabilitativo post-operatorio. Ad esempio il coinvolgimento di altri distretti articolari, quali il cingolo scapolo-omeroale, potrebbe rendere difficoltoso o impossibile l'utilizzo dei bastoni canadesi nelle prime fasi della rieducazione al cammino. Il trattamento pre-operatorio, quindi, avrà la finalità di migliorare l'articolarietà e la stenia muscolare non solo a carico del distretto articolare che sarà sostituito, ma anche di quelli dell'arto inferiore controlaterale e degli arti superiori. L'educazione circa i movimenti che dovranno essere inizialmente evitati e l'impostazione del cammino con ausilio di due bastoni canadesi, effettuate prima dell'intervento, renderanno più rapido e sicuro il recupero della deambulazione nel periodo post-operatorio e limiteranno il rischio di lussazione dell'impianto protesico. Dopo l'intervento il programma riabilitativo deve essere iniziato il più precocemente possibile, fin dalla prima giornata, con finalità diverse che vanno dalla prevenzione dei fenomeni trombo-embolici, al recupero dell'autonomia nei passaggi posturali, alla verticalizzazione e al recupero della deambulazione con carichi progressivamente crescenti e diversi in relazione alle caratteristiche dell'impianto protesico e della qualità dell'osso. L'ultima fase del trattamento riabilitativo consisterà nel rendere armonico il cammino, riprogrammando le fasi del passo e stimolando la propriocettività.

LA RIABILITAZIONE DEL BAMBINO CON DEFORMITÀ SCHELETRICHE CONGENITE

Vinicio D'Annunzio

Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, Università Cattolica Sacro Cuore, Policlinico Agostino Gemelli, Roma

Le patologie congenite del sistema muscolo-scheletrico in età evolutiva rappresentano una branca particolarmente impegnativa nell'ambito della medicina riabilitativa, non solo per la grande varietà di malformazioni sia isolate sia sindromiche, ma anche, e forse principalmente, per la reciproca progressiva interferenza tra le alterazioni scheletriche e le funzioni organizzative motorie durante la fase della loro acquisizione e elaborazione (cui va aggiunta la non infrequente coesistenza di disturbi della sfera cognitiva e relazionale). Il meccanismo di amplificazione del danno è evidente: la lesione scheletrica presente alla nascita induce, a volte già in fase uterina, l'organizzazione di strategie e comportamenti motori adattativi, compreso il comportamento negativo, cioè l'immobilità che, pur offrendo a volte un buon grado di compenso funzionale possono provocare l'allontanamento del sistema dall'organizzazione meccanica ottimale; questo processo può autolimitarsi o progredire, spesso in conseguenza dell'accrescimento somatico, fino a situazioni di non compenso con conseguente perdita di autonomia, che è ridotta anche dalle difficoltà relazionali e dall'eventuale patologia psichica. L'evoluzione complessa e spesso poco prevedibile di questi processi rende necessario l'intervento riabilitativo precoce. L'obiettivo non è sempre necessariamente la deambulazione, ma certamente deve essere il miglior allineamento corporeo, che consenta il massimo livello di autonomia, o quanto meno di gestibilità. Pur nell'impossibilità di dare regole generali data l'enorme varietà di situazioni anatomiche e funzionali, alcuni principi di trattamento possono essere sintetizzati a partire da alcune situazioni tipo. In primo luogo tutte le rigidità articolari dovrebbero essere precocemente e costantemente trattate, anche in ambito familiare, per consentire il mantenimento di escursioni articolari funzionalmente utili; fanno eccezione le patologie caratterizzate da instabilità articolare in cui la presenza di rigidità in alcuni distretti può risultare funzionalmente favorevole. È generalmente essenziale nelle forme a più esteso impegno scheletrico (spina bifida, S. di Costello, ecc.) favorire precocemente lo sviluppo della muscolatura antigravitaria assiale e delle reazioni posturali; dove coesista ipotonia assiale, come nelle sindromi ad impegno cerebellare, è necessario l'uso di contenimenti meccanici del tronco, che non limitino ma facilitino i movimenti almeno degli arti superiori (ausili di postura, corsetti). Le deformità del rachide (scoliosi, cifosi, iperlordosi) vanno precocemente trattate e contenute, compreso i disallineamenti del bacino; è assolutamente necessario prevenire le deformazioni torsionali, che frequentemente conducono alla postura scorretta in carrozzina. Non devono essere trascurate nei soggetti deambulanti le eterometrie e le frequentissime alterazioni dell'appoggio plantare e della caviglia. L'uso di tutori è spesso determinante, ma va adattato al livello di capacità neuromuscolare e relazionale del bambino.

IL MASTER “RIABILITAZIONE IN REUMATOLOGIA”

Tiziana Nava

Divisione di Reumatologia, Azienda Ospedaliera Ca' Granda, Milano

Da molti anni, nella maggior parte delle nazioni industrializzate, la figura del fisioterapista riveste un ruolo fondamentale nelle strutture sanitarie. La riabilitazione è parte fondamentale della terapia della maggior parte delle malattie reumatologiche e il bisogno di formazione post-diploma dei fisioterapisti è in continuo aumento. Gli obiettivi di un master di riabilitazione reumatologico prevedono una formazione avanzata di tipo specialistico e mirano a fornire:

- l’acquisizione di conoscenze delle diverse patologie in ambito reumatologico;
- la capacità di eseguire un esame clinico del paziente (raccolta anamnestica, esame obiettivo, esame funzionale, ragionamento clinico, diagnosi differenziale) e di costruire, sui dati risultanti, un progetto terapeutico adeguato alla situazione in collaborazione con il medico;
- l’individuazione degli “indici di *outcome*” fondamentali per il follow-up dei pazienti;
- la conoscenza dell’aspetto informativo ed educativo del paziente;
- la conoscenza del training di igiene e dell’economia articolare con i relativi strumenti;
- l’acquisizione attraverso esercitazioni pratiche di tecniche riabilitative;
- la capacità di impostare, coordinare e condurre lavori sperimentali e di ricerca clinica;
- la formazione di una rete riabilitativa reumatologica gestita da figure dedicate alla disciplina che costituirà un importante presupposto clinico e scientifico per l’ottimizzazione degli interventi riabilitativi nelle malattie reumatiche.

Il programma del master di riabilitazione reumatologica prevede lo svolgimento di numerosi argomenti inclusi l’anamnesi, l’esame obiettivo, e la valutazione funzionale e riabilitativa delle patologie muscoloscheletriche (poliartriti, spondilioartriti, sclerodermia, Raynaud, dermatopolimiosite, osteoporosi, artrosi, algodistrofia, fibromialgia, reumatismi extrarticolari), l’economia articolare e le indicazioni alle ortesi, nonché l’applicazione di scale di valutazione e di indici di *outcome*. Tali argomenti verranno svolti sia a livello teorico che pratico con esercitazioni pratiche su pazienti. Il partecipante al Master acquisirà competenze nel campo delle indicazioni alle: tecniche di imaging, elettromiografia, terapie fisiche, terapie termali, terapie non convenzionali (agopuntura, ginnastiche dolci, massaggio fasciale, feldenkrais), terapia chirurgica sulle piccole e sulle grosse articolazioni con relativa terapia riabilitativa prechirurgica e postchirurgica, tecniche riabilitative (riabilitazione in acqua, pompage, *Mésièrè*, rieducazione posturale globale, massaggio connettivale, *taping*, ginnastica respiratoria, metodica *Mulligan*, metodica *Meitland*, facilitazioni neuromuscolari, tecniche propriocettive, *McConnel*, metodo *Resequier*). Risulta evidente come solo la specificità della formazione possa garantire un corretto approccio riabilitativo ai pazienti con malattie muscoloscheletriche, condizione necessaria per la cura con un approccio terapeutico multidisciplinare indirizzato alla persona nella sua globalità.

INDICE DEGLI AUTORI

Beretta, A.; 16	Molfetta, L.; 20
Brignoli, O.; 8	Nava, T.; 27
Calderan, E.; 16	Oranges, G.; 13
Canesi, B.; 1; 10	Pisanti, P.; 7
Cazzola, M.; 25	Romanini, E.; 21
Cimmino, M.A.; 19	Sarzi-Puttini, P.; 6; 16
D'Annunzio, V.; 26	Stancati, A.; 9
Epis, O.; 5	Stella, S.; 16
Ferro, S.; 22	Talozzi, F.; 15
Garbagnati Crosti, C.; 14	Torre, M.; 21
Leardini, G.; 10	Zotta, C.; 6
Magni, E.; 16	

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
a stampa o online deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, dicembre 2005 (n. 4) 5° Suppl.