

LIGURIA

L'ausilio della telemedicina nella riabilitazione dei pazienti affetti da osteoporosi

di **Francesco Bogliolo¹**, **Angelo Raimondo²**
e **Angela Gatta³**

¹Presidente, ²fisiatra, ³ fisioterapista, AlassioSalute,
Centro Medico per le Cure Primarie, Alassio (SV)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato nell'ottobre del 2005 un rapporto, *Preventing chronic diseases: a vital investment*, nel quale sostiene che un'azione globale sulla prevenzione delle malattie croniche potrebbe salvare la vita a 36 milioni di persone che rischiano altrimenti la morte entro il 2015.

Da considerare è anche il notevolissimo impatto economico di queste patologie, calcolando che le malattie cardiovascolari, quelle respiratorie, le malattie osteoarticolari ed il diabete costituiscono l'80% dei costi totali per malattia.

La cura delle cronicità e la prevenzione delle complicanze attraverso la medicina di iniziativa sono una delle maggiori priorità delle cure primarie ed il medico di medicina generale è in prima linea per affrontare questo problema.

Si identifica così un nuovo modo di fare assistenza fondato sulla medicina anticipatoria, sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti a team multidisciplinari che devono lavorare in squadra, attuando percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio e ospedale, con l'obiettivo di

realizzare una rete assistenziale che integri l'assistenza di base con quella ospedaliera per:

1. assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali,
2. facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie,
3. contenere i costi,
4. permettere il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti e delle prestazioni,
5. procedere alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi,
6. migliorare la compliance del paziente.

Per fare ciò non è più sufficiente utilizzare gli strumenti di governo tradizionale, ma è necessario sviluppare meccanismi che ripensino le organizzazioni sanitarie secondo le logiche di condivisione (tra figure professionali diverse in ambito sanitario: *shared care*) e gestione (*disease management*) del processo di cura.

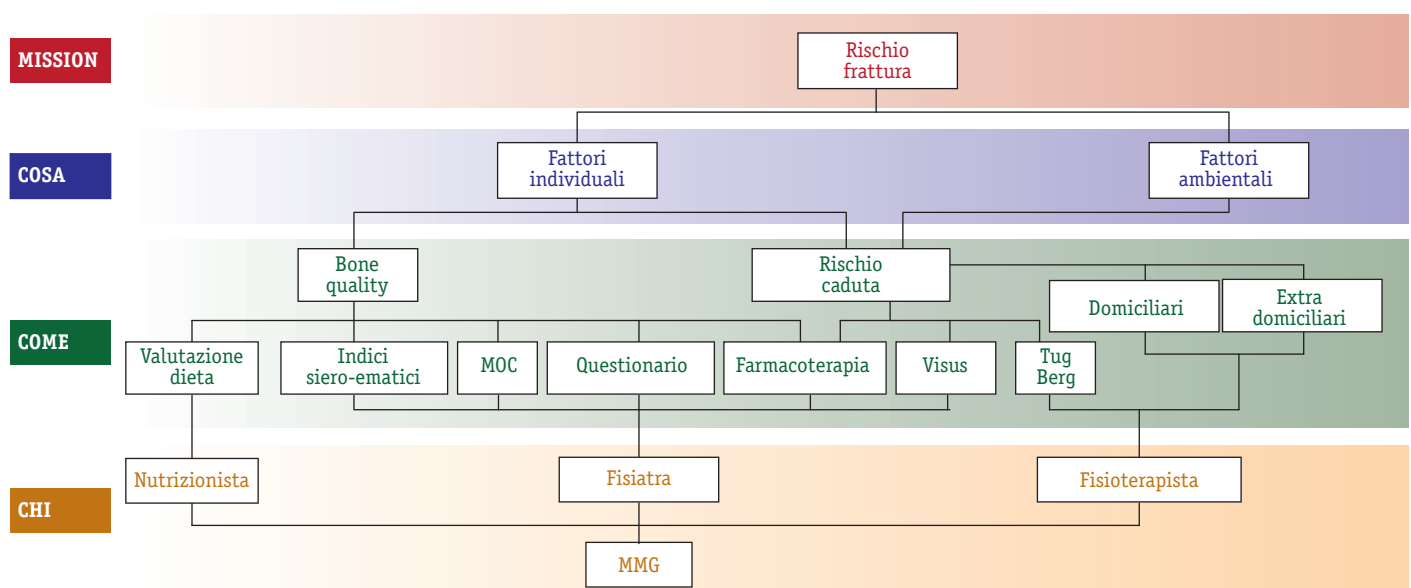
Il *disease management* è un sistema integrato di misurazione di *outcome*, che comporta la cooperazione ed il coordinamento tra i diversi protagonisti del processo di cura fondato sulla raccolta e la condivisione di informazioni.

RAZIONALE DEL PROGETTO

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da una bassa densità minerale ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo. Le ossa diventano quindi più fragili e sono esposte ad un maggior rischio di frattura per traumi anche minimi.

Le fratture costituiscono l'evento clinico più rilevante dell'oste-

Il percorso del progetto Osteoporosi di AlassioSalute



porosi, anche perché interessano con maggiore frequenza il polso, le vertebre ed il femore. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1990 si sono verificate circa 1.700.000 fratture di femore nel mondo; ne sono previste 6.300.000 per il 2050.

La frattura di femore è una delle principali cause di disabilità nel soggetto anziano. In particolare dati recenti la individuano come motivo di incremento di 4 volte della probabilità di limitazioni motorie e di 2 volte di dipendenza funzionale a due anni dall'evento. Inoltre i costi assistenziali in tutte le fasi sono elevati, per la complessità clinica del paziente (frequentemente con un ricco corredo di comorbilità) nella fase ospedaliera, e per la complessità sociofamiliare nella fase postospedaliera, molto spesso con scarsi risultati per il paziente/suoi caregiver (mortalità a 1 anno di circa 12-13%, con punte fino al 30%) e quindi per gli operatori sanitari.

È quindi rilevante sotto ogni punto di vista mettere in campo risorse che riducano il rischio di frattura, soprattutto nei confronti di quella popolazione (le donne >65 anni rappresentano circa il 65% della fratture di femore) più esposta a tale rischio.

Per perseguire efficacemente tale scopo è necessaria una presa in carico globale, che estrinsechi e possibilmente corregga i fattori di rischio, sia individuali sia ambientali, seguendo l'inquadramento classificativo ICF, ovvero lo strumento individuato dalla WHO come il più idoneo per monitorare lo stato di benessere dell'individuo e quindi l'efficienza del sistema welfare che di ciò si occupa.

Lo strumento operativo per questo nuovo modello di assistenza e gestione del paziente cronico è AlassioSalute, una struttura complessa della medicina generale gestita dai medici di medicina generale (MMG), dove si integrano in un lavoro di team professionisti diversi quali medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, personal trainer, dietisti, psicologi. Il centro polifunzionale della medicina generale si fa carico della gestione dei pazienti cronici, tra cui quelli affetti da osteoporosi, implementando un modello di *disease management* e di *shared care*.

È il MMG che ha il polso di quanto 'fragile' sia l'anziano, di quali e quante comorbilità pesino sul suo rischio caduta (valutate tramite la CIRS-G, presenza di terapie farmacologiche correlate al rischio caduta/osteoporosi) e se il suo rischio globale sia condizionato da alterazioni nell'apporto alimentare (presbifagia-disfagia), se sono presenti fattori di rischio della *bone quality* e delle competenze visuo-sensorimotorie, individuando nello specialista della nutrizione, e/o nel team riabilitativo, gli strumenti per la valutazione e la correzione di tali condizioni.

In particolare verrà elaborato un profilo di rischio in relazione all'indicazione all'esecuzione di indagini strumentali (test ematochimici, MOC) e/o all'introduzione della terapia farmacologica; tramite la somministrazione di un questionario e l'esecuzione di compiti a difficoltà crescente (TUG-10 mWT, BERG) verrà saggiata la funzione equilibrio e verranno proposte attività rieducative a gruppi omogenei per abilità.

PERCORSO DEL PROGETTO OSTEOPOROSI

1. Arruolamento pazienti da parte del MMG con lettera di presentazione del progetto.
2. Le pazienti sono prenotate tramite contatto telefonico dal *case manager* (ruolo svolto da un'infermiera professionale) per una prima visita gratuita con il fisiatra presso il nostro Centro.
3. Prima visita fisiatrica per la valutazione del rischio osteoporosi con l'individuazione dell'appartenenza a una delle 4 categorie di rischio e l'indicazione dei relativi interventi:
 - Modesto = correzione dei fattori di rischio
 - Moderato e Elevato = MOC, esami di primo livello (Ves, emocromo, protidogramma, calcemia, fosforemia, fosfatasi alcalina, creatinina, calciuria 24 h)
 - Molto elevato = MOC, esami di primo livello, terapia.
4. Seconda visita fisiatrica: controllo MOC ed esami primo livello.
5. Fisioterapista: tutte le 4 categorie di rischio, visita a gruppi di tre con test di TUG (*time up and go test*) e – se negativo – test di Berg.
6. Indirizzare all'attività di palestra se TUG positivo oppure Berg <40.
7. Palestra: formazione di gruppi di 8-10 pazienti, durata 1 h, attività seguita da fisioterapista per migliorare equilibrio e coordinazione, passaggi posturali, attività aerobica. Tre sedute in 2 settimane di start-up e quarta seduta per test di valutazione comparativa, poi eventuale seduta di mantenimento mensile. Alle pazienti verrà fornito un vademecum di consigli utili e le indicazioni per proseguire l'attività di palestra al proprio domicilio.

AUSILIO DELLA TELEMEDICINA

Con l'ausilio delle nuove tecnologie la casa può diventare un luogo dove la riabilitazione si può svolgere in maniera intensiva e controllata.

La 'teleriabilitazione' permette di fare questo con la possibilità di mantenere un contatto costante con il centro e poter effettuare esercizi con il controllo a distanza. In sostanza, dopo il primo intervento riabilitativo svolto in struttura, il paziente torna a casa e, con l'ausilio di *device* audiovisivi in registrata o in diretta, può applicarsi in esercizi programmati, direttamente controllati dal centro medico.

Inoltre può disporre di un sistema che fa educazione e aggiornamento. In pratica un tutor a distanza sulle attività ginniche e di movimento che il paziente dovrà proseguire, spesso *sine die*, al proprio domicilio. In questo modo si possono seguire e controllare a distanza un numero pressoché illimitato di utenti-pazienti, uniformando le procedure di intervento e, dove necessario, personalizzando gli approcci.