



Evitare che le fratture da fragilità generino fragilità sanitaria

SPECIALE 2019

COMPANION SERIES



Evitare che le fratture da fragilità generino fragilità sanitaria

INDICE

Una fragilità da contrastare. Perché...	4
Fratture da fragilità = fragilità sanitaria	5
L'osteoporosi: una patologia multifattoriale	5
Fragilità ossea una condizione che condiziona la vita	6
Un problema di fragilità "generalizzata"	7
I costi diretti e intangibili: la sostenibilità della spesa sempre più precaria	8
Molti i motivi di preoccupazione: i maggiori l'inerzia terapeutica e la distrazione istituzionale	9
L'importanza di assicurare la continuità terapeutica	10
L'attenzione verso le fratture da fragilità: alta quella clinica, deficitaria quella istituzionale	12
Serve un cambio di passo: a partire dalle linee-guida	14
La fragilità ossea pone esigenze "transpatologiche"	16
Definire le priorità senza dimenticare dignità umana e solidarietà	20
Manifesto Sociale	21

Una fragilità da contrastare. Perché...

I dati epidemiologici intorno al problema della fragilità ossea sono dati importanti, al limite di un allarme che va dato all'intero sistema sanitario nel nostro paese: un allarme non per generare panico, ma un allarme per richiamare una grande attenzione alla gestione di un problema che, se trascurato, può generare effetti di difficile soluzione.

Siamo di fronte ad un fenomeno che va contrastato soprattutto in fase di prevenzione, perché, come nella stragrande maggioranza dei casi, un moderno sistema sanitario non può essere solo in grado di curare (bene) quando il problema di salute si è conclamato, ma deve anche evitare che il problema si conclami, ovvero che venga affrontato con tutte le leve di governance clinica a disposizione.

Fare prevenzione è probabilmente la frontiera su cui lavorare più alacramente, l'area su cui porre più celermente attenzione e risorse. Sulla base, però, di paradigmi diversi da quelli cui siamo abituati, più moderni e adeguati alla sfida. Innanzitutto, la prevenzione, come ormai noto, si sviluppa sia attorno alle persone (pazienti e professionisti sanitari, singoli o associati che siano) che attorno alle istituzioni, alle aziende sanitarie: nessun soggetto (o stakeholder che sia) può essere lasciato fuori dalla responsabilità di trovare un percorso comune e condiviso.

In secondo luogo, quindi, bisogna accettare che la prevenzione rappresenta un problema di ordine culturale e, in quanto tale, è necessario che sia supportata da un approccio sistemico, che sia previsto un tempo adeguato di sedimentazione dei problemi e delle conoscenze, una predisposizione ed una capacità di cambiamento da parte di ciascuno (ad esempio, gli stili di vita, per i cittadini; così come i nuovi PDTA per i clinici; così come modelli di segmentazione dell'offerta in modelli a rete, hub&spoke, per i decisori di policy sanitarie).

Cambiare modo di lavorare così come cambiare

i propri comportamenti, le proprie abitudini non è semplice e, soprattutto richiede tempo.

Ma quanto viene descritto in questa pubblicazione dà testimonianza della maturità qua e là acquisita, sia in termini culturali che in termini di modellistica e di prassi clinica. Ci sono in atto esperienze che descrivono come questa patologia possa essere correttamente e appropriatamente affrontata, a tutti i livelli: dal coinvolgimento dei pazienti alle esperienze di integrazione tra l'ospedale e il territorio nei percorsi di assistenza e cura.

Le considerazioni fatte all'interno di questa pubblicazione suggeriscono che tra l'innovazione e la sostenibilità ci sono molti più punti di contatto che vuoti da riempire. Certamente, innovare nei modelli di cura fa poco rumore, ma fa grande efficacia di sistema per la cura della salute, e fa molto sulla sostenibilità complessiva del sistema. Qui c'è un grande spazio di lavoro che, con decisioni immediate e con pochissimi costi, genera effetti enormi sulla capacità di prevenire, di curare e di evitare di sprecare risorse. Per questo motivo, in questa pubblicazione abbiamo voluto adottare un approccio diverso dal solito. Infatti, pur partendo da un doveroso inquadramento generale della patologia, abbiamo dato spazio a chi quotidianamente, pur con specificità e angolature diverse, cerca di dare impulso ad un cambiamento di approccio e, soprattutto, di esito. Inoltre, per finire, abbiamo dato visibilità ad un Manifesto Sociale, un documento che è stato sottoscritto dalle principali associazioni scientifiche e di pazienti coinvolte con la prevenzione, l'assistenza e la cura della fragilità ossea. In estrema sintesi, uno strumento agile, a carattere divulgativo, per dare continuità e nuova forza a quel cambiamento culturale in atto che ha bisogno di una consapevolezza e di un nuovo impulso da parte dei decision makers.

La redazione



FRATTURE DA FRAGILITÀ = FRAGILITÀ SANITARIA

Nell'immaginario collettivo la frattura è percepita come un evento improvviso, legato per lo più a una dinamica traumatica che necessita di un trattamento immediato.

Questa percezione rispecchia solo in parte l'eterogeneità dello scenario clinico, in cui una frattura potrebbe essere la conseguenza di una condizione di perdita della massa e della robustezza ossea così avanzata da verificarsi, nei casi più gravi, in maniera spontanea.

Proprio in tale contesto si declina il concetto di fragilità: una condizione subdola, ad elevato rischio, con forte probabilità di essere sottovalutata, che richiede invece la massima attenzione non soltanto per le sue ripercussioni sullo stato di salute ma anche per i suoi risvolti sociali, economici e assistenziali.

L'OSTEOPOROSI: UNA PATOLOGIA MULTIFATTORIALE

Il comun denominatore, che costituisce la predisposizione alle fratture da fragilità, è l'osteoporosi: una malattia multifattoriale caratterizzata da riduzione della massa ossea e da alterazioni dell'architettura scheletrica, che viene distinta in primitiva, ossia non attribuibile a una causa specifica, come per esempio quella post-menopausale e senile, osteoporosi secondaria, legata ad altre patologie o a farmaci che promuovono demineralizzazione ossea (per esempio i corticosteroidi, che notoriamente favoriscono il riassorbimento osseo).

Un aspetto da evidenziare è che le fratture da fragilità sono spesso la prima manifestazione dell'osteoporosi ma vengono erroneamente

considerate come un segno di invecchiamento. Se, però, da un lato è vero che con il passare degli anni la densità ossea tende a ridursi, dall'altro è bene sottolineare che molto si può fare in termini di prevenzione, sia per contrastare l'osteoporosi sia, nel caso in cui essa si sia già manifestata, per ridurre il rischio di nuove fratture.

Questo impegno non ricade unicamente sul cittadino, ma coinvolge anche e soprattutto la sanità pubblica, a cui spetta l'onere di un'adeguata sensibilizzazione alla problematica e di una sua corretta gestione clinico-assistenziale.

Va ricordato che le sedi principali delle fratture osteoporotiche maggiori sono femore prossimale, vertebre, omero e terzo distale avambraccio.

FRAGILITÀ OSSEA UNA CONDIZIONE CHE CONDIZIONA LA VITA

Un dato sorprendente è che, in Italia, le fratture da fragilità sono molto più frequenti di quanto si possa immaginare.

Al di sopra dei 50 anni d'età, infatti, interessano mediamente un uomo su cinque e una donna su tre: complessivamente si stima che ogni anno esse ammontino a 560mila, di cui un quinto in sede femorale e il 15 per cento a livello vertebrale, e che il rischio per una donna italiana di subire nel corso della propria vita una frattura sia del 34 per cento, pressoché in linea con la media europea (31 per cento), e nell'uomo del 16 per cento (14 in Europa).

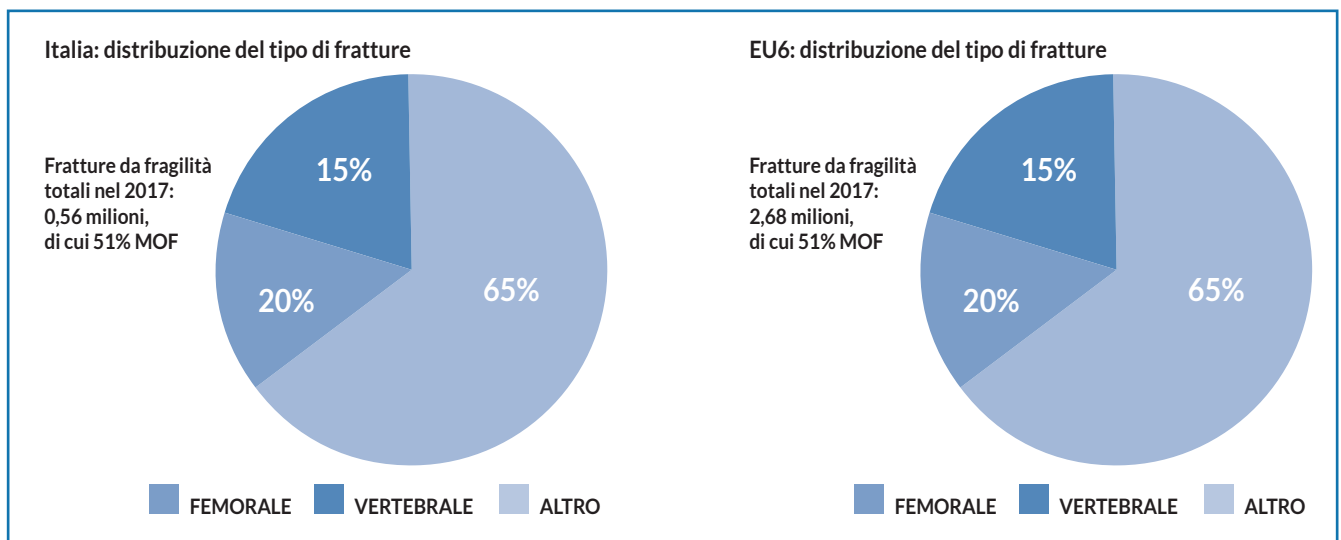
Come poc'anzi accennato, poi, una frattura da fragilità pone un problema di terapia e dunque anche e soprattutto di prevenzione: è infatti spia di una condizione di depauperamento della massa scheletrica che deve essere tenuto in

debita considerazione in quanto condizione di rischio per il verificarsi di nuove fratture successive, che nel primo anno aumenta ben di cinque volte.

In termini pratici, come si evince dai rilievi nazionali di pochi anni fa, fa l'osteoporosi interessa circa 4 milioni di Italiani, di cui l'80 per cento donne.

A questo si aggiunge il dato che, per quanto gli anziani siano la popolazione maggiormente interessata, un quinto delle fratture da fragilità si verifica in età di prepensionamento: nel 2017, infatti, in Italia i giorni di malattia richiesti in tale fascia d'età sono stati oltre 717mila (nel dettaglio, va puntualizzato che per ogni frattura da fragilità viene richiesta una media di 21 giorni di malattia ogni 1.000 persone: un dato dal quale derivano anche costi sociali assai gravosi).

Stima del numero di fratture da fragilità in Italia e nei paesi EU6 nel 2017, per categoria di fratture



UN PROBLEMA DI FRAGILITÀ “GENERALIZZATA”

La frattura da fragilità, come già accennato, è con buona probabilità l'epilogo della storia naturale dell'osteoporosi, ma spesso si inserisce anche in un quadro di fragilità complessiva del paziente, meglio nota come frailty syndrome.

Si tratta di una condizione caratterizzata dalla compresenza di varie patologie con andamento evolutivo che interessano il distretto muscolare: per esempio, oltre alla compromissione qualitativa e quantitativa del tessuto osseo, spesso si instaura anche una sarcopenia (riduzione della massa muscolare).

La stretta interdipendenza strutturale e biomeccanica dei due sistemi, scheletrico e muscolare, fa sì che l'alterazione dell'uno si ripercuota negativamente sull'altro. Parallelamente al declino della densità minerale ossea e dell'integrità funzionale del tessuto scheletrico, infatti, la massa muscolare si riduce del 40 per cento dai 20 ai 70 anni e dopo i 60 anni la sua perdita

raggiunge l'1,4-2,5 per cento/annuo, con una conseguente perdita di forza muscolare pari al 3 per cento/annuo.

Da qui l'importanza di una prevenzione il più possibile ampia, personalizzata e organizzata, che tenga in particolare considerazione gli individui con profilo di rischio più elevato, come quelli che hanno già subito una frattura e sono pertanto più predisposti all'inattività fisica. Tra l'altro, nella frailty syndrome è alterata anche la guarigione della frattura, un processo caratterizzato da una complessa sequenza di interazioni tra cellule, fattori di crescita e componenti tissutali. Si delinea pertanto un quadro articolato in cui convergono e si potenziano reciprocamente fenomeni fisiologicamente legati all'invecchiamento, come una più lenta capacità replicativa e rigenerativa e alterazioni del metabolismo scheletrico dovute all'osteoporosi e ai suoi fattori promuoventi.





I COSTI DIRETTI E INTANGIBILI: LA SOSTENIBILITÀ DELLA SPESA SEMPRE PIÙ PRECARIA

La spesa sanitaria per le fratture da fragilità ammonta a circa 9,4 miliardi di euro e dal confronto con altri paesi si evince che in Italia essa tende a essere maggiore rispetto alla media europea.

Le prospettive sono tutt'altro che rassicuranti se si considera che per il 2030 la spesa stimata salirà a quasi 12 miliardi di euro, registrando un incremento di oltre il 26 per cento.

Va precisato che i costi differiscono in relazione al distretto interessato, ma tendono a essere più elevati per la frattura di femore e nell'anno successivo all'evento. In realtà, però, questi non si limitano al solo assenteismo dal lavoro, stimato in oltre 710mila giornate perse ogni anno e agli oneri assistenziali, quantificati in 882 ore ogni mille individui colpiti da frattura di femore (la media europea è circa la metà, 443 ore ogni mille), ma investono pesantemente l'intero contesto di vita e la sfera psicoemotiva, imponendo un gravoso tributo in termini di disabilità. Basti pensare, per esempio, che a distanza di un anno da una frattura di femore, il 40 per cento dei pazienti non è ancora in grado di camminare autonomamente e l'80 per cento deve affrontare numerose limitazioni nelle incombenze quoti-

diane, come per esempio fare la spesa, guidare e gestire le ordinarie faccende domestiche.

Anche la consapevolezza di incorrere in un maggior rischio di nuove fratture può ripercuotersi sulla sfera psicologica e sulla serenità degli individui, inducendoli per esempio a limitare le uscite, i rapporti sociali e ad evitare determinate attività.

Lo stress fisico, psicologico ed economico associato alla perdita nel lungo termine dell'auto-sufficienza e della mobilità si riversa anche sui familiari dei pazienti, per i quali, soprattutto se nelle fasce d'età più avanzate, si delinea spesso la necessità di ricorrere all'assistenza istituzionale: da poco più del 2 per cento nella fascia d'età 50-60 anni, infatti, in quella sopra i 90 anni la percentuale di pazienti che passano a un regime di assistenza a lungo termine supera il 35 per cento.

Va da sé che il carico sociale ed economico delle fratture da fragilità tende a essere ancor più pesante quando una frattura da fragilità si verifica in un individuo già affetto da altre malattie croniche, come, ad esempio, nel caso della malattia di Parkinson, nella bronchite o nelle nefropatie.

MOLTI I MOTIVI DI PREOCCUPAZIONE: I MAGGIORI L'INERZIA TERAPEUTICA E LA DISTRAZIONE ISTITUZIONALE

Tra i fattori di allarme per il futuro almeno due meritano particolare considerazione.

Innanzitutto, l'aumento della spesa sanitaria, correlato al progressivo invecchiamento della popolazione. Dati ISTAT indicano che in Italia gli ultra65enni risultano essere circa 12,3 milioni, ossia il 20 per cento della popolazione totale, mentre gli ultra85enni sono 1,7 milioni e costituiscono circa il 2,8 per cento della popolazione. Sulla base degli stessi dati, si stima che, nell'anno 2050, gli individui di età superiore ai 65 anni saranno il 31 per cento degli italiani, mentre i soggetti over-85 arriveranno a rappresentare il 6,8 per cento.

Il secondo elemento è quella che si potrebbe definire "inerzia terapeutica", una vera e propria lacuna assistenziale che accomuna tutti i paesi europei. Un dato emblematico, infatti, è che i tre quarti degli anziani, dopo una frattura di femore, non vengono sottoposti a un trattamento farmacologico per l'osteoporosi. Questo, oltre ad essere una "malpractice", denota anche la scarsa importanza attribuita alle fratture da fragilità che, evidentemente, non sono considerate dalle istituzioni sanitarie una priorità né per quanto concerne il trattamento né, tantomeno, a livello preventivo.

Varie regioni hanno adottato percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e gli stessi LEA -livelli

essenziali di assistenza- definiscono un pacchetto previdenziale nazionale obbligatorio da offrire ai residenti in ogni regione, focalizzando i principali fattori di rischio che richiedono una valutazione della salute delle ossa. In particolare, la nota 79 riporta l'elencazione dei fattori di rischio e le indicazioni di prevenzione primaria e secondaria, ma con un'impostazione oggettivamente troppo articolata per poter essere facilmente fruibile e applicabile dal medico di Medicina generale.

Un altro aspetto sul quale è necessaria una riflessione è quello delle terapie.

Nonostante infatti l'innovazione rappresenti l'orizzonte cui le cure è necessario facciamo riferimento, nell'ambito dell'osteoporosi, gli interventi terapeutici rimangono ancora circoscritti a farmaci disponibili da oltre un decennio, senza che vi sia adeguata attenzione verso altre strategie che consentirebbero al medico di Medicina generale una gestione più appropriata efficace sul piano del rapporto costo/beneficio.

Il quadro relativo a questo delicato ambito sanitario si caratterizza purtroppo per una distrazione istituzionale che non ha ancora attuato quelle scelte sistematiche di politica sanitaria che potrebbero offrire una risposta efficiente ed efficace a questa patologia alla quale deve essere riconosciuta la dignità di emergenza sanitaria di prima grandezza.

L'IMPORTANZA DI ASSICURARE LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA

Colloquio con Maria Luisa Brandi, Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Dipartimento di Medicina Interna Università degli Studi di Firenze e Presidente FIRMO (Fondazione Italiana Ricerca Malattie dell'Osso)

IHPB per completare il quadro informativo in relazione al complesso scenario che caratterizza le fratture da fragilità in Italia, ha ritenuto utile raccogliere alcune considerazioni dalla Professoressa Maria Luisa Brandi che, anche come presidente FIRMO, è da anni in prima fila nel campo della prevenzione e della cura delle malattie dello scheletro e di iniziative di sensibilizzazione, tese a diffondere, anche al di fuori della cerchia degli scienziati e degli ammalati, la conoscenza di alcune patologie delle ossa ancora poco note e non adeguatamente contrastate.

• Sia nel mondo clinico-scientifico che in quello più strettamente istituzionale e manageriale della sanità, c'è una percezione adeguata del rischio di fratture da fragilità ossea?

La percezione, mi spiace dirlo, è molto bassa: infatti solo il 20% dei pazienti fratturati risulta trattato.

È facile immaginare cosa accade per i pazienti non fratturati.

Da parte del mondo clinico, dunque, la situazione è molto carente.

Da parte delle istituzioni credo sia sufficiente dire che la Nota 79 prevede già la somministrazione gratuita dei farmaci. Ma questo, poi, non avviene e nessuno si interroga sul perché questo accade. Certo il rimborso non è obbligatorio, perché non abbiamo le linee guida, ma c'è una raccomandazione dell'Aifa che permette l'uso

gratuito di questi farmaci. Occorrerebbe capire perché ciò non avviene.

• In Italia non esistono ancora modelli organici e sistematici di gestione della prevenzione secondaria delle fratture da fragilità. I Fracture Liason Service (FLS) potrebbero rappresentare una valida risposta organizzativa? In cosa consistono?

I Fracture Liason Services sarebbero straordinari strumenti di gestione dei pazienti con fratture da fragilità però dobbiamo capire che tutto questo implica che le istituzioni accettino la strutturazione di un'organizzazione interna con del personale che ruoti intorno al paziente fratturato.

Il Fracture Liason Service, è un sistema di collegamento come dice la parola stessa e che sarebbe più corretto definire come **Unità per la Continuità Assistenziale per le Fratture da Fragilità**.

È una entità specialistica che dovrebbe prendersi cura del paziente fratturato e, in termini più semplici, consentendo di mettere in rete quello che noi abbiamo a disposizione per la gestione del paziente fratturato. Prima di tutti dovrebbero entrare in azione il radiologo e l'ortopedico, dopodiché il paziente avrà a disposizione o un sistema di chirurgia o un sistema di fissazione della frattura. Alla fine, dovrebbe seguire la disposizione di andare a casa e stare fermo oppure dovrebbe scattare la riabilitazione. Quello che sta mancando in tutto questo sistema è una figura che raccordi tutte queste specialità - dal radiologo, all'ortopedico, al fisiatra -, e che sia quella che, nella pratica, permetta la prescrizione di farmaci anti fratturativi, la valutazione dei livelli di vitamina D e che dia una dieta giusta. Questa figura dovrebbe assicurare una continui-



tà terapeutica al paziente per evitare, in particolare, il rischio di rifrattura.

• **A suo avviso, quali sono le ragioni per le quali nel nostro Paese una problematica sanitaria così importante, in termini di dimensioni, impatto sociosanitario e costi, non può ancora avvalersi di una linea guida e di un protocollo diagnostico-terapeutico-assistenziale specifici?**

Delle linee guida se ne dovrebbe occupare l'Istituto Superiore di Sanità. Noi abbiamo parlato con l'ISS che ha mostrato l'intenzione di scriverle ma i tempi non sembrano brevi. Diciamo che oggi non ci sono le linee guida cui far riferimento anche se è vero che ci sono alcune linee guida che sono quelle delle società scientifiche. Ne hanno scritte sia la Società Italiana per l'Osteoporosi che la Società Italiana di Ortopedia. Sono state anche pubblicate, ma non hanno una valenza di tipo legale.

Per quanto riguarda, invece, i percorsi diagnostico-terapeutici per il paziente fratturato, va detto che questi non sono ancora disponibili. O meglio, solo alcune regioni li hanno. Un percorso, ad esempio, è stato strutturato a Firenze per la frattura di femore, un altro per quella vertebrale. Ma poi, di fatto, si tratta di iniziative locali, o regionali, che non fanno testo in tutto il Paese. In pratica ogni regione, ogni provincia, fa storia a sé. Direi addirittura che anche ogni ospedale, ogni realtà fa storia a sé. Il tentativo dovrebbe invece essere quello di universalizzare questi sistemi virtuosi, che si sono strutturati solo in alcune realtà, per farli diventare norma.

• **Sul piano epidemiologico, che cosa dobbiamo aspettarci per quanto riguarda le prospettive di questa malattia?**

Se non facciamo niente per l'Italia ci sarà un conto salato che non sarà di poco conto: noi ci aspettiamo che nel 2030 si fratturino i numerosi bambini che sono nati a cavallo degli Anni '50-'60

e che si cominceranno a fratturare perché, tendenzialmente, andranno verso l'età critica. Questa situazione creerà un sacco di problemi a livello di costi per la riabilitazione, le protesi, le case di riposo per gli anziani. Dobbiamo agire, anche perché abbiamo farmaci che in quest'area prevengono con successo le fratture fino al 70 per cento. Sono farmaci che possono essere utilizzati, per i pazienti fratturati, addirittura in fascia A. Il problema è soltanto quello di far prendere coscienza al sistema che non fare niente è peggio che fare qualcosa e che fare qualcosa non è estremamente costoso anche nel breve termine.

• **In Italia, esistono centri di eccellenza? Lavorano come "isole" o ci sono tentativi di collegamento/relazione, piuttosto che forme di organizzazione evolute (reti di strutture)?**

Sì, ci sono centri che hanno lavorato sulle fratture più di altri. Questi centri sono collegati a importanti ortopedie. Poi ci sono realtà anche piccole, come nel caso della Toscana, dove il sistema da solo sta portando a risultati importanti, soprattutto relativamente, ad esempio, alla rifrattura del femore, con risultati importanti anche per quanto riguarda la mortalità. Quindi possiamo dire che modelli virtuosi oggi ci sono e potrebbero essere presi ad esempio come gold standard di riferimento; basterebbe solo imitarli. Anche in questi casi però manca un po' la rete: l'unica interconnessione l'ha creata la Regione Toscana con il progetto "TARGET", col quale intende prevenire la seconda frattura di femore in paziente già fratturato.

Quello che a questo punto è importante sottolineare è la necessità assoluta di un impegno politico maggiore in quest'area perché non è possibile che chi deve decidere non si sia reso conto di quanto sia possibile risparmiare con un'adeguata prevenzione il cui costo sarebbe invece contenuto: oggi i dati di farmaco-economia sono chiarissimi e non lasciano spazio a dubbi.



L'ATTENZIONE VERSO LE FRATTURE DA FRAGILITÀ: ALTA QUELLA CLINICA, DEFICITARIA QUELLA ISTITUZIONALE

Colloquio con Francesco Falez, Direttore dell'Unità operativa complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale Santo Spirito di Roma e Presidente della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

• Le fratture da fragilità fanno sempre rima con l'osteoporosi?

Sicuramente c'è un legame che possiamo definire assoluto tra le fratture da fragilità, che sono espressione diretta della riduzione della capacità meccanica dell'osso conseguente all'osteoporosi, e l'osteoporosi stessa.

Ciò che fino ad oggi abbiamo di fatto analizzato come alterazione del metabolismo, del turnover metabolico dell'osso, oggi si estrinseca nelle fratture da fragilità e quindi l'attenzione si è di fatto spostata da quella che era una condizione patologica e sistemica verso una condizione che direi essere conseguenza diretta della osteoporosi.

• Quali e quante sono le cause che determinano la fragilità ossea e, quindi, le fratture da fragilità?

Sicuramente tra le cause delle fratture possiamo annoverare tutte quelle condizioni che alterano il normale turnover osseo. Quindi, se siamo di fronte a un'osteoporosi endocrina, tra queste cause possiamo registrare tutte le malattie che hanno la possibilità di alterare questo metaboli-

simo: si va dalle malattie oncologiche alle terapie con anabolizzanti e, dunque, con corticosteroidi.

• Sono cause solo patologiche o sono indotte anche da altre condizioni?

L'osteoporosi di fatto è una patologia, ma è una patologia quasi fisiologica perché avviene a causa di processi di invecchiamento. In realtà, è un po' un controsenso dire che si tratta di una patologia, perché lo è in quanto determina alcune situazioni patologiche. Il fatto è che non si può cercare di bloccare l'avanzare degli anni, anche se questa è la vera situazione che determina il reale problema della frattura da fragilità. Oggi però ci si sta finalmente chiedendo: come riusciamo a ridurre la percentuale delle fratture da fragilità nell'osteoporosi? La risposta è che lo si può fare agendo in maniera farmacologica su qualcosa che non si può evitare.

• Nel mondo clinico-scientifico che percezione c'è del rischio di fratture da fragilità ossea? È un tema oggetto di confronto e riflessione o è ancora un tema ai margini dell'interesse clinico?

L'attenzione su questi argomenti ormai è elevatissima e va in maniera trasversale dai reumatologi agli endocrinologi, ai medici di base, agli ortopedici.

Finalmente ci si è accorti che quello che poteva



essere considerato come un grande imbuto finiva in un collo di bottiglia, ovvero nella frattura vera e propria. Poi che si tratti di frattura del femore, dell'omero, delle vertebre o di altro ancora, sempre dall'ortopedico il paziente finisce. Oggi questa figura - quella dell'ortopedico - sta assumendo un ruolo diverso nel mondo clinico ed assistenziale. Prima era uno degli attori, oggi è l'attore principale.

• **Ritiene che se fossero disponibili analisi e nuovi studi prospettici di economia sanitaria, che tengano conto delle dinamiche socio-demografiche in atto e che siano capaci di dare una dimensione vera ai costi socio-sanitari che a queste si accompagnano, si potrebbe ottenere un'attenzione maggiore sul piano delle scelte di politica sanitaria?**

Ci sono importanti studi, sia economici che demografici, che ci parlano d'innalzamento dell'età media dei pazienti e, insieme, dell'allungamento della vita. Inevitabilmente queste situazioni fanno aumentare percentualmente i numeri della popolazione affetta da osteoporosi. La conseguenza diretta è che queste persone devono essere curate.

Questi studi aiutano a tenere alta l'attenzione che già c'è a livello clinico ma la situazione, di contro, risulta ancora deficitaria a livello istituzionale dove l'osteoporosi ancora non è vista come l'infarto, come i tumori o come altri mali. La percentuale delle morti conseguenti alle fratture da fragilità è però assolutamente sovrapponibile alle morti da infarto. Di prevenzione di infarto si parla spesso e ovunque, a livello istituzionale, di prevenzione delle fratture da fragilità no. Parliamo di percentuali che si aggirano sul 30 per cento a sei mesi dall'evento, sono numeri che dovrebbero fare comunque riflettere.

• **La comunità clinico-scientifica che posizione ha verso forme di organizzazione evolute quali i modelli Hub&Spoke o le reti di patologia?**

Oggi ci stiamo organizzando anche in Italia con centri nati come centri dedicati al trattamento dell'osteoporosi ma che si sono trasformati e stanno sempre più cambiando.

Ovviamente c'è ancora grande necessità di metterli sempre più in rete.

• **I medici di medicina generale, con il loro ruolo di vicinanza al singolo paziente, quale contributo in più potrebbero offrire rispetto a oggi, da un lato, come sensori precoci di un problema e, dall'altro, per una gestione dei pazienti più avveduta ed efficace a diagnosi avvenuta?**

Il ruolo dei medici di medicina generale è fondamentale non solo come prima diagnosi, ma anche per evitare i secondi eventi che sono altrettanto importanti nella cura del paziente affetto da una frattura di fragilità.

E poi anche per controllare che il percorso terapeutico sia osservato dai pazienti stessi.

SERVE UN CAMBIO DI PASSO: A PARTIRE DALLE LINEE-GUIDA

Colloquio con il Prof. Maurizio Rossini, Ordinario di Reumatologia all'Università degli Studi di Verona

• **Professore, due persone su dieci tra coloro i quali soffrono di osteoporosi hanno già avuto fratture. Secondo lei c'è il rischio che ci siano ancora pazienti che non abbiano ricevuto una diagnosi corretta ma anche un trattamento farmacologico non adeguato alla malattia?**

Più che una diagnosi non corretta spesso ci troviamo di fronte alla completa assenza di una diagnosi e, dunque, di un trattamento appropriato. Il problema principale dei pazienti fratturati, che com'è noto sono anche ad elevato rischio di rifrattura, è che solo in piccola parte vengono sottoposti a trattamenti diagnostici, ancor meno a trattamenti appropriati.

Inoltre ci sono molti pazienti con sintomatologia alla colonna vertebrale che viene interpretata come espressione di patologie reumatiche degenerative di tipo articolare, come l'artrosi, mentre spesso trattasi di fratture vertebrali misconosciute.

• **Quali e quante sono le cause che determinano la fragilità ossea e quindi le fratture da fragilità?**

Anzitutto vi è l'età, poi la post-menopausa nella donna.

Al di là di queste cause ci sono una serie di comorbilità che possono predisporre a una fragilità anche in epoca giovanile, come nel caso delle malattie di tipo ematologico, reumatico, endocrinologico, gastroenterologico e nefrologico. Ma ci sono anche alcuni farmaci che provocano fragilità scheletrica, prima di tutto il cortisone.

• **Le società scientifiche che rappresentano i medici che più di frequente sono chiamati a gestire e curare i pazienti affetti da fratture da fragilità hanno prodotto e condiviso diverse linee-guida. Sono sufficienti o serve altro?**

Le linee guida esistenti sono importanti ma non sono sufficienti.

Vanno diffuse, implementate, aggiornate e necessitano di essere praticamente condivise tra tutti gli attori del sistema.

In esse non è specificato chi fa cosa ma si danno indicazioni generali che poi finiscono per non essere tradotte nella pratica clinica perché non è ben chiaro, ad esempio, quale sia il ruolo del medico di medicina generale, quello dello specialista e di tutti gli altri attori. Tra questi, anzi, si registra in pratica un completo scoordinamento.

• **Qual è il ruolo del medico reumatologo in questo contesto?**

Il reumatologo ha un ruolo importante nel sistema.



Nella declaratoria della reumatologia è chiaramente espresso l'interesse per le malattie dell'apparato locomotore, tra cui anche quelle dello scheletro, oltre a quelle muscolari ed articolari. Al reumatologo spetta quindi la completa competenza per la diagnosi ed il trattamento di tutte le malattie dello scheletro, primitive o secondarie, che stanno alla base delle fratture da fragilità.

• **Che cosa si potrebbe fare, a suo avviso, in tema di prevenzione? C'è un modo per predire il rischio?**

La prevenzione si può riassumere in tre punti: corretta alimentazione, attività fisica, preferibilmente all'aperto, e conoscenza dei fattori di rischio per osteoporosi e fratture da fragilità. Sono disponibili anche online materiale educativo ed algoritmi per la valutazione del rischio di frattura.

• **Infine le nuove strategie terapeutiche. Qual è il suo giudizio?**

Sono oggi disponibili, ed altre all'orizzonte, nuove strategie terapeutiche, sia non farmacologiche che farmacologiche. Non bisogna tuttavia dimenticare anche le "vecchie terapie" che, seppur dimostrate efficaci e in gran parte sicure, sono oggi purtroppo sottoutilizzate.

Certo, negli ultimi anni si sono sviluppati trattamenti farmacologici più rapidi ed anche più pratici, grazie alla possibilità di somministrazioni dilazionate nel tempo che favoriscono la necessaria aderenza del paziente.

La voce delle associazioni dei pazienti

LA FRAGILITÀ OSSEA PONE ESIGENZE “TRANSPATOLOGICHE”

Parla Salvo Leone, direttore dell'associazione italiana IBD, AMICI onlus, presidente EFCCA (European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations) e portavoce delle 15 associazioni di pazienti che hanno aderito con FRAME® all'alleanza contro le fratture da fragilità

• **Sia nel mondo clinico-scientifico che in quello più strettamente istituzionale e manageriale della sanità, c'è una percezione adeguata del rischio di fratture da fragilità ossea?**

Credo ci sia una scarsa conoscenza di questo tipo di problematiche, purtroppo, visto che una frattura non è spesso collegata ad una fragilità. Ma è collegata ad un incidente. Se una persona ha un incidente, molto spesso l'episodio non viene legato ad una patologia che invece può averlo generato.

C'è quindi una scarsa conoscenza nella popolazione generale e, di conseguenza, penso che i decisori tendano a sottovalutare il problema.

• **Il fatto che le fratture da fragilità hanno una genesi molto varia, nel senso che possono derivare da fatti/fenomeni patologici propri di ambiti sanitari diversi, ritiene che possa essere utile e opportuna una qualche forma di coordinamento/collaborazione in materia? E come tutto questo potrebbe concretizzarsi?**

Io sono un convinto sostenitore della collaborazione tra associazioni per quelle che sono esigenze che io definisco transpatologiche. Nel mondo della cronicità esistono tantissime associazioni e spesso alcuni aspetti ed alcuni interessi di queste associazioni coincidono. Mi fa

piacere pensare che ci sia la possibilità di riunire attorno ad un tavolo tutte le organizzazioni che hanno interesse per quanto riguarda la fragilità ossea e quindi sviluppare insieme dei progetti. Un esempio anzitutto: promuovere iniziative che facciano conoscere il problema, che rappresentino le criticità della patologia e che si concretizzino in attività mirate alla risoluzione dei problemi.

• **I pazienti affetti da fragilità ossea hanno un sistema di offerta adeguato alle loro esigenze?**

Mi sentirei di dire di no ed è proprio per questo che ci dobbiamo lavorare ponendoci il problema. Non c'è una tutela se non in casi specifici di malattie riconosciute. Ma a livello nazionale, l'offerta è scarsa o non adeguata.

• **In Italia esistono centri di eccellenza con cui vi relazionate?**

Io rappresento le malattie infiammatorie cronico intestinali. Dal nostro punto di vista, il problema è marginale. È una “complicanza di nicchia” per cui non abbiamo centri di riferimento. Non escludo però che ci siano e, probabilmente, laddove decidessimo di occuparci del problema in maniera più importante, andremmo ad individuarli.

Perché è importante che i pazienti siano seguiti nei centri che sappiano trattare questo tipo di complicanza.

• **Come associazioni di pazienti, avete voce in capitolo - e con chi? - nei processi decisionali (sia politici che ospedalieri) in materia di fragilità ossea?**

Io credo che quando l'interlocutore - mi riferisco alle associazioni - è serio e propone delle soluzioni, non soltanto delle problematiche ed ha un atteggiamento costruttivo, le Istituzioni rispondono. Per cui, dal nostro punto di vista, ci riteniamo dei privilegiati perché comunque abbiamo a che fare con persone delle Istituzioni che ascoltano quelle che sono le diverse istanze sanitarie

che poniamo e cercano di risolverle.

Crediamo in un processo che parta dalla base, nel quale chi ha effettivamente il problema lo segnala al decisore, poi l'Istituzione si fa carico di questa problematica.

Se è seria ed è portata avanti da una organizzazione che ha i requisiti per farlo i risultati si ottengono.

ANZITUTTO PREVENZIONE E RIVEDERE I MODELLI ORGANIZZATIVI

Maggior partecipazione alla gestione della sanità -
Centrale il ruolo delle associazioni dei pazienti

Colloquio con la Sen. Maria Rizzotti, Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica

• **Sia nel mondo clinico-scientifico che in quello più strettamente istituzionale e manageriale della sanità, c'è una percezione adeguata del rischio di fratture da fragilità ossea?**

Ormai si sta facendo strada sempre di più la consapevolezza che, molte volte, una frattura che si verifica dopo una caduta potrebbe non essere la conseguenza dell'incidente bensì la causa. Nel senso che - questo accade prevalentemente negli anziani - il femore si rompe e, come risultato, la persona cade. Infatti, come è stato più volte sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, le fratture da fragilità sono ormai diventate una delle principali sfide per i sistemi sanitari dei Paesi occidentali e, questo, proprio per l'aumento esponenziale del numero di fratture che è legato all'aumento della popolazione anziana. Ad esempio, nelle donne oltre i 45 anni di età, le fratture da osteoporosi determinano un numero maggiore di giornate di

degenza ospedaliera rispetto a patologie magari più rilevanti da un punto di vista mediatico come, ad esempio, l'infarto del miocardio o il diabete o, addirittura il carcinoma della mammella. Quindi per ridurre l'impatto sanitario e sociale della fragilità scheletrica, sono necessari interventi informativi e preventivi, volti a migliorare la registrazione e l'elaborazione dei dati epidemiologici. Un settore, questo, nel quale siamo purtroppo ancora molto indietro, con un quadro epidemiologico inadeguato.

È quindi necessario un approccio clinico articolato sul paziente affetto da osteoporosi; molti sono gli studi, infatti, secondo i quali circa il 30 per cento di donne con osteoporosi evolutiva soffre spesso anche di altre patologie non sospettate in precedenza responsabili della stessa malattia. Naturalmente indagini approfondite sulla riduzione della massa ossea sono necessarie anche nella popolazione maschile perché in alcune casistiche esaminate si ha una prevalenza di osteoporosi secondaria - quella cioè dovuta ad una malattia non diagnosticata in precedenza - fino al 70 per cento dei casi.



Per la prevenzione di questa patologia è quindi fondamentale sviluppare anzitutto programmi di prevenzione primaria - specialmente stili di vita più corretti e migliori livelli di salute della popolazione anziana - e nel contempo elevare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari già disponibili, stimolando molto la collaborazione tra gli ortopedici e gli altri specialisti, così da ottenere una presa in carico del paziente per evitare future cause di frattura.

Occorrerebbe poi limitare la disabilità con la definizione di percorsi riabilitativi integrati, intra ed extraospedalieri, oltre a favorire sinergie tra gli specialisti ospedalieri e medici di medicina generale che possono monitorare agevolmente il decorso di questi pazienti. L'ideale, infine, sarebbe l'adozione sistematica anche in Italia, analogamente a quanto già avviene in altri Paesi europei, delle cosiddette Fracture Units, quelle strutture multidisciplinari che consentirebbero una gestione organica delle problematiche così articolate di questa patologia.

• In un quadro economico in cui, come detto recentemente anche in sede istituzionale, non ci sono risorse per la copertura di tutti i LEA, quali possono essere i criteri con cui si definiscono delle priorità in materia di politica sanitaria?

Qui parliamo di quella che è la chiave della sostenibilità del nostro sistema sanitario.

È chiaro che la necessità di rispondere alla crescente domanda di salute da parte dei cittadini in un momento in cui il finanziamento del servizio sanitario è sempre più in affanno, impone una revisione dei modelli organizzativi che consenta un uso più efficace delle risorse. In questo scenario vediamo emergere delle tendenze che hanno profonde implicazioni sui modelli assistenziali: penso, ad esempio, all'aggregazione funzionale delle cure primarie declinate in modo diverso nelle diverse regioni, penso alla medicina del territorio di cui si parla da tempo anche se poco è stato fatto e poco si

continua a fare.

La sostenibilità del nostro sistema sanitario, soprattutto per il suo carattere universalistico, è messa in discussione e, ancor più, lo sarà nei prossimi anni per l'invecchiamento demografico dovuto all'aumento della speranza di vita; dinamiche, queste, che faranno ulteriormente lievitare la domanda di cure.

Cosa fare a fronte di risorse limitate? Anzitutto un rinnovamento organizzativo e tecnologico: bisogna ripensare i processi e i modelli organizzativi delle aziende sanitarie nelle varie regioni, spostando le cure, ove possibile, dall'ospedale al territorio, ridefinendo i criteri di presa in carico dei sempre più numerosi pazienti cronici.

Un aiuto importante potrebbe venire dalla sanità digitale, un settore nel quale ancora non si sta facendo molto, anche se un progetto in questo senso era stato finanziato.

Altro ambito di intervento è poi quello della definizione della priorità di spesa che, ad esempio, ritroviamo nei criteri adottati per le liste d'attesa in relazione a prestazioni più o meno urgenti o nella vaccinazione elettiva di gruppi di popolazione. Criteri che, comunque, vanno determinati con il coinvolgimento dei pazienti, a tutela di un rapporto di fiducia tra questi e il medico che altrimenti potrebbe venir meno. In questo quadro comunque è necessario che vi sia una partecipazione maggiore dei cittadini alla gestione sanitaria.

Non dimentichiamoci, comunque, che i LEA - recentemente aggiornati - necessiterebbero di un ulteriore intervento perché sono stati sotto-finanziati e poi perché continuano a mantenere prestazioni obsolete senza che si proceda all'ottimizzazione delle risorse.

• In Italia, con sistemi sanitari differenti sul piano dell'organizzazione e dell'accesso ai servizi, quali sono le modalità per mettere a sistema le varie eccellenze? È un tema che può essere messo sul tavolo delle scelte in politica sanitaria?



Certamente. Ricordiamoci comunque che il nostro sistema sanitario, che ha appena compiuto 40 anni, dovrebbe essere rivisto e aggiornato in linea con quelle che sono le esigenze del momento attuale.

Comunque questo sistema, con tutti i suoi difetti, ha garantito a tutti i cittadini un livello di assistenza tra i più elevati al mondo, proprio in ossequio a quei principi di equità, solidarietà e uguaglianza su cui si fonda.

Dalla riforma del titolo quinto della Costituzione, dal quale è nata la sanità gestita dalle regioni, sono nati anche alcuni problemi che oggi sono sotto gli occhi di tutti: abbiamo regioni virtuose che esprimono sistemi di eccellenza di livello europeo a altre regioni che con le spese per la sanità hanno generato enormi deficit, rendendo la vita dei cittadini ancora più difficile. Noi, nelle diverse riforme costituzionali, abbiamo provato a riportare la sanità a livello centrale ma i diversi tentativi non hanno raggiunto l'obiettivo.

Credo che senza una riforma della governance, soprattutto considerando il secondo pilastro della sanità - la sanità integrativa appunto che dovrebbe essere regolamentata e utilizzata - anche tutte le proposte di riforma avanzate dalle regioni per una maggior autonomia potrebbero risultare vane.

• Diverse società medico-scientifiche e più associazioni di pazienti hanno recentemente deciso di dar vita ad un'alleanza - denominata FRAME® - per sollecitare la classe politica e le istituzioni verso l'adozione di nuove scelte politiche in grado di generare risposte sanitarie più efficaci per la prevenzione e il contrasto delle fratture da fragilità.

Quale attenzione potranno trovare a suo avviso e quali suggerimenti ritiene utile dare affinché i promotori di quest'iniziativa possano ottenere risultati positivi in tempi ragionevolmente brevi?

Sicuramente la presenza e il ruolo delle associazioni dei pazienti e delle famiglie è diventata

nel tempo di centrale importanza. Questo trova conferma, ad esempio, dal fatto che anche tanti miei disegni di legge presentati in questa legislatura scaturiscono proprio dalle istanze di queste associazioni che hanno portato all'attenzione di noi legislatori le problematiche che i loro associati vivono quotidianamente.

Queste entità sono l'utile anello di congiunzione con le istituzioni, l'amplificatore più efficace a favore del sostegno ai malati, con un ruolo importantissimo perché offrono quel supporto che spesso i pazienti non riescono a trovare nel sistema sanitario. Per questa ragione ogni decisione politica in materia di sanità non può non tenere nella massima attenzione la voce delle associazioni dei pazienti.

Da anni assistiamo a un processo molto importante: il formarsi di un meccanismo di circolazione orizzontale, fatto di esperienze, strategie e attività nelle varie patologie gravi e croniche, e proprio questa circolazione orizzontale e relazionale è il valore aggiunto che lo sviluppo dell'associazionismo porta a tutto il sistema sanitario e socio-assistenziale italiano.

Quindi, il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni dei pazienti ai processi di cura e riabilitazione produce anche l'effetto di alimentare la loro fiducia rispetto alle terapie proposte, aumentando anche un senso di responsabilità rispetto alla fruizione dei servizi.

Tutto questo determina anche uno stimolo e un impegno, da parte delle organizzazioni sanitarie, per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria.

Vorrei dire che, nell'ambito dei vari attori del sistema salute, le associazioni dei pazienti e le istituzioni devono condividere, ciascuno nel proprio ruolo e nella propria sfera di interesse, la stessa visione della salute intesa come un investimento per il futuro. Perché da questa comunanza di punti di vista è possibile costruire una base per progetti e alleanze di valore.

Per questa ragione farò miei tutti i suggerimenti che mi perverranno per trasformarli in iniziative parlamentari di cui, spero, possa usufruire il Governo.

DEFINIRE LE PRIORITÀ SENZA DIMENTICARE DIGNITÀ UMANA E SOLIDARIETÀ

Colloquio con l'On.le Rossana Boldi, Vicepresidente Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

• Sia nel mondo clinico-scientifico che in quello più strettamente istituzionale e manageriale della sanità, c'è una percezione adeguata del rischio di fratture da fragilità ossea?

La percezione del rischio di frattura da fragilità ossea è sicuramente aumentata nel mondo clinico-scientifico, grazie ai numerosi studi sull'argomento; non così in quello più strettamente istituzionale e manageriale. Non se ne parla abbastanza. Pochi sanno che in Italia quasi 5 milioni di persone soffrono di osteoporosi e che nel 2017 si sono verificate in Italia 560.000 nuove fratture. E soprattutto pochi sono a conoscenza dell'impatto devastante per le persone colpite, in termini di qualità e aspettativa di vita e delle ricadute sulla spesa sanitaria.

• In un quadro economico in cui, come detto recentemente anche in sede istituzionale, non ci sono risorse per la copertura di tutti i LEA, quali possono essere i criteri con cui si definiscono delle priorità in materia di politica sanitaria?

Penso che sia chiaro a tutti che, soprattutto in tempi di crisi, ma non solo, le spese sanitarie debbano essere razionalizzate con processi decisionali il più possibile equi e trasparenti. Le priorità possono essere decise in base ad alcuni parametri standard ispirati alla evidence based medicine, rispetto alla gravità della malattia, all'urgenza del trattamento e al rapporto costi benefici. Tutto questo, senza dimenticare la dignità umana e la solidarietà. Inoltre, non va

trascurata la necessità di efficientare la spesa con innovazioni di processo, al fine di avere la possibilità di erogare più prestazioni ad una platea sempre maggiore di pazienti.

• In Italia, con sistemi sanitari differenti sul piano dell'organizzazione e dell'accesso ai servizi, quali sono le modalità per mettere a sistema le varie eccellenze? È un tema che può essere messo sul tavolo delle scelte in politica sanitaria?

Sicuramente alcune regioni hanno dimostrato di avere una organizzazione sanitaria più efficiente di altre, e quindi è auspicabile un sempre maggiore scambio di informazioni e confronto di modelli organizzativi per mettere in evidenza, dove esistono, le eccellenze, ma anche le debolezze del sistema. È chiaro che i LEA vanno comunque garantiti a TUTTI i cittadini.

• Diverse società medico-scientifiche e più associazioni di pazienti hanno recentemente deciso di dar vita ad un'alleanza - denominata FRAME® - per sollecitare la classe politica e le istituzioni verso l'adozione di nuove scelte politiche in grado di generare risposte sanitarie più efficaci per la prevenzione e il contrasto delle fratture da fragilità. Quale attenzione potranno trovare a suo avviso?

Le decisioni politiche sono fondamentali per concretizzare il modello di sistema sanitario che si vuole attuare. In queste decisioni è fondamentale l'apporto di conoscenza dei bisogni ed esperienza delle associazioni dei pazienti, che devono essere coinvolte in tutti i tavoli ed in tutte le fasi che portano alla definizione dei programmi di diagnosi e cura di ogni patologia.

MANIFESTO SOCIALE



SOTTOSCRITTO DA:

Associazioni pazienti e di cittadini:

AISM Onlus
 Amici Onlus
 Aned Onlus
 Anlaidis Onlus
 Anmar Onlus
 Apmar Onlus
 Associazione AIFOSF
 Associazione APPI
 Associazione Italiana Pazienti Bpco Onlus
 Cittadinanzattiva
 Fedios Onlus
 Firmo Onlus
 Parkinson italia Onlus
 Respiriamo Insieme Onlus
 Salutedonna Onlus

Società Scientifiche:

FOFI – Federazione Ordini Farmacisti Italiani
 SIE – Società Italiana Endocrinologia
 SIMG – Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
 Siommms – Società Italiana dell’Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro
 SIR – Società Italiana Reumatologia
 SIOT – Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Premessa

Le fratture da fragilità - conseguenza più grave per le persone con osteoporosi - rappresentano un'emergenza di salute pubblica in Italia, superiore alla media europea e che ad oggi non ha trovato adeguate risposte.

A confermarlo sono i dati 2017 pubblicati dalla International Osteoporosis Foundation (<https://www.iofbonehealth.org/broken-bones-broken-lives>):

- 4 milioni di italiani, con età superiore ai 50 anni, sono colpiti da osteoporosi (3,2 milioni le donne e 0,8 milioni gli uomini);
- Il rischio di subire una frattura da fragilità nelle donne italiane, con età superiore ai 50 anni, è del 34% (31% media EU), negli uomini del 16% (14% media EU);
- In seguito alla prima frattura da fragilità il rischio di subire una successiva frattura, entro il primo anno, è cinque volte superiore;
- Si stima che in Italia, nel corso del 2017, si siano verificate 560.000 fratture da fragilità, senza contare le numerose fratture vertebrali che solo in piccola parte vengono diagnosticate o registrate;

- L'incidenza di fratture da fragilità nei prossimi 10 anni crescerà del +22,4% in Italia (2030: 690.000 fratture);
- 9,4 miliardi di euro, sono i costi sanitari generati dalle fratture da fragilità in Italia, con un aumento stimato del +26,2% nei prossimi 10 anni (2030: 11,9 miliardi di euro);
- 882 ore di assistenza ogni 1.000 pazienti colpiti da fratture da fragilità (media EU: 443 ore ogni 1.000 pazienti);
- 717.316 giorni di lavoro persi per malattia a seguito di fratture da fragilità;
- Il 75% dei pazienti non ricevono un trattamento farmacologico, a seguito di una frattura da fragilità.

Le fratture da fragilità causano disabilità complessa, riduzione della qualità di vita e limitazione funzionale, oltre ad aumentare il rischio relativo di mortalità.

La complessità e l'insidiosità di questo tipo di fratture possono essere ulteriormente amplificate quando concomitanti con altre patologie croniche e trattamenti farmacologici, responsabili di indurre fragilità ossea.

L'aumento della popolazione anziana, previsto nel prossimo futuro, non potrà che aggravare ulteriormente lo scenario attuale, rendendo quanto mai indispensabili azioni concrete per la prevenzione e la riduzione dell'impatto sociale ed economico delle fratture da fragilità.

L'assenza di una linea guida ministeriale e di un protocollo diagnostico-terapeutico-assistenziale, specifici per la gestione della persona con fratture da fragilità, unitamente alla complessità delle regole per l'accesso alle terapie e ai bassi livelli di conoscenza e consapevolezza, rappresentano elementi preoccupanti per la tutela del diritto alla cura e l'equità dei servizi.

Diventa quindi irrinunciabile la definizione e l'applicazione di un adeguato paradigma gestionale, possibile solo attraverso l'adozione di urgenti scelte di politica sanitaria, capaci di generare risposte efficaci in grado di ridurre il peso sociale ed economico delle fratture da fragilità nel nostro Paese e scongiurare le allarmanti previsioni per i prossimi 10 anni.

Questa importante sfida di salute pubblica ha portato alla nascita di FRAME®, un'alleanza aperta a tutte le forze sociali e del mondo clinico, finalizzata al coinvolgimento delle istituzioni e della classe politica per giungere alla formulazione di una proposta strategica condivisa, che possa tradursi nelle seguenti azioni, necessarie per la riduzione e la gestione delle fratture da fragilità in Italia.

L'alleanza nazionale FRAME®, nella quale sono confluite 15 associazioni di pazienti, 6 società scientifiche ed esperti di sanità pubblica, ha carattere inclusivo e partecipativo per tutti coloro che condividono l'obiettivo di tutela del diritto alla salute delle persone colpite da fratture da fragilità.

LE AZIONI URGENTI

1 - Riconoscere la gestione delle fratture da fragilità come una priorità di salute pubblica

È fondamentale che il Ministero della Salute, riconoscendo le fratture da fragilità come un'emergenza sanitaria, per le gravi ripercussioni sociali ed economiche ad esse associate, promuova azioni di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, come:

- campagne di informazione ed educazione rivolte ai cittadini, realizzate con il coinvolgimento delle associazioni di pazienti, delle associazioni di cittadini e dei familiari, per aumentare la conoscenza delle fratture da fragilità, sensibilizzando alla prevenzione primaria e secondaria, attraverso corretti stili di vita, alimentazione e aderenza ai trattamenti farmacologici;
- campagne di sensibilizzazione e coinvolgimento rivolte ai medici di Medicina Generale, in considerazione del loro ruolo fondamentale nella gestione della fragilità ossea e nel favorire l'accesso al medico specialista;
- iniziative di sensibilizzazione che ottimizzino il coordinamento tra le diverse figure specialistiche coinvolte

nella gestione della persona con fratture da fragilità, dall'ortopedico, all'endocrinologo, al reumatologo, allo specialista in medicina interna, al geriatra, al fisiatra.

2 - Definire e monitorare le dimensioni delle fratture da fragilità nel nostro Paese

Nonostante l'introduzione di modelli complessi per ottenere l'accesso ai trattamenti, oggi non sono resi disponibili dati organici e strutturati sulle fratture da fragilità in Italia.

È quindi prioritario attivare strumenti quali:

- a. un registro dei pazienti con fratture da fragilità, che consenta il monitoraggio dell'incidenza per tipologia di frattura e per caratteristiche del paziente;
- b. il monitoraggio dell'uso e dell'appropriatezza nella prescrizione dei farmaci per la prevenzione primaria e secondaria;

3 - Istituire unità di gestione e sviluppare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dedicati alle persone con fratture da fragilità

In linea con l'obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale di ridurre la frammentazione nella fornitura di servizi sanitari e migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza, i responsabili decisionali devono incoraggiare lo sviluppo di percorsi nazionali diagnostico-terapeutico-assistenziali integrati, specificamente progettati per le persone che abbiano subito una frattura da fragilità. Tali percorsi è necessario siano definiti con il coinvolgimento dei rappresentanti dei cittadini, dei pazienti, nonché dei familiari.

Sulla scorta del modello di assistenza coordinata post-frattura, già sperimentato con successo in altri Paesi europei (Fracture Liaison Service), è necessario istituire anche in Italia le **Unità per la Continuità Assistenziale per le Fratture da Fragilità**, presso le quali il paziente sia preso in carico da équipe multidisciplinari, in grado di seguirlo nel corso della degenza in ospedale e sul territorio.

4 - Definire linee guida e aggiornare i criteri di accesso al trattamento farmacologico sulla base del rischio imminente di fratture

È necessario definire un documento nazionale di Linee Guida, specifico per il trattamento delle fratture da fragilità, accreditato presso l'Istituto Superiore di Sanità (Legge 8 marzo 2017 n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", detta anche Legge Gelli) e sviluppato con il contributo di tutte le società scientifiche coinvolte in questa emergenza.

Tale documento offrirebbe ai clinici univoche raccomandazioni sull'uso delle terapie più appropriate, garantendo la tutela medico-legale alle persone con fratture da fragilità ed al personale sanitario coinvolto nella loro gestione.

È poi di estrema importanza dare priorità all'aggiornamento delle modalità e dei criteri per ottenere la rimborsabilità e l'accesso alle terapie farmacologiche, previsti nella Nota 79, integrando algoritmi che misurino il rischio imminente di fratture. Un parametro, quest'ultimo, essenziale per garantire una scelta appropriata delle terapie, sulla base delle più recenti evidenze cliniche.

5 - Monitorare la qualità delle prestazioni e dei benefici prodotti in termini di salute pubblica, riduzione dei costi e qualità della vita, grazie all'appropriata gestione delle fratture da fragilità

È fondamentale che Ministero della Salute e Regioni monitorino gli indici relativi al trattamento post-frattura e li rendano pubblici nelle future edizioni del Piano Nazionale della Prevenzione.

Oltre al tasso di ospedalizzazione, con tale attività, devono essere rilevati indici essenziali che riflettano l'onere associato alle fratture da fragilità, nonché la capacità del sistema sanitario di gestire le fratture da fragilità, prevenendo le fratture successive: diagnostica, trattamenti farmacologici, tassi di sopravvivenza, tassi di rifratture, aderenza alle terapie.

Italian Health Policy Brief
Anno IX
Speciale 2019

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore



Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Achille Caputi
Claudio Cricelli
Roberto Labianca
Antonio Nicolucci
Francesco Ripa Di Meana
Carlo Signorelli
Ketty Vaccaro
Antonello Zangrandi



Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue.

Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499

INIZIATIVA REALIZZATA GRAZIE AD UN SUPPORTO NON CONDIZIONATO DI