

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Bone and Joint Decade 2000-2010

**3° Convegno annuale
National Action Network Italia**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 17 dicembre 2004

RIASSUNTI

A cura di
Franca Grisanti e Marina Torre
Dipartimento di Tecnologie e Salute

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
04/C8

Istituto Superiore di Sanità

Bone and Joint Decade 2000-2010. 3° Convegno annuale. National Action Network Italia. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 17 dicembre 2004. Riassunti.

A cura di Franca Grisanti e Marina Torre
2004, vii, 33 p. ISTISAN Congressi 04/C8

La *Bone and Joint Decade 2000-2010* (BJD) è un'iniziativa mondiale lanciata nel gennaio 2000 con il patrocinio dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), della *World Health Organization* (WHO), 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 55 governi nel mondo, di cui 25 europei compresa l'Italia. Dal 2003, anno dedicato alla disabilità in cui l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha concesso la propria egida alla BJD, il convegno 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 3° convegno annuale riguardanti: strategie di politica sanitaria, risultati di ricerche scientifiche, definizione di protocolli e linee guida nella prevenzione e trattamento di malattie osteoarticolari quali l'osteoporosi, l'artrosi, la lombalgia.

Parole chiave: Malattie muscolo-scheletriche, Prevenzione, Trattamento, Linee guida, Registri

Istituto Superiore di Sanità

Bone and Joint Decade 2000-2010. 3rd Annual Conference. Italian National Action Network. Istituto Superiore di Sanità. Rome, 17 December 2004. Abstract book.

Edited by Franca Grisanti and Marina Torre
2004, vii, 33 p. ISTISAN Congressi 04/C8 (in Italian)

The Bone and Joint Decade 2000-2010 (BJD) aims to improve the health-related quality of life worldwide for people with musculoskeletal disorders with the endorsement and support of the United Nations, the World Health Organization, the World Bank and the Vatican. Fifty-five national governments have joined the initiative, twenty-five of which are European, Italy included. In 2003, the European Year of Disabled People, the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the National Institute of Health) endorsed the Decade. Since then the Annual Conference of the Italian BJD Network has been held at the ISS. The Conference is an opportunity of debate for specialists operating in the field of musculoskeletal disorders. This volume collects the papers presented during the 3rd Annual Conference regarding health policy strategies, scientific research outcomes, definition of protocols and guidelines for the prevention and treatment of musculoskeletal pathologies such as osteoporosis, arthrosis, low back pain.

Key words: Musculoskeletal disorders, Prevention, Treatment, Guidelines, Registries

Si ringrazia Monica Beatrice Brocco per la collaborazione alla realizzazione di questo lavoro.

Responsabili scientifici

Marina Torre, Bianca Canesi, Marco Amedeo Cimmino

Per informazioni su questo documento scrivere a: mtorre@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, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2004 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

INDICE

Programma	iii
Premessa	vii
<i>National Action Network Italia: consuntivo 2004</i>	1
Prima sessione	
Patologia muscolo-scheletrica e politiche sanitarie.....	3
Seconda sessione	
Progetti in corso	11
Terza sessione	
Registri e linee guida.....	19
Relatori e moderatori	31
Indice degli autori	33

PROGRAMMA

Venerdì 17 dicembre 2004

- 9.00 Accoglienza e registrazione dei partecipanti
- 9.30 Indirizzo di benvenuto
Giovanni A. Zapponi
Direttore del Dipartimento di Tecnologie e Salute
- 9.45 *National Action Network* Italia: consuntivo del 2004
Bianca Canesi

Prima sessione

PATOLOGIA MUSCOLO-SCHELETRICA E POLITICHE SANITARIE

Moderatori: Bianca Canesi, Vittorio Monteleone

- 10.00 *La devolution in reumatologia*
Gianni Leardini
- 10.15 *Programmazione medica e sanitaria per la prevenzione delle malattie osteoarticolari*
Claudio Cricelli
- 10.30 *L'osteoporosi nelle malattie croniche giovanili*
Maria Luisa Bianchi
- 10.45 *Raccomandazioni per il corretto uso dei farmaci biologici bloccanti il Tumor Necrosis Factor alpha nel trattamento dell'artrite psoriasica*
Ignazio Olivieri
- 11.00 *Efficacia ed efficienza della chirurgia protesica nel percorso riabilitativo*
Alessandro Giustini
- 11.15 Discussione
- 11.30 Intervallo

Seconda sessione
PROGETTI IN CORSO

Moderatori: Roberto Marcolongo, Alessandro Ciocci

- 11.45 *Risultati dello studio PREVAR (prevenzione artrosi)*
Marco A. Cimmino
- 12.00 *Risultati della riunione della consensus italiana sulle raccomandazioni dell'EULAR 2003 per il trattamento della gonartrosi*
Leonardo Punzi
- 12.15 *Farmaci biologici ed artrite reumatoide: risultati dello studio ANTARES*
Roberto Raschetti
- 12.30 *Lombalgia in Pronto Soccorso*
Vittorio Modena
- 12.45 *Protocollo per la prevenzione e cura dell'osteoporosi nei trapianti*
Sandro Giannini
- 13.00 Discussione
- 13.30 Intervallo

Terza sessione
REGISTRI E LINEE GUIDA

Moderatori: Giovanni Arioli, Velio Macellari

- 14.30 *Progettazione del registro nazionale degli interventi di protesi d'anca*
Marina Torre, Emilio Romanici
- 14.45 *Influenza delle comorbidità nelle malattie reumatiche*
Fausto Salaffi
- 15.00 *Linee guida sulla protesizzazione*
Luigi Molfetta, Remo Ceffa
- 15.15 *Linee guida per la riabilitazione delle malattie muscolo-scheletriche*
Marco Cazzola

- 15.30 *Percorsi diagnostico-terapeutici nella lombalgia*
Alessandro Cannoni
- 15.45 *Linee guida per la densitometria ossea*
Bruno Freudiani
- 16.00 *Attività fisica e apparato locomotore*
Tiziana Nava
- 16.15 Discussione
- 16.30 Compilazione dei documenti di valutazione
- 17.00 Chiusura del Convegno

PREMESSA

Le patologie dell'apparato muscoloscheletrico 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 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 ed 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 della *World Health Organization* (WHO), dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), della Banca Mondiale e del Vaticano cui hanno aderito, finora, 55 governi nel mondo, di cui 25 europei compresa l'Italia e numerose società scientifiche e istituzioni operanti nel settore delle patologie muscoloscheletriche. Sono stati inoltre avviati 96 *National Action Network* (NAN), sezioni nazionali multidisciplinari che includono organizzazioni di professionisti e di pazienti, società e riviste scientifiche, di cui 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> e per l'Italia <http://www.bjditalia.org>). 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.

Il 3° Convegno annuale del NAN italiano costituisce non solo un momento di sintesi, confronto ed aggiornamento sulle attività svolte in seno alle diverse discipline afferenti alla Decade, ma anche un'opportunità per promuovere nuove collaborazioni ed iniziative.

Marina Torre, Bianca Canesi, Marco Amedeo Cimmino

NATIONAL ACTION NETWORK ITALIA: CONSUNTIVO 2004

Bianca Canesi

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

Anche nel corso del 2004 il *National Action Network* (NAN) Italia, forte della partecipazione di numerose 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 *Bone and Joint Decade 2000-2010* (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, per quanto riguarda la prevenzione, si è sviluppato in varie sedi italiane il progetto PREVAR (PREVenzione ARtrosi) che ha valutato i fattori di rischio dell'artrosi nell'ambiente lavorativo, identificando i soggetti che saranno sottoposti ad un programma di prevenzione. Nel campo delle linee guida, un gruppo di esperti italiani ha rivisitato le i suggerimenti dell'EULAR per il trattamento dell'artrosi adattandoli alle necessità e realtà italiane. Sono state inoltre sviluppate linee guida per le lombalgie, in collaborazione con i medici di medicina generale, per l'utilizzo dei farmaci biologici nell'artrite reumatoide e nelle spondiloentesoartriti sieronegative, e per il trattamento dell'osteoporosi in collaborazione con le altre società interessate al problema. Nell'ambito dei principali congressi delle società affiliate si sono svolti corsi sull'*imaging*, sulla riabilitazione osteoarticolari, e sul rapporto medico-paziente.

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 e molti altri ancora.

La riunione dei coordinatori nazionali si è svolta quest'anno a Pechino ed ha permesso un confronto delle iniziative prese nei diversi paesi con discussione dei problemi emersi localmente. Per la prima volta ha partecipato all'iniziativa una rappresentante dell'associazione dei malati riportando positive impressioni dalla riunione. 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 corso dell'anno la Sezione Muscolo-Scheletrica 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 ed apprezzata sia da parte delle associazioni affiliate, che da parte della BJD internazionale.

Prima sessione
Patologia muscolo-scheletrica
e politiche sanitarie

Moderatori
Bianca Canesi, Vittorio Monteleone

LA DEVOLUTION IN REUMATOLOGIA

Gianni Leardini

Centro di Reumatologia, ULSS 12 Veneziana, Venezia

Dal 1992, allorché la congiuntura economica impose un più severo controllo della spesa pubblica, è in atto un processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nato nel 1978 con l'obiettivo di garantire un'assistenza eguale e gratuita per tutti (Legge 883/1978).

Il primo provvedimento è stato l'aziendalizzazione (DL 512/1992), che ha introdotto in sanità le regole di mercato, attribuendo un preciso valore economico a ciascuna prestazione erogata e preconizzando la necessità di definire i Livelli Essenziali di Assistenza che lo Stato avrebbe comunque garantito.

Più di recente, sull'onda di opportunità politiche e in ottemperanza ai dettati costituzionali, è stata varata una nuova legge di controllo di spesa (Legge 405/2001), che ha aperto la strada alla *devolution* in materia sanitaria. Due sono i livelli di intervento previsti: 1) a livello nazionale si impone un tetto alla spesa farmaceutica pari al 13% della spesa sanitaria nazionale ed una riduzione dei posti letto per acuti al 4‰ degli abitanti; 2) a livello regionale ci si impegna a gestire la sanità entro i limiti di spesa concordati con lo Stato, pena il reperimento di risorse aggiuntive a livello locale, ed a dotarsi di strumenti di gestione e verifica delle Aziende eroganti le prestazioni, la cui Direzione risponde alla Regione.

La *devolution* in materia sanitaria è stata complessivamente accolta bene dalle componenti sociali, seppure non sia sfuggito il rischio che si vengano a creare gravi problemi per le Regioni meno organizzate: questioni economiche derivanti dalla complessità della gestione amministrativa imposta dalla nuova legge e difficoltà a controllare lo sviluppo della crescita indotta dalla richiesta locale.

Se così fosse, un federalismo spinto potrebbe ingenerare disomogeneità di trattamento e, nel momento in cui il sistema sanitario pubblico non fosse più in grado di garantire omogeneità assistenziale, questa potrebbe ricrearsi solo attraverso sistemi assicurativi privati, organizzati a dimensione nazionale o anche europea.

La *devolution*, però, può anche essere uno strumento di gestione più efficiente allorché le singole Regioni sappiano percepire le reali esigenze della propria utenza e le soddisfino a diversi livelli organizzativi politici e sanitari.

In ambito reumatologico le responsabilità affidate dalla legge alle Regioni sembrano, per ora, essere state pienamente recepite solo dalla Toscana, laddove la distinzione strategica delle malattie reumatiche in forme ad elevata prevalenza e ridotta aggressività dalle forme meno frequenti ma più rapidamente e gravemente invalidanti ha consentito di proporre un modello coinvolgente la medicina di base, la specialistica ambulatoriale e la degenza specialistica in una rete assistenziale integrata.

Nella realtà di una normativa di legge esistente, la *devolution*, seppure con tutti i rischi che ogni trasformazione implica, rimane quindi una sfida che la Reumatologia deve accogliere con l'obiettivo di dare una risposta articolata e locale a tutti i malati reumatici.

PROGRAMMAZIONE MEDICA E SANITARIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE OSTEOARTICOLARI

Claudio Cricelli
Presidente Società Italiana di Medicina Generale, Firenze

Sono sempre più evidenti le correlazioni tra il movimento fisico, il mantenimento della buona abilità fisica e motoria, la conservazione dello stato di salute e la prevenzione delle disabilità. L'attività fisica corrente è quindi da considerarsi anche gerarchicamente uno dei determinanti di salute prioritari e fondamentali.

Una politica della attività fisica e motoria si associa ai programmi di prevenzione della sindrome metabolica attraverso il mantenimento del peso corporeo e la prevenzione del sovrappeso a partire dalla più giovane età. L'epidemia di obesità che sta colpendo i Paesi affluenti trova quindi nei programmi di attività fisica rivolti alla popolazione uno dei migliori supporti. È d'altra parte dimostrato come tali programmi debbano sostanzialmente fondarsi su modelli di comportamento motorio basati sul modulo base di trenta minuti al giorno di movimento, suddivisibili in tre moduli da dieci minuti, ripetuti per almeno cinque giorni alla settimana.

Questo modello di attività fisica oltre a ridurre le disabilità motorie, incide sul rischio cardiovascolare (CV), sulla sindrome metabolica e su alcuni tipi di cancro. Impatta inoltre in maniera sostanziale sulla sensazione soggettiva di benessere. La quantità di attività fisica richiesta sopra i 45-50 anni deve essere aumentata fino a 45-50 minuti per la prevenzione dell'obesità. La promozione dell'attività fisica, integrata alla promozione dei comportamenti alimentari, diviene il fulcro del rimodellamento degli stili di vita tipici della medicina delle persone sane.

Emerge e si consolida un paradigma di integrazione comportamentale che inevitabilmente rafforza le sinergie disciplinari tra la medicina dell'apparato muscolo-scheletrico e le discipline mediche della salute, della prevenzione, del metabolismo, dell'obesità e delle patologie CV. Tale integrazione è assolutamente non banale. Essa presuppone infatti che per avere una popolazione senza gravi o medie disabilità dell'apparato motorio nella seconda e terza età, il reumatologo debba appropriarsi di tecniche fino ad oggi tipiche di altre discipline.

Presuppone inoltre un precoce rapporto di collaborazione e ricerca interdisciplinare tra le discipline mediche sopra ricordate. Basti pensare alla difficoltà di mantenere un adeguato peso corporeo in un soggetto anziano affetto da diabete e patologia cardiovascolare, qualora la presenza di patologie osteoarticolari importanti impedisca la mobilità e la motilità. Presuppone inoltre stretti collegamenti tra settori professionali diversi per consentire la realizzazione, oltre che la discussione, di interventi sulle persone, affidati ai professionisti medici che operano sul territorio a stretto contatto tra loro.

Proponiamo dunque la creazione di un percorso comune di integrazione disciplinare, formativo e di ricerca che definisca anche per il nostro Paese strategie di politica sanitaria per la popolazione sana finalizzate alla prevenzione delle patologie osteoarticolari e delle disabilità dell'apparato locomotore. Apriamo una discussione sui fondamenti scientifici, sui modelli di collaborazione interprofessionale, sui percorsi di formazione, sulla creazione di una équipe integrata specialisti-medici di medicina generale.

L'OSTEOPOROSI NELLE MALATTIE CRONICHE GIOVANILI

Maria Luisa Bianchi

Centro Malattie Metaboliche Ossee, Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano

Negli ultimi anni, nuove terapie e interventi (es. trapianti) hanno portato un significativo miglioramento e allungamento della vita anche in alcune malattie croniche giovanili un tempo "incurabili".

La terapia corticosteroidica cronica è un elemento centrale in molti di questi successi terapeutici, ma è anche una causa importante di osteopenia e osteoporosi secondaria. Oggi non solo conosciamo meglio questo problema, e possiamo attuare misure di prevenzione, ma anche abbiamo gli strumenti tecnici (densitometria) per diagnosticare la perdita di massa ossea a uno stadio iniziale, e trattarla in modo adeguato, con ragionevole efficacia e sicurezza. In molti di questi casi, dobbiamo ripensare a concetti come "salute" e "terapia" non in termini ideali, ma molto pragmatici, valutando ciò che si può ragionevolmente ottenere. Una ridotta massa ossea (osteopenia o osteoporosi) si riscontra nei giovani in tre situazioni principali: ridotta acquisizione ossea come conseguenza di fattori esterni; bassa massa ossea come conseguenza di un processo patologico cronico o del relativo trattamento farmacologico; presenza di rare malattie che colpiscono direttamente il metabolismo osseo.

L'acquisizione di massa ossea può essere compromessa nella nascita prematura, malnutrizione, pubertà ritardata, anoressia nervosa, amenorrea da eccessivo stress fisico, celiachia. In questi casi, la correzione del problema sottostante porta a un completo o quasi recupero della massa ossea. Molte malattie croniche (come la fibrosi cistica, le connettiviti come artrite reumatoide e lupus eritematoso sistemico, l'insufficienza renale cronica, le distrofie muscolari, la leucemia acuta linfoblastica, il diabete mellito, l'ipertiroidismo), e i trapianti d'organo si accompagnano spesso a problemi ossei, sia direttamente legati alla malattia, sia come effetti collaterali della terapia, sia come effetti secondari di malnutrizione, inattività, ridotto carico meccanico, iposecrezione ormonale. Infine, malattie come l'osteoporosi giovanile idiopatica, l'osteogenesi imperfetta e il deficit di GH, e malattie ancora più rare, sono cause infrequenti ma importanti di osteoporosi. In tutti questi casi, il danno osseo può essere limitato anche quando la malattia primitiva è attualmente incurabile.

Una lista essenziale degli interventi mirati a ridurre il danno osseo nelle malattie croniche giovanili include:

- attenzione allo "stile di vita", per ridurre i fattori dannosi per l'osso;
- incoraggiamento dell'attività fisica;
- trattamento efficace del dolore fisico;
- valutazione critica del rapporto rischi-benefici delle terapie, in particolare dei corticosteroidi, usando le minime dosi efficaci.
- garanzia di un corretto apporto di calcio e vitamina D.

In presenza di persistente riduzione della massa ossea o di fratture, oltre alla terapia con metaboliti attivi della vitamina D, possono essere utilizzati anche i bisfosfonati.

RACCOMANDAZIONI PER IL CORRETTO USO DEGLI AGENTI BIOLOGICI BLOCCANTI IL TNF α NEL TRATTAMENTO DELL'ARTRITE PSORIASICA

Ignazio Olivieri (a), Carlo Salvarani (b), Fabrizio Cantini (c), Antonio Marchesoni (d), Leonardo Punzi (e), Raffaele Scarpa (f), Marco Matucci Cerinic (g)

(a) Dipartimento di Reumatologia della Regione Basilicata, Ospedale di Potenza ed Ospedale di Matera; (b) Unità di Reumatologia, Ospedale di Reggio Emilia; (c) Unità di Reumatologia, Ospedale di Prato; (d) Unità di Reumatologia, Istituto Gaetano Pini, Milano; (e) Cattedra e Unità di Reumatologia, Università degli Studi, Padova; (f) Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Federico II, Napoli; (g) Servizio di Reumatologia, Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale Careggi, Firenze

Recentemente etanercept ed infliximab, farmaci bloccanti il TNF α (*Tumor Necrosis Factor alpha*) sono stati sperimentati con successo nell'artrite psoriasica ed autorizzati per la terapia di tale affezione nei Paesi dell'Europa Comunitaria. La Società Italiana di Reumatologia ha ritenuto indispensabile elaborare alcune linee guida per il loro corretto impiego (*Reumatismo* 2004;56:133-8). Per essere inclusi nel programma di trattamento con i farmaci anti-TNF α i pazienti devono avere un'artrite infiammatoria associata a psoriasi cutanea. In caso di assenza di psoriasi è sufficiente la presenza di malattia cutanea in un familiare di I grado.

I pazienti con *artrite periferica prevalente* dovranno avere i seguenti criteri: 1. Refrattarietà ai FANS, alla terapia locale con steroidi ed al trattamento con almeno uno dei tre farmaci di fondo più comunemente impiegati nell'artrite psoriasica (methotrexate, ciclosporina, sulfasalazina); 2. Una o più articolazioni tumefatte; più almeno 2 dei seguenti 4: giudizio del paziente ≥ 40 mm (VAS 100 mm), BASFI ≥ 40 mm (VAS 100 mm), ≥ 3 articolazioni dolenti, VES ≥ 28 mm/1^a ora o PCR aumentata.

In un paziente con *entesite periferica prevalente* il trattamento con farmaci deve essere preso in considerazione in caso di: 1. Refrattarietà ai FANS ed alla terapia infiltrativa con steroidi; 2. Entesite dolente alla pressione (≥ 2 su una scala Likert 0-4); 3. giudizio del paziente ≥ 40 mm (VAS 100 mm); BASFI ≥ 40 mm (VAS 100 mm).

In un paziente con *interessamento assiale (sacroileite e/o spondilite) prevalente* il trattamento con farmaci deve essere preso in considerazione in accordo alle raccomandazioni proposte dal gruppo ASAS (*ASsessment in Ankylosing Spondylitis*): 1. Refrattarietà ai FANS; più almeno 3 dei seguenti 4 criteri: giudizio del paziente ≥ 40 mm (VAS 100 mm), dolore infiammatorio ≥ 40 mm (VAS 100 mm), compromissione funzionale secondo BASFI ≥ 40 mm (VAS 100 mm), VES ≥ 28 mm/1^a ora o PCR aumentata.

Criteri di esclusione per il trattamento con anti-TNF α sono: ipersensibilità nota al farmaco, sepsi o gravi fattori di rischio per sepsi, infezioni in atto, tubercolosi pregressa non adeguatamente trattata, neoplasie nel corso degli ultimi 10 anni (esclusi i basaliomi), insufficienza cardiaca classe NYHA 3^a o 4^a, malattie demielinizzanti. Il trattamento dovrà essere continuato se efficace o sospeso se valutato inefficace. Vista la complessità degli atti relativi alla terapia con anti-TNF α nell'artrite psoriasica tale terapia dovrà essere eseguita in una struttura accreditata con specifica competenza.

EFFICACIA ED EFFICIENZA DELLA CHIRURGIA PROTESICA NEL PERCORSO RIABILITATIVO

Alessandro Giustini
Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia

È sempre più visibile l'espansione delle possibilità offerte dalla chirurgia protesica rispetto alle situazioni anche complesse e devastanti a carico di regioni articolari in particolare in soggetti in età avanzata, ma non solo. Malattie di carattere degenerativo cronico, problematiche usuranti od infine episodi traumatici di vario ordine producono sempre maggiori ostacoli alle potenzialità motorie, deambulatorie e relazionali complessive di ciascuno di noi. Ovviamente non sempre vi sono indicazioni e chiare possibilità di sopperire positivamente a questi fatti per mezzo di sempre nuove soluzioni protesiche e comunque chirurgiche, ma senza dubbio questo "fronte" si sta rapidamente e costantemente spostando in avanti. Ed è senza dubbio molto importante che i colleghi Ortopedici si impegnino in questo settore, con il supporto di valenti bioingegneri, biomeccanici, tecnologi ed esperti di materiali. È altrettanto ovvio come questo grande sviluppo di ricerche ed innovazione si basi su grandi investimenti e che questi investimenti richiedono di esser rappresentati poi da un "mercato" sempre più grande.

Purtroppo invece talvolta noi fisiatristi siamo costretti ad osservare casi in cui queste innovazioni non si sono sposate con una adeguata analisi delle reali potenzialità della Persona di trarre giovamento dall'intervento protesico subito. Molto grandi sono le speranze che sono state accese ma altrettanto scarse sono purtroppo le possibilità muscolari, cardiovascolari, respiratorie, cinesinologiche, psicomotorie, occupazionali e relazionali di poter dar seguito a tali speranze. Che poi si traducono da un lato in disillusioni e depressione, e magari si traducono anche in un peggioramento della pur fragile autonomia che esisteva prima dell'intervento.

Appare quindi indispensabile che anche in questo campo giustamente l'evidenza scientifica e l'efficacia, analogamente ad altri settori della medicina, divengano il criterio per decidere se l'intervento chirurgico possa esser realizzato. E dicendo evidenza scientifica non si può altro intendere che le potenzialità di recupero funzionale e complessivo della persona e non certo il solo problema anatomico ristretto al segmento articolare, e neppure il solo dolore (che ha molteplici altri strumenti di trattamento quando necessario). E per efficacia si intende il reale raggiungimento dell'*outcome* funzionale nel tempo.

Sappiamo che se si realizzassero, anche per iniziativa delle società scientifiche, degli studi osservazionali seguendo soggetti trattati ad esempio con protesi di ginocchio, potremmo trovare situazioni che nel tempo sono molto negative e che, purtroppo, ci sono state sofferenze dei pazienti ed investimenti incongrui del sistema sanitario (sul versante chirurgico ma anche nelle ripetitive cure riabilitative che da sole non hanno certo il potere di risolvere un problema irrisolvibile dalla radice).

Indispensabile a nostro parere è sempre una completa valutazione funzionale, individuale e del contesto da parte del fisiatra assieme all'ortopedico, della persona che potrebbe sottoporsi all'intervento onde validarne il percorso chirurgico e contemporaneamente impostare un piano di trattamento pre e post-chirurgico volto ad ottimizzare il risultato di autonomia e di partecipazione da riconquistare e mantenere nel tempo.

Seconda sessione
Progetti in corso

Moderatori
Roberto Marcolongo, Alessandro Ciocci

RISULTATI DELLO STUDIO PREVAR (PREVENZIONE ARTROSI)

Marco A. Cimmino, Luigi Molfetta, Francesco Copello, Rita Rosso
Università di Genova, Azienda Ospedaliera S. Martino, Genova

L'artrosi è la malattia con il più alto numero di fattori di rischio conosciuti. Alcuni di essi, come l'età, il sesso e la predisposizione genetica, sono imm modificabili mentre altri, quali il sovrappeso, alcune attività lavorative e sportive ed i dismetabolismi, sono modificabili. Lo studio PREVAR (PREVenzione ARtrosi), voluto dalla Società Italiana di Reumatologia, si propone di valutare i fattori di rischio per il dolore muscoloscheletrico e l'artrosi in varie realtà lavorative italiane al fine di poter intraprendere un progetto di prevenzione nei soggetti a rischio.

Un questionario disegnato per individuare la presenza di dolore muscoloscheletrico ed i relativi fattori di rischio è stato proposto a 340 dipendenti dell'Azienda Ospedaliera S. Martino di Genova: 264 soggetti (77,6%) lo hanno compilato. Dolore muscoloscheletrico della durata superiore ad un mese è stato riportato da 130 soggetti (49%) ed il 64% di essi ha dichiarato che il dolore persisteva anche al momento dell'intervista. I soggetti con dolore erano più frequentemente donne ($p=0,002$) e con età più avanzata ($p=0,01$). Le cause di dolore riportate più frequentemente erano lombalgia, artrosi, cervicalgia, e periartrite scapoloomerale. Le figure professionali che più frequentemente riportavano dolore erano autisti, terapisti della riabilitazione e personale di fatica delle corsie che lo presentavano in più dell'80% dei casi. La frequenza del dolore era direttamente correlata con l'indice di massa corporea ed indirettamente con la scolarità.

Tra le attività fisiche extralavorative, solo il lavorare nel giardino o nell'orto era associato ad un lieve aumento del rischio di dolori muscoloscheletrici ($p=0,051$). Le attività lavorative significativamente associate con il dolore erano stare accovacciati per più di 30' al giorno ($p=0,02$), stare inginocchiati per più di 30' al giorno ($p=0,015$) e salire più di 10 piani di scale al giorno ($p=0,04$). Lo stare a lungo in piedi, seduti, al volante o sollevare pesi di più di 20 kg non aumentava questo rischio.

Il 18% dei soggetti con dolore ha dovuto diminuire la sua attività lavorativa mentre l'88,5% si è rivolto ad un medico. Farmaci per il dolore venivano assunti dall'84,1% degli intervistati. Essi erano soprattutto FANS, analgesici e miorilassanti. La terapia fisica è stata utilizzata dal 54,9% dei soggetti e quella alternativa dal 20,2%. Nel complesso, il 95,3% degli intervistati ha risposto di conoscere l'artrosi, l'80,9% ritiene che si possa prevenire ed il 50% si è dichiarato disponibile a partecipare ad un progetto di prevenzione. Il nostro studio conferma l'elevata frequenza di dolore muscoloscheletrico negli ambienti di lavoro e suggerisce che eventuali strategie di prevenzione sono ben accette dai lavoratori.

RISULTATI DELLA RIUNIONE DELLA CONSENSUS ITALIANA SULLE RACCOMANDAZIONI DELL'EULAR 2003 PER IL TRATTAMENTO DELLA GONARTROSI

Leonardo Punzi (a), Roberta Ramonda (a), Bianca Canesi (b), Mario Carrabba (c), Marco A. Cimmino (d), Claudio Cricelli (e), Luigi Frizziero (f), Giovanni Lapadula (g), Roberto Marcolongo (h)

(a) *Cattedra ed UOC di Reumatologia, Università di Padova;* (b) *UO Reumatologia, Azienda Ospedaliera "Ca' Granda", Milano;* (c) *UO di Reumatologia, Azienda Ospedaliera-Polo Universitario, Ospedale Sacco, Milano;* (d) *Cattedra ed UOC di Reumatologia, Università di Genova, Ospedale S. Martino, Genova;* (e) *Società Italiana di Medicina Generale, Firenze;* (f) *UOC di Medicina, Ospedale Maggiore, Bologna;* (g) *Sezione di Reumatologia, Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica, Azienda Ospedaliera Policlinico, Università di Bari;* (h) *Istituto di Reumatologia, Università di Siena, Policlinico Le Scotte, Siena*

L'EULAR (*European League Against Rheumatism*) ha aggiornato nel 2003 le Raccomandazioni per il trattamento della gonartrosi (GA) elaborate nel 2000. Uno degli obiettivi principali prefissati dagli autori di queste raccomandazioni era quello della loro disseminazione, in modo che le informazioni ottenute potessero essere utilizzate in ogni Paese per la produzione di linee guida ed algoritmi da proporre alla medicina di base. La Società Italiana di Reumatologia (SIR) e la Lega Italiana per l'aiuto al Malato Reumatico (LIMAR) hanno organizzato una *Consensus* Italiana sulle Raccomandazioni EULAR 2003 per il trattamento della GA con l'intento di analizzare la loro accettabilità e la loro adattabilità alla realtà italiana.

I risultati della *Consensus*, conclusa nel giugno del 2004, hanno dimostrato che la maggior parte delle raccomandazioni dell'EULAR sono condivise ed accettate dagli esperti partecipanti. Gli unici punti di marcata divergenza riguardano la terapia con farmaci topici, sull'efficacia dei quali gli italiani esprimono perplessità maggiori rispetto ai colleghi europei. Inoltre, gli esperti italiani hanno rimarcato l'opportunità di insistere affinché anche nel nostro Paese aumenti il ricorso al paracetamolo come farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore della GA ricorrendo poi, in caso di scarsa efficacia, dapprima agli anti-COX2 e poi ai FANS tradizionali associati ai gastroprotettori, in caso di pazienti a rischio.

Altro punto di convergenza rispetto all'EULAR da rimarcare riguarda i farmaci sintomatici a lenta azione, dei quali l'effetto condroprotettore viene suggerito più apertamente, in particolare per la glucosamina solfato. Viene anche ribadita l'utilità delle iniezioni intra-articolari sia di acido ialuronico che, nei casi di versamento, di cortisone a lento rilascio. Da sottolineare l'importante lavoro fatto dal gruppo dedicato all'analisi della sostituzione protesica, che pur allineandosi alle raccomandazioni dell'EULAR, ha deciso di esaminare in riunioni specifiche questo aspetto essenziale del trattamento della GA, che pertanto viene posto fra quelli più qualificanti nell'agenda dei lavori futuri previsti della *Consensus*. Infine, è stata ribadita la necessità della presa in carico totale del paziente, con programmi educazionali ed informazione adeguata. In questo contesto l'esercizio fisico

rappresenta un cardine fondamentale che però, per esprimere al meglio la sua efficacia, deve essere guidata da personale specializzato ed adeguatamente addestrato.

Data la grande convergenza fra le raccomandazione dell'EULAR e l'opinione degli esperti italiani, la *Consensus Italiana* ha deciso di elaborare un documento con cui si invita tutti gli specialisti del settore ed i medici di medicina generale, ad adoperarsi per la loro diffusione.

FARMACI BIOLOGICI ED ARTRITE REUMATOIDE: RISULTATI DELLO STUDIO ANTARES

Roberto Raschetti

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Lo studio osservazionale ANTARES (uno dei più grandi studi di *Post Marketing Surveillance* condotti sull'Artrite Reumatoide, AR) ha concluso la sua attività di raccolta dati nel marzo 2004.

Lo studio ha riguardato circa 3000 pazienti adulti ed oltre 200 pazienti in età pediatrica (AR giovanile) trattati in circa 150 centri diversi distribuiti sul territorio nazionale.

Le analisi sul database finale riguardano i pazienti trattati per la prima volta con farmaci biologici (pazienti *naïve*). Oltre il 74% dei pazienti adulti (età media 53 anni, rapporto F/M=4) sono stati trattati da Centri di Reumatologia che si presentavano con una durata media di malattia di circa 10 anni. L'indice di attività della malattia (DAS) per questi pazienti all'inizio del trattamento è stato in media di 5,1 (con circa il 10% dei pazienti con un DAS inferiore a 3,7).

La durata mediana di osservazione nello studio è stata di oltre 6 mesi. L'analisi dei dati è stata condotta sia assumendo come risposta quella osservata a 14 settimane secondo i criteri ACR20, ACR50, ACR70, sia attraverso modelli di regressione logistica per identificare possibili variabili predittive di risposta.

In più del 17% dei pazienti sono state segnalate reazioni avverse al trattamento (nel 20% dei casi queste sono state giudicate di grado severo o molto grave).

L'esperienza dello studio ANTARES, che ha contribuito a mettere in luce le problematiche di una patologia rilevante sotto il profilo della sanità pubblica, potrà condurre ad una ottimizzazione dei processi di valutazione dell'AR ed alla predisposizione di programmi di sorveglianza più mirati.

LOMBALGIA IN PRONTO SOCCORSO

Vittorio Modena

Struttura Complessa a Direzione Ospedaliera di Reumatologia, Azienda Sanitaria Ospedaliera, S. Giovanni Battista, Torino

La lombalgia è una patologia estremamente frequente e rappresenta uno dei problemi di salute più importanti nei Paesi industrializzati. La sua prevalenza annuale è stimata intorno al 15%-20%, mentre nel decorso della vita ne soffre il 70%-90% degli individui, con un elevato costo sociosanitario in relazione a perdite di giornate lavorative e a costi sanitari diretti e indiretti. Rappresenta infatti il secondo motivo di assenza dal lavoro e il primo motivo di invalidità nei soggetti sotto i 45 anni. Tale patologia è la prima causa di consulto del chirurgo ortopedico e del neurochirurgo e il secondo motivo, dopo le infezioni delle vie aeree superiori, di visita presso il medico di medicina generale.

Se è noto il ruolo della lombalgia presso il medico di medicina generale e presso gli specialisti ortopedici e neurochirurghi, meno noto è l'impatto di tale patologia su un Pronto Soccorso di Medicina. Per questo motivo è stato condotto uno studio osservazionale presso il Pronto Soccorso di Medicina dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino.

Nell'arco di due mesi tra i 7199 pazienti che si sono presentati per qualunque tipo di patologia, 497 soggetti (7%) hanno consultato il Pronto Soccorso (PS) per una sintomatologia da riferire ad una malattia reumatica. Tra questi 497 pazienti 140 (27,2%) si sono presentati per una lombalgia. La maggioranza dei pazienti aveva una lombalgia acuta, 4 una lombalgia cronica (> 3 mesi di sintomatologia) e 10 una lombalgia che durava da più di un mese e da meno di tre. Il 60,7% dei pazienti con lombalgia erano di sesso maschile. L'analisi della casistica secondo le classi di età (<24 anni, 25-44 a, 45-64 a, >64 a,) rilevava, tra gli uomini, un picco di frequenza tra i 25 e 44 anni mentre, tra le donne, la frequenza rimaneva costante nelle ultime tre classi di età. Tra i 497 soggetti che hanno consultato il PS per una sintomatologia reumatologica, la lombalgia ha rappresentato il motivo nel 47,2% tra i pazienti extra-comunitari e nel 23,8% tra i comunitari.

Non è stata osservata nessuna differenza significativa in rapporto all'orario di accesso al PS dei soggetti con lombalgia in rapporto alle altre patologie reumatiche, mentre si è osservato una marcata riduzione di accessi di soggetti con lombalgia durante la giornata di sabato. Il 70,7% dei pazienti affetti da lombalgia sono stati sottoposti ad indagine radiologica della colonna in urgenza. In 9 pazienti la lombalgia era secondaria a cedimento vertebrale e un paziente aveva una spondilodiscite. Sei pazienti sono stati ospedalizzati.

La lombalgia rappresenta causa di consultazione presso un PS di Medicina nel 2% dei casi. Dall'analisi della casistica secondo l'età e il sesso si può ipotizzare che la lombalgia abbia origine e cause differenti secondo le categorie cui appartengono i pazienti. Il ridotto accesso dei pazienti con lombalgia durante la giornata di sabato sottolinea la presenza di problematiche sociosanitarie. Per valutare tali risultati su più ampia casistica e per esaminare i comportamenti diagnostici terapeutici dei medici di Medicina d'Urgenza è stato intrapreso nei PS di molti ospedali italiani uno studio osservazionale sotto l'egida del Collegio dei Reumatologia Italiani (CROI ONLUS) e della Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU).

PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE E CURA DELL'OSTEOPOROSI NEI TRAPIANTI

Sandro Giannini

Clinica Medica I, Azienda Ospedaliera-Università di Padova

Negli ultimi anni il trapianto è diventato un concreto ed efficace approccio terapeutico per molte patologie terminali d'organo, quali quelle di rene, cuore, fegato, polmone e pancreas, nonché per molti pazienti affetti da patologie ematologiche. Tuttavia, è ben noto che il trapianto d'organo può essere gravato da diverse complicanze cliniche, tra le quali l'osteoporosi è una delle più frequenti e rilevanti. Gradi diversi di fragilità ossea sono spesso presenti già prima del trapianto, in relazione alle diverse alterazioni del metabolismo scheletrico che caratterizzano insufficienza renale, epatica, cardiaca, polmonare e pancreatica. Si stima che oltre il 10% dei pazienti possa presentare fratture prima del trapianto. Tuttavia, la percentuale di pazienti con osteoporosi e fratture cresce in modo drammatico dopo il trapianto potendo raggiungere oltre il 50% e fino al 35% dei pazienti, rispettivamente. Il trapianto di cuore e di polmone sembrano essere le tipologie maggiormente gravate dal rischio di fratture osteoporotiche. In epoca post-trapianto, aldilà delle alterazioni metaboliche ancora presenti in relazione alla malattia che ha condotto all'insufficienza terminale d'organo (come ad esempio l'iperparatiroidismo secondario persistente nel trapianto di rene), il principale fattore di rischio per osteoporosi e fratture è certamente rappresentato dall'assunzione della terapia immunosoppressiva. Se non è ancora del tutto noto l'effetto della ciclosporina A e del tacrolimus sul metabolismo osseo, l'impiego di glucocorticoidi costituisce senza dubbio il fattore causale di maggiore rilievo. Nel soggetto trapiantato, infatti, i glucocorticoidi sono adoperati, almeno in fase iniziale, a dosi molto elevate, nella maggioranza dei casi mantenuti in terapia per un tempo indefinito e spesso usati ad alto dosaggio per il trattamento degli episodi di rigetto. Nuove prospettive terapeutiche sembrano affacciarsi oggi per il trattamento di questa condizione. Seppure in studi di dimensioni contenute, infatti, diversi bisfosfonati, si sono dimostrati efficaci nel prevenire la perdita di massa ossea e, in qualche caso, nel ridurre il rischio di frattura. In conclusione, l'osteoporosi post-trapianto d'organo rappresenta una delle più severe forme di malattia fragilizzante dello scheletro. Tuttavia, la sempre crescente attenzione nei confronti di questa condizione potrà consentire un sempre più valido approccio diagnostico e terapeutico a questa malattia.

Terza sessione
Registri e linee guida

Moderatori
Giovanni Arioli, Velio Macellari

PROGETTAZIONE DEL REGISTRO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI DI PROTESI DI ANCA

Marina Torre (a), Emilio Romanini (b)

(a) *Dipartimento Tecnologie e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

L'intervento di sostituzione protesica dell'anca costituisce certamente oggi una soluzione sempre più diffusa nell'affrontare numerose patologie invalidanti, come l'artrosi, l'artrite reumatoide, le fratture del collo femore, che coinvolgono prevalentemente, ma non solo, le persone anziane. Risulta inoltre avere un elevato impatto socio sanitario per l'elevato numero di interventi, circa 76.000 nel 2002 in Italia, ed essere in continua crescita (+14% nel periodo 1999-2002). Questa tendenza sarà sicuramente mantenuta in futuro sia per il crescente invecchiamento della popolazione sia per il progresso delle tecnologie e delle tecniche chirurgiche che permetteranno di intervenire su soggetti sempre più giovani. Risulta quindi indispensabile poter disporre di strumenti adeguati per affrontare convenientemente le richieste legate alla valutazione dell'esito dell'intervento, alla sorveglianza e vigilanza *post-marketing*, al *technology assessment*, alla valutazione costo-efficacia.

Sulla base dell'esperienza maturata in altri Paesi (Scandinavia, Australia, Canada, Nuova Zelanda e più recentemente Regno Unito e Stati Uniti d'America), dei risultati dei progetti *EIPA*, *QUAANCA* e *Progettazione di un registro nazionale di protesi d'anca e sua implementazione in cinque regioni* (Emilia Romagna, Puglia, Lazio, Toscana e Campania), dell'istituzione del Registro in Lombardia e della collaborazione con le Società scientifiche (SIOT, GLOBE, Otodi, Società Italiana dell'Anca), è emersa la necessità di istituire un Registro Nazionale degli impianti di protesi ortopediche. Poiché molti rappresentanti regionali hanno approvato il ruolo di *super-partes* dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), da alcuni anni coinvolto in progetti inerenti questa tematica, e per ovviare agli evidenti problemi di fattibilità dovuti alla gestione e controllo di un elevato numero di interventi, in accordo con esponenti del Ministero della Salute, è stato deciso di progettare il registro nazionale come network di registri regionali con il coordinamento dell'ISS nel rispetto dell'autonomia delle singole regioni. I primi contatti avuti con i rappresentanti di tutte le Regioni e Province Autonome hanno evidenziato un forte interesse per l'iniziativa. Sono stati inoltre stabiliti rapporti di collaborazione con la Commissione Unica del Dispositivo medico (CUD) che sta curando la redazione di un repertorio di tutti i dispositivi medici che potranno essere utilizzati all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Registro nazionale degli interventi di protesi di anca vedrebbe quindi la continua interazione di Regioni, Società scientifiche, CUD e ISS e, attraverso opportune disposizioni legislative che sanciscano l'obbligatorietà della presentazione dei dati, offrirebbe al SSN una banca dati completa e affidabile su cui implementare successivi studi di valutazione dell'esito dell'intervento non solo da un punto di vista clinico ma anche attraverso misure della qualità della vita del paziente operato. L'esperienza maturata nell'ambito della chirurgia protesica dell'anca potrà essere poi trasferita anche ad altri ambiti (ginocchio e spalla) per i quali si assiste ad una sempre più crescente domanda di intervento.

INFLUENZA DELLE COMORBIDITÀ NELLE MALATTIE REUMATICHE

Fausto Salaffi

Clinica Reumatologica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

È sempre più evidente che le comorbidity associate alle Malattie Reumatiche (MR), quali le malattie cardiovascolari (CVD), le infezioni, le neoplasie maligne linfoproliferative, l'osteoporosi e le malattie gastrointestinali, assumono un ruolo predittivo sfavorevole nei confronti del decorso della malattia, del grado di disabilità, di utilizzo di presidi terapeutici (numero di visite, rischio di ospedalizzazione, richiesta di farmaci) e delle conseguenze socio-economiche e lavorative, oltre che di mortalità precoce.

L'interessamento cardiovascolare (in particolare la cardiopatia ischemica) rappresenta la principale causa di mortalità nel 30-40% dei pazienti affetti da Artrite Reumatoide (AR) e Lupus Eritematoso Sistemico (LES). Tale evidenza riveste particolare importanza epidemiologica se si considera che la mortalità da cardiopatia ischemica nella popolazione generale dei Paesi occidentali è stata ridotta del 30%, mentre il rapporto standardizzato di mortalità nei pazienti con AR risulta aumentato di oltre il 5%. Analoghe osservazioni sono state condotte in pazienti con LES, dove il prolungamento della sopravvivenza per il migliore controllo della malattia e la riduzione dei decessi per cause infettive, ha consentito di dimostrare un notevole incremento dei decessi per Infarto del Miocardio (IM) (rischio stimato 50 volte superiore rispetto alla popolazione generale). I fattori di rischio "malattia-specifici" (ridotta attività fisica, obesità, alterato profilo lipidico, iper-omocisteinemia, effetti iatrogeni dei farmaci di fondo), ma soprattutto l'immuno-flogosi, sembrerebbero svolgere un ruolo chiave nell'eziologia dell'aterosclerosi accelerata in questi pazienti, attraverso una persistente espansione delle cellule T CD4+ (aumentato rapporto Th1/Th2), un'aumentata espressione di molecole solubili di adesione (sICAM-1, sE-selectina) e di endotelina, un incremento di citochine proinfiammatorie, quali IL-1, IL-6, e TNF-alpha ed una neoangiogenesi, un importante fattore patogenetico nell'AR.

Fra le numerose condizioni cliniche indagate per la prevalenza di comorbidity (ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete, nefropatie, broncopneumopatie croniche), l'artrosi rappresenta l'affezione che più frequentemente (nel 30-60% dei casi) decorre associata ad altre condizioni morbose (malattie gastrointestinali, nefropatie, ipertensione, cerebropatie, depressione, obesità, diabete). Dati recenti del *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) dimostrano una prevalenza di ipertensione in circa il 40% dei soggetti artrosici, di diabete nell'11%, di ipercolesterolemia nel 32% e di compromissione della funzionalità renale nel 37%. Tali evidenze inducono a prospettare un incrementato rischio di CVD, anche nei soggetti artrosici. La precoce individuazione dei fattori di rischio "malattia-specifici" e di quelli "modificabili" (obesità, abitudine al fumo, sedentarietà, traumi e microtraumi, attività fisiche ed occupazionali) e l'adozione di efficaci programmi di prevenzione secondaria e terziaria costituiscono un'importante strategia terapeutica nel ridurre e controllare il rischio di comorbidity e migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da MR.

LINEE GUIDA SULLA PROTESIZZAZIONE

Luigi Molfetta (a), Remo Ceffa (b)
(a) Azienda Ospedale, Università S. Martino, Genova,
(b) Unità Operativa Ortopedia, Ospedale di Novara

Le Linee Guida (LG) sono raccomandazioni di comportamento clinico prodotte allo scopo di assistere medici e pazienti nel processo decisionale sulla migliore modalità di assistenza del paziente.

Lo scopo principale delle LG è quello di ottimizzare i risultati dell'assistenza sanitaria, migliorando da una parte la pratica clinica e dall'altra informando i pazienti sulle diverse opzioni disponibili. Esse sono inoltre impiegate per i processi di miglioramento ed assicurazione della qualità.

Il concetto di LG è entrato nelle leggi dello Stato con lo scopo primario di rispettare dei tetti di spesa sanitaria. LG, percorsi diagnostico-terapeutici e standard sono i sinonimi utilizzati di volta in volta per definire questo nuovo processo che investe tutti gli operatori sanitari. Se elaborate correttamente esse possono rappresentare effettivamente uno strumento efficace per migliorare il processo assistenziale e la salute dei pazienti.

Le LG possono essere realizzate attraverso processi di consenso tra esperti, richiedendo in tal caso un'analisi della Letteratura molto scrupolosa, per evitare conclusioni non valide.

La produzione delle LG è un processo che tenta di leggere ed interpretare la complessività delle informazioni scientifiche, di valutare criticamente tutto ciò che può essere utile alla professione medica: non il parere di un singolo operatore, ma multidisciplinarietà e rappresentatività degli esperti coinvolti nel processo di produzione delle LG.

La qualità di una LG deriva anche e soprattutto dalla forza della raccomandazione in essa contenuta, ossia il grado con cui ogni raccomandazione è sostenuta dalla qualità delle evidenze scientifiche e dalla rigurosità della metodologia utilizzata.

Lo sviluppo di una LG ed il loro processo di valutazione deve essere orientato ai risultati dell'assistenza; le LG devono essere basate sulle migliori evidenze disponibili; devono contenere per ogni specifica raccomandazione una esplicita classificazione della forza delle raccomandazioni stesse; devono essere multidisciplinari; devono essere flessibili ed adattabili alle specifiche circostanze e situazioni locali; devono tener conto delle risorse disponibili, devono essere diffuse in modo appropriato e regolarmente aggiornate.

In tema di chirurgia ortopedica di protesizzazione, la necessità di una LG nasce anzitutto dalla dimensione del problema sanitario in sé, dalle ingenti risorse che vengono investite e consumate, dalla attuale grande variabilità esistente nella pratica clinica ed infine dalla necessità di raccogliere le migliori evidenze scientifiche disponibili. In tale specifico caso le LG vanno sviluppate come risposta alla constatazione della variabilità esistente nell'affrontare tale pratica clinica e chirurgica. È possibile che esse non sempre riescano ad ottemperare al loro ruolo, laddove esista una marcata variabilità della pratica clinica per limiti imposti dalla disponibilità delle risorse (posti letto, tecnologia, carenze strutturali).

Nel vasto campo della protesizzazione le LG devono avere una configurazione fortemente tecnica, andando dall'analisi di studi altamente formalizzati e quantitativi

(metanalisi) alla sintesi qualitativa di informazioni derivate da studi osservazionali differenti.

Lo scopo finale delle LG deve essere quello di migliorare la salute dei pazienti; la chirurgia protesica negli ultimi 20 anni ha garantito standard funzionali sempre maggiori con una soddisfazione dei pazienti sempre crescente; la necessità di una LG nasce dalla necessità di ottimizzare il rapporto beneficio del paziente-ottimizzazione delle risorse con un costante equilibrio fra erogazione della prestazione e recepimento ottimale della stessa.

Nell'ambito delle attività del Programma Nazionale Linee Guida è stata elaborata, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, una Revisione Sistemica sulle protesi d'anca in cui è emersa una lampante discordanza fra il gran numero di modelli protesici presenti sul mercato in Italia e la povertà di lavori scientifici di buona impostazione metodologica capaci di supportarne l'utilizzo medesimo; un divario molto ampio che non viene colmato, riferendosi ad altre fonti scientifiche. I registri delle protesi potrebbero quindi contribuire a validare (in termini di requisiti minimi di affidabilità) un maggior numero di impianti protesici.

L'impiego di un modello protesico deve basarsi oltre che su prove di laboratorio (che garantiscono il marchio CE), anche su altri criteri (questionari autocompilati, registri, studi con significativo follow-up, tasso di ripotesizzazione, ecc.) che ripropongono al centro delle argomentazioni il comportamento clinico, l'indicazione e l'affidabilità di una protesi.

LINEE GUIDA PER LA RIABILITAZIONE DELLE MALATTIE MUSCOLO-SCHELETRICHE

Marco Cazzola

Unità Operativa di Medicina Riabilitativa, Presidio Ospedaliero di Saronno, Saronno

La multidisciplinarietà e la molteplicità degli interventi, personalizzati in base alle diverse necessità del singolo paziente, se da un lato rappresentano l'aspetto caratterizzante della cultura riabilitativa, dall'altro rendono difficoltosa la prova d'efficacia così come è comunemente intesa nel mondo scientifico (medicina basata sull'evidenza). Il maggior numero di studi randomizzati e controllati (RCT) comparsi in letteratura negli ultimi anni riguardano l'esercizio fisico, nelle sue diverse modalità applicative, quale metodica in grado di migliorare lo stato di salute nei pazienti affetti da patologie muscolo-scheletriche. Per quanto concerne l'osteoporosi numerosi studi trasversali hanno evidenziato una correlazione positiva tra esercizio fisico e densità minerale ossea (BMD). I dati emersi dagli studi RCT suggeriscono che gli esercizi ad alto impatto determinano incrementi maggiori della BMD, rispetto agli esercizi aerobici a basso impatto, e che l'effetto è sito-specifico, manifestandosi soprattutto a carico del rachide lombare. Secondo le linee guida proposte nel 2000 dall'*American College of Rheumatology* (ACR) per l'approccio non farmacologico ai pazienti affetti da artrosi dell'anca o del ginocchio, gli interventi che si sono dimostrati efficaci sono rappresentati dai programmi educativi dei pazienti e dei *caregiver*, dal miglioramento della forma fisica, ottenuta con un appropriato programma di esercizi aerobici, dalla terapia occupazionale, dall'utilizzo di ortesi e tutori, dalle tecniche cognitivo-comportamentali e di *self-management* nonché da servizi di supporto strutturati. Indicazioni simili sono riportate dalle più recenti linee guida della *European League Against Rheumatism* (EULAR) per quanto riguarda la gonartrosi.

L'attività fisica aerobica e gli esercizi volti a migliorare l'endurance e l'articolari, nei pazienti affetti da Artrite Reumatoide (AR), si sono dimostrati efficaci nell'influenzare positivamente molti aspetti della malattia; i risultati migliori, in termini di riduzione dei parametri di attività di malattia e di incremento delle performance motorie, sono stati tuttavia ottenuti, negli studi più recenti, con un approccio terapeutico molto più aggressivo, paragonabile al programma di attività fisica allenante che potrebbe intraprendere un soggetto affetto da patologie croniche muscoloscheletriche meno impegnative dell'AR.

Indipendentemente dall'efficacia di un singolo provvedimento terapeutico, tuttavia, dall'analisi della letteratura indicizzata emerge che l'approccio multidisciplinare permette di ottenere risultati migliori, in termini di riduzione della disabilità, rispetto agli stessi interventi utilizzati singolarmente. In ambito riabilitativo, quindi, dovremmo modificare il concetto stesso di linee guida, che non devono essere considerate come una semplice flow-chart in cui compaiono i diversi provvedimenti terapeutici da applicare in una data condizione quanto, piuttosto, come la metodologia da seguire quando si definisce un progetto ed un programma riabilitativo individualizzato.

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA

Alessandro Mannoni

*Gruppo di lavoro Miglioramento Continuo della Qualità e Sezione di Reumatologia,
Azienda Sanitaria di Firenze*

La lombalgia è una condizione estremamente frequente, una fra le prime cause di ricorso alle cure primarie e la più comune causa di disabilità nelle persone al di sotto dei 45 anni. Più del 95% delle lombalgie di recente insorgenza è di natura meccanica e nella maggior parte dei casi il problema si risolve, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato. Tuttavia in una minoranza dei casi il mal di schiena può essere espressione di patologie importanti, che richiedono una precisa identificazione ed un tempestivo intervento terapeutico. Il problema diagnostico delle lombalgie è quindi riconoscere precocemente le forme non meccaniche, evitando costosi ed inutili esami strumentali nelle forme meccaniche non complicate. È quindi di fondamentale importanza che il Medico di Medicina Generale valuti accuratamente la persona che si presenta con una lombalgia di nuova insorgenza, ricercando la presenza delle cosiddette *red flags*, indicatori clinici di sospetto di patologia grave. Nel dubbio che il sintomo possa essere espressione di patologia neoplastica, infettiva o infiammatoria, o sia di origine viscerale, oppure in presenza di sintomi neurologici importanti, è assolutamente giustificato il ricorso a livelli più complessi di assistenza (accertamenti diagnostici complessi e valutazione specialistica). Qualora invece il sintomo risulti espressione di patologia meccanica non complicata occorre innanzitutto rassicurare il paziente, far comprendere la natura del disturbo, trattare ma demedicalizzare per quanto possibile il problema, attraverso la promozione di stili di vita volti alla prevenzione secondaria. Gli obiettivi del trattamento del paziente lombalgico sono il controllo del dolore, ed il recupero della funzione. È importante, riguardo a quest'ultimo aspetto, valutare il grado di disabilità del soggetto per decidere se guidarlo in programma riabilitativo individuale oppure se, in caso di basso livello di disabilità, avviarlo a programmi specifici di gruppo, anche in ambiti non sanitari. In caso di persistenza della sintomatologia, oltre a rivalutare il paziente da un punto di vista medico, è importante cercare di identificare fattori di cronicizzazione della lombalgia, attraverso indicatori "psicosociali": le *yellow flags*.

LINEE GUIDA PER LA DENSITOMETRIA OSSEA

Bruno Frediani

*Centro di Diagnostica Strumentale Osteoarticolare (CEDOA) e Centro Osteoporosi,
Sezione di Reumatologia, Università di Siena*

La DXA (*Dual X-Ray Absorptiometry*) è la metodica di riferimento per valutare la massa ossea. Le sedi predilette sono quella lombare (in assenza di artrosi) e quella femorale (specie dopo i 65 anni).

La BMD (*Bone Mineral Density*) normale ha un *T-score* compreso fra +2,5 e -1,0 (la BMD è cioè fra 2,5 deviazioni standard (DS) sopra e 1 DS sotto la media di un giovane adulto). L'osteopenia ha un *T-score* tra -1,0 e -2,5 DS. L'osteoporosi ha un *T-score* inferiore a -2,5 DS.

La soglia di -2,5 DS è applicabile solo all'osteoporosi postmenopausale ed alla DXA (nell'OP da steroidi, ad esempio, la soglia proposta è di -1 DS). La diagnosi strumentale e clinica non coincidono, conseguentemente il -2,5 non è necessariamente soglia terapeutica.

L'ultrasonometria (QUS) fornisce parametri (velocità ed attenuazione) che sono indici indiretti di massa e integrità strutturale ossea ed è misurata prevalentemente in due siti, il calcagno e la falangi. Al fine di valutare il rischio di frattura essa è ugualmente predittiva rispetto alla DXA.

Una buona stima del rischio di frattura in donne in postmenopausa può essere ottenuta dalle valutazioni DXA a livello di radio, calcagno, colonna e femore prossimale e di QUS a falangi e calcagno. Per migliorare la stima del rischio di frattura occorre affiancare al dato densitometrico, eminentemente quantitativo, indicatori indiretti della qualità dell'osso (età, peso, fumo, pregresse fratture personali o dei genitori, uso di cortisonici) ed una morfometria vertebrale (eseguita con DXA o con Rx), che indichi la presenza di fratture in atto che, indipendentemente dal dato densitometrico, aumentano il rischio di ulteriori fratture. Tutte le variabili raccolte dovranno far parte di un questionario che fornirà uno "score" di rischio di frattura e di intervento terapeutico.

L'indagine densitometrica è utile nelle donne oltre i 65 anni. Per donne di età inferiore o nei maschi l'indagine può essere indicata solo in presenza di fattori di rischio: patologie o farmaci osteopenizzanti, menopausa prima di 45 anni, pregresse fratture da fragilità, anamnesi familiare per osteoporosi, magrezza, inadeguato apporto di calcio e/o vit.D, abuso di alcol, amenorrea per almeno 6 mesi.

La ripetizione di esami densitometrici è giustificata non prima di 18 mesi e solo se la conoscenza delle variazioni di massa ossea serve a modificare le decisioni cliniche sul singolo paziente. L'intervallo di tempo può essere più breve, comunque non inferiore a 12 mesi, in condizioni fortemente osteopenizzanti (terapia corticosteroidica ad alte dosi, neoplasie maligne, iperparatiroidismi primitivi e secondari, immobilizzazione prolungata).

ATTIVITÀ FISICA E APPARATO LOCOMOTORE

Tiziana Nava

Divisione di Reumatologia, Azienda Ospedaliera "Ca' Granda", Milano

Il compito del fisioterapista, nell'improntare un corretto programma riabilitativo, è la valutazione del paziente nella sua globalità, considerandone la persona negli aspetti: fisici, psichici, patologici, con l'ausilio di scale di valutazione, ed avvalendosi di studi controllati. Il progetto riabilitativo si sviluppa attraverso l'applicazione di varie tecniche, che cambiano in funzione delle problematiche relative alla persona, che possono essere di tipo posturale, patologico e considerando i bisogni della persona stessa.

Il fisioterapista, inoltre, a completamento della terapia medica e dei provvedimenti chirurgici, gioca un ruolo fondamentale, non solo per conservare o migliorare la funzionalità delle strutture muscolo scheletriche colpite, ma anche per prevenire o correggere l'instaurarsi di deformità articolari, e conseguenti dismorfismi.

A questo punto è chiaro come, per il fisioterapista, l'individuazione della metodologia e la fase successiva all'anamnesi e all'analisi delle eventuali problematiche patologiche, sono le variabili che vanno considerate, assieme alla persona, unitamente alla gestione del quotidiano, lavoro, ecc. Le procedure terapeutiche utilizzate per il trattamento sono molteplici, è ovvio come il lavoro presupponga degli obiettivi, condizioni necessarie per l'individuazione di una chiara strategia terapeutica.

L'obiettivo a sua volta, presuppone la valutazione della persona che considera:

- le strutture muscolo-scheletriche interessate da una eventuale patologia;
- la correlazione funzionale tra le diverse strutture anatomiche;
- la correlazione tra patologie in anamnesi (scoliosi, obesità, ecc.);
- le risposte antalgiche direttamente proporzionali "all'aggressione" sia patologica sia psicologica;
- i danni secondari a posture scorrette che assumono inizialmente un significato antalgico ma che evolvono nel tempo in nuove patologie;
- il rapporto della persona con il dolore;
- la coscienza della persona nel rispetto alla sua situazione in termini di realtà
- le aspettative familiari, lavorative e sociali della persona;
- la valutazione funzionale del distretto interessato da una eventuale patologia articolare e la valutazione funzionale globale del paziente (tramite le apposite scale di valutazione).

L'obiettivo sarà quello di ricreare, insieme alla persona, modificandola più volte, se necessario, nel tempo, una situazione para-fisiologica compatibile con uno stato patologico dinamico. È sottinteso che gli obiettivi terapeutici dovranno essere costantemente adattati non solo all'evolutivezza del quadro clinico, all'età della persona, ma anche al suo aspetto emotivo.

Il programma riabilitativo prevede metodologie come, la massoterapia, il linfodrenaggio, il massaggio riflesso del tessuto connettivo, tecniche di rilassamento, terapie manuali, riabilitazione posturale globale. Le tecniche posturali prevedono al loro

interno ginnastiche respiratorie, al contrario se vengono attuate altre strategie terapeutiche è importante un programma aerobico per un corretto mantenimento delle funzioni cardiopolmonari e delle attività fisiche generali.

La persona deve essere messa nelle condizioni di seguire presso la propria abitazione, training di igiene comportamentale e gestuale.

La riabilitazione si dimostra di fondamentale importanza se inserita in protocolli multidisciplinari, dove l'intervento sulla persona si articola con peculiarità, e precisione in un lavoro comune.

RELATORI E MODERATORI

ARIOLI Giovanni	<i>Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza, Azienda Ospedaliera "C. Poma", Mantova</i>
BIANCHI Maria Luisa	<i>Centro Malattie Metaboliche Ossee, Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano</i>
CANESI Bianca	<i>Azienda Ospedaliera "Niguarda", Milano</i>
CAZZOLA Marco	<i>Unità Operativa di Medicina Riabilitativa, Presidio Ospedaliero di Saronno, Saronno</i>
CEFFA Remo	<i>Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara</i>
CIMMINO Marco A.	<i>Dipartimento Medicina Interna, Università degli Studi, Genova</i>
CIOCCI Alessandro	<i>Associazione Nazionale Malati Reumatici, Roma</i>
CRICELLI Claudio	<i>Società Italiana di Medicina Generale, Firenze</i>
FREDIANI Bruno	<i>Clinica Reumatologica, Università degli Studi, Siena</i>
GIANNINI Sandro	<i>Clinica Medica 1, Università degli Studi, Padova</i>
GIUSTINI Alessandro	<i>Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione, Roma</i>
LEARDINI Gianni	<i>Unità Operativa Reumatologia, ASL 12, Venezia</i>
MACELLARI Velio	<i>Dipartimento di Tecnologie e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
MANNONI Alessandro	<i>Sezione di Reumatologia, Azienda Sanitaria, Firenze</i>
MARCOLONGO Roberto	<i>Istituto di Reumatologia, Università degli Studi, Siena</i>
MODENA Vittorio	<i>Struttura Complessa a Direzione Ospedaliera di Reumatologia, Azienda Sanitaria Ospedaliera, S. Giovanni Battista, Torino</i>
MOLFETTA Luigi	<i>Dipartimento di Scienze Motorie, Clinica Ortopedica, Università degli Studi, Genova</i>
MONTELEONE Vittorio	<i>Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, Roma</i>
NAVA Tiziana	<i>Divisione di Reumatologia, Azienda Ospedaliera "Ca' Granda", Milano</i>
OLIVIERI Ignazio	<i>Dipartimento di Reumatologia, Ospedale S. Carlo, Potenza</i>
PUNZI Leonardo	<i>Unità Operativa di Reumatologia, Università degli Studi, Padova</i>
RASCHETTI Roberto	<i>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
ROMANINI Emilio	<i>Gruppo di Lavoro Ortopedia Basata sulle prove di Efficacia, Roma</i>
SALAFFI Fausto	<i>Clinica Reumatologica, Università Politecnica delle Marche, Ancona</i>
TORRE Marina	<i>Dipartimento di Tecnologie e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>

INDICE DEGLI AUTORI

Bianchi, M.L.; 7
Canesi, B.; 1; 14
Cantini, F.; 8
Carrabba, M.; 14
Cazzola, M.; 25
Ceffa, R.; 23
Cimmino, M.A.; 13; 14
Copello, F.; 13
Cricelli, C.; 6; 14
Frediani, B.; 27
Frizziero, L.; 14
Giannini, S.; 18
Giustini, A.; 9
Lapadula, G.; 14
Leardini, G.; 5
Mannoni, A.; 26

Marchesoni, A.; 8
Marcolongo, R.; 14
Matucci Cerinic, M.; 8
Modena, V.; 17
Molfetta, L.; 13; 23
Nava, T.; 28
Olivieri, I.; 8
Punzi, L.; 8; 14
Ramonda, R.; 14
Raschetti, R.; 16
Romanini, E.; 21
Rosso, R.; 13
Salaffi, F.; 22
Salvarani, C.; 8
Scarpa, R.; 8
Torre, M.; 21

*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@jss.it.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, dicembre 2004 (n. 4) 3° Suppl.