

## RIVALUTAZIONE DELL'OUTCOME: ADL E SOPRAVVIVENZA

G. Pestelli\*, R.M. Rossi\*\*

*\*Direttore Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa Azienda USL Forli*

*\*\*U.O. Medicina Riabilitativa, Azienda USL Forli*

L'osteoporosi rappresenta attualmente uno dei maggiori obiettivi per la salute dell'Unione Europea. La storia naturale di questa malattia trascurata è causa di un numero elevato di fratture femorali e vertebrali. Soltanto una minoranza delle persone affette da osteoporosi sa di esserlo, soprattutto fra le donne solo una su due sa di avere l'osteoporosi, mentre la consapevolezza di tale malattia arriva al 20% tra gli uomini. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che influenza la prevalenza e l'incidenza dell'osteoporosi in Italia come in tutti i Paesi occidentali. Per prevenire il costo sociale della malattia, un notevole contributo è dato dalla messa a punto di attività di promozione alla salute basate sull'evidenza e dalla gestione del livello di accessibilità di terapie specifiche il cui uso si è dimostrato utile a ridurre il numero di fratture e i conseguenti livelli di disabilità e di dipendenza fisica che colpisce numero sempre crescente di persone anziane.

Ogni anno in Italia si hanno più di 50.000 fratture di femore, con una netta prevalenza (circa 3/4) tra le donne. La mortalità entro un anno tra il 10 e il 20%, a seconda dei lavori, con una spesa di circa 800 miliardi per la sola ospedalizzazione.

Si tenga presente, inoltre, che nelle persone anziane queste fratture si accompagnano ad una serie di complicanze che, oltre a compromettere la qualità di vita e il grado di autosufficienza, prolungano la degenza ed i tempi di recupero funzionale (con conseguente aumento dei costi sociali), fino a portare talvolta alla morte del paziente. Anche se l'aumento della mortalità costituisce l'estrema e più drammatica conseguenza della frattura, non debbono essere trascurati i costi collegati e il grave impegno socio-assistenziale per i pazienti divenuti più o meno inabili. Infatti spesso la frattura ha un ruolo indiretto nell'aggravare malattie preesistenti. Nello studio Medos il 14,4% dei pazienti con frattura dell'anca presentava complicanze quali piaghe da decubito, trombosi venosa profonda, infezioni polmonari ed urinarie.

Ne consegue che, quale conseguenza diretta della frattura, un numero consistente dei pazienti più anziani (ultrasettantenni) non sarà più in grado di camminare, compromettendo il grado di autonomia funzionale oltre alla qualità della vita stessa.

Il 10% delle donne con frattura del femore perde anche l'autonomia nella cura quotidiana della persona e di queste, il 19%, avrà bisogno di assistenza domiciliare continua. In un terzo dei pazienti, infine, la perdita di autosufficienza sarà tale da richiedere il ricovero per anziani non autosufficienti.

La maggioranza delle fratture nelle donne anziane sono dovute, almeno in parte, ad una ridotta massa ossea: le fratture legate all'osteoporosi riguardano generalmente la parte prossimale del femore, i corpi vertebrali e la parte distale dell'avambraccio. Le fratture

della parte prossimale del femore, rispetto a quelle relative agli altri siti anatomici, sono quelle che influiscono maggiormente sulla morbilità e sulla mortalità. Le fratture del collo del femore sono anche associate a importante sintomatologia dolorosa, disabilità e incapacità funzionale. Circa la metà dei soggetti che vivono in casa al momento dell'avvenuta frattura del collo del femore evidenzia un deterioramento nel ruolo e nell'attività sociale nell'arco dei successivi due anni e mezzo.

L'aumento dell'incidenza delle fratture di femore, e della conseguente disabilità e mortalità, soprattutto nelle donne, è uno dei maggiori problemi di salute pubblica nei paesi occidentali, per la rilevante richiesta assistenziale e spesa sanitaria conseguenti .

Nella degenza riabilitativa dell'Azienda Usl di Forli negli anni 2000-2001 sono stati ricoverati 81 pazienti per frattura di femore con osteoporosi diagnosticata precedentemente o rilevata al momento .

L'età media è stata di 76,24 anni  
60 femmine , 21 maschi.

Di questi durante il ricovero 4 sono stati ritrasferiti ad un reparto per acuti per sopravvenute complicanze (4.94%), 3 trasferiti in lungodegenza (3.70%),1 trasferito in Casa Protetta (1.23%).

Alla dimissione dalla degenza riabilitativa i pazienti avevano la seguente percentuale di autonomia motoria:

deambulanti con ausili 50 (61.73%)  
deambulanti con assistenza 21 (25.9%)  
non deambulanti 10 (12.34%)

Tutti i pazienti inviati in Degenza Riabilitativa avevano,prima della frattura,una sufficiente autonomia motoria.

Possiamo definire che i pazienti rientrati a domicilio deambulanti con autonomia e/o con l'uso di ausili sono coloro che hanno recuperato appieno l'autonomia delle ADL.

Nella Degenza riabilitativa non abbiamo avuto decessi per questa patologia, giungendo, per ovvi motivi, pazienti selezionati e clinicamente assestati su valori che permettano un trattamento di riabilitazione estensiva.

La frattura di anca riduce la speranza di vita di 1.8 anni o del 25 % rispetto alla popolazione generale di età e sesso corrispondenti e circa il 17% della vita restante e' trascorso in una struttura protetta con un costo vitalizio,negli Stati Uniti ,di 81.300 Dollari pro capite di cui il 44% per spese correlate alle cure mediche o assistenziali.

Studi sistematici condotti secondo i parametri EBM mostrano che:

trattamenti effettuati in ambiente riabilitativo o geriatrico-riabilitativo riducono le complicanze,aumentano il numero di pazienti in grado di rientrare al domicilio,riducono la degenza ospedaliera ed i ricoveri successivi ,non riducono la mortalità.

Laddove si è effettuata una dimissione precoce, seppur protetta, si è, ovviamente, ridotta la degenza,ma aumentato significativamente il numero di pazienti che richiede ricoveri successivi.

Nei programmi di rieducazione a domicilio non si sono verificate differenze significative,rispetto agli altri programmi,sul recupero delle ADL,nella ripresa dell'attività so-

ziale e nel recupero della funzione motoria degli arti inferiori.

Conclusioni: l'invecchiamento della popolazione comporta di per sé un aumento del numero di fratture di circa il 2-3% ogni anno. La ricerca epidemiologica, oltre a fornire dati sulle dimensioni del problema, identifica i soggetti ad alto rischio per i quali interventi di prevenzione sono altamente efficaci anche in termini di economia globale.

La revisione sistematica di quanto fatto fino ad ora nel trattamento e quindi nella verifica dell'outcome delle fratture del collo di femore, mostra che non sempre quanto storicamente fatto è economicamente e funzionalmente ottimale rispetto ad altre tipologie di trattamenti.

Probabilmente, ed è in parte da scoprire proporre e verificare, esiste una giusta miscela di interventi ospedalieri, territoriali, sociali, domiciliari che portano il paziente ad un recupero ottimale, anche se non esiste, in questo come in altri casi, una risoluzione ottimale per tutti.

L'osteoporosi è sotto diagnosticata e sotto trattata, l'osteoporosi non trattata, da un punto di vista farmacologico e preventivo-riabilitativo, comporta problemi clinici, sociali ed economici di portata non trascurabile; si rendono pertanto opportuni programmi di sensibilizzazione ed informazione diretti a medici, malati ed, in generale, a tutti i cittadini.