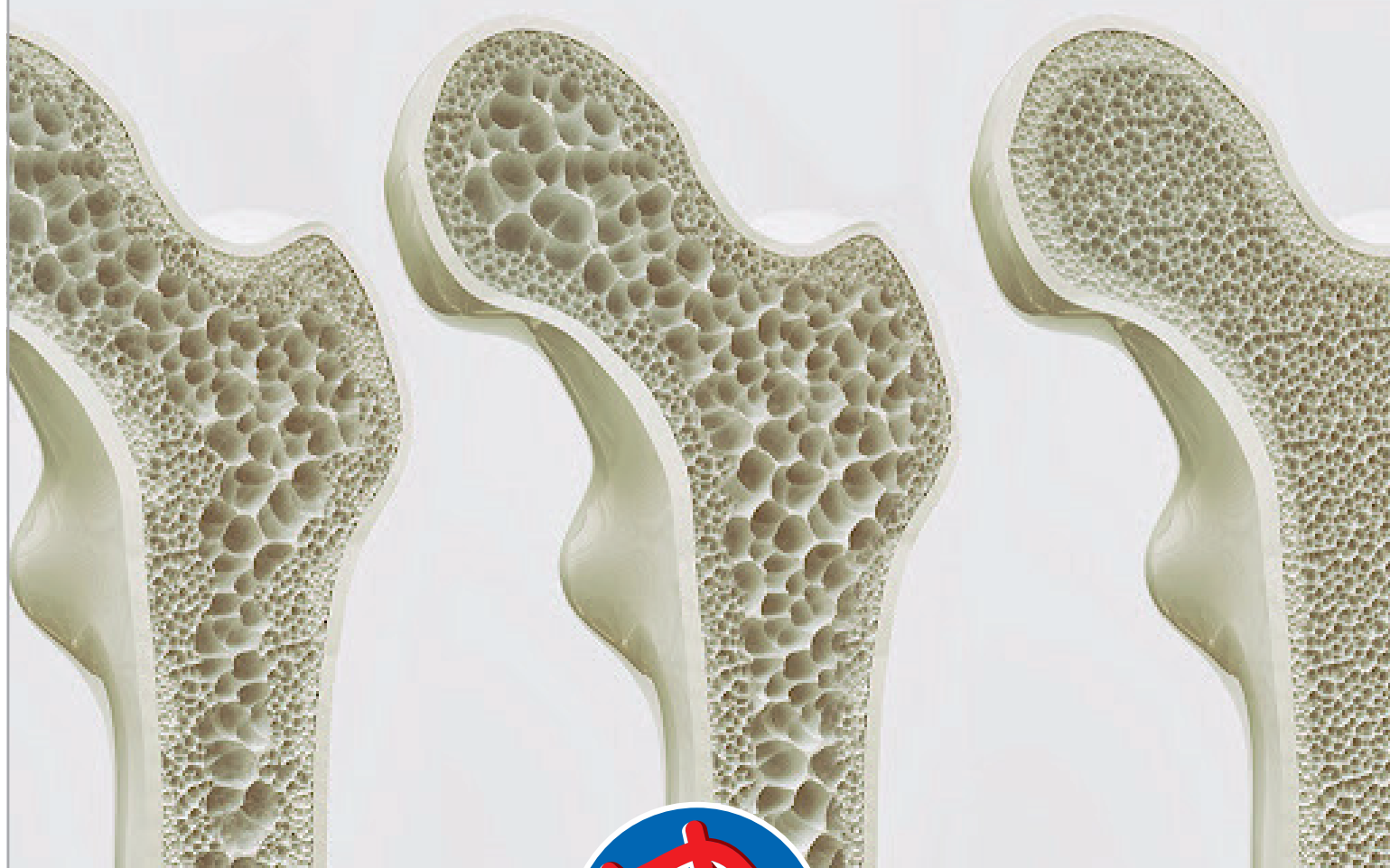


Monitoraggio fratture da fragilità ossea

2° Report | 2021



II REPORT MONITORAGGIO FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA
DI CITTADINANZATTIVA

A cura di Tiziana Nicoletti

Dicembre 2021

INDICE

Introduzione	3
1. Nota metodologica	9
2. Monitoraggio delle dimensioni delle Fratture da Fragilità 2020	11
2.1. Quanto ne sanno i cittadini delle fratture da fragilità	11
2.2. Cosa racconta chi ha già avuto fratture da fragilità	12
2.3. Cosa ci riferiscono i medici di medicina generale?	12
3. Il Monitoraggio delle dimensioni delle Fratture da Fragilità	13
3.1. I dati del monitoraggio rivolto agli specialisti	13
3.2. I dati del monitoraggio rivolto ai rappresentanti delle regioni	40
4. Conclusioni	48
5. Ringraziamenti	50

Introduzione

Le fratture da fragilità (FF), ovvero le fratture che insorgono spontaneamente o per traumi di lieve entità, innocui per la maggior parte della popolazione, costituiscono un attuale problema di salute pubblica di proporzioni sempre crescenti.

Dopo i 50 anni, più del 30% delle donne e del 20% degli uomini presenterà una FF nel corso della propria vita a causa di una ridotta resistenza ossea, per un'alterata quantità e qualità del tessuto scheletrico. Individui che abbiano presentato una FF hanno una maggiore probabilità di ri-frattura soprattutto nel breve, ma anche nel medio e lungo termine, con un previsto deterioramento della qualità di vita e un aumento di morbidità e mortalità.

L'identificazione di soggetti con recente FF ad alto rischio di frattura ed il conseguente avvio a specifici programmi terapeutici per la prevenzione secondaria delle ri-fratture sono essenziali ai fini del contenimento del problema, sia a livello del singolo che della collettività, in particolare per la sostenibilità economica da parte del sistema sanitario.

In Italia, a fronte di una spesa annuale per la gestione delle FF di circa 9,4 miliardi di euro, solo 514 milioni vengono impiegati per la prevenzione primaria e secondaria delle FF (Rapporto OsMed relativo all'anno 2017). Il trend delle FF è in continuo aumento nel mondo. In Italia, da proiezioni in base ai dati pregressi, si stima che, in assenza dell'adozione di contromisure efficaci, entro il 2030, il numero delle FF aumenterà del 22,4%, con una previsione di spesa sanitaria per la gestione delle stesse di 11,9 miliardi.

È stato dimostrato, da pregresse esperienze, che programmi di prevenzione primaria delle FF, ovvero riguardanti soggetti con osteoporosi non ancora complicata da FF, sono di difficile attuazione a livello di popolazione generale, anche se auspicabili e da tempo promossi a vari gradi; programmi di prevenzione secondaria delle FF, al contrario, possono essere intrapresi entro percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) a partire da una più facile identificazione e trattamento dei soggetti ad alto rischio di frattura, come coloro che hanno già subito una FF, da parte di varie figure del personale sanitario coordinate tra loro.

La prevenzione delle FF fa parte di quelle priorità già da tempo identificate dal Ministero della Salute: Nel 2010 nel Quaderno del Ministero della Salute “Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità” erano stati fissati precisi obiettivi di prevenzione primaria e secondaria delle FF da realizzare nell’ambito del SSN.

La prevenzione primaria delle FF consiste sostanzialmente nel mettere in pratica misure per prevenire o limitare il rischio di prime o nuove fratture; essa si basa sulla modificazione dei fattori di rischio: alimentazione scorretta, scarsa attività fisica, non adeguato apporto di calcio dalla dieta, fumo di sigaretta, abuso di alcool, fattori di rischio ambientale per le cadute. La modificazione di questi fattori di rischio è raccomandata a tutti i soggetti.

Gli interventi non farmacologici sono gli stessi sia nella prevenzione primaria sia in quella secondaria: una dieta adeguata, con un corretto apporto di vitamina D e un apporto equilibrato di proteine, carboidrati e grassi può essere utile per raggiungere, anche in giovane età una massa ossea di picco ottimale. Qualora le modifiche dello stile di vita non fossero sufficienti, il medico saprà consigliare una terapia farmacologica mirata.

È fondamentale una buona comunicazione tra operatori sanitari e pazienti che, se possibile, dovrebbe essere supportata da informazioni *evidence based*, scritte su misura per le esigenze del paziente; è inoltre essenziale il coinvolgimento della famiglia e degli accompagnatori, a cui andrebbero forniti il supporto e le informazioni necessarie. La valutazione e le informazioni che i pazienti ricevono, dovrebbero essere appropriate al loro livello di conoscenze e spiegate anche tenendo conto di eventuali bisogni personali e/o clinici aggiuntivi. Se il paziente è d'accordo, le famiglie e gli assistenti dovrebbero avere l'opportunità di essere coinvolti nelle decisioni sul trattamento e la cura.

Stessa importanza assume la prevenzione secondaria per cui, dopo una frattura di fragilità è importante attuare un intervento diagnostico e terapeutico atto a prevenirne una successiva, predisponendo una prevenzione secondaria personalizzata a seconda delle esigenze del paziente. Il trattamento deve essere tempestivo e adeguato, al fine di raggiungere il massimo livello di efficacia possibile e ottenere un incremento delle possibilità di ripresa del paziente e della funzionalità della zona lesa, con un ritorno all'autonomia pre-frattura. Lunghe attese per l'intervento corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, così

come ritardare le terapie in un paziente fratturato, comporta il rischio di una seconda frattura.

Il primo passo è quindi quello di riconoscere velocemente il problema e non trascurare sintomatologie sospette. In una corretta prevenzione secondaria si pensa innanzitutto a correggere gli eventuali fattori di rischio modificabili, come la sospensione del fumo, promuovere una maggiore attività fisica, rimuovere errori alimentari e correggere un eventuale deficit di calcio o vitamina D.

Il paziente, dopo una frattura, deve essere ben consapevole che lo stile di vita adeguato e l'assunzione dei farmaci sono tra i fattori imprescindibili per il miglioramento della condizione clinica e, a questo scopo, il professionista sanitario svolge un ruolo basilare, perché deve essere in grado di far comprendere al paziente, che è il protagonista principale, che per avere uno stile di vita migliore e migliorabile deve mettere in atto tutti i suggerimenti e le indicazioni del medico. Medico e paziente devono diventare complici nel percorso di cura. È una responsabilità del medico assicurarsi che il paziente abbia recepito l'importanza di dover adottare un adeguato stile di vita e di seguire la terapia farmacologica consigliata. Tali obiettivi non sono stati raggiunti.

Su questi temi Cittadinanzattiva è presente e impegnata da tempo, anche con la partecipazione dinamica e convinta alla Coalizione FRAME-FRATTURE DA FRAGILITÀ', una coalizione di cittadini, clinici, ricercatori e ordini professionali, che ha l'obiettivo di tutelare il diritto alla salute proprio delle persone colpite da fratture da fragilità e dei loro famigliari.

Ecco perché Cittadinanzattiva, grazie al contributo di un comitato di scrittura, associazioni di pazienti e società scientifiche, **ha realizzato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale** per la gestione della persona con frattura da fragilità¹. Il percorso delineato ha come obiettivo quello di pervenire ad una diagnosi precoce, fare in modo che le fratture da fragilità ossea vengano identificate in maniera appropriata e al momento giusto, con un codice identificativo, fare in modo che vi sia una effettiva presa in carico del paziente, con la collaborazione e il coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nell'intero percorso. Per il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento della qualità acquisita ognuno deve fare la sua parte, favorire e potenziare la continuità assistenziale, coinvolgere e informare il paziente rispetto ad uno stile di vita sano e una costante aderenza terapeutica, sia

¹ https://www.cittadinanzattiva.it/files/comunicati/salute/PDTA_FRAGILITA_OSSEA_DEFINITIVO_compressed.pdf

farmacologica che riabilitativa. Paziente e operatore sanitario devono camminare fianco a fianco, con un continuum di informazioni e una reciproca comunicazione durante tutto il percorso, così da garantire un lavoro in sinergia.

Per capire l'effettiva gestione delle fratture da fragilità ossea e le eventuali criticità su cui intervenire, Cittadinanzattiva ha effettuato una prima indagine online. Le regioni interessate sono state Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia, e il monitoraggio ha previsto la somministrazione di tre questionari: uno per i cittadini, uno per i medici di famiglia e uno per i referenti amministrativi regionali, con l'obiettivo di coinvolgere in modo sempre più vasto e radicato le istituzioni regionali e centrali e la classe politica, per giungere alla formulazione di proposte condivise, che potranno tradursi in azioni concrete a favore dei pazienti e, grazie al PDTA delineato, potranno fare in modo che il paziente abbia un percorso di gestione e presa in carico uniforme su tutto il territorio.²

Dopo il rapporto realizzato nel 2020, Cittadinanzattiva ha lanciato nel luglio 2021 il secondo monitoraggio sulle fratture da fragilità ossea.

Le regioni interessate sono dodici: Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana e Veneto.

Il monitoraggio, realizzato grazie al contributo non condizionato di UCB, vede coinvolti i referenti amministrativi regionali e i medici specialisti che quotidianamente devono curare e prendere in carico il paziente con frattura da fragilità ossea, e ha lo scopo di evidenziare best practices o criticità circa la gestione e presa in carico di persone con tale patologia.

I temi trattati sono: i sistemi di monitoraggio, l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure, la gestione della "nuova normalità" delle fratture da fragilità, il grado di applicazione del PDTA, i sistemi di monitoraggio delle fratture e la gestione della multidisciplinarietà.

² https://www.cittadinanzattiva.it/files/progetti/salute/FRATTURE_DA_FRAGILITA_OSSEA_DEFINITIVO_compressed.pdf

Gli obiettivi principali sono: produrre dati ed evidenze che restituiscano una fotografia della situazione a livello regionale, sensibilizzare a livello territoriale sul tema delle fragilità ossea, misurare il gap tra quanto delineato nel PDTA e ciò che accade nella realtà.

La sfida consiste nell'implementare nuovi modelli di cura e assistenza per cambiare in meglio le condizioni e la qualità di vita del paziente, nell'ottimizzare i costi, attraverso il perfezionamento delle azioni in grado di incidere sulla diagnosi e sulla prevenzione secondaria, che è finalizzata a ridurre il rischio di altre fratture nei due anni successivi, nell'agire sui fattori di rischio e assicurare l'effettiva presa in carico del paziente, unitamente alla maggiore integrazione e interazione dei servizi e delle prestazioni per la continuità assistenziale.

Il paziente non va abbandonato ma bisogna migliorarne la gestione sul territorio con un'assistenza multidisciplinare che coinvolga tutti i soggetti interessati.

Infine, ma non per importanza, allo scopo di offrire un chiaro punto di riferimento ai tanti operatori sanitari che operano in questo ambito, l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato il 21 ottobre 2021, all'interno del suo Sistema di Linee Guida Nazionali, il documento **“Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle Fratture da Fragilità”**, le prime linee guida nell'ambito delle fratture da fragilità del nostro Paese, alla cui realizzazione ha partecipato anche Cittadinanzattiva insieme a società scientifiche, ordini professionali e associazioni di pazienti coordinate dal professor Giovanni Corrao, professore ordinario di statistica medica presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

L'Italia è il primo paese al mondo a pubblicare le prime linee guida nell'ambito delle fratture da fragilità, grazie ad un lavoro durato quasi due anni³.

Finalmente sarà più facile identificare e gestire le fratture da fragilità, priorità già sottolineata all'interno del PDTA realizzato da Cittadinanzattiva.

L'obiettivo del progetto lanciato da Cittadinanzattiva, e giunto nel 2021 alla sua seconda annualità, prevede un percorso di cura per le fratture da fragilità atto a migliorare la qualità ed efficienza delle cure, allo scopo di garantire terapie appropriate per il maggior numero di pazienti con fragilità ossea.

³ <https://osservatoriofratture.it/fratture-da-fragilita-sara-piu-facile-la-loro-identificazione-e-gestione/>

L'intento è di agire sull'appropriatezza degli interventi, attraverso la definizione del percorso sia di tipo terapeutico che assistenziale, riorganizzando e rendendo omogeneo l'impatto clinico, organizzativo ed economico, in modo da contribuire a incrementare e, soprattutto, migliorare la presa in carico del paziente con fragilità ossea e la continuità delle cure e, rendere così il SSN più sostenibile, attraverso una razionalizzazione dell'offerta e l'eliminazione delle disuguaglianze rispetto alle cure, subite dai cittadini sull'intero territorio nazionale.

1. Nota metodologica

L'indagine, svolta da Cittadinanzattiva a partire dal 6 luglio 2021 fino al 10 novembre 2021, è inserita nell'ambito del progetto "fratture da fragilità - percorso di cura integrato".

La presente pubblicazione persegue l'intento di fornire una panoramica aggiornata relativa alla presa in carico del paziente con fragilità ossea e non ha carattere esaustivo né valore statistico, ma rappresenta il punto di vista civico dei cittadini.

L'iniziativa prende il via da due questionari, uno rivolto ai medici specialisti che quotidianamente si trovano a dover curare e gestire pazienti con frattura da fragilità, per mettere in evidenza eventuali punti deboli della gestione del paziente e mettere in campo azioni condivise per migliorarne la qualità della vita e offrire la migliore assistenza; il secondo questionario è destinato alle regioni, per dimensionare qualitativamente il fenomeno e le risposte che il SSN e le Regioni offrono in termini di assistenza sanitaria, per capire l'effettiva gestione delle fratture da fragilità ossea e le eventuali criticità su cui intervenire. Le regioni interessate dal monitoraggio sono le seguenti: Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana e Veneto.

I dati raccolti saranno trattati in forma anonima nel rispetto delle norme sulla privacy e della nostra policy.

In primo luogo, è stato necessario individuare e circoscrivere gli ambiti entro cui effettuare la ricerca, tenendo ben presente la finalità, e cioè verificare la presa in carico del paziente con fragilità ossea nelle dodici regioni individuate, cercando di rispondere a requisiti di completezza ed esaustività, senza trascurare la sintesi, la fruibilità e il pronto utilizzo ai fini della pubblicazione.

I questionari giunti alla nostra piattaforma online e che hanno visto il coinvolgimento di 12 regioni sono 280. Il medico specialista è un attore molto importante di tutto il percorso, il suo punto di vista è di fondamentale importanza perché permette di mettere in evidenza eventuali punti deboli della gestione del paziente con frattura da fragilità e di introdurre azioni condivise per migliorare la qualità di vita dei pazienti e offrire la migliore assistenza.

Per quanto riguarda le regioni interessate, dobbiamo segnalare che abbiamo cercato di

raccogliere il punto di vista delle istituzioni regionali delle suddette dodici regioni.

Le regioni che non hanno partecipato alla rilevazione del fenomeno nel 2021 sono: Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, e Veneto.

Ci teniamo a ricordare che Lazio e Puglia sono le uniche due regioni che hanno partecipato alla rilevazione del 2020.

2. Monitoraggio delle dimensioni delle Fratture da Fragilità 2020

Per portare avanti il nostro impegno volto a garantire un percorso definito e unitario ai pazienti con fragilità ossea, abbiamo cercato di delineare e monitorare le dimensioni delle fratture da fragilità partendo da sei regioni: Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia, per capire l'effettiva gestione delle fratture da fragilità ossea, evidenziare eventuali criticità, individuare azioni di intervento e, soprattutto fare in modo che le regioni possano adottare e far attuare il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale per la gestione della persona con Fratture da Fragilità.

Riportiamo la sintesi dei principali risultati del monitoraggio che ha evidenziato quanto segue:

2.1 Quanto ne sanno i cittadini delle fratture da fragilità

Il **67,2%** dei rispondenti fra i cittadini è affetto da almeno una patologia cronica. Il **38,7%** ha ricevuto informazioni sulle fratture da fragilità ossea e le ha ricevute: dal medico specialista per il 61,9%; il 33,5% dal medico di medicina generale; il 29,4% da programmi televisivi; il 28,4% da associazioni; il 25,9% da internet; 23,9% da campagne della sanità regionale; tramite conoscenti il 7,1%.

Ben l'84,5% afferma che le fratture da fragilità ossea possono colpire sia donne che uomini ma principalmente a partire dai 50 anni. Il 92,9% riconosce l'osteoporosi come prima causa di fragilità delle ossa; il 53% la attribuisce all'età; il 49,3% all'essere affetti da una o più patologie croniche; il 45% all'assunzione di farmaci; il 25,7% ad un fattore ereditario; il 17,9% al genere maschile o femminile.

L'82,5% di coloro che hanno partecipato al monitoraggio è consapevole che è **possibile prevenire, ritardare o ridurre il rischio di fratture. Come?** Per l'87,4% grazie all'attività fisica; l'86,2% ritiene utile assumere vitamina D; il 71,7% segnala l'alimentazione sana come un utile alleato; il 63,8% con assunzione di calcio; il 50,5% dice che bisogna evitare fumo e bevande alcoliche; il 31% afferma che può servire allo scopo l'assunzione di farmaci specifici; il 17,6% vede nella riabilitazione un buon contributo per prevenire, ritardare o ridurre il rischio di fratture.

Per il 77,6% dei rispondenti la **riabilitazione** può essere utile per migliorare la salute dell'apparato muscoloscheletrico; per il 63,7% può migliorare la qualità di vita; per il 48,9% può prevenire o limitare la disabilità; per il 40,3% può ridurre il rischio di cadute.

2.2 Cosa racconta chi ha già avuto fratture da fragilità

Il **16,3%** di coloro che hanno partecipato al monitoraggio ha avuto una frattura dovuta alla fragilità ossea. Il **31,3%** delle persone ci informa che la frattura è stata trattata al pronto soccorso; il **25,3%** riferisce che è stata trattata al pronto soccorso dove è stato programmato un ricovero per intervento; il **16,9%** comunica che la frattura è stata trattata al pronto soccorso dove il personale ha effettuato/consigliato il consulto con uno specialista; il **6%** ha ricevuto indicazioni di rivolgersi al proprio medico per approfondimenti.

Durante la permanenza al pronto soccorso è stata prescritta, per il 55,4% dei rispondenti, una **terapia farmacologica**, oltre la vitamina D, per rafforzare le ossa, nessuna terapia per il **27,7%** e il **16,9%** ci riferisce che stava già facendo una terapia per la fragilità delle ossa. È stata prescritta una terapia riabilitativa dopo la frattura nel **57,8%** dei casi, ma tutti i pazienti che hanno ottenuto tale prescrizione hanno riscontrato difficoltà burocratiche nel far attivare la riabilitazione prescritta.

Il 77% ritiene che la **telemedicina** sia un valido strumento per restare in contatto con i medici e che possa ridurre gli accessi in ospedale per un paziente da considerarsi fragile.

2.3 Cosa ci riferiscono i medici di medicina generale?

A conferma dei dati, i medici di medicina generale riconoscono che le fratture da fragilità ossea costituiscono un problema di gestione sanitaria di grandi proporzioni, destinato ad aumentare. I medici confermano l'opportunità di assegnare al paziente con frattura da fragilità ossea, un codice al momento della dimissione dal reparto di emergenza-urgenza o reparto ospedaliero chirurgico, in quanto sarà d'aiuto nella gestione delle fasi successive. Il paziente deve essere indirizzato ad uno specialista, con il quale occorre piena interazione, soprattutto nell'ottica di un approccio multidisciplinare.

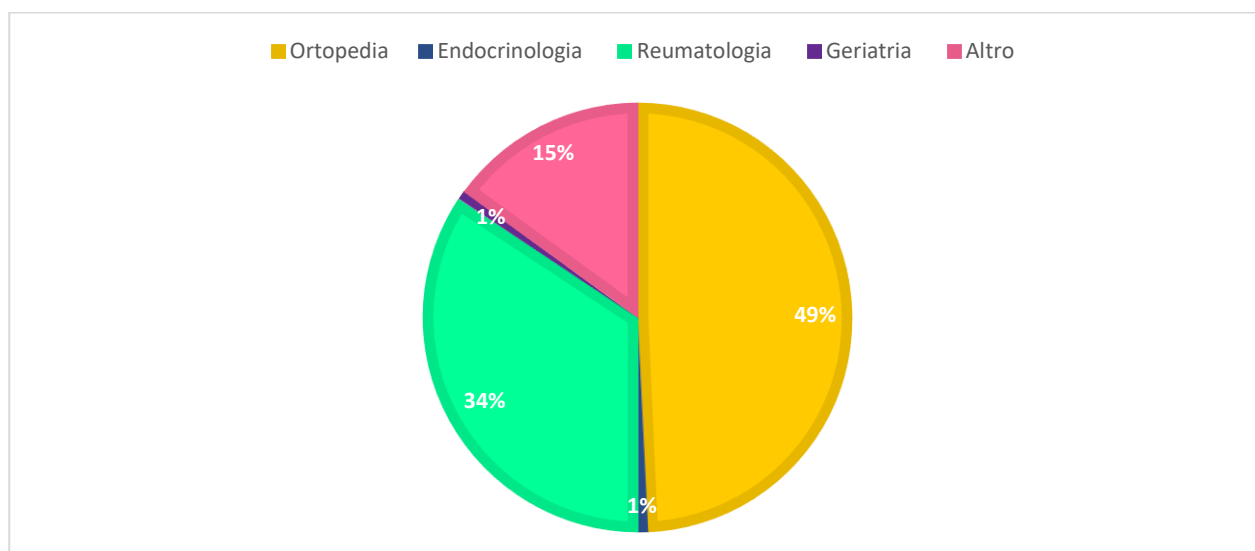
// Monitoraggio delle dimensioni delle Fratture da Fragilità

Attraverso il presente questionario ci si propone di identificare le criticità nella gestione dei pazienti con frattura da fragilità ossea, favorirne l'identificazione ed il successivo corretto iter terapeutico e promuovere a tal fine modificazioni del **Servizio Sanitario Nazionale**. La suddetta indagine ha lo scopo di mettere in evidenza eventuali punti deboli nella gestione dei pazienti con frattura da fragilità e mettere in campo azioni condivise per offrire loro la migliore assistenza e migliorare la qualità delle loro vite.

2.4 I dati del monitoraggio rivolto agli specialisti

Nel grafico n.1 abbiamo chiesto al medico di indicare l'ambito specialistico di riferimento, il **49%** dei rispondenti è medico specializzato in **ortopedia**; il **34 %** in **reumatologia** e il **15%** ha risposto altro, dove ritroviamo i **fisioterapisti**, solo l' **1%** in endocrinologia.

Grafico n.1 Medico specialista in



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

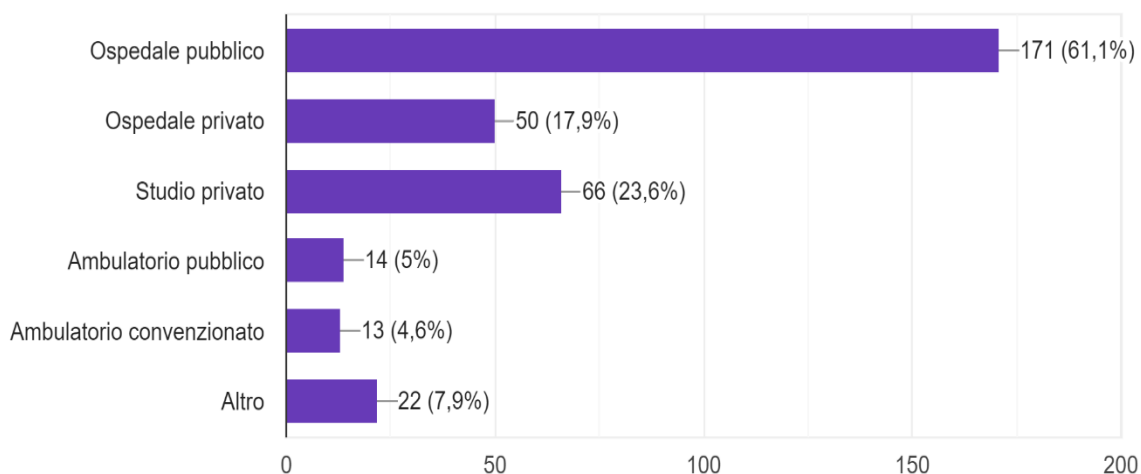
Nella tabella n.1, abbiamo chiesto dove svolge la sua professione e possiamo notare che più

della metà, **61.1%**, svolge attività professionale presso l'ospedale pubblico; il **23.6%** ha anche uno studio privato; il **17.9%** lavora presso un ospedale privato; nella voce altro, **7.9%**, troviamo anche coloro che lavorano nelle RSA oppure presso policlinico universitario; il **5%** lavora presso un ambulatorio pubblico; il **4.6%** in ambulatorio convenzionato.

Tabella n.1

SVOLGE LA SUA PROFESSIONE IN:

280 risposte

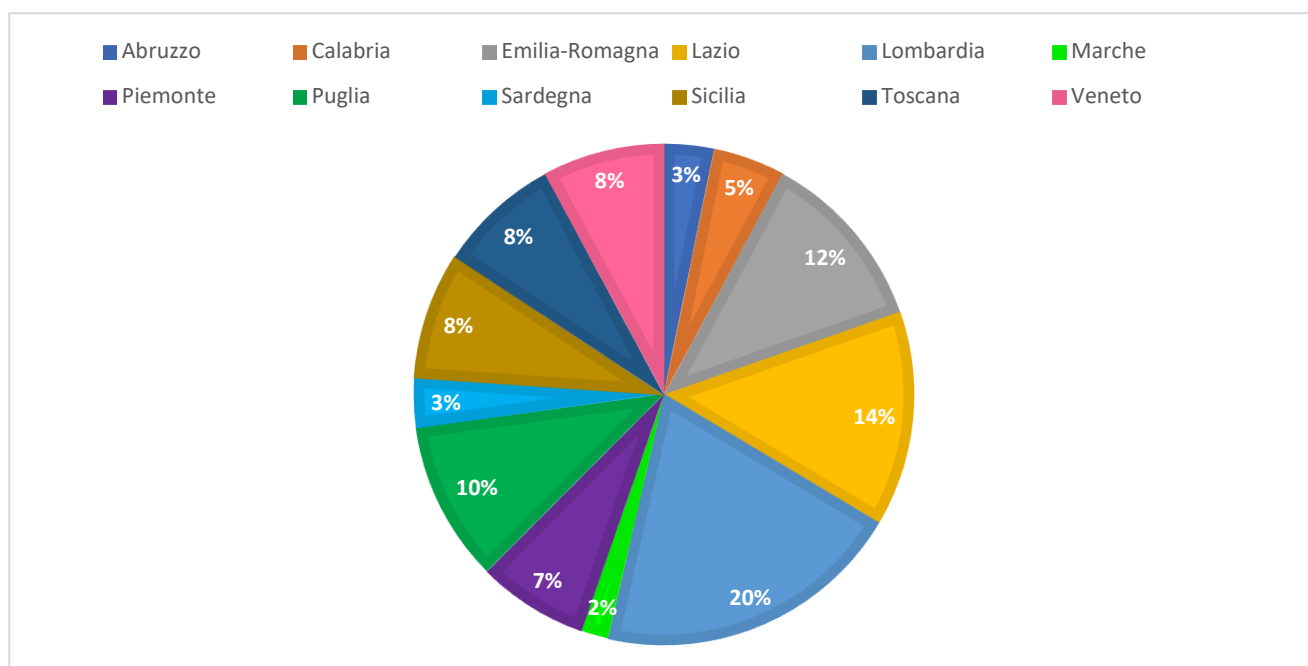


Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Nel grafico n.2 abbiamo una fotografia istantanea della percentuale di risposta dei cittadini in ognuna delle dodici regioni interessate.

Come possiamo notare, anche se con percentuali indubbiamente differenti, tutte le regioni sono state interessate dal monitoraggio. La regione che presenta una percentuale più alta di partecipazione è la Lombardia con il **29%**, subito dopo troviamo il Lazio con il **14%**, l'Emilia Romagna **12%**, la Puglia con il **10%**, Sicilia, Toscana e Veneto con l'**8 %**, il Piemonte con il **7%**, la Calabria con il **5%**, la Sardegna e l'Abruzzo con il **3%**, infine troviamo le Marche con il **2%**.

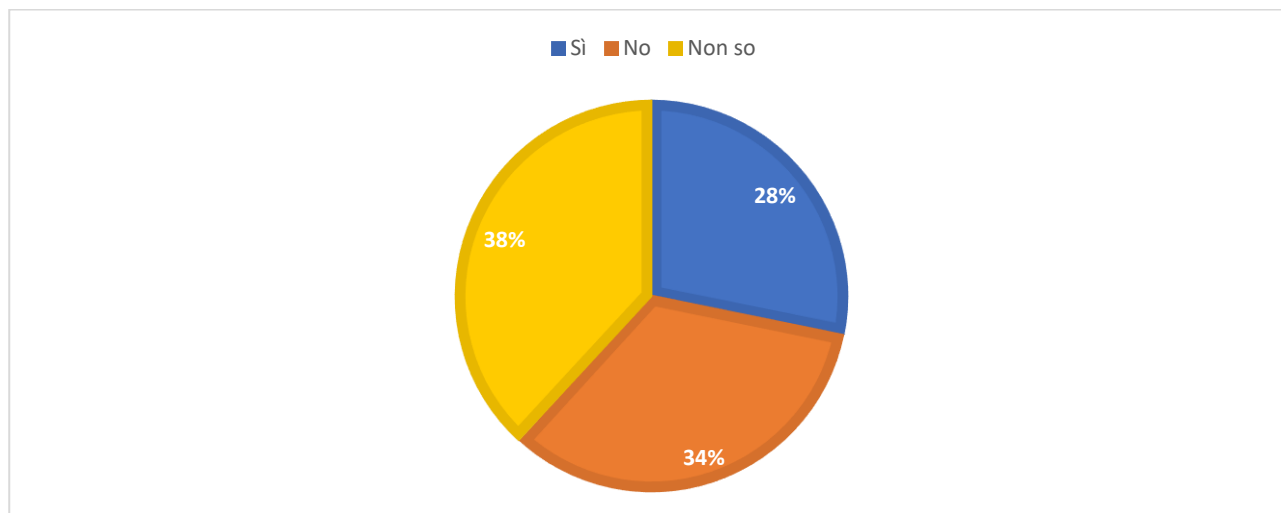
Grafico n.2 Regione di appartenenza



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Con la domanda, che fa riferimento al grafico n. 3, iniziamo ad entrare nel merito della nostra indagine, ovvero capire se vi siano **percorsi di presa in carico dedicati** al paziente con frattura da fragilità; Il **38%** degli specialisti, quindi di coloro che dovrebbero occuparsi del paziente con frattura da fragilità ossea, non sa se nella regione dove lavora vi siano percorsi di presa in carico dedicati a questo tipo di patologia; il **34%** risponde di no e solo il **28 %** dà una risposta affermativa.

Grafico n.3 Nella sua regione ci sono percorsi di presa in carico dedicati al paziente con frattura da fragilità?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

A coloro che hanno risposto sì abbiamo chiesto: *può fare una breve descrizione del percorso e di come è regolamentato?* Di seguito riportiamo le risposte pervenute e suddivise per regioni:

<p>Abruzzo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita c/o specialista ASL Reumatologo/Ortopedico/Fisiatra/Endocrinologo e dopo mesi di attesa è possibile avere un piano terapeutico per <i>denosumab</i> o <i>teriparatide</i>. - Diagnosi precoce; intervento chirurgico per correzione della frattura di collo femore nell'anziano entro 48 ore; riabilitazione.
<p>Emilia Romagna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contatto con il centro osteoporosi da parte delle UOC di ortopedia o da parte dei PS. Presa in carico del centro osteoporosi. - PDTA fratture femore prossimale.

	<ul style="list-style-type: none"> - All'interno del reparto presenza di geriatri che gestiscono il paziente 7/7 gg a settimana ore diurne con protocollo sin dall'accesso in pronto soccorso - Trattamento chirurgico per frattura collo femore entro 48 ore, rete di case di cura differenziate per accettare il paziente in base al tipo di riabilitazione prescritta - Accesso pubblico su richiesta del Curante - Nel mio Ospedale\Reparto c'è una sezione di 18 posti con 3 geriatri, per pazienti orto -geriatrici con fratture di femore. - Protocollo fratture vertebrali e collo femore. - Ambulatorio specialistico - Accesso con richiesta del medico curante. - Accesso ad ambulatori dedicati per pertinenza (percorso geriatria/ortopedia/reumatologia/endocrinologia). - Ambulatorio osso fragile. - Fratture di femore inviate in orto -geriatria dove c'è bone specialist.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lazio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pdta di ricovero diagnosi e trattamento e terapia dopo la dimissione certificato da ACCREDIA. ❖ Fracture Liaison Service ❖ Fracture Liaison Service presso diversi ospedali specializzati nella gestione di paziente con fragilità ossea. ❖ Fracture Liaison Service ❖ Nella mia struttura è previsto uno screening per fragilità ossea all'ingresso di ogni ricovero ordinario. ❖ La FLS appartiene alla UOC di Medicina Interna dell'ospedale. I reparti che più frequentemente vedono fratture (ortopedia, fisioterapia...) inviano il paziente consenziente al percorso aziendale. ❖ La FLS appartenente al mio ospedale fa capo al reparto di medicina interna. I medici di altre specialità che individuano pazienti con fratture (soprattutto nei reparti di ortopedia e fisioterapia) inviano il paziente, mediante canale interno, alla FLS.

	<p>❖ Percorso da Ps con ricovero ed intervento in 48h. Ambulatorio osteoporosi</p>
<p>Lombardia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percorso a due livelli coordinati ospedale/università e territorio validato dalla Regione a Pavia in base alle indicazioni della nota 79, i centri di II livello si occupano di Op severa e di OP secondarie, alla medicina territoriale prevenzione primaria e secondaria e gestione clinica farmacologica delle fratture da fragilità che non necessitano di piano terapeutico secondo linee guida condivise fra tutti gli attori. Il modello si ispira al FLS. Esistono altri percorsi interni (pochi) presso aziende ospedaliere/università che non sono aperti al territorio con coinvolgimento del MMG che si limitano alla gestione interna del paziente con frattura da fragilità. La Regione sta preparando un modello operativo ospedale/territorio individuato da una commissione specifica della quale fanno parte esperti clinici, radiologi, MMG, infermieri (case manager) e decision makers. - Medici e servizio destinato a pazienti con problemi di fragilità ossea - I pazienti vengono inviati in ambulatori dedicati all'osteoporosi e da qui studiati e messi in terapia con i farmaci più idonei al caso - Invio a specialista endocrinologo - Individuazione dei soggetti a rischio da parte di MMG e specialisti, prevenzione con utilizzo di algoritmi di rischio (DeFRA), livelli di gestione differenti per patologie specifiche e dedicate per metabolismo osseo, percorso ambulatoriale dedicato - Pazienti con frattura femore o vertebrale da fragilità valutato dai colleghi ortopedici ha ambulatorio dedicato. - PTDA interni all'ospedale

	<ul style="list-style-type: none"> - Non lo so. Ci sono due ambulatori territoriali dedicati alla visita post diagnosi per instaurare la terapia adeguata. Io mi occupo principalmente di prevenzione della frattura in pazienti con diagnosi di osteoporosi - No assistenza percorso vertebra in cui ortopedico vede frattura vertebrale imposta esami di 1 livello e invia in urgenza il paziente in reumatologia. - PDTA condiviso ospedali/territorio per la presa in carico secondo severità - Invio in ambulatorio di reumatologia - Dal 1 gennaio 2019 è stato creato un PDTA condiviso tra regione, provincia, ospedale e territorio per la gestione delle fratture da fragilità. I pazienti con prima frattura da fragilità dovrebbero essere valutati da specialista ortopedico o MMG ed inviati ad ambulatorio di secondo/terzo livello secondo nota AIFA 79 - Non sono nella mia struttura. - Abbiamo un ambulatorio dedicato che si occupa di questo, all'interno della nostra struttura
Marche	PDTA aziendale
Piemonte	<ul style="list-style-type: none"> - Il percorso per le persone con frattura di femore è sostanzialmente rimasto sulla carta. Il percorso reale di ogni paziente dipende in larghissima misura dai sanitari che incontra, più o meno sensibili e preparati sul tema specifico della presa in carico della persona con fratture da fragilità. Espandendo la risposta alla domanda successiva, al paziente con frattura da fragilità può "capitare" di entrare in un percorso dedicato con presa in carico secondo un modello riconducibile (con peculiarità locali) alla FLS, oppure (molto più comunemente) di non ricevere alcuna cura che vada oltre il trattamento traumatologico (ed eventualmente riabilitativo)

	<ul style="list-style-type: none"> - Dal PS all'eventuale intervento a strutture di riabilitazione e successivi controlli ambulatori se possibile in centri osteoporosi - FLS presso Ospedale Mauriziano, collaborazione interna tra Ortopedia ed Ambulatorio Metabolismo Osseo Reumatologia - Lo specialista ortopedico che vede la frattura invia il paziente a valutazione presso centro osteoporosi o richiede consulenza se il paziente è ricoverato - PDTA aziendale
Puglia	<ul style="list-style-type: none"> - Autoregolamentazione interna delle UO del territorio. - Percorsi standard - Fisioterapia in regime di Assistenza Domiciliare Integrata - Solo scelte individuali dello specialista. - Ambulatorio osteoporosi e densitometria gestito da ortopedici e fisiatri - Modello FLS - Ambulatori dedicati con prenotazioni in canale dedicato.
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente viene preparato per l'intervento al pronto soccorso - Si segue il PDT delle fratture da fragilità, intervento dopo aver preso in carico il paziente, intervento dopo 24 ore, dimissione dopo 1 settimana, invio del paziente presso RSA, con un programma riabilitativo specifico, un medico dedicato per i primi 8 giorni (operatore che vigila giornalmente sul caso clinico specifico), programmazione dei controlli strumentali dopo FKT, monitoraggio della situazione metabolica del paziente onde migliorare la fragilità. Grande dose di Amore a potere svolgere questo delicato percorso del paziente in questione
Toscana	<ul style="list-style-type: none"> - Percorso orto-geriatrico-endocrinologico per fratture di femore prossimale

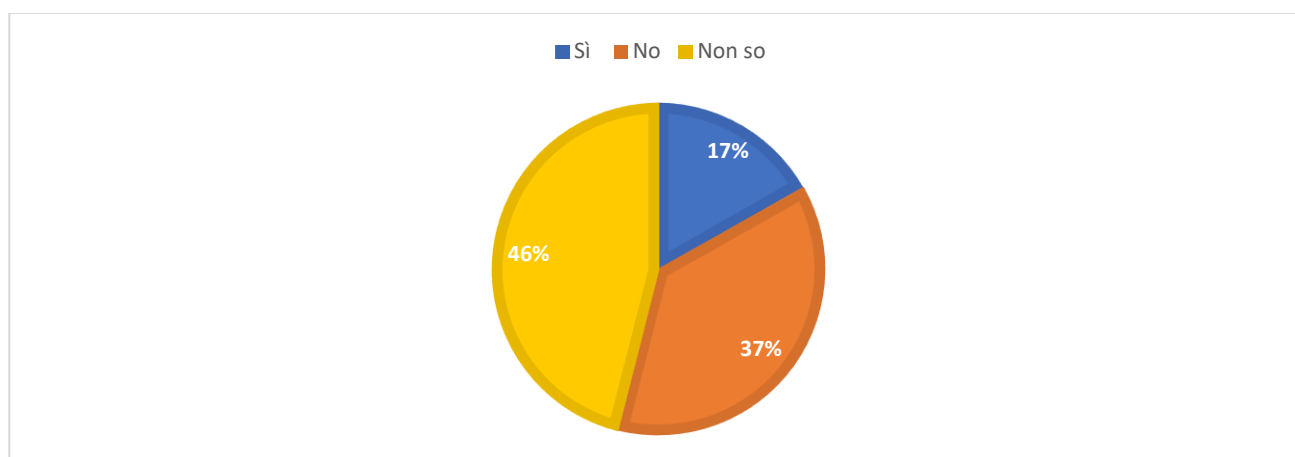
	<ul style="list-style-type: none"> - Sono percorsi multidisciplinari in cui ortopedico, reumatologo e fisiatra valutano collegialmente il paziente al fine di impostare un'adeguata terapia di cura e mantenimento, sia medica che fisica, allo scopo di ridurre il rischio di ri-frattura. La fisiatra seleziona i pazienti dando una assistenza MINIMA a domicilio o nelle strutture - In pochi fortunati centri di III livello esistono ambulatori congiunti svolti da reumatologo e ortopedico dedicati in tal senso, per la gestione congiunta di questi pazienti - Dopo l'accesso del paziente in traumatologia per frattura, viene riconosciuta la causa da fragilità e, dopo la dimissione, viene seguito da un medico specializzato in ortopedia e traumatologia esperto, a scadenze regolari, con accesso ambulatoriale
<p>Veneto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ci sono ambulatori dedicati al trattamento delle malattie fragilizzanti dell'osso - Accesso ad ambulatorio dedicato per presa in carico - Strutture per assistenza-riabilitazione Procedure aziendali Precedente geriatra per osteoporosi in reparto, ora non più presente - Nel mio ospedale servizio di Orto-Geriatria per la gestione delle fratture di femore, Ortopedico parte chirurgica, Geriatra per paziente fragile parte medica, Fisiatra per iter riabilitativo, possibilità di passaggio in RSA per rinforzo riattivativo /riabilitativo - PDTA approvati dalle singole ULSS con Verona e Padova come Centri di Riferimenti

Quello che risulta dalle risposte dei vari specialisti non è solo una disomogeneità **tra** le varie regioni rispetto ai percorsi di presa in carico dedicati al paziente con frattura da fragilità ma vengono evidenziate **differenze anche nel percorso territoriale** di alcune regioni, addirittura si

nota un percorso differente da struttura a struttura.

Con la domanda successiva abbiamo cercato di capire se le Fracture Liaison Service (FLS) rappresentano un innovativo modello di presa in carico del paziente cronico con frattura da fragilità. *“Nella sua regione sono attive unità di frattura che adottano questo modello organizzativo basato sulla gestione multidisciplinare, che prevede un ortopedico ed esperto di osteoporosi, insieme al riabilitatore e altre specialità e che lavorano in team per il paziente con frattura da fragilità?”* Nel grafico n. 4 possiamo vedere le risposte: anche se qualche specialista ha già evidenziato l'esistenza di FLS, il **46%** dichiara di non sapere dell'esistenza della FLS, il **37%** risponde no, e solo il **17%** risponde positivamente.

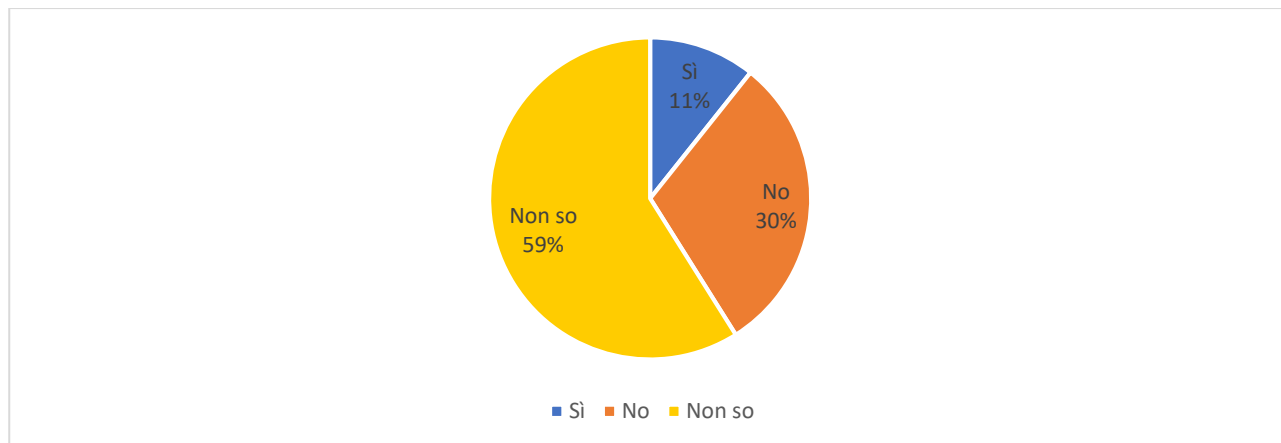
Grafico n.4 Le Fracture Liaison Service (FLS) rappresentano un innovativo modello di presa in carico del paziente cronico con frattura da fragilità. Nella sua regione sono attive unità di frattura che adottano questo modello organizzativo basato sulla gestione multidisciplinare, che prevede un ortopedico ed esperto di osteoporosi, insieme al riabilitatore e altre specialità e che lavorano in team per il paziente con frattura da fragilità?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

A coloro che hanno risposto di no abbiamo chiesto: **esiste un altro modello di presa incarico?** Solo l'**11%** da risposta affermativa; più della metà, il **59%** non lo sa e il **30%** risponde no.

Grafico n.5 Esiste un altro modello di presa incarico?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Quindi, per capire quale modello viene utilizzato per la presa in carico del paziente, abbiamo chiesto loro di specificare il modello di riferimento e se è presente in tutte le strutture della regione; di seguito le risposte:

Calabria	<ul style="list-style-type: none"> - Visita medica, accertamenti e terapia
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollo per frattura del collo del femore in tutte le strutture regionali - Ambulatorio di reumatologia - Modelli improntati su iniziative locali - Ambulatorio osso fragile - In alcuni centri per la frattura del femore
Lazio	<ul style="list-style-type: none"> - Presente solo a Rieti e al policlinico Tor vergata. - Gestione da parte dello specialista reumatologo che avvia l'iter diagnostico. - Nel caso di patologie neuromotorie o interventi di protesi d'anca, a Roma, non so se nelle altre province. - Non c'è informazione
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> - Nascono da esperienze individuali per cui non appropriate e sporadiche nel territorio regionale. A mia conoscenza ne sono state proposte, ma assolutamente non coordinate e spontaneistiche

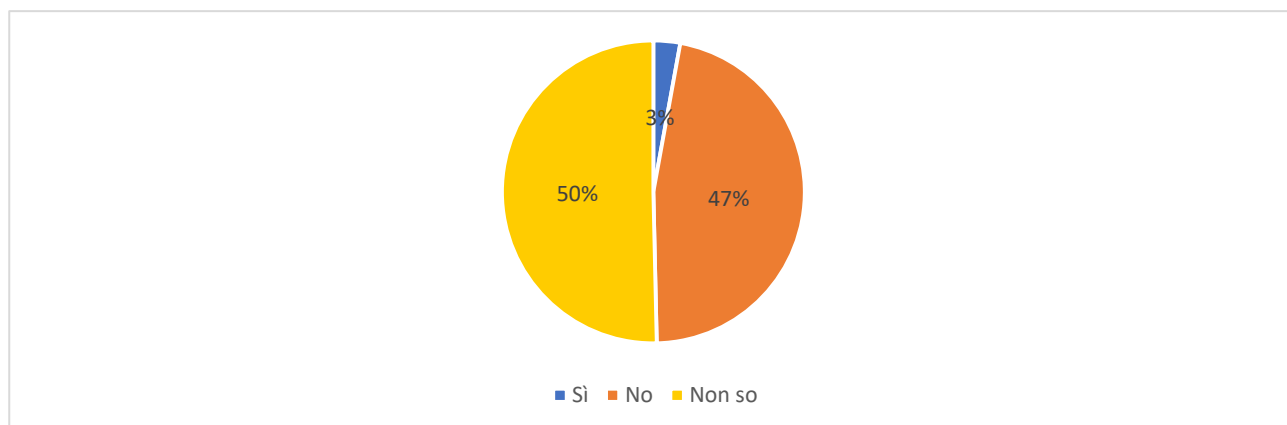
	<ul style="list-style-type: none"> - PDTA ma non presente in tutte le strutture della Regione - Presa In Carico Paziente Cronico (PAI)
Marche	<ul style="list-style-type: none"> - Non c'è ancora un percorso unico nella regione Marche
Piemonte	<ul style="list-style-type: none"> - Al CTO di Torino c'è un ambulatorio per la fragilità ossea gestito da ortopedici per pazienti giunti con frattura da fragilità in DEA. Lo specialista ortopedico che vede la frattura invia il paziente a valutazione presso centro osteoporosi o richiede consulenza se il paziente è ricoverato - PDTA aziendale

Come si può notare, non tutti i professionisti hanno risposto per cui non è possibile fare una comparazione fra le regioni ma, ancora una volta il quadro che si delinea è di una carenza di omogeneità che assicuri a ogni paziente la possibilità di accedere alle stesse cure, è il caso di dire “specialista che trovi cura che ricevi”.

Abbiamo già parlato di quanto possa essere utile avere un codice in grado di accertare che si è in presenza di un paziente fratturato a causa di fragilità ossea, che gli consenta di essere curato e preso in carico nella maniera più appropriata, ecco perché abbiamo chiesto agli intervistati se nella propria regione è stato definito un codice che identifichi una frattura da fragilità e che permetta al paziente di accedere alle cure per la sua patologia, oltre alla gestione della frattura.

Nel grafico n. 6, si evidenzia che solo per il **3%** dei rispondenti esiste un codice identificativo; metà degli intervistati, **50%**, non lo sa e il **47%** dà una risposta negativa.

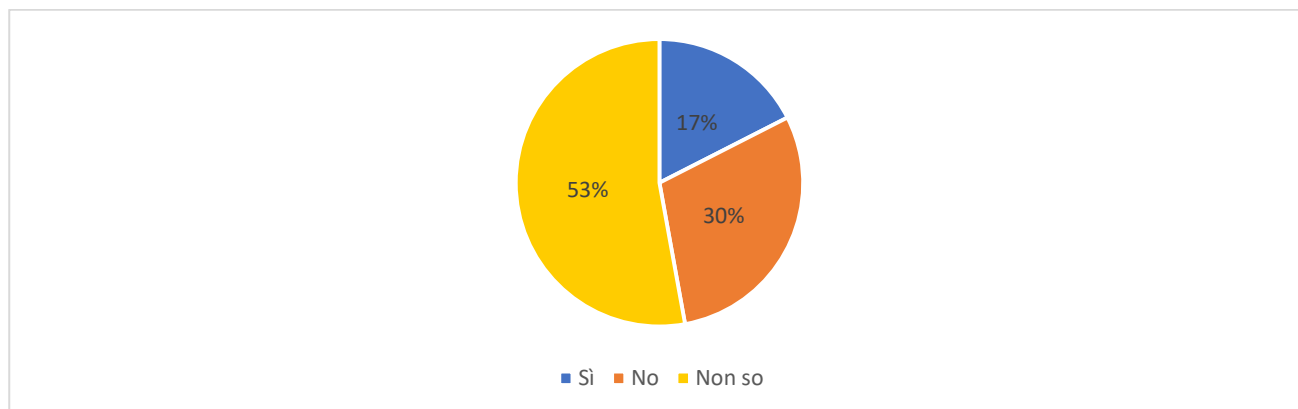
Grafico n. 6 Nella sua regione è stato definito un codice che identifichi una frattura da fragilità e che permetta al paziente di accedere alle cure per la sua fragilità ossea, oltre alla gestione della frattura?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Alla domanda: “Nella sua regione **esistono dei PTDA** per la presa in carico del paziente con frattura da fragilità ossea?” Il **53%** non sa se esiste un percorso diagnostico terapeutico assistenziale; il **30%** risponde no, solo il **17%** ci informa che esiste un PDTA; [grafico n. 7.]

Grafico n. 7 Nella sua regione esistono dei PTDA per la presa in carico del paziente con frattura da fragilità ossea?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Proseguendo nella nostra indagine, a coloro che hanno risposto sì abbiamo chiesto di indicarci il codice identificativo utilizzato, di seguito abbiamo evidenziato cosa hanno risposto alcuni specialisti:

Abruzzo	- Linee Guida Frattura femore (DGR 807/2017)
---------	--

Calabria	<ul style="list-style-type: none"> - PDTA frattura del femore negli over 65 dell'azienda ospedaliera di Cosenza - PDTA presentato nel 2017 dai reumatologi alla regione ma mai reso esecutivo - Ortopedia Ospedale Pubblico
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> - Centro regionale - PDTA fratture femore prossimale - Solo per frattura collo femore - PDTA fratture collo femore - Fratture femore prossimale sopra i 65 anni - Modena, Ambulatorio "Osso fragile", presso Ospedale di Baggiovara - Non è facile conoscere tutte le realtà della mia Regione - Ortopedia. - PDTA fratture del femore - Frattura di femore
Lazio	<ul style="list-style-type: none"> - In regione, per tutte le provincie non so - Protocollo Siot fratture da fragilità - Nel Policlinico Tor Vergata esiste PDTA e non solo include le fratture di femore prossimale, ma tutte le fratture da fragilità - Ambulatorio dedicato
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> - Esistono vari PDTA ma non un modello preciso (FLS) cui ispirarsi, non aperti al territorio e costruiti sulla esperienza individuale e sulla realtà ospedaliera in cui si opera - ATS Milano - ASST Pavia - Interno all'ospedale - PDTA Ospedali/territorio nella Provincia di Pavia - PDTA di Pavia
Piemonte	<ul style="list-style-type: none"> - Persona con frattura prossimale di femore

	Frattura del collo femorale (mediale e laterale) nei pazienti > 65 anni
Puglia	<ul style="list-style-type: none"> - Locali delle varie Aziende Ospedaliere - Ospedale Di Venere e Ospedale Bonomo - DGR Pugliese n.2811 del 30 dicembre 2014
Toscana	<ul style="list-style-type: none"> - Percorso assistenziale ed organizzativo per la gestione e la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità maggiori Regione Toscana
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> - Nel mio ospedale servizio di Orto-Geriatria per la gestione delle fratture di femore, Ortopedico parte chirurgica, Geriatra per paziente fragile parte medica, Fisiatra per iter riabilitativo, possibilità di passaggio in RSA per rinforzo riattivativo/riabilitativo. - PDTA ULSS Verona

Partendo da quanto ci hanno restituito gli intervistati, possiamo sottolineare che l'unica regione ad avere un unico PDTA regionale, e quindi un percorso assistenziale ed organizzativo per la gestione e la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità maggiori, è la Toscana; nelle restanti regioni la situazione è la seguente: nel Lazio è presente un protocollo Siot fratture da fragilità, ma non sappiamo se è utilizzato su tutto il territorio regionale, il Policlinico Tor Vergata ha un PDTA per tutte le fratture da fragilità, incluse le fratture di femore prossimale; nelle altre riportate possiamo evidenziare che, lì dove presente, si tratta di un PDTA fratture femore, femore prossimale e spesso rivolto a soggetti sopra i 65 anni. Ancora una volta ci troviamo a dover sottolineare che esistono diversi PDTA, che variano da regione a regione, ma anche da territorio a territorio e che sono costruiti e applicati in base all'esperienza individuale dello specialista, oppure, a seconda delle realtà ospedaliere in cui si opera.

Lo schema successivo, tabella n.2, ci permette di analizzare *quali sono le principali criticità/difficoltà che lo specialista incontra nell'identificare un paziente con frattura da fragilità ossea?* Più della metà, **64,3%**, degli intervistati ravvisa nella prevenzione primaria la principale criticità; il **53,2%** la non presa incarico; il **48,2%** la mancata indicazione terapeutica farmacologica; **41,1%** la mancata diagnosi; **38,9%** la prevenzione secondaria;

33,2% la mancata indicazione terapeutica riabilitativa; **31,1%** le mancate indicazioni su stile di vita; **2,5%** altro.

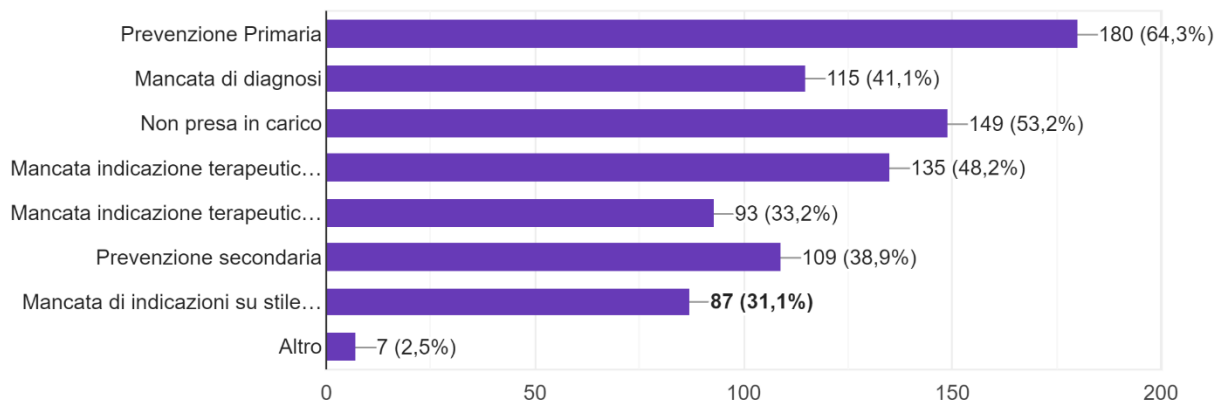
Tabella

n.

2

In base alla sua esperienza, quali sono le principali criticità/difficoltà che incontra nell'identificare un paziente con frattura da fragilità ossea?

280 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Se altro, specificare:

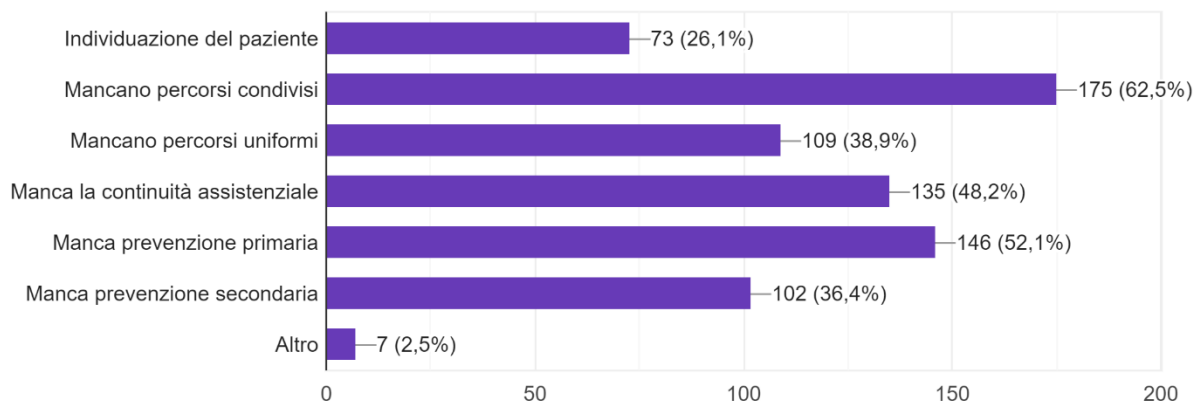
Emilia Romagna	Poca assistenza territoriale
Lazio	Assenza formazione medicina del territorio
Lombardia	Difficoltà di collaborazione con la medicina territoriale
Piemonte	Difficoltà organizzativa della presa in carico di tutti i pazienti che la richiederebbero
Veneto	Poca conoscenza dell'osteoporosi sul territorio

Sempre con l'obiettivo di capire come gli specialisti riescano a curare e gestire al meglio un paziente con frattura da fragilità ossea, abbiamo chiesto: *quali sono le principali criticità/difficoltà che incontra nella presa in carico del paziente con frattura da fragilità ossea?* Il **62,5%** indica la mancanza di percorsi condivisi; il **52,1%** la mancanza della prevenzione primaria; per **48,2%** manca la continuità assistenziale; per il **38,9%** mancano percorsi uniformi; per **36,4%** manca la prevenzione secondaria; per il **26,1%** l'individuazione del paziente, per il **2,5%** altro.

Tabella n. 3

In base alla sua esperienza, quali sono le principali criticità/difficoltà che incontra nella presa in carico del paziente con frattura da fragilità ossea?

280 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Se altro, specificare:

Calabria	<ul style="list-style-type: none"> • Mancano gli specialisti ambulatoriali, inferiori al fabbisogno
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> • Manca personale formato • Manca personale in senso assoluto
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> • Non è ben definita la figura del <i>bone specialist</i> • Manca integrazione con i colleghi all'interno delle aziende per l'individuazione dei pazienti a rischio • Manca collaborazione con la medicina territoriale
Piemonte	<ul style="list-style-type: none"> • I sanitari che si occupano di persone con frattura da fragilità sono pochi • Il rapporto con i medici di medicina generale è lasciato all'iniziativa individuale
Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> • Mancano gli specialisti

Toscana	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa <i>compliance</i> dei pazienti a terapia di prevenzione anche se consigliata • Maggiore informazione sui percorsi di presa in carico
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> • Età del paziente, condizioni di salute • Rapporto con il medico di Medicina Generale • Poca disponibilità di posti in strutture sul territorio

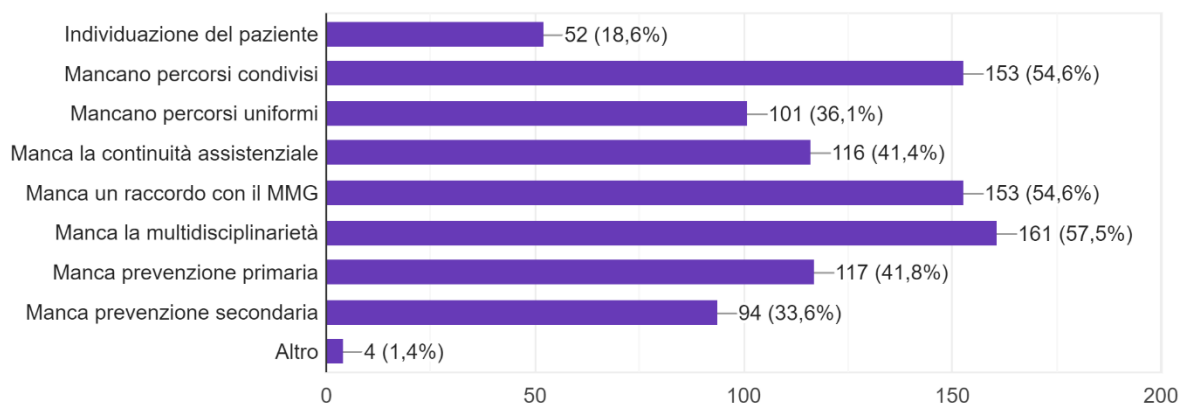
La nostra indagine prosegue con l'intento di capire se e come il paziente con frattura da fragilità venga curato e abbiamo chiesto agli specialisti quanto segue: *In base alla sua esperienza, quali sono le principali criticità/difficoltà riscontrate nella gestione di un paziente con frattura da fragilità ossea?* il **57,5%**, ci informa che manca la multidisciplinarietà; per il **54,6%** mancano percorsi condivisi e manca un raccordo con il MMG; per il **41,8%** manca la prevenzione; per il **41,4%** manca la continuità assistenziale; per il **36,1%** mancano percorsi uniformi; per il **33,6%** manca prevenzione secondaria; per il **18,6%** individuazione dei pazienti; infine l'**1,4%** risponde con altro. [tabella n.4].

Se mettiamo insieme i tre aspetti che abbiamo appena rappresentato possiamo concludere che per identificare un paziente con frattura da fragilità, prenderlo in carico, gestirlo e quindi inserirlo in un percorso di cura ottimale che tenga conto delle sue esigenze di cura e di salute, gli elementi principali su cui è necessario intervenire sono: maggiore prevenzione per prevenire le fratture da fragilità, che passa per un'alimentazione corretta, vitamina D e l'attività fisica- soprattutto in questo periodo in cui si può uscire poco, predisposizione di percorsi condivisi e la multidisciplinarietà.

Tabella n. 4

In base alla sua esperienza, quali sono le principali criticità/difficoltà riscontrate nella gestione di un paziente con frattura da fragilità ossea?

280 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

L'emergenza sanitaria ha messo a dura prova il nostro SSN, con un impatto negativo su tutte le patologie, quelle croniche in particolare, incluse le fratture da fragilità.

La pandemia ha avuto un effetto considerevole su diversi fronti, in quanto nella prima metà dello scorso anno si è verificato un afflusso molto ridotto di pazienti negli ambulatori e nelle cliniche dedicate alla cura dell'osteoporosi, a ciò si deve aggiungere che in molti ospedali i reparti di ortopedia sono stati ridotti, per agevolare la realizzazione di reparti COVID.

Nelle persone di età pari o superiore a 65 anni, inoltre, l'immobilizzazione determina anche una rapida perdita di massa muscolare e di forza muscolare che, insieme alla coesistenza di altre comorbilità correlate a COVID-19, come l'infiammazione cronica e la fragilità ossea, contribuiscono ad aumentare la probabilità di cadute.

Uno studio pubblicato sul *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* ha dimostrato che il Covid-19 aumenta il rischio di fratture ossee⁴.

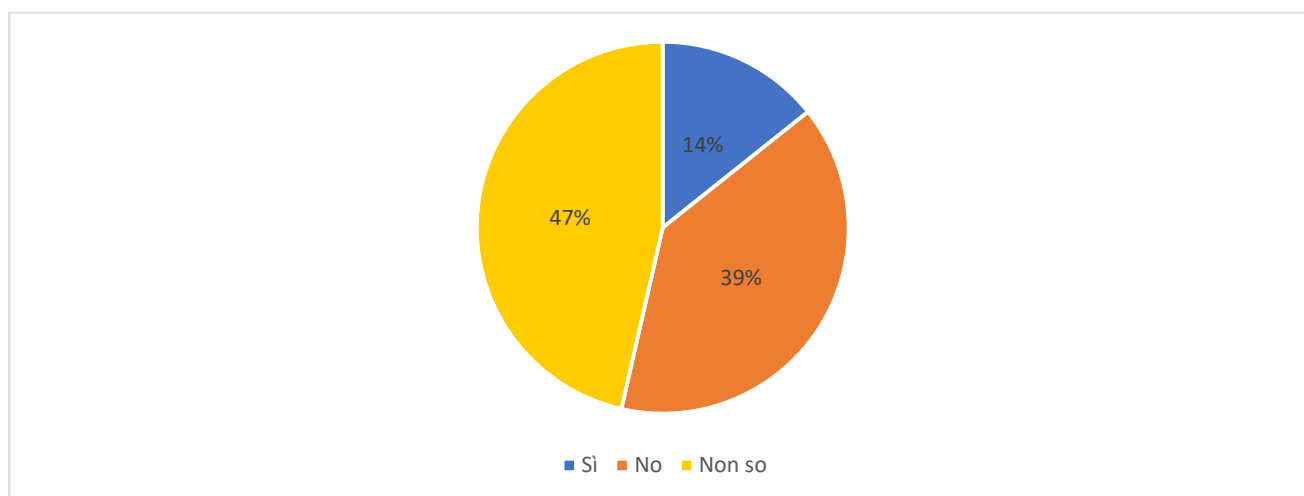
Diverse evidenze suggeriscono che trattare tempestivamente e in maniera adeguata le fratture da fragilità, migliori gli outcome clinici e supporti la sostenibilità del SSN. Queste riflessioni sono

⁴ https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/covid_danni_ossa_scoperta_studio_journal_of_clinical_endocrinology_metabolism-6055590.html

di particolare importanza alla luce delle attuali maggiori difficoltà di gestione dei pazienti con Osteoporosi a causa della pandemia di COVID-19⁵

Per comprendere e conoscere quale è stata l'esperienza personale degli specialisti che lavorano nelle dodici regioni interessate dal monitoraggio abbiamo chiesto loro: *La sua regione si è organizzata per la gestione del paziente fratturato a seguito dell'emergenza pandemica?* Il **14%** ha dato risposta affermativa; il **39%** dice di no e il **47%** risponde di non sapere. [grafico n.8]:

Grafico n. 8 La sua regione si è organizzata per la gestione del paziente fratturato a seguito dell'emergenza pandemica?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Se sì, potrebbe descrivere la nuova gestione?

Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Paziente con frattura di collo femore in epoca Covid
Calabria	<ul style="list-style-type: none"> • Sala operatoria dedicata ai pazienti Covid positivi
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> • Nulla di diverso se non la gestione in teleconsulto con la famiglia • Ricoveri in reparti speciali e assistenza territoriale • Non vi è stata un'organizzazione specifica, ma un'ottimizzazione possibile dei percorsi

⁵ <https://www.bonehealth.it/la-gestione-dellosteoporosi-ai-tempi-del-covid-19/>

	<ul style="list-style-type: none"> • Solo per le fratture di femore
Lazio	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di Ospedali Dedicati • Gestione del paziente fratturato affetto da Covid 19 in ospedali dedicati. Indirizzo degli altri pazienti in ospedali ove è possibile dedicare percorsi "puliti" • Ricovero in reparti dedicati
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma network - durante lock down • Centri Hub • Ospedali hub • Anche in RSA sono arrivati pazienti in fase riabilitativa post-acuta.
Piemonte	<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi "puliti" e non dall'accesso in PS
Puglia	<ul style="list-style-type: none"> • Reparti COVID
Sardegna	<ul style="list-style-type: none"> • Sostanzialmente vi è un reparto di Ortopedia dedicato in un ospedale a Cagliari che prende in carico i pazienti COVID 19 che devono essere operati (principalmente fratture di femore ma in generale le fratture che richiedono la riduzione chirurgica)
Toscana	<ul style="list-style-type: none"> • Esisteva già prima • Creazione ospedali Covid free dove concentrare i fratturati
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicina

Dal racconto diretto degli specialisti la Toscana risulta ancora una volta l'unica regione che si occupa specificamente del paziente fratturato, a prescindere dal tipo di frattura.

Forse la lezione più importante che abbiamo tratto da questo evento è che occorre essere pronti. Sebbene la minaccia del Covid-19 sia ancora presente questa non è l'unica sfida all'orizzonte che si prospetti particolarmente impegnativa per il settore sanitario.

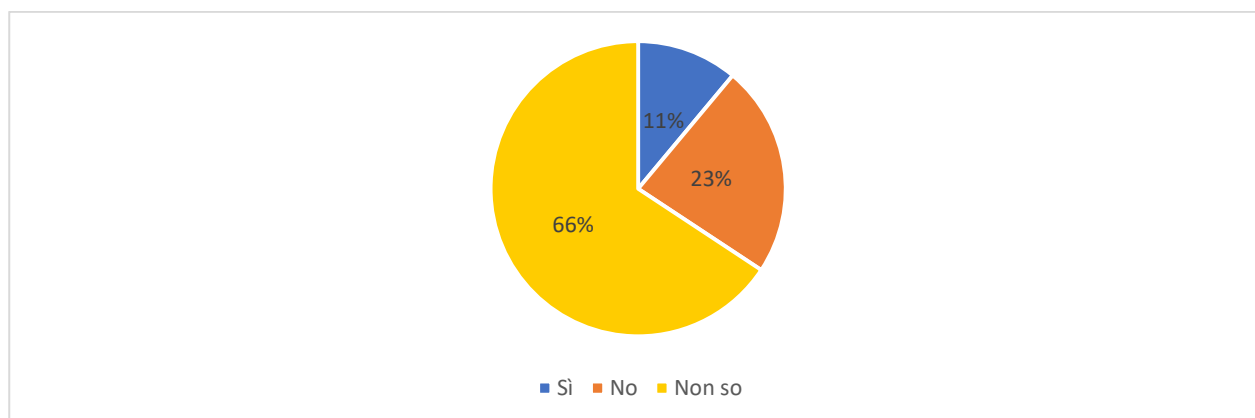
Il futuro del SSN richiede la creazione di strutture, sistemi e processi che possano operare in modo efficiente, ma siano in grado di adattarsi rapidamente per affrontare nuove crisi. La

creazione dell'infrastruttura giusta oggi consentirà di avere a disposizione gli strumenti necessari in futuro, qualunque sia la sfida da affrontare.

Continuando nella nostra indagine e con l'obiettivo di capire anche eventuali effetti dell'emergenza sanitaria, abbiamo chiesto agli operatori del servizio sanitario *se la propria regione si stia organizzando per la gestione del paziente fratturato con un modello più focalizzato sul territorio, in linea con le priorità che ci ha insegnato l'emergenza pandemica e focus del PNRR del nostro Paese, appena approvato dalla Commissione Europea.*

Dal grafico n.9 possiamo constatare che il **66%** ha risposto non so; il **23%** no e l'**11%** dice di sì.

Grafico n. 9 La sua regione si sta organizzando per la gestione del paziente fratturato con un modello più focalizzato sul territorio, in linea con le priorità che ci ha insegnato l'emergenza pandemica e focus del PNRR del nostro Paese, appena approvato dalla Commissione Europea?



Fonte: Cittadinanzattiva- Il Monitoraggio fratture da fragilità ossea

Come ultima domanda abbiamo voluto chiedere *quali sono le azioni che si potrebbero mettere in campo per migliorare la gestione del paziente con FF in base alla loro esperienza.*

di seguito le risposte:

Abruzzo	<ul style="list-style-type: none">• Percorso condiviso e multidisciplinare• Migliorare il Follow Up sul territorio• Percorsi specifici condivisi• Migliore conoscenza linee guida ed applicazione score di rischio frattura
----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Condivisione di percorsi diagnostici-terapeutici che coinvolgano anche le strutture private accreditate, in modo da rendere strette le maglie della rete • Individuazione precoce della condizione di fragilità e presa in carico pro-attiva • Far emergere il problema.
Calabria	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione primaria e secondaria; multidisciplinarietà • Maggiore collaborazione con le strutture pubbliche e con il MMG • Maggiore personale dedicato • Percorsi condivisi • Condivisione di percorsi terapeutici con medicina territoriale • Percorsi condivisi e pacchetti diagnostici • Maggiore responsabilizzazione dei medici di medicina generale nell' individuare i pazienti o indirizzarli allo specialista anche per la prevenzione • Incrementare gli specialisti ambulatoriali
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> • Protocollo regionale condiviso per la gestione delle fratture, esiste già un tavolo, che si è riunito una sola volta, ma nulla di pratico per ora • Centro di riferimento • Maggiore collaborazione con medici di base per gestione sul territorio • Territorio prevenzione primaria e secondaria • Più integrazione fra ospedale e territorio • Utilizzare i fondi PNRR per tutelare pazienti con fratture da fragilità • Recuperare anche l'aspetto socio sanitario del nostro SSN • Scarsa attenzione del fenomeno da parte di politici e istituzioni • Mancano gli specialisti ortopedici • Aumentare i posti di Ortopedia nelle scuole di specializzazione

	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare l'assistenza riabilitativa nel territorio • Densitometria nelle donne a inizio menopausa • Team multidisciplinare e MMG • PDTA e metterlo in pratica • Informazioni, sensibilizzazione degli operatori • Fracture Liason service • Fisioterapista di comunità
Lazio	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione di percorsi assistenziali multidisciplinari e condivisione che coinvolgano anche la Medicina Generale • Fondi dedicati • Codici sentinella per individuare le famiglie a rischio o le zone a rischio • Equipe di epidemiologi ed ingegnere gestionali che analizzano i dati • Struttura unitaria che coordini la multidisciplinarietà • Definizione PDTA classificazione SDO Bone Unit • Fare diagnosi all'ingresso in PS di fragilità ossea ed indirizzare verso ulteriori accertamenti necessari per la prescrizione della terapia farmacologica e non. • Integrazione con territorio per presa in carico e continuità assistenziale • Linee guida di prevenzione • Maggiori screening periodici • Un registro dei pazienti a partire dai centri di diagnosi e presa in carico sul territorio in un PDTA che coinvolga medici specialisti, MMG, fisioterapisti e laureati in scienze motorie per l'AIFA attività fisica adattata • Accesso facilitato a MOC
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> • Deve essere presente volontà politica specifica da parte delle Regioni per proporre modelli integrati uniformi, ospedali-territorio territorio ed individuare centri di riferimento regionale

	<p>e di eccellenza per la gestione di patologie rare in ambito osteo-metabolico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maggior integrazione con il MMG • Accesso facilitato a MOC e visita endocrinologica o percorsi condivisi per permettere all'ortopedico generico di gestire la fase iniziale della terapia • Distribuzione più capillare degli ambulatori dell'osteoporosi • Protocollo riabilitativo dedicato post operatorio condiviso con MMG • Multidisciplinarietà • Collaborazione con la medicina territoriale • Preparare il personale sanitario a riconoscere la fragilità ossea con le relative patologie • Accessi più rapidi • Migliorare la prevenzione primaria con l'educazione, gli interventi sullo stile di vita e l'assistenza sul territorio • Screening con anamnesi e BMD. Fracture liaison service negli ospedali • Incremento della riabilitazione domiciliare • PDTA
Marche	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare il percorso assistenziale post acuzie • Individuazione precoce dei pazienti • Coordinamento tra MMG e Specialista • Percorsi regionali e condivisi • Team multidisciplinare reumatologo-ortopedico-fisiatra • Attivare modelli FLS
Piemonte	<ul style="list-style-type: none"> • Cruciale l'individuazione delle fratture da fragilità • Inclusione del paziente in un registro/elenco regionale che preveda pochi aspetti qualificanti della presa in carico (diagnostica per individuare le forme secondarie, terapia

	<p>medica secondo nota 79 AIFA, interventi di prevenzione non farmacologica, follow-up)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percorsi dedicati per rapido trattamento in caso di frattura • Prevenzione • Più sinergia tra specialisti • Multidisciplinarietà • Attivare un percorso di presa in carico riabilitativo • Creazione di FLS con personale dedicato • Azioni condivise • PDTA dedicato • Prevenzione primaria • Creazione team multidisciplinari • Maggior raccordo tra MMG e specialisti
Puglia	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione di un percorso comune regionale • Percorsi condivisi per la presa in carico • Prevenzione primaria • Collaborazione e condivisione con i MMG • Unità operative dedicate con personale multidisciplinare • Continuità assistenziale territorio-ospedale • PDTA condivisi • Formazione degli operatori sanitari e sensibilizzazione sul tema • Migliorare l'aspetto territoriale e riabilitativo • FLS
Sardegna	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare le condizioni di presa in carico del paziente. • Percorsi condivisi • Multidisciplinarietà • PDTA condivisi • Un' organizzazione che accolga e segua il paziente dopo la dimissione ospedaliera • Condivisione di percorsi MMG, ospedale e specialisti territoriali

Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzare equipe pluridisciplinare con facilità di accesso per il paziente • Migliorare la prevenzione primaria • Riorganizzare con canale preferenziale per le fratture da fragilità • Migliorare i percorsi riabilitazione • Percorsi ospedale - territorio • Campagne di screening e campagne informative per i MMG • Creare una rete di tipo Hub-Spoke per le fratture da fragilità secondo uno schema regionale.
Toscana	<ul style="list-style-type: none"> • PDTA condivisi • Migliorare la diagnosi e la conseguente terapia • Prevenzione primaria e secondaria • Rapporto con MMG • Un maggior coinvolgimento degli specialisti sia pubblici che privati con opportuni corsi formazione • Percorsi uniformi a livello regionale soprattutto per l'accesso alle strutture territoriali di riabilitazione • Linee guida precise ed accessibili a tutti • Fisioterapia con adeguato personale
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione ed implementazione PDTA • Potenziare l'assistenza territoriale • Programma basato sulla multidisciplinarietà • Presa in carico da parte del MMG • Coordinamento tra vari specialisti. Unità operative specifiche, in grado di dare risposte certe ed immediate • Migliorare la prevenzione primaria e secondaria

Partendo dalle risposte che ci hanno fornito gli specialisti possiamo concludere che le azioni principali da mettere in campo per migliorare la gestione del paziente con FF sono: adottare

PDTA condivisi su base regionale, incrementare un approccio multidisciplinare al paziente, accrescere il raccordo e la collaborazione tra MMG e specialista, migliorare e potenziare la continuità assistenziale e la riabilitazione, creare FLS con personale dedicato, aumentare il personale specializzato, puntare maggiormente su informazione e prevenzione primaria e secondaria, istituire percorsi di presa in carico dedicati e condivisi.

2.5 I dati del monitoraggio rivolto ai rappresentanti delle regioni

La realizzazione del PDTA, vuole essere un modello di riferimento per la costituzione di PDTA regionali e aziendali, allo scopo di favorire l'identificazione, l'inquadramento diagnostico ed il successivo avvio a programmi di prevenzione secondaria delle ri-fratture, nonché la continuità assistenziale, per soggetti che abbiano presentato una recente frattura da fragilità.

PDTA regionali che permettono anche una pari esigibilità dei diritti di salute all'interno delle diverse aree del nostro Paese, dove si registrano evidenti disparità di accesso ai servizi a seconda dei territori di residenza.

Applicando il modello del PDTA a livello territoriale è possibile avviare un percorso virtuoso grazie all'identificazione delle fratture da fragilità attraverso l'indicazione di un codice specifico da attribuire al PS.

Per questo motivo Cittadinanzattiva, ha rivolto una survey ai rappresentanti delle regioni, assessorato, sanità regionale e governo clinico regionale, per effettuare una fotografia delle realtà territoriali, al fine di individuare la reale presa in carico della persona con frattura da fragilità ossea nelle dodici regioni interessate: Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana e Veneto.

Le uniche regioni che non hanno risposto sono: Calabria, Emilia Romagna e Veneto.

A queste si aggiungono Lazio e Puglia, per le quali però abbiamo delle indicazioni relative all'anno scorso che riportiamo in sintesi.

Nel **Lazio** ci sono delle iniziative che consentono di individuare la frattura da fragilità ossea grazie un sistema di segnalazione della frattura da fragilità ossea come codice di dimissione ospedaliera o di pronto soccorso, ma la strada da percorrere è ancora lunga.

Nella Regione **Puglia** esiste un sistema di segnalazione della frattura da fragilità ossea come codice di dimissione ospedaliera o di pronto soccorso ed esistono percorsi terapeutico-assistenziali attivati entro le strutture ospedaliere di terzo livello, per la prevenzione secondaria

delle fratture da fragilità ossea, inoltre sono previsti dei percorsi tipo fast track organizzati tra aree territoriali e ospedaliere per facilitare l'indirizzamento del paziente con fratture da fragilità ossea a specialisti in centri di III livello da parte del medico di medicina generale, per approfondimenti diagnostici e/o trattamenti antifratturativi con farmaci somministrabili solo in ambito ospedaliero o con prescrizione di farmaci DPC (con piano terapeutico).

Vediamo nello specifico cosa ci è stato riportato a seconda delle domande:

❖ **Nella sua regione ci sono percorsi di presa in carico dedicati al paziente con frattura da fragilità?**

Abruzzo	SI	L'allegato alla DGR 22.12.2017, N. 807 Accordo Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2017 - Art. 1 comma 385 e ss. della Legge 11 dicembre 2016, n. 232: programmi di miglioramento dei L.E.A. Presa d'atto e approvazione del Documento Tecnico recante "Linee Guida Regionali - PDTA frattura collo del femore" (Bollettino Ufficiale Regionale Speciale N. 18 del 09/02/2018) contiene la regolamentazione della presa in carico (si veda in particolare p.18 e ss.)
Lombardia	NO	
Marche	NO	
Piemonte	NO	
Toscana	SI	PDTA approvato con delibera n.1253 del 15-09-2020 "Percorso ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE E LA PREVENZIONE SECONDARIA DELLE FRATTURE DA FRAGILITÀ MAGGIORI" indirizzi della Regione Toscana Organismo Toscano Governo Clinico)
Sardegna	NO	
Sicilia	NO	

- ❖ Nella sua regione, è previsto un registro che consenta alla regione di misurare il fenomeno?

Abruzzo	NO	
Lombardia	NO	
Marche	NO	
Piemonte	NO	
Toscana	Sì	Si prevede di sviluppare modalità di informatizzazione del percorso (database) in grado anche di permettere il monitoraggio dell'intera attività in rete, con indicatori di esito, di percorso e di processo.
Sardegna	NO	
Sicilia	NO	

- ❖ Nella sua regione esiste un sistema di monitoraggio strutturato che consenta alla regione di misurare il fenomeno?

Abruzzo	NO	
Lombardia	Sì	<ul style="list-style-type: none"> • Data warehouse Regionale a disposizione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale • A- Pazienti con codice di FF che eseguono esami di I livello per osteoporosi B- Pazienti con codice di FF che eseguono esame vertebrale morfometrico (codice procedura ICF-9) C- Pazienti con codice FF che iniziano la terapia antifratturativa (prima prescrizione)

		<p>D- Pazienti con codice FF che iniziano supplemento con vitamina D (prima prescrizione)</p> <p>E- Pazienti con codice di FF che iniziano terapia antifratturativa ancora i trattamenti a 6 mesi a 1 e 2 dell'attribuzione codice FF (aderenza)</p> <p>F- Monitoraggio ritrattare (identificate da ulteriore attribuzione di codice ff.)</p> <p>G- Mortalità</p>
Marche	NO	Si sta sperimentando la possibilità, attraverso l'utilizzo della Nota 79 e dei flussi SDO ed EMUR PS, di stimare quanti siano i pazienti ad alto rischio fratturativo nella Regione
Piemonte	NO	
Toscana	SÌ	
Sardegna	NO	
Sicilia	NO	

- ❖ Nella sua regione, esiste un sistema per il monitoraggio sull'appropriatezza di terapie per il trattamento della fragilità ossea a seguito di frattura da fragilità?

Abruzzo	NO
Lombardia	NO
Marche	NO
Piemonte	NO
Toscana	SÌ
Sardegna	NO
Sicilia	NO

- Le Fracture Liaison Service (FLS) rappresentano un innovativo modello di presa in carico del paziente cronico con frattura da fragilità. Nella sua regione sono attive unità di frattura che adottano questo modello organizzativo basato sulla gestione multidisciplinare, che prevede un ortopedico ed esperto di osteoporosi, insieme al riabilitatore e altre specialità e che lavorano in team per il paziente con frattura da fragilità?

Abruzzo	NO
Lombardia	SÌ
Marche	NO
Piemonte	NO
Toscana	SÌ
Sardegna	NON SO
Sicilia	NON SO

- ❖ Nella sua regione è stato definito un codice che identifichi una frattura da fragilità e che permetta al paziente di accedere alle cure per la sua fragilità ossea, oltre alla gestione della frattura?

Abruzzo	NO	
Lombardia	NO	
Marche	NO	
Piemonte	NO	
Toscana	SÌ	Prevede la compilazione obbligatoria "frattura da fragilità" nella scheda di dimissione da DEA o Divisione Ospedaliera con riattivazione dei codici di DEA di dimissione per il sistema di monitoraggio (CFF1); prevede la possibilità di attribuzione del CFF da parte del MMG o dello Specialista che identifichiamo anamnesicamente o

		su esami radiologici (nel caso di fratture prevalenti vertebrali) la FF (CFF2); ove vi sia stato attribuito il codice frattura da fragilità, esclude i farmaci obbligatori dalla spesa farmaceutica del MMG, prevede un sistema di monitoraggio separato dalla spesa farmaceutica)
Sardegna	NON SO	
Sicilia	NO	

❖ Nella sua regione esistono dei PDTA per la presa in carico del paziente con frattura da fragilità ossea?

Abruzzo	SÌ	PDTA FRATTURA COLLO DEL FEMORE - DGR 22.12.2017, N. 807 (Bollettino Ufficiale Regionale Speciale N. 18 del 09/02/2018) il documento: -esplicita specifici obiettivi per le Aziende UU.SS.LL., funzionali a garantire alle persone anziane affette da frattura del femore prossimale un approccio assistenziale uniforme ed omogeneo in tutto il territorio regionale - descrive il percorso clinico terapeutico assistenziale, inteso come sequenza spazio -temporale ottimale, identificando le competenze e le specifiche responsabilità coinvolte, a partire dalla presa in carico fino alla dimissione ed affidamento alle cure riabilitative territoriali, in modo tale da garantire il più ampio e tempestivo recupero funzionale possibile ed una efficace continuità delle cure.
Lombardia	NO	
Marche	NO	La problematica è sotto osservazione da diversi anni. A titolo prospettico, all'interno del PRP 2020-2025, non ancora deliberato ma in fase di elaborazione avanzata, è previsto, uno specifico programma libero (PL) dal seguente titolo "Prevenire e prendersi cura: il PDTA dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità quale modello partecipativo

		regionale per il management delle patologie croniche". Questo PDTA prevede anche la presenza delle Fracture Liaison Service (FLS)
Piemonte	NO	
Toscana	Sì	PDTA approvato con delibera n.1253 del 15-09-2020 "Percorso assistenziale ed organizzativo per la gestione e la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità maggiori" indirizzi della Regione Toscana- Organismo Toscano Governo Clinico
Sardegna	NO	
Sicilia	NO	

- ❖ La sua regione si è organizzata per la gestione del paziente fratturato a seguito dell'emergenza pandemica?

Abruzzo	Sì	La gestione del paziente sebbene non specifica è comunque prevista nell'ambito della gestione emergenziale del macro-livello ospedaliero
Lombardia	Sì	Con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 3553 del 15/03/2020 sono state fornite alle strutture sanitarie lombarde, pubbliche e private accreditate, indicazioni organizzative, in attuazione della DGR 2986 del 8/03/2020, in merito tra l'altro alla rete erogativa ortopedica. Con successive comunicazioni è stata mantenuta attiva la disponibilità di centri Hub per il trauma dove permettere il trasferimento di pazienti dai centri impegnati nell'emergenza COVID
Marche	NO	

Piemonte	Sì	È stato creato un tavolo tecnico che ha ridefinito in funzione dell'emergenza pandemica la rete trauma.
Toscana	NON SO	
Sardegna	NON SO	
Sicilia	Sì	Ha predisposto i percorsi assistenziali in sicurezza che mantenessero la stessa tempestività di azione assistenziale già proceduralizzata e normata prima della pandemia

4 Conclusioni

Dai dati emersi dal monitoraggio risulta evidente che vi è un'esigenza di riconoscere la gestione delle fratture da fragilità come una priorità di salute pubblica. Le istituzioni nazionali e regionali hanno un ruolo importante nel facilitare, sostenere e implementare modelli di trattamento coordinati per i pazienti riportanti frattura e devono mettere in atto e rendere a sistema tutte le azioni utili per offrire servizi di cura uniformi che tengano conto degli effettivi bisogni di salute.

Ogni singola frattura da fragilità necessita di un trattamento adeguato che determina un costo diretto per il SSN, ma determina anche una perdita di produttività non indifferente sia per i pazienti che svolgono attività lavorativa, sia per chi li assiste, determinando i cosiddetti costi indiretti, che spesso non vengono vagliati e quantificati, ma che hanno un impatto negativo e diretto sui pazienti e i loro familiari. Inoltre le fratture sono spesso invalidanti e limitano o, ancora peggio, privano i pazienti della loro autonomia, compromettendo immancabilmente la qualità della vita.

È fuori discussione che, per affrontare in maniera ottimale il problema delle fratture da fragilità ossea, esse vadano indentificate in maniera appropriata e al momento giusto.

Acquisire informazioni precise puntuali e tempestive permette di delineare un quadro più definito dell'entità del problema e del suo impatto socio-economico; consente di non perdere la possibilità e la tempestività di segnalare una condizione di fragilità, in modo che sia valutata e trattata, se non durante il ricovero, almeno dopo la dimissione, dal medico curante o dallo specialista di riferimento, avvantaggiando l'ingresso del paziente in un percorso diagnostico-terapeutico appropriato; consente e facilita inoltre la prescrizione di una terapia farmacologica adeguata riducendo i rischi di nuove fratture.

Tutto ciò produce vantaggi per il paziente ma anche positive ricadute sul SSN con un decremento della mortalità, delle disabilità e della perdita di giornate lavorative.

Una prima risposta da parte delle istituzioni è arrivata il 21 ottobre 2021 con la pubblicazione delle Linee Guida del documento su *Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità*, la prima linea guida nell'ambito delle fratture da fragilità del nostro Paese e una delle prime al mondo, realizzate dall'Università di Milano Bicocca in

collaborazione con un'alleanza multidisciplinare e multiprofessionale, con il coinvolgimento di società scientifiche e associazioni civiche, tra cui Cittadinanzattiva.

Le linee guida rappresentano un sistema integrato di raccomandazioni, sviluppate in modo sistematico, finalizzate ad assistere i medici nella gestione più appropriata di situazioni cliniche con gli obiettivi di avere un'attività clinica più omogenea, ridurre la variabilità dei comportamenti e rafforzare l'attività assistenziale e riabilitativa; al tempo stesso, l'obiettivo è anche quello di sensibilizzare i decisori e le istituzioni sulla fragilità ossea che, se non correttamente diagnosticata ha un forte impatto sia fisico che emotivo sui pazienti ,ed è una malattia cronica ad elevato impatto epidemiologico, ampiamente diffusa in tutto il territorio nazionale.

Per questo si punta ad arrivare alla creazione di un codice univoco, denominato ICD-9, che consenta, da oggi, di associare a una determinata patologia ossea la causa delle fratture da fragilità.

Il nostro Paese è sempre più vecchio per cui sempre più alta deve essere l'attenzione verso le fasce over-65 e le loro necessità di salute, a partire dalla diagnosi tempestiva, da una corretta presa in carico, dalla promozione di adeguate abitudini che permettano un miglioramento della qualità della vita e facciano sì che questa condizione sia costante e duri il più possibile.

Gli obiettivi delle Linee guida riprendono in buona parte quelli contenuti nel PDTA per la gestione della persona con frattura da fragilità ossea, realizzato da Cittadinanzattiva nel 2019 con l'intento di agire sull'appropriatezza degli interventi, sia di tipo terapeutico, sia di tipo assistenziale, riorganizzando e rendendo omogeneo l'impatto clinico, organizzativo ed economico, in modo da contribuire a incrementare, ampliare e, soprattutto, migliorare la presa in carico del paziente con fragilità ossea, grazie ad un codice identificativo, e garantire la continuità delle cure rendendo il Servizio Sanitario Nazionale più sostenibile attraverso una razionalizzazione dell'offerta e l'eliminazione delle disuguaglianze in termini di assistenza e cura sopportate dalla popolazione di tutto il territorio nazionale.

Il nostro auspicio è che il PDTA venga recepito e concretizzato dalle istituzioni regionali.

Adesso però occorre fare in modo che quanto previsto e definito dalle Linee guida sia effettivamente applicato su tutto il territorio nazionale e ne vengano monitorati i risultati, cioè occorre andare a verificare gli esiti in termini di qualità di vita acquisita e mantenuta.

5 Ringraziamenti

La realizzazione dei questionari è stata possibile grazie ai preziosi contributi forniti da: Prof.ssa Maria Luisa Brandi; Prof. Umberto Tarantino; Prof. Maurizio Rossini e Prof. Roberto Gerli.

Ringraziamo per la supervisione: Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale di Cittadinanzattiva; e Francesca Moccia, Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva.

Ringraziamo l'Ufficio Comunicazione e stampa per l'attività di diffusione e comunicazione del presente lavoro: Alessandro Cossu, Aurora Avenoso, Luana Scialanca, e Lorenzo Blasina per aver curato la parte grafica; le colleghe dell'area salute: Cristiana Montani Natalucci, Valeria Fava, Roberta Passerini e Etty Elein Estela Escalante.



www.cittadinanzattiva.it
