

Gestione in rete delle fratture da osteoporosi

Fabio Massimo Olivieri

Responsabile Centro per la diagnosi e terapia dell'osteoporosi
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Con l'obiettivo primario di ridurre il rischio di ri-frattura di femore nel paziente anziano affetto da osteoporosi è nato il progetto di una gestione in rete di questi soggetti con il diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale

La frattura di femore è una delle cause più rilevanti di mortalità, di disabilità e di istituzionalizzazione nella popolazione anziana, i cui esiti comportano un rischio di exitus stimabile in circa il 5% in fase acuta e in circa il 25% entro un anno. La disabilità deambulatoria è permanente nel 20% dei casi e più dell'80% dei pazienti non riacquista l'autonomia precedente.

I costi sociali di una frattura di femore sono assai rilevanti e i soli costi diretti legati al ricovero ospedaliero, la cui durata media è la più lunga tra tutte le patologie acute, sono superiori a quelli per infarto miocardico e in Italia pari a più di un miliardo di euro.

Con il progressivo invecchiamento della popolazione è inoltre da attendersi un incremento esponenziale delle fratture di femore: il "life time risk" di frattura del femore nella donna ultracinquantenne, oggi al 17%, aumenterà esponenzialmente dopo i 70 anni. Attualmente il percorso diagnostico terapeutico dell'anziano fratturato di femore prevede il ricovero presso strutture ortopediche per l'intervento chirurgico, mentre non sono previsti interventi di prevenzione generale o procedure diagnostiche terapeutiche per inquadrare e trattare la patologia osteoporotica causa della frattura da fragilità.

Non vi è, inoltre, un'azione sanitaria integrata sul territorio tra medici di medicina generale, Centri di ortopedia e Centri osteoporosi. I pazienti spesso si rivolgono, loro sponte, ai centri specialistici per l'osteoporosi rimanendone poi in carico, mentre il naturale coordinatore del paziente, il medico curante, svolge solo un ruolo gestionale marginale. Si configura, in ultima analisi, un iter gestionale inappropriato, con sovrapposizioni di competenze, senza ottimizzazione degli interventi sanitari e

con spreco di risorse economiche e senza che il paziente sia, come dovuto, al centro del percorso.

Perdipiù le polipatologie e le politerapie tipiche del paziente molto anziano complicano la sua gestione; egli è spesso poco collaborante e assai poco aderente alle terapie croniche come quelle per l'osteoporosi, con conseguente inefficacia delle medesime. Inoltre vanno considerate le interferenze farmacologiche tra i farmaci utilizzati nell'osteoporosi e i numerosi altri presidi assunti da questi pazienti, nonché i differenti effetti farmacologici dello stesso presidio nel grande anziano rispetto all'adulto.

Il progetto

Su queste riflessioni è nata la necessità di introdurre un percorso di gestione del paziente anziano affetto da osteoporosi con frattura - alla dimissione ospedaliera per una recente frattura di femore - con l'obiettivo primario di ridurre il rischio di ri-frattura.

L'Associazione Italiana di Traumatologia e Ortopedia Geriatrica e l'Associazione Interregionale Nord-Est Osteoporosi hanno dato vita a un progetto, attivo dal sito www.aneop.org, che prevede il diretto coinvolgimento dei Centri di ortopedia, dei Centri osteoporosi dedicati alla diagnosi e alla terapia della patologia (e che possono anche coincidere con gli stessi Centri ortopedici se vi è, ivi, competenza ad hoc) e dei medici di medicina generale, tra loro collegati in una rete web specificamente dedicata.

Le ricadute del progetto nelle Regioni e nelle singole Asl sarà una ottimizzazione della gestione delle risorse destinate alla terapia dell'osteoporosi, con riduzione sensibile dei costi per l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie da parte del paziente.

Si avrà anche un'ottimizzazione della gestione del personale sanitario che valorizza la sua specifica competenza (per esempio il medico di medicina generale che vede varie volte all'anno il proprio assistito è la figura più idonea al controllo dell'aderenza alle terapie). Si potranno creare anche dati con la possibilità di disegnare il profilo del rischio di frattura per osteoporosi per ciascun paziente con le comorbidità, il consumo di farmaci associati alla terapia dell'osteoporosi, le spese per l'assistenza domiciliare per la disabilità.

Non da ultimo si potranno istituire percorsi di formazione per gli operatori sanitari sull'appropriatezza diagnostica e terapeutica e sull'ottimizzazione delle risorse professionali con implementazione di linee guida condivise e percorsi di formazione per i pazienti per la prevenzione della frattura da fragilità (assunzione di corretti stili di vita, atteggiamenti posturali corretti, prevenzione della caduta).

BIBLIOGRAFIA

1. Boonen S Autier P Barette M Vanderschueren D Lips P Haentjens P Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: a prospective controlled study. *Osteoporos Int*, 2004; 15:87-94.
2. International Osteoporosis Foundation. Osteoporosis in the European Community: a call for action. IOF, 2002.
3. Piscitelli P et al. Incidence and costs of hip fractures compared to acute myocardial infarction in the Italian population: a 4-year survey. *Osteoporos Int*, 2007; 18:211-219.

Un video di approfondimento è disponibile sul portale www.mdwebtv.it, visualizzabile anche con smartphone/iphone attraverso il presente **QR-Code**

