

Giuseppe Barillà¹, Valentina Mares², Francesca Olivier³

¹ Coordinatore Scientifico UTAP Longaronese-Zoldo, ² Medico tirocinante Scuola Medicina Generale Regione Veneto, ³ Infermiera Professionale UTAP Longaronese-Zoldo

In collaborazione con i medici dell'UTAP Longaronese-Zoldo:
G.P. Andrisani, P. Callegari, M.A. Cassol, A. Chreyha, A.G. Santin, L. Spaggiari, M. Zoppas

Possibile screening di popolazione in una medicina di gruppo integrata/UTAP Individuazione di pazienti a rischio di osteopenia/osteoporosi ancora asintomatiche

Scoprire l'osteoporosi, prevenire le fratture

La Medicina Generale è chiamata a una riorganizzazione che prevede ambulatori dove i medici lavorino in gruppo, supportati da personale di segreteria e infermieristico. Questo permetterà sempre più spesso di rivalutare la propria attività attraverso processi di audit, così come di sviluppare azioni di screening o di prevenzione sulla popolazione afferente la struttura.

Non solo. La presenza del personale renderà infatti possibile anche l'uso di strumenti più complessi che perfezionano l'attività diagnostica del medico. In questo lavoro gli Autori illustrano un esempio di come ciò sia possibile tramite un'organizzazione abbastanza semplice e un carico di lavoro tutto sommato limitato.

Nell'ambito dell'osteoporosi l'obiettivo del medico di medicina generale (MMG) è di prevenire le fratture, di cui essa è uno dei principali fattori di rischio (FDR). Non dobbiamo dimenticare però che proprio il MMG ha l'opportunità di conoscere anche gli altri FDR di frattura e quindi verificare il rischio personale della paziente e decidere quando sia il caso di richiedere una DXA.

È importante perciò valutare non solo l'età delle pazienti, ma il BMI, le precedenti fratture, la familiarità per frattura, l'abitudine al fumo, la menopausa precoce e tutte le malattie causa di osteoporosi secondaria. Un'analisi preliminare di questi fattori permetterà anche di indirizzare le donne all'esame densitometrico in presenza dei criteri LEA, appositamente studiati per favorire l'esame nelle persone maggiormente a rischio. Non dimentichiamo poi che l'incidenza delle fratture è strettamente proporzionale all'età e quindi un'appropriatezza diagnostica va effettuata a livello femorale anche nelle donne anziane, dove tra l'altro la Medicina Generale è più carente nella prescrizione della DXA.

Sicuramente l'uso del densitometro a US nell'ambito di una UTAP potrebbe facilitare la diagnosi nelle persone a rischio e rendere ancora più appropriato l'invio alla DXA delle persone a rischio di frattura, per una diagnosi certa di osteoporosi e anche in vista di una eventuale decisione terapeutica, visto che la Nota 79 rende necessaria la valutazione del T-score.

Da anni come SIMG combattiamo il concetto di uso della DXA come screening e in questo senso la carta del rischio FRAX ha sicuramente facilitato la nostra appropriatezza nel richiedere l'esame a chi effettivamente sia a rischio di frattura. In questo modo sarà molto più probabile ottenere meno diagnosi di osteopenia, al contrario di quello che è successo nel progetto descritto, essendo le donne non selezionate.

In questo senso speriamo anche, in un prossimo futuro, di poter usare un sistema interno al nostro software gestionale che calcoli automaticamente il rischio delle nostre pazienti.

Raffaella Michieli
Responsabile Nazionale Area Salute della Donna, SIMG

Premessa

L'invito a partecipare a un incontro di aggiornamento sull'osteoporosi, con presentazione di un densitometro calcaneare a ultrasuoni, e l'opportunità di avere tale strumento in comodato d'uso per pochi giorni ci hanno fatto venire in mente la possibilità di studiare una popolazione significativa di donne afferenti alla nostra UTAP per evidenziare se i nostri comportamenti di presa in carico nei confronti di questa patologia fossero congrui.

L'uso di uno strumento a ultrasuoni calcaneare, di costo contenuto, potrebbe far parte dello strumentario avanzato di una medicina di gruppo integrata/UTAP, in quanto di facile utilizzo, con tempi di esecuzione dell'esame piuttosto brevi e senza controindicazioni né rischi biologici per pazienti e operatori.

Obiettivi

Il nostro gruppo si proponeva di:

- verificare l'attenzione di medici e pazienti al problema osteoporosi valutando la percentuale di donne che si sono sottoposte a controllo con DXA negli ultimi 5 anni;
- verificare l'adesione delle pazienti di una certa fascia di età ai controlli periodici per evidenziare o seguire la patologia osteoporotica;
- verificare la fattibilità di uno screening per l'osteoporosi mediante l'utilizzo del densitometro calcaneare SAHARA;
- verificare la prevalenza della patologia osteoporotica nella popolazione di donne che non hanno richiesto o alle quali non è stato proposto un controllo densitometrico negli ultimi 5 anni;
- valutare il gradimento da parte delle pazienti dell'iniziativa dei medici UTAP.

Materiale e metodi

L'UTAP Longaronese-Zoldo è costituita da 8 medici di medicina generale (MMG) dei quali uno Tutor per il Corso di Formazione in Medicina Generale.

Abbiamo individuato in un'infermiera dell'UTAP e in un medico tirocinante per la Scuola di Formazione in Medicina Generale, frequentante il medico Tutor, le persone che si sarebbero occupate del progetto.

È stato utilizzato un densitometro a ultrasuoni portatile HOLOGIC SAHARA fornito dalla ditta TECHNOLOGIC S.r.l. Lo strumento è stato validato utilizzando apparecchiature MOC a raggi X.

Tale apparecchio misura la trasmissione delle onde sonore in alta frequenza (ultrasuoni) attraverso il calcagno. Da questa misurazione sono determinati simultaneamente 5 parametri:

- **BMD** (densità minerale ossea) espressa in g/cm^2 ;
- **SOS** (velocità del suono) espressa in m/sec il cui valore è direttamente proporzionale all'elasticità del tessuto corticale;
- **BUA** (banda di attenuazione degli ultrasuoni) espressa in Db/MHz il cui valore è direttamente proporzionale alla densità del tessuto trabecolare;
- **QUI** (indice quantitativo degli ultrasuoni) ottenuto dalla combinazione di SOS e BUA correlati all'età della paziente. Un osso sano ha un più elevato valore di QUI rispetto a un osso osteoporotico;
- **T-score** (deviazione standard del paziente rispetto al picco di massa ossea) v.n. > -1 ; osteopenia $< -1,1$ e $> -2,5$; osteoporosi $< -2,5$.
- **Z-score** (deviazioni standard del paziente rispetto ai pari età sani).

Sono state estratte dal database dell'UTAP, con l'accordo di tutti i medici, le pazienti di età compresa tra 55 e 69 anni, in totale 1.036. Tra queste sono state individuate quelle che per qualunque motivo non avevano eseguito una densitometria DXA negli ultimi cinque anni, in totale 893 (Fig. 1). Poiché il densitometro calcaneare SAHARA era a nostra disposizione solo per pochi giorni, abbiamo ristretto il campione da esaminare a dieci pazienti più tre riserve per ciascun medico dell'UTAP, circa il 10% degli elegibili, selezionandole in maniera random dall'elenco suddetto.

Il medico e l'infermiera sono stati formati all'uso del densitometro calcaneare e all'emissione della refertazione dalla ditta concessionaria dello strumento.

Le pazienti selezionate sono state contattate telefonicamente dall'infermiera, che ha spiegato loro il progetto, le ha invitate a partecipare e, acquisito il consenso, ha fissato loro un appuntamento in UTAP. L'adesione è stata raggiunta nella totalità dei casi

con l'aggiunta di una riserva che era stata contattata per un dubbio di partecipazione espressa dalla titolare e che comunque è stata ammessa allo studio.

Dopo l'esame è stato rilasciato un referto scritto a ogni paziente con allegata una breve illustrazione dei valori di riferimento e dei criteri interpretativi a uso del loro MMG.

Analisi dei risultati

Fattibilità

Tempi richiesti per lo studio:

- 3' circa per ogni paziente per la convocazione telefonica e le spiegazioni con messaggio sintetico precompilato.
- 10' a paziente per acquisizione dati personali, esecuzione esame e stampa refertazione.

Costi correnti:

- costo per la telefonata.
- carta per la refertazione (un foglio A4 per paziente) e l'inchiostro per la stampa.
- costo del personale, che nello specifico era costituito da un medico e un'infermiera; lo strumento, comunque, permetterebbe anche la gestione in singolo.

Il campione

FIGURA 1.

Donne tra i 55 e i 69 anni pazienti UTAP (analisi degli ultimi 5 anni).

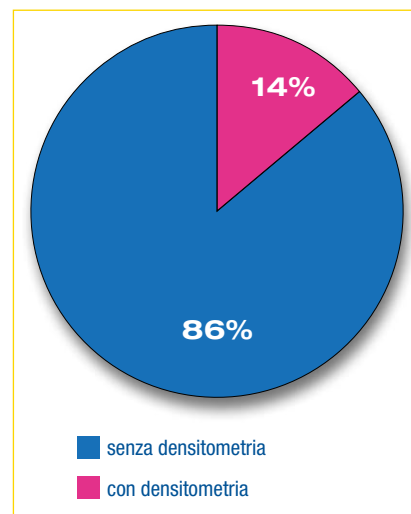


FIGURA 2.

Campione di Longarone: donne tra 55 e i 69 anni che non hanno mai fatto densitometrie negli ultimi 5 anni.

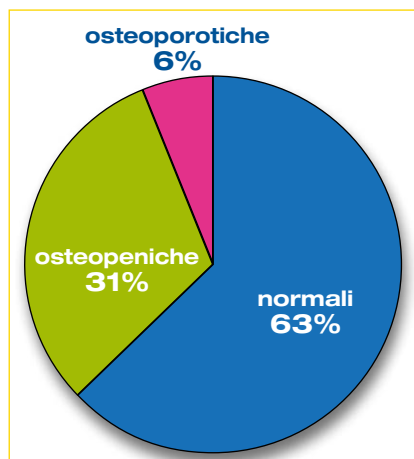


FIGURA 3.

Campione di Zoldo: donne tra 55 e i 69 anni che non hanno mai fatto densitometrie negli ultimi 5 anni.

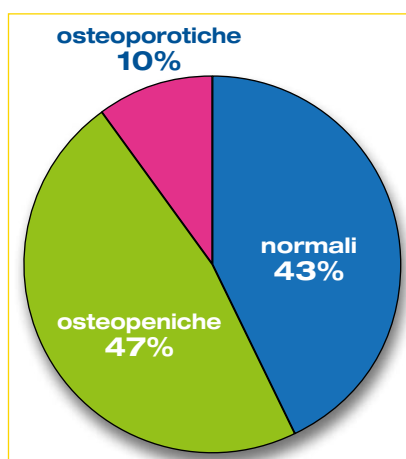
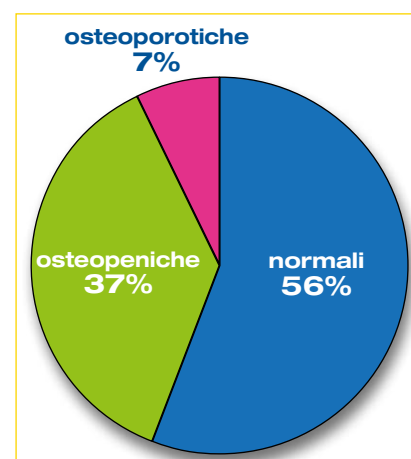


FIGURA 4.

Campione complessivo di donne tra 55 e i 69 anni che non hanno mai fatto densitometrie negli ultimi 5 anni.



Prevalenza

Le pazienti residenti nell'area del Longarone (Fig. 2) hanno presentato una prevalenza di valori di T-score normali (63%), solo il 6% del campione risultava francamente osteoporotico e il 31% aveva una franca osteopenia.

Nel territorio di Zoldo (Fig. 3) invece la prevalenza delle donne normali era significativamente più bassa (43%), mentre prevalevano le donne con valore di T-score francamente osteopeniche (47%); le donne già osteoporotiche erano il 10%.

I dati complessivi riferiti a tutto il territorio dell'UTAP (Fig. 4) mostrano una prevalenza di soggetti normali (56%), ma sono sfuggite al controllo il 7% di donne francamente osteoporotiche e il 37% ancora osteopeniche.

- Il **gradimento** è stato testato dagli operatori durante il colloquio in occasione dell'esame. La registrazione ha permesso di evidenziare il 100% di gradimento nelle donne intervistate anche se con motivazioni variegate:
 - a. comodità dell'esame,
 - b. gratuità,
 - c. effettuazione in prossimità del loro domicilio,

- d. motivazione a effettuare un controllo poco usuale per alcune,
- e. riconoscenza per aver individuato uno stato di malattia ancora misconosciuta perché asintomatica.

Conclusioni

La possibilità di dotare le medicine di gruppo integrate/UTAP di strumentazioni diagnostiche di II livello, di basso costo di gestione e di facile uso stimolerebbe senz'altro la medicina d'iniziativa. I risultati ottenuti hanno permesso di evidenziare come i comportamenti dei medici di presa in carico dei soggetti a potenziale rischio di osteoporosi sottostimino il problema.

Pur con i limiti diagnostici che i densitometri a ultrasuoni presentano rispetto alla DXA, sicuramente le modalità con le quali è stato impostato lo studio hanno permesso un veloce reclutamento e una altrettanto veloce esecuzione del programma di screening. La disponibilità dello strumento, di locali idonei e di uno dei medici UTAP dedicato potrebbero permettere di mantenere una valutazione costante e distribuita nel lungo

periodo per l'individuazione e il controllo dei soggetti a rischio superando anche i limiti che i LEA stabiliscono per questo tipo di indagine.

Bibliografia

- Grapp S, et al. *Comparisons of noninvasive bone mineral measurements in assessing age-related loss, fracture discrimination, and diagnostic classification*. J Bone and Miner Res 1997;12:697-711.
- Kanis J, et al. *Osteoporosis Int*. 1994; 4:368-381.
- Bauer DC, et al. *Broadband ultrasound attenuation predicts fractures strongly and independently of densitometry in older women*. Archives of International Medicine 1997; 157:629-33.
- Floter M, et al. *Review of comparative studies between bone densitometry and quantitative ultrasound of the calcaneus in osteoporosis*. Acta Reumatol Port 2011;36:327-35.
- Kruger MC, et al. *Bone health comparison in seven Asian countries using calcaneal ultrasound*. BMC Musculoskeletal Disord 2013;14:81.
- van den Bergh JP, et al. *Ultrasound measurement of calcaneus: a promising method for prediction of osteoporotic fractures*. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1105-9.