

**SOSTIENI
L'AILA**

Compila
il bollettino postale
all'interno!

AUGURI AI NUOVI VERTICI DEL CONI



Due premiati dell'AILA, Giovanni Malagò (a sinistra) e Franco Chimenti (a destra), sono stati eletti rispettivamente Presidente e Vice Presidente vicario del Comitato Olimpico Nazionale Italiano. A loro, premiati in precedenti Edizioni del Premio Aila, vanno gli auguri della Fondazione di buon lavoro.



aila news

www.ailafondazione.it

Direttore responsabile: Francesco Bove

Fondazione per la lotta contro l'artrosi e l'osteoporosi

NOTIZIARIO AILA Anno XVIII n. 1-2

Sport, musica, salute

di Francesco Bove

Il premio AILA "Progetto Donna" approda il prossimo mese di Maggio nel tempio dello sport: il Foro Italico, laddove si concentrano gli impianti sportivi che hanno ospitato negli ultimi anni gli eventi nazionali e internazionali più prestigiosi, comprese le Olimpiadi del '60, con al centro il famoso "Palazzo H", sede del CONI, il nostro Comitato Olimpico Nazionale.

Questa edizione si presenta con una formula innovativa: "Sport, Musica, Salute", capace di comunicare e diffondere capillarmente i programmi di prevenzione. Esportiamo messaggi di salute andando a seminare e informare uscendo dai tradizionali siti scientifici, dove spesso tutto rimane troppo protetto, senza raggiungere l'ampio pubblico che deve sviluppare quella consapevolezza per combattere malattie croniche, come l'artrosi e l'osteoporosi, tipiche del nostro tempo, rese più evidenti dal progressivo allungamento della vita.

Quale occasione più "ghiotta" degli Internazionali d'Italia di Tennis per coinvolgere un mondo dove gli stili di vita e la forma fisica sono un obbligo per raggiungere traguardi e medaglie?

Sport, musica e salute riteniamo quindi siano un modo per attirare l'attenzione su questioni sociali di primario interesse non solo per l'individuo ma anche per la società.

Gli Internazionali di tennis costituiscono un interesse per milioni di sportivi e la possibilità di inserire un evento legato al progetto di prevenzione per l'artrosi e l'osteoporosi supportato da un evento musicale sottolinea il legame e l'interesse che deve unire mondi differenti per un unico progetto: la salute.

Lotta al fumo, giusta alimentazione, attività fisica, vita regolare costituiscono la base per fronteggiare le patologie croniche, e gli sportivi sono gli alfieri di questo messaggio, gli ambasciatori di questa edizione del Premio che con l'aiuto della musica può aiutare l'AILA a diffondere il proprio messaggio di Prevenzione.

LA XII EDIZIONE NELLA PRESTIGIOSA CORNICE DEL FORO ITALICO

Premio AILA nel tempio del tennis

Riconoscimento alla leggenda del tennis italiano Lea Pericoli

Una cornice splendida e un parterre di primissimo piano. Sono le carte della XII edizione del Premio Aila Progetto Donna, l'evento promosso dall'Associazione per la lotta all'artrosi e all'osteoporosi - Aila che ogni anno riserva il prestigioso riconoscimento a personalità che si sono distinte con la loro attività a favore della donna. A ritirare il Premio Donna quest'anno, nella splendida cornice degli Internazionali Bnl d'Italia, è Lea Pericoli, il volto più bello e vincente del tennis femminile italiano sui campi di tutto il mondo. Una campionessa anche fuori dal campo. Non solo ha contribuito in modo decisivo alla popolarità e alla diffusione dello sport nel nostro Paese, ma è anche una donna che coraggiosamente, dopo es-

sersi sottoposta a un intervento di tumore quando la parola "cancro" terrorizzava e non lasciava margini di speranza, ha scelto di parlarne e si è rivolta proprio alle donne, invitandole alla prevenzione.

Lo slogan di quest'anno è 'SMS-sport, musica e salute', i tre ingredienti della stessa serata. Il gran finale è affidato alle note rock degli 'Affetti collaterali band', la formazione da sempre impegnata nella raccolta fondi per la ricerca contro l'osteoporosi.

Intervengono Gianni Rivera e Nicola Pietrangeli.

Durante tutta la giornata sarà possibile eseguire gratuitamente un esame MOC.

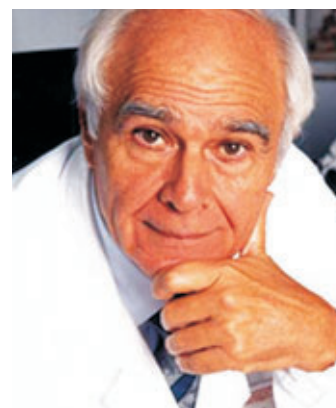
L'OPINIONE

I medici del Servizio Sanitario Nazionale La loro condizione è peggiorata, ma bisogna ridar loro dignità sociale e professionale

di Girolamo Sirchia*

Nel tempo la posizione dei medici nel Servizio Sanitario Nazionale è peggiorata. Anziché investire nella promozione del capitale umano, nella sua motivazione, nella sua qualificazione, si è insistito nella imposizione di regole sempre più vincolanti e nelle procedure burocratiche. I risultati non sono stati buoni. Ma i nostri legislatori non si sono chiesti se forse ciò dipendeva da modalità di procedere sbagliate. Per la nostra politica il medico rappresenta una persona potenzialmente pericolosa, per cui le regole devono vincolarlo. Basti vedere l'evoluzione della libera professione *intra moenia* per capire la mentalità del legislatore.

Innanzitutto si è voluto premiare nei medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale la condizione di esclusività, che viene retribuita con una speciale indennità. A questi medici pertanto la libera professione è consentita solo *intra moenia*, con una deroga per il proprio studio professionale, in attesa che le Aziende sanitarie approntino i locali e il personale necessari ad evitare questo rapporto ibrido. Essendo questo passaggio difficoltoso e costoso, le Aziende si sono attrezzate per ridurre al minimo possibile gli spazi di libertà



del medico: così la prenotazione delle prestazioni è gestita dall'Azienda, la riscossione del compenso avviene con ricettari dell'Azienda (che poi trattiene fino al 50% del versamento!) e addirittura il Ministero ha recentemente decretato che le Regioni approntino a loro spese una

rete informatica perché tutte le operazioni si svolgano al meglio e siano sotto controllo.

La cosa più logica per una politica liberale è che la facoltà di esercitare la libera professione per i medici dipendenti, da tutti riconosciuta come necessaria sia per i medici che per i pazienti, venga effettuata nel modo più semplice possibile. Una volta soddisfatti i compiti assegnati dall'Azienda sanitaria da cui dipende, il medico potrebbe esercitare l'attività privata ovunque egli ritenga opportuno, pagando le tasse pertinenti. Si riconoscerebbe in tal modo la sua prerogativa di professionista e non solo di dipendente, in analogia ad esempio con quanto accade per i professionisti che dipendono dall'Università. Un simile provvedimento emanato con legge nel 2004, diede risultati eccellenti, ma l'anno dopo con il cambio del Governo il provvedimento venne cancellato e si tornò all'antico.

segue a pag 4 ►

PROGRAMMA EVENTO

**INTERNAZIONALI
BNL D'ITALIA**
BNP PARIBAS

Roma, Martedì 14 Maggio 2013

**Premio Aila
Progetto Donna • XII Edizione**

**Villaggio Ospitalità - Internazionali BNL d'Italia 2013
Foro Italico**

**Ore 21.00 • Cerimonia di Premiazione
Ore 22.00 • Concerto Live Affetti Collaterali***

Parteciperanno alla serata Nicola Pietrangeli e Gianni Rivera
Il Premio Aila Progetto Donna verrà consegnato a Lea Pericoli

**SMS
SPORT
MUSICA
SALUTE**

Durante tutta la giornata sarà possibile effettuare gratuitamente l'esame MOC Test per l'osteoporosi

Ingresso riservato, Viale dei Gladiatori, 63 - Welcome Area Internazionali BNL d'Italia

*Gli orari potranno subire variazioni in relazione alle partite di tennis in corso

Ingresso ad invito - info@ailafondazione.it

aila FIT Coni Servizi Super tennis

Per partecipare al Premio AILA

invia una email a:
info@ailafondazione.it
oppure telefona al numero:
06.807.21.40

**SPECIALE
ALL'INTERNO**

Chicago 19-23 Marzo 2013





IL PROBLEMA RIGUARDA SOPRATTUTTO I PAESI CON UN'ECONOMIA AVANZATA. NE

Il mondo ingrassa, questi che portano all'obesità

Molti i disturbi collegati, dalle trombosi venose profonde fino

L'obesità rappresenta un problema di grandi proporzioni in tutto il mondo, soprattutto nei Paesi con un'economia avanzata. Negli Stati Uniti i 2/3 della popolazione è o in sovrappeso o obesa. Un problema che sta dilagando in tutti gli Stati e che presenta alti costi sociali diretti e indiretti.

Le cause del fenomeno sono note. Alla base del problema ci sono un'alimentazione errata e ridotta attività fisica. La ricetta per intervenire sulle cause sembra piuttosto semplice: correggere il modo di mangiare e fare più movimento. Nella pratica, però, è più difficile, per l'implicazione di fattori collaterali tipici della nostra società come lo stress, la depressione e la semplice insoddisfazione. Il cibo, illusoriamente, sembra la soluzione e il rimedio contro tanti problemi, ma, in modo inesorabile, porta a delle conseguenze per lo stato di salute con danni ormai di portata macroscopica. Si sta facendo sempre più strada nei Paesi alle prese con gli effetti negativi dell'obesità, l'idea di creare un Forum che provveda a dare informazioni riguardo le sue complicazioni e che esamini i metodi efficaci per perdere peso. Ad aprire la strada sono ovviamente gli Stati Uniti, poiché è il Paese più interessato. Sono circa 72 milioni gli americani obesi, come afferma, Frank B. Kelly, uno studioso del settore, secondo il quale nessuno Stato ha un tasso di obesità inferiore al 20%. Il problema, come spiegato dallo stesso Kelly, durante l'ultima riunione dell'Accademia Americana a Chicago, non si limita agli adulti, ma coinvolge anche i più piccoli. Circa un bambino su tre è in sovrappeso o obeso.

Quando si tratta questa tematica, oltre al problema legato alla salute, bisogna tenere conto anche dell'impatto significativo sulla spesa sanitaria. L'obesità comporta una addizionale di 215 miliardi di dollari dovuta all'incremento delle spese mediche ogni anno. E le prospettive non sono positive per il futuro, se si considera che per il 2030, si prevede che il costo sanitario relativo a questo tipo di patologia rappresenterà negli USA il 16-18% del totale. Secondo Elena Losina, professoressa associata di chirurgia ortopedica alla Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Boston, l'obesità impatta anche sull'aspettativa di vita, in modo particolare per coloro che hanno abitudini di vita sedentarie. "L'obesità e la sedentarietà insieme possono abbassare l'aspettativa di vita anche di 7 anni", spiega la professoressa.

Per quanto riguarda le cause, la Professoressa fa notare che i fattori sono numerosi: alimentazione errata, inattività fisica, problemi psicologici, mancanza di forza di volontà e disordini metabolici o endocrini. Per ottenere una riduzione di peso è importante adot-

tare un programma multidisciplinare che possa prevedere dieta, esercizio fisico e modifica degli stili di vita. "Perché ogni chilogrammo in più aumenta il carico sulle ginocchia di circa 4 kg, quindi anche una modesta riduzione di peso diminuisce lo stress compressivo sul ginocchio", aggiunge Elena Losina.

Robert F. Kushner, Direttore del Centro Obesità Northwestern Comprehensive e professore di medicina, divisione di medicina interna alla Northwest University, Feinburg of Medicine, ha evidenziato che l'obesità è associata a più di 60 condizioni mediche, anche se l'incidenza e la prevalenza può variare in base al sesso, età e classe di BMI (Indice di massa corporea). Fra le altre condizioni cita problemi cardio-respiratori, aterosclerosi, inclusa malattie delle coronarie e vascolari-periferiche, diabete di tipo 2, apnea durante il sonno, ipertensione e dislipidemia.

È quindi importante capire la convivenza tra l'obesità e altre patologie in uno stesso individuo. William M. Mihalko, professore al Campbell Clinic Department of Orthopaedics e Ingegnere Biomedico all'Università Tennessee, ha affrontato l'impatto di queste comorbilità, cioè la coesistenza di due (o più) patologie diverse in uno stesso individuo, rispetto ai risultati a seguito di intervento chirurgico. Secondo Mihalko, un aumento della BMI provoca un'accelerazione dei livelli di glucosio nel sangue che a sua volta è associato al rischio di infezioni chirurgiche. Secondo uno studio

90 pazienti diabetici su 318 (il 28,3%) hanno sviluppato complicazioni post-operatorie dopo una chirurgia ortopedica. Livelli di zucchero nel sangue più bassi del 7% sono stati associati ad una riduzione delle complicazioni. Un altro studio ha evidenziato che un indice iperglicemico di 1,76 o superiore è un fattore di rischio indipendente per infezioni chirurgiche locali.

In pazienti con malattie cardiache la problematica principale riguarda il modo in cui lo stress della chirurgia si ripercuote sulle funzioni cardiache. "Dobbiamo essere sicuri che questi pazienti abbiano sufficiente riserva per sottoporsi all'intervento chirurgico", spiega Mihalko, sottolineando che i pazienti obesi che si sottopongono ad intervento chirurgico di protesi d'anca possono avere un tasso di mortalità più alto e quelli che si sottopongono ad intervento di protesi di ginocchio bilaterale possono avere un tasso superiore di problematiche coronariche.

L'obesità è anche un fattore di rischio indipendente per le trombosi venose profonde e l'embolia polmonare nei traumi del piede e della



AAOS 2013

L'AAOS 2013 (American Academy of Orthopaedic Surgeons) è un meeting internazionale tra i più prestigiosi. L'ultimo si è svolto a Chicago dal 19 al 23 marzo. Hanno partecipato più di 40 mila medici specialisti provenienti da tutto il mondo. Si sono tenuti 28 symposia, sono stati presentati 825 paper e resi noti risultati di oltre 580 studi clinici e scientifici.

AAOS SPECIALE OBESITÀ

E per le donne occhio al girovita

Un girovita non in forma non è solo un problema estetico e le conseguenze negative non riguardano solo la perdita di qualche pretendente.

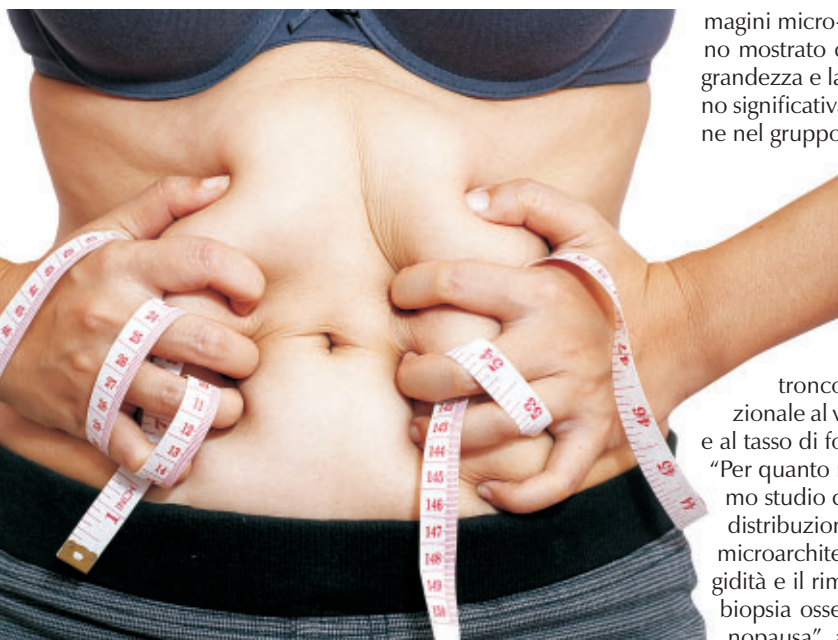
Uno studio clinico basato sulla biopsia ha mostrato che le donne in pre-menopausa con una gran quantità di grasso addominale hanno una qualità e una formazione ossea significativamente inferiore di quelle che hanno.

Le donne con adiposità "centrale" hanno circa il 30% in meno di volume osseo trasecolare e una significativa rigidità ossea e porosità corticale in confronto a donne senza grasso addominale, come ha riportato Adi Cohen della Columbia University, New York. "Dato l'aumento dell'obesità nella nostra popolazione l'associazione fra un maggior grasso del tronco corporeo e una inferiore qualità dell'osso sta aumentando la preoccupazione circa il rischio di fratture e quindi la necessità di ulteriori ricerche", si legge sul Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism.

Nonostante il suo stato ben documentato di fattore di rischio cardiovascolare, l'obesità tradizionalmente è stata associata ad un aumento di densità ossea e, per estensione, protezione contro l'osteoporosi e fratture. Questa assimilazione è stata smentita dai risultati di studi più recenti che hanno evidenziato che l'obesità, specialmente addominale, ha piuttosto un'associazione inversa con la densità ossea (BMD).

Dal momento che il carico meccanico è stato considerato un contributo positivo per la massa ossea, i ricercatori hanno cercato le ragioni per l'effetto paradossale, di recente descritto, dell'obesità sulla BMD.

Altri ricercatori hanno evidenziato che l'adiposità viscerale associata ad un eccesso di grasso del midollo osseo e livelli inferiori di siero di markers per la formazione di osso, probabilmente provocano una riduzione del fattore di crescita di insulina che



magini micro-CT delle biopsie ossee hanno mostrato che il volume, il numero, la grandezza e la rigidità delle trabecole erano significativamente più basse fra le donne nel gruppo con maggiore adiposità del

tronco. Queste avevano una qualità ossea decisamente inferiore rispetto alle donne con minore adiposità.

Il tasso di formazione ossea era più basso del 64% (P=0,006). L'adiposità del

tronco era inversamente proporzionale al volume delle trabecole ossee e al tasso di formazione dell'osso.

"Per quanto ne sappiamo questo è il primo studio che illustra la relazione tra la distribuzione del grasso corporeo e la microarchitettura trabecolare ossea, la rigidità e il rimodellamento effettuato con biopsia ossea in donne sane in premenopausa", affermano gli autori.

I risultati non devono essere comunque generalizzati, anche relativamente a donne con obesità severa (BMI > 40 Kg/m²) che sono state escluse per la difficoltà di effettuare una biopsia ossea transiliaca.

BODY MASS INDEX

Cosa è la BMI e come si calcola

BMI proviene dall'inglese e significa Body Mass Index, cioè l'indice di massa corporea (IMC è l'acronimo italiano). Questo indica il rapporto tra il peso e l'altezza in metri al quadrato di una persona. Il BMI di un individuo si ottiene dividendo il peso, in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza, in metri.

Quindi, BMI: PESO (Kg) / Altezza (m) / Altezza (m). I risultati:

- BMI < 18.5 Sottopeso,
- BMI 18.5 - 25.0 Normopeso,
- BMI 25.0 - 30.0 Sovrappeso
- BMI > 30.0 Obesità I,
- BMI > 35.0 Obesità II,
- BMI > 40.0 Obesità grave.

LA DEFINIZIONE

Cosa si intende per grasso addominale

Il grasso viscerale o addominale è la parte di tessuto adiposo concentrata all'interno della cavità addominale e distribuita tra gli organi interni e il tronco.

Si differenzia da quello sottocutaneo, concentrato nell'ipoderma (lo strato più profondo della cute), e da quello intramuscolare, che è distribuito tra le fibre dei muscoli.

GLI USA COLPITI I 2/3 DELLA POPOLAZIONE

i fattori rità

o alle embolie polmonari



caviglia, anche se l'incidenza è piuttosto bassa (0,28% in entrambi i casi). L'apnea notturna è un altro argomento che bisogna considerare quando si parla di obesità. Studi recenti hanno dimostrato che alcuni fattori aumentano il rischio per il paziente di avere un'apnea notturna ostruttiva di grado moderato o severo. Se ne possono elencare almeno tre, che riguardano soprattutto il sesso maschile: BMI di 28 o maggiore, superamento dei 50 anni, circonferenza del collo di 40 cm per le donne o 43 per gli uomini. Mihalko ha evidenziato, inoltre, che i pazienti obesi che si sottopongono a procedure di chirurgia ambulatoriale hanno un tasso di complicazioni perioperatorie più elevato di quelli di peso normale. "Anche quando viene utilizzata una anestesia locale i pazienti con apnea notturna hanno tassi di complicazione più elevata dopo procedure ortopediche", aggiunge. ■

AAOS SPECIALE OBESITÀ

Col grasso più rischi con l'anestesia

Uno dei problemi principali per chi deve sottoporsi a un intervento chirurgico è l'anestesia. Lo è ancora di più per i pazienti obesi. Questi infatti possono presentare maggiori complicazioni durante l'intervento perché presentano differenze anatomiche e funzionali delle vie aeree. È quello che sostiene R. Dean Nava, Professore di anestesia alla North Western University Feinberg School of Medicine. Gli obesi tendono ad avere colli corti e grossi con una limitata mobilità, evidenti sottomenta, grasso cervicale,

pieghe tissutale nella bocca e nella faringe. Inoltre, tra le altre differenze funzionali tra pazienti obesi e quelli di peso normale, si notano anche volume residuo inferiore, peggiore ventilazione-perfusione, atelettasia e inferiore capacità residua funzionale.

Queste problematiche possono causare problemi durante la chirurgia in particolare modo per l'anestesista. "Sia la ventilazione che l'intubazione sono difficili da gestire e non si può sbagliare", fa notare il Dr. Nava. ■

AAOS SPECIALE OBESITÀ

Se ad alleggerirsi è solo il portafoglio

Se si vuole rimanere in ospedale il meno tempo possibile, è meglio entrarci con un peso forma accettabile. Una ricerca presentata dal Dr. Hilar Maradit-Kremers della Mayo Clinic Rochester, Minnesota, ha evidenziato che pazienti con un indice di massa corporea alto hanno, infatti, un costo e una permanenza maggiore in ospedale. Anche se complessivamente le complicazioni erano simili in tutte le categorie BMI, i problemi relativi a infezioni erano significativamente più comuni nei pazienti obesi. Ogni 5 unità di aumento della BMI oltre 30 kg/m² è stato associato un aumento dei costi nell'ospedalizzazione di circa 250/300 dollari per un intervento di protesi di ginocchio e di 600/650 per quelli di revisione. Lo studio ha valutato 8.129 pazienti dal 1° gennaio 2000 al 31 settembre 2008: 6.475 sono stati sottoposti ad intervento primario e 1.654 ad intervento di revisione di protesi di ginocchio. Fra gli interventi di protesi di ginocchio primarie, la proporzione dei pazienti obesi cre-

scava dal 49% al 59% nel corso del periodo di studio. Fra le revisioni, la proporzione aumentava dal 51% al 62%.

Dai risultati è emersa una minore ospedalizzazione e costi inferiori per i pazienti di peso normale o lievemente sovrappeso. Dopo aver valutato fattori come età, sesso e tipo di intervento, i ricercatori hanno evidenziato che ogni aumento di 5 unità nella BMI oltre 30 Kg/m² era associato ad un incremento di costo nell'ospedalizzazione di 250-300 dollari e di ulteriori 500 dollari per i novanta giorni post operatori negli interventi primari di protesi di ginocchio. Il costo aumenta, sempre in associazione con la BMI, nei casi di revisione, dove ad ogni 5 unità di incremento era associata ad un ulteriore costo di 600-650 dollari per l'ospedalizzazione e altri 900 dollari per i successivi 90 postoperatori. Quando lo studio è stato ristretto ai pazienti senza significative comorbidità o complicazioni, queste associazioni sono comunque rimaste importanti. ■

UN'INTERESSANTE RICERCA

Amarsi anche con la protesi all'anca

L'artrosi dell'anca e del ginocchio, oltre alle limitazioni funzionali tipiche di queste articolazioni (dolori inguinali, deficit muscolari, impossibilità a compiere elementari gesti quotidiani come vestirsi, salire le scale, camminare, ecc...), genera nel paziente una rinuncia a molte attività quotidiane con un senso di sfiducia che può influire negativamente nei rapporti sociali, familiari e, talvolta, anche in quelli sessuali.

Ranawath, uno dei massimi esperti ortopedici mondiali, ha presentato una originale ricerca riguardante gli effetti positivi riscontrati dopo un intervento di protesi d'anca o di ginocchio, con un miglioramento nel 90% dei pazienti proprio in merito a questi aspetti solo apparentemente secondari.

Lo studio ha riguardato 47 pazienti di età inferiore ai 70 anni. Tutti hanno accettato di compilare tre questionari: uno prima dell'intervento, uno dopo 6 mesi ed un altro ad un anno dall'intervento. Il 65% dei pazienti ha restituito tutti e tre i questionari.

Il gruppo di pazienti includeva 68 uomini e 78 donne; l'età media era di 57,7 anni. Più dei 2/3 dei pazienti hanno riferito problemi fisici nella sfera dell'attività sessuale prima dell'intervento. I problemi riferiti (e la percentuale di pazienti che li ha rappresentati) sono stati i seguenti: dolore (67%), rigidità (36%), riduzione della libido (39%), inabilità ad ottenere una giusta posizione (14%). Quasi tutti i pazienti (91%) hanno riferito problematiche di carattere psicologico dovute alla artrosi. Di questi, la maggior parte (9 su 10) hanno riferito una diminuzione di benessere generale e più della metà (53%) hanno riferito una diminuzione della propria immagine sessuale.

Dopo l'intervento il 42% ha riferito un miglioramento nella libido, il 41% ha riferito un aumento della durata del rapporto e un aumento della frequenza. I pazienti, inoltre, hanno riferito un miglioramento del benessere generale (84%) e della loro immagine sessuale (più della metà).

Al contrario, un piccolo gruppo di pazienti (16%) ha riferito che l'intervento di sostituzione dell'articolazione, ha negativamente influenzato



la funzione sessuale, principalmente per la paura di danneggiare l'impianto.

Nel complesso, il 90% di pazienti operati di protesi d'anca e di ginocchio hanno riferito un miglioramento generale della funzione sessuale, un aspetto che riguarda più le donne rispetto agli uomini. "Questo studio sottolinea l'importanza di includere la sessualità e l'attività sessuale come componenti importanti nella valutazione del risultato funzionale a seguito di intervento di protesi d'anca e di ginocchio", ha spiegato il ricercatore José A. Rodriguez, chirurgo ortopedico e primario del Center for Joint Preservation and Reconstruction at Lenox Hill Hospital di New York.

La sostituzione dell'anca o del ginocchio "offre un miglioramento dell'attività sessuale e della sessualità in generale ai pazienti dopo la chirurgia, specialmente se la sessualità è difficoltosa prima dell'intervento", ha aggiunto.

Dal momento che alcuni pazienti hanno riferito la paura di danneggiare la loro nuova anca o ginocchio come ragione di limitazione dell'attività sessuale a seguito dell'intervento chirurgico. "È importante, per chi fornisce le cure mediche discutere dello stato funzionale di ogni paziente rispetto all'attività sessuale e alla sessualità in genere. Questo può essere fatto o in un colloquio personale con il paziente o tramite depliant informativi o, se necessario, con entrambi", ha concluso Rodriguez. ■

PRP, NUOVA FRONTIERA TERAPEUTICA

Gomito del tennista, ecco come curarlo

Può colpire sia chi gioca a tennis, ma anche chi non ha mai preso una racchetta in mano. Parliamo dell'epicondilita laterale, meglio conosciuta come gomito del tennista, che è un'infiammazione che colpisce i tendini connessi all'epicondilo, una struttura ossea del gomito. Il concentrato di piastrine che si ottiene centrifugando il sangue del paziente, per poi reintrodurlo nella sede da trattare, trova sempre maggiori applicazioni nel trattamento di questo disturbo con risultati soddisfacenti rispetto alle terapie tradizionali. Tra queste proprio la tendinopatia inserzionale degli estensori dell'avambraccio, cioè l'epicondilita, risulta tra le patologie più sensibili a questo tipo di trattamento, con recuperi soddisfacenti per gli sportivi che possono riprendere le loro attività con efficienza e con minor rischio di recidive.

Uno studio multicentrico realizzato dalla collaborazione di specialisti americani californiani, dell'Arizona, dell'Ohio, dell'Alaska, della Pennsylvania, del Colorado e dell'Indiana ha

contribuito recentemente ad una affermazione della metodica terapeutica.

La tendinopatia epicondilita laterale, conosciuta come "gomito del tennista" è un problema comune nella chirurgia ortopedica che si manifesta con dolore all'estensione e la dolorabilità locale.

Il fine specifico di questo studio era di valutare il valore clinico di infiltrazioni con PRP vs un controllo con infiltrazioni solo per questo problema. A 230 pazienti (PRP: N= 116, controllo attivo: N=114) con gomito del tennista cronico è stata praticata un'anestesia locale di 0,25% bupivacaina con epinefrina. Poi con una singola penetrazione è stata fatta un'infiltrazione con o senza PRP. Non sono state notate differenze nei gruppi prima del trattamento. La PRP è stata preparata da sangue venoso centrifugato. La formula della PRP conteneva concentrati di piastrine e di globuli bianchi. Tutti i pazienti avevano avuto una sintomatologia per almeno tre mesi e un fallimento delle cure convenzionali. Era richiesto

un punteggio minimo di dolore da 50 a 100 durante l'estensione del gomito. Dolorabilità locale al tatto dell'epicondilo laterale è stato un altro dei criteri inclusi ed è stato anche utilizzato come misura di risultato.

I pazienti sono stati seguiti per 24 settimane. Alla dodicesima, quelli trattati con PRP hanno riportato un miglioramento del 55,1% nel dolore paragonato al 47,4% dell'altro gruppo. A 24 settimane, quelli trattati con PRP riportavano il 71,5% di miglioramento contro il 56,1% del gruppo di controllo. La percentuale di pazienti che riportavano una dolorabilità significativa del gomito a 12 settimane era del 37,4% nel gruppo PRP vs 48,4%. A 24 settimane 29,1% vs 54,0%. È importante segnalare che nessuna complicazione significativa è stata osservata in entrambi i gruppi.

Le conclusioni hanno portato a dire che il trattamento del "gomito del tennista cronico" con plasma ricco di piastrine è sicuro ed ha un risultato clinico migliore per quanto riguarda la scala del dolore e la dolorabilità locale rispetto al gruppo di controllo attivo. ■



Notiziario trimestrale dell'Associazione italiana per la lotta contro l'artrosi e l'osteoporosi

Anno XVIII - n. 1-2 2013

Direttore responsabile
Francesco Bove

Via Ximenes, 2/a - 00197 Roma
Tel. 06.807.21.40 - Fax 06.808.15.33
www.ailafondazione.it - e-mail: info@ailafondazione.it
Stampa: Spedalgraf Stampa srl, Roma

Registrazione Tribunale di Roma n. 00101/98 del 12/03/1998



Protesi di ginocchio a confronto

di Gabriele Bove*

La protesi totale di ginocchio rappresenta la procedura chirurgica più affidabile per i pazienti affetti da gonartrosi, al fine di eliminare il dolore e ripristinare la corretta funzionalità articolare.

Nell'ultimo decennio i pazienti che sono ricorsi a questo tipo di chirurgia sono raddoppiati nel mondo e mentre all'inizio degli anni Ottanta, il rapporto tra protesi d'anca e di ginocchio era di 9:1, oggi è quasi vicino alla parità e le proiezioni future, anche in rapporto all'invecchiamento della popolazione, lasciano prevedere un maggiore impiego di protesi di ginocchio.

Questo fenomeno dovuto in parte all'aumento dell'età media, delle attività usuranti, delle attività sportive, è anche la conseguenza di una maggiore affidabilità e durata dei nuovi modelli protesici che invogliano sempre di più i pazienti a effettuare questo tipo d'intervento, specie dopo aver visto l'inefficacia delle cure mediche, fisiche e locali praticate.

Numerosi studi scientifici si sono concentrati nel tempo sulla valutazione di modelli protesici, al fine di individuare quelli più vicini alla biomeccanica originale dell'articolazione, per ricreare una cinematica che potesse garantire il miglior movimento e nello stesso tempo una maggiore sopravvivenza dell'impianto; fattori fondamentali per il mantenimento dell'attività e dell'autonomia nella terza età.

Questi studi hanno riguardato: il disegno, i materiali e la fissazione.

I ricercatori hanno tenuto conto del complesso disegno articolare, del movimento, delle sollecitazioni e del grado massimo di attività per un'articolazione riproducendo in laboratorio modelli sottoposti poi alla simulazione di cicli-lavoro. Hanno potuto così testare i materiali e selezionare nel corso degli anni quelli più idonei al movimento e quelli più durevoli, con minor usura. Tutto ciò è servito ad allungare la sopravvivenza

zella dell'impianto ed allontanare il pericolo di un reintervento quasi sempre necessario allorché le aspettative di vita siano maggiori. La fissazione si è sviluppata lungo due teorie: con e senza cemento.

Nel caso della protesizzazione di ginocchio, trattandosi di modelli che in pratica rivestono le superfici articolari decorticate e sagomate per un buon 90% e si ancorano per il restante 10% penetrando le cavità delle epifisi, la fissazione con cemento è risultata molto affidabile poiché agisce come un sottile film che si interfaccia solidamente tra protesi ed osso. Di conseguenza le forze applicate - è stato dimostrato - si distribuiscono omogeneamente all'apparato protesico che rimane ben ancorato all'osso con l'interfaccia di cemento che garantisce stabilità nel tempo.

La complessità rappresentata dall'articolazione del ginocchio, difficilmente riproducibile artificialmente, ha richiesto una ottimizzazione del disegno in relazione alla biomeccanica. Infatti osservando il movimento di questa articolazione e i relativi punti di contatto tra le superfici, è stato possibile realizzare protesi cosiddette "di rivestimento"

per poter meglio esprimere il movimento con cambiamenti del raggio di curvatura diverso in ogni angolazione tra femore e tibia. Una corretta biomeccanica protesica, per un'omogenea distribuzione dei carichi in ogni fase del movimento di rotolamento e scivolamento, richiede una stabilità delle sue componenti femoro-tibiali.

I legamenti collaterali interni ed esterni, che assicurano la stabilità laterale, rimangono intatti nella totalità delle tecniche chirurgiche.

Le componenti legamentose del pivot centrale, rappresentate dai legamenti crociati anteriore (LCA) e posteriore (LCP), che assicurano la stabilità antero-posteriore, anch'essi coinvolti nel processo di degenerazione dovuti all'età e all'artrosi, hanno diviso le opinioni dei vari chirurghi sulla loro conservazione o eliminazione nella neo-articolazione, creando due scuole di pensiero.

Nell'ambito dei diversi modelli di protesi, mentre è universalmente accettata l'eliminazione del legamento crociato anteriore, è ancora aperto il dibattito circa la conservazione del legamento crociato posteriore.

Vengono utilizzate universalmente due tipi di protesi: con conservazione o eliminazione del legamento crociato posteriore.

Le prime, dette anche CR (cruciate retain), hanno una struttura che consente il mantenimento del LCP, mentre le seconde, che prevedono la sua eliminazione, sono munite di un perno centrale (spine cam) che nel movimento consente la posterostabilizzazione altrimenti deputata al LCP. La vera messa a confronto della performance dei due modelli protesici però è spesso influenzata dalle condizioni generali del paziente, dalle sue attività, dalla sua storia clinica e dai diversi operatori.

Lo scopo del mio studio, portato avanti presso il centro dell'analisi del movimento dell'Università di Bologna diretta dal Prof. Sandro Giannini in associazione con l'Università Sapienza di Roma e l'Istituto Neurotraumatologico Italiano (I.N.I.) di Grottaferrata, è stato quello di verificare eventuali differenze dei due modelli protesici in un gruppo di pazienti sottoposti a protesi totale di ginocchio bilaterale operate dallo stesso chirurgo con l'utilizzo di una protesi CR da un lato e con una protesi PS dall'altro, (eliminando di fatto le variabili sopra esposte), sottoponendoli ad analisi del cammino (gait analysis), video fluoroscopia ed elettromiografia dinamica.

Ciò che emerso dall'analisi dei dati ottenuti tramite la gait analysis, è che i due modelli protesici hanno mostrato un pattern fisiologico di flessione estensione lievemente a favore del modello postero-stabilizzato (PS). Nell'analisi dei dati dell'elettromiografia dinamica, ovvero lo studio della conduzione nervosa in un determinato muscolo per indagare il grado di attivazione meccanica del muscolo in questione, si sono osservate delle co-contrazioni di muscoli flessori ed estensori della gamba, con la sola differenza che negli arti dove era stata impiantata la protesi postero-stabilizzata (PS) il paziente involontariamente contraeva una serie di gruppi muscolari ausiliari per svolgere il normale movimento richiesto durante il passo, che normalmente non vengono fisiologicamente attivati. Attraverso la video fluoroscopia, che ha permesso di visualizzare in tempo reale su di un monitor l'effettivo movimento della protesi durante i movimenti richiesti al paziente, si è potuta notare una differenza particolare tra i due modelli protesici. Infatti si è osservato che la protesi CR, che conserva il legamento crociato posteriore del paziente e quindi una componente anatomica importante, compie durante i movimenti di flessione estensione, una sorta di movimento paradossale non propriamente fisiologico a differenza invece della protesi PS che invece è risultata comportarsi in maniera decisamente più fisiologica e quindi normale.

In conclusione lo studio ha dimostrato che pur conservando una componente anatomica importante come il legamento crociato posteriore nella protesi CR, questa non si comporta in maniera completamente fisiologica, smentendo le ipotesi decennali che sostenevano che il mantenimento del legamento favorisca il recupero propriocettivo e quindi il ritorno ad una andatura normale, poiché le ginocchia contenenti una protesi PS si sono comportate in maniera più vicina allo standard fisiologico dei controlli durante lo studio. Bisogna comunque dire, che tutte le differenze emerse durante lo studio e le differenze nell'articolazione offerta dai due modelli protesici, erano completamente impercettibili dai pazienti analizzati, che si sono dimostrati soddisfatti sia del loro ginocchio CR e sia del loro ginocchio PS. ■



Ortopedici che hanno partecipato all'AAOS, da sinistra, Fabio Volpato, Giorgio Borè, Mario Manili, Gabriele Bove, Giuseppe Costanzo, Agostino Tucciarone, Francesco Bove.

segue da pag 1

I MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Fra l'altro la libera professione *intramoenia*, come è oggi praticata, non è esente da critiche: innanzi tutto può divenire strumento di pressione per indirizzare il paziente a pagare la prestazione sanitaria anziché averla gratuitamente; una scorciatoia per evitare lunghe liste d'attesa che andrebbero risolte in altro modo. Viene così tradito lo spirito che portò ad istituire il Servizio Sanitario Nazionale, gratuito al punto di erogazione dei servizi, senza discriminazioni, uguale per tutti.

Oggi chi paga non ha bisogno di attendere, chi non paga può aspettare in lista anche diverse settimane. Ma questa discriminazione genera anche risentimento in coloro che vedono privilegiare chi paga ai propri danni. Un'altra iniquità. La libera professione *intramoenia* dovrebbe invece servire a rendere più corta la lista d'attesa, e quindi essere retribuita dall'Ospedale per operare in favore dei pazienti non paganti in proprio.

Un altro sintomo della dura posizione ideologica nei confronti del medico è costituito dal tentativo di abbattere la gerarchia tra i medici ospedalieri. La figura del Primario, con la sua scuola di Aiuti ed Assistenti, è stata abolita per eliminare il cosiddetto "potere baronale". Nel furore ideologico di egualitarismo che ha contraddistinto il nostro Paese per decenni, tutti i medici sono divenuti dirigenti, con alcune posizioni di coordinamento definite nei modi più pittoreschi per evitare la terminologia di Primario: oggi si parla di "dirigente di struttura complessa" o di "dirigente di 2° livello", dimenticando che in tutto il resto della Pubblica Amministrazione il dirigente superiore è di 1° e non di 2° livello. Il risultato è che la scuola di medicina, che vedeva nel Primario il maestro oltre che il gestore del Reparto, si è perduta, e con esso la *leadership* tanto importante in ogni struttura complessa. Polverizzazione del

potere, aumento degli impegni burocratici, marginalizzazione dei medici nell'ambito delle Aziende sanitarie, demotivazione e *burn-out*, unitamente ai tagli indiscriminati sul personale sanitario, hanno generato una sanità che ha perduto la sua connotazione di interprete dei bisogni del paziente. Il rapporto tra il paziente e i medici è divenuto più difficile, quasi sospettoso, e sta generando un contenzioso legale assai pericoloso. Il paziente si fida poco dei medici e troppo spesso li cita in giudizio per presunti danni, con richiesta di risarcimento assai elevata. Dato che le assicurazioni per la responsabilità civile si sottraggono sempre più al compito di assicurare i medici e di rispondere in caso di condanna, il medico pratica la medicina difensiva, ovvero cerca di non assumersi responsabilità nella diagnosi e nella cura per evitare di incorrere in procedimenti civili, ma anche penali; da cui comportamenti di garantismo che comportano spese ingenti e inutili per la finanza pubblica, sotto forma di indagini eccessive, di cure e di ricoveri superflui.

La politica intesa a ridurre ulteriormente il ruolo del medico negli Ospedali non è ancora cessata. Oggi in alcune Regioni si procede a organizzare gli Ospedali per intensità di cura. Cessano di esistere i Reparti (e ciò può essere utile) e si prospetta l'opportunità di affidare i pazienti non ai medici ma all'infermiere (sul modello Nightingale inglese), che diviene il gestore del paziente e chiama il medico al bisogno. Una figura estranea alla tradizione italiana e diversa anche dall'*hospitalist* americano, cioè il medico olista (internista) che gestisce il percorso di diagnosi e cura dentro l'Ospedale plurispecialistico per evitare che gli interventi di diversi specialisti concentrati su alcune patologie del malato finiscano con il perdere di vista l'unitarietà della persona.

Di cura della persona e non della malattia si fa un grande parlare, ma la realtà è del tutto diversa. I malati non sono mai stati soli e disorientati come ora: vagano talora senza riferimenti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale che risulta essere sempre meno amichevole. L'erosione della figura del medico, ossia di quella figura mal governabile che continua ad essere il punto di riferimento del malato e quindi autonoma ed indipendente nella decisione, è la naturale conseguenza della sanità vista come area di invadenza politica, ma anche di spesa pubblica non controllabile. Essa è quindi il risultato di una povertà culturale e morale della nostra dirigenza politica e burocratica, che si manifesta oggi come non mai in tutta la vita del Paese. I guasti di questo atteggiamento sono enormi e ci vorrà comunque molto tempo per sanarli anche qualora si cominciasse a ricostruire sul serio una sanità equa e sostenibile.

In conclusione riteniamo che i rapporti tra i medici dipendenti e il Servizio Sanitario Nazionale vadano ricostruiti e contestualmente vadano ricostruiti i rapporti medico-paziente. Tutto ciò si ottiene ripristinando la dignità sociale e professionale dei medici con misure che ne ricostruiscono la motivazione professionale e abbandonando i fallimentari sistemi usati finora. È un'inversione culturale prima che operativa: non serve demolire la figura del medico, perché ciò provoca nella popolazione uno stato di malessere che oltre a determinare disagio e ansietà, comporta disservizi e costi di gran lunga maggiori di quelli che sarebbero necessari per ripristinare lo status sociale e professionale del medico. ■

* **Ministro della Salute durante la XIV Legislatura, autore della legge contro il fumo**

* **Cruciate retaining versus posterior stabilized bilateral total knee replacements: gait and fluoro analyses. Bove Ga, Berti L, Cenni F, Belvedere C., Leardini A. Bove Gi., Bove F, Giannini S.**

Questo il titolo e gli autori dello studio sperimentale condotto in collaborazione tra INI, Università La Sapienza e Centro Sperimentale di Analisi del Movimento dell'Istituto Rizzoli di Bologna diretto dal Prof. Sandro Giannini. Lo studio, oggetto della tesi di laurea di Gabriele Bove, è stato accettato e presentato alla recente edizione dell'American Academy of Orthopaedic Surgeons. Relatore è stato Gabriele Bove (foto in alto a sinistra)