



Fratture da Fragilità

Report dal Tavolo Nazionale
della Coalizione FRAME®



VOLUME 1 - ANNO 2020

Focus On



Fratture da Fragilità

Report dal Tavolo Nazionale
della Coalizione FRAME®

INDICE

Introduzione e inquadramento	4
Perché parliamo di emergenza?	4
La coalizione: nascita e azioni	5
Elementi virtuosi	6
Il Tavolo Nazionale	6
FRAME®: i lavori del Tavolo Nazionale	7
<i>Saluti introduttivi</i>	<i>7</i>
<i>Interventi dei politici nazionali e regionali</i>	<i>8</i>
<i>Interventi degli specialisti</i>	<i>13</i>
<i>Cittadini, pazienti e professionisti: le indagini di Cittadinanzattiva</i>	<i>16</i>
<i>Azioni regionali</i>	<i>17</i>
<i>Best Practice 1 - Campania: l'Atto di indirizzo</i>	<i>20</i>
<i>Best Practice 2 - Toscana: il Progetto di Governance</i>	<i>20</i>
<i>Best Practice 3 - Liguria: il Progetto LICOS</i>	<i>21</i>
Documentazione Nazionale e Regionale	22
<i>Manifesto Sociale - le 5 azioni</i>	<i>22</i>
<i>Documento Programmatico</i>	<i>24</i>
Conclusione: invito alla costituzione dei Tavoli Regionali	28

INTRODUZIONE E INQUADRAMENTO

Walter Gatti

Direttore Editoriale Italian Health Policy Brief

La Coalizione FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ è tra le più importanti alleanze multiassociative e multidisciplinari operanti nel nostro Paese. Attiva in un ambito ancora sottostimato (in quanto ad attenzione dei decisori), dal 2018 ha registrato l'adesione di **18 associazioni pa-**

zienti, 7 società scientifiche e 2 Federazioni di ordini professionali per dar vita ad azioni concrete ed assicurare prevenzione e corretta presa in carico dei pazienti, ricordando che le Fratture da Fragilità causano disabilità complessa, riduzione della qualità di vita e limitazione funzionale, oltre ad aumentare il rischio relativo di mortalità e a ingenerare costi sociali ed indiretti davvero importanti.

PERCHÉ PARLIAMO DI EMERGENZA?

Il punto di partenza della Coalizione è stato uno solo: le Fratture da Fragilità - conseguenza più grave per le persone con osteoporosi - rappresentano un'emergenza di salute pubblica in Italia superiore alla media europea. Un'emergenza che ad oggi non ha trovato adeguate risposte.

Alcuni dati offrono una fotografia preoccupante di questo tema così sottostimato eppure macroscopico:

- sono oltre **4 milioni gli italiani 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 Fra-**

gilità, 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);
- **i costi sanitari** generati da Fratture da Fragilità sono **stimabili in 9,4 miliardi di euro, 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 colpiti** da questo tipo di fratture non ricevono un trattamento farmacologico.

Purtroppo 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.

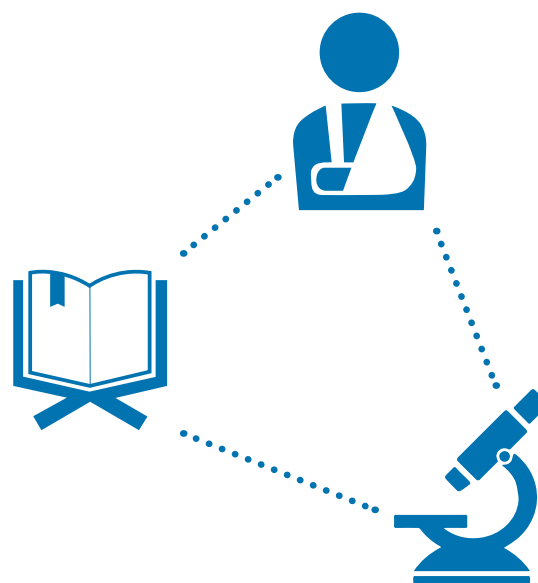
LA COALIZIONE: NASCITA E AZIONI

Questa importante sfida di salute pubblica ha portato alla nascita della Coalizione FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ, 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. Dal momento della sua creazione, la Coalizione ha prodotto un **Manifesto Sociale**¹ (contenente le 5 azioni urgenti che FRAME® ha messo a disposizione dei decisori nazionali e regionali riportate nella seconda parte di que-

sto nostro FOCUS ON), ha incontrato l'interesse di numerosi rappresentanti parlamentari (che hanno costituito insieme un Intergruppo), ha svolto un intenso lavoro collaborativo per giungere a proporre un Documento Programmatico per lanciare all'interno di alcune regioni la proposta di assumere impegni concreti a favore delle persone, con scelte organizzative chiare. Nell'insieme, come si intuisce, la Coalizione FRAME® ha messo a punto un piano di lavoro importante, che lo scorso 8 giugno ha registrato una tappa fondamentale.

La Coalizione FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ è un'alleanza di ampio respiro che comprende:

- **18 associazioni di pazienti** (AIFOSF, AISM, ALAMA, AMICI, ANED, ANLAIDS, ANMAR, APMAR, APPI, APS-RESPIRIAMO INSIEME, ASSOCIAZIONE PAZIENTI BPCO, CITTADINANZATTIVA, FEDERASMA E ALLERGIE ONLUS, FEDIOS, FIRMO, PARKINSON ITALIA ONLUS, SALUTEDONNA, UNIAMO)
- **2 ordini professionali** (FNOPI e FOPI)
- **7 società scientifiche** (SIE, SIFO, SIMG, SIOMMMS, SIOT, SIMFER, SIR).



ELEMENTI VIRTUOSI

Dalla sua nascita, nell'autunno del 2018, la Coalizione FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ ha fatto registrare tre elementi virtuosi fondamentali, che occorre qui rimarcare.

1. Un continuo ampliamento: oggi l'alleanza di associazioni e società scientifiche registra la partecipazione di 18 associazioni di pazienti, 7 società scientifiche e 2 ordini professionali. Una così vasta *Coalizione* è possibile solo perché il tema su cui si pone la sottolineatura è davvero "scottante", condiviso e trasversale. Ed i bisogni di salute che emergono da quel tema sono non più rimandabili.

2. Un dialogo fluido con la rappresentanza parlamentare: dalla sua nascita la Coalizione ha

deciso di avviare un confronto costante e iterativo con i membri del Parlamento (Senato della Repubblica e Camera dei Deputati).

Il confronto, evidentemente, è stato percepito come utile trasversalmente anche dai politici; diverse mozioni ed interrogazioni scritte sono state presentate a partire da questo dialogo. Il dato è importante perché sottolinea l'urgenza di offrire risposte concrete al tema delle Fratture da Fragilità proprio negli ambiti della politica nazionale.

3. Un metodo collaborativo: la Coalizione opera con metodologia trasparente e collaborativa, prendendo in carico tutte le sensibilità, tutti i suggerimenti, tutti i punti di vista espressi dai tanti componenti.

IL TAVOLO NAZIONALE

Solo nel rispetto e nella condivisione dei valori di fondo è stato possibile realizzare un lavoro così importante come il **MANIFESTO SOCIALE** ed il **DOCUMENTO PROGRAMMATICO**². A partire da questi tre elementi virtuosi la Coalizione ha proposto la realizzazione del suo Primo Tavolo Nazionale (*FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ: UN'EMERGENZA, 8 giugno 2020, formato Digitale-Webinar*), evento che ha messo in relazione tutti i componenti della Coalizione, con un ampio gruppo di interlocutori della politica nazionale e regionale, coinvolgendo inoltre nel dibattito anche i rappre-

sentanti dei servizi sanitari regionali di Toscana, Lombardia, Veneto, Campania, Sicilia, Lazio, Liguria e Puglia. Il Tavolo Nazionale - a cui hanno preso parte oltre 90 rappresentanti - ha voluto anche sottolineare che lo scenario sanitario emerso con l'emergenza COVID-19 ha messo in luce l'irrinunciabilità di un'adeguata prevenzione e gestione di fenomeni, come quello delle Fratture da Fragilità, che si stagliano come **ineludibili sfide per la sostenibilità futura del SSN**. Ecco in queste pagine il corpo complessivo degli interventi che si sono susseguiti in quella giornata.

FRAME® : I LAVORI DEL TAVOLO NAZIONALE

Saluti introduttivi

PROF. SILVIO BRUSAFERRO

Presidente Istituto Superiore Sanità

Rivolgo il mio saluto a tutti i partecipanti alla *Coalizione FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ*, un'alleanza multidisciplinare che ormai da due anni lavora per richiamare l'attenzione su un argomento sensibile per tutto il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Credo che sia un segnale molto importante continuare a lavorare ed approfondire l'argomento delle tematiche della fragilità e, all'interno di queste, anche il tema specifico delle fratture.

Sono convinto che la vostra Coalizione sia in grado di lanciare proprio oggi un segnale importante perché, dopo la fase epidemica, che ha caratterizzato e ha monopolizzato tutta la nostra attenzione, oggi in questa Fase 2 - questo periodo di progressiva riapertura e di riconquista di tutte le attività della nostra quotidianità - le azioni che abbiamo in programma **debbono necessariamente affrontare tematiche come questa**, continuando senza sosta in un lavoro che era ed è mirato a produrre percorsi diagnostico terapeutici da fornire all'attenzione di tutta la popolazione fragile, dei decisori, dei clinici, degli operatori sanitari. L'Istituto Superiore di Sanità è sempre pronto e disponibile a collaborare con i soggetti che interpretano con serietà le domande dei cittadini. Ed è nostra missione quella di essere riferimento autorevole e di fornire il supporto tec-

nico-scientifico per promuovere la salute nel nostro Paese.

Proseguite quindi nell'impegno che può portare risposte diffuse, eque e di qualità ai bisogni di salute dei cittadini e potremo continuare in una collaborazione utile, proficua e feconda.

ON. ANDREA MANDELLI

Presidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani (FOFI)

La Federazione esprime complessivamente la propria condivisione del *"Documento Programmatico sulle Fratture da Fragilità"*, realizzato grazie alla collaborazione di tutti i partecipanti alla Coalizione, all'esito dei pregressi incontri.

Al riguardo, il concreto apporto dei farmacisti, al fine di realizzare dei concreti percorsi per la presa in carico dei pazienti sul territorio, potrebbe configurarsi nell'organizzazione di campagne di educazione sanitaria sviluppate a livello regionale, **che diffondano informazioni ai pazienti sulle Fratture da Fragilità**, in modo da diffondere la conoscenza della patologia e rendere possibile il riconoscimento delle stesse come priorità della salute pubblica. Nell'ambito della *farmacia dei servizi*, introdotta dalla L. 69/2009³ e disciplinata dal D.Lgs. 153/2009⁴ e dai relativi decreti ministeriali attuativi, è espressamente prevista *"la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le*



3. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/09069l.htm>

4. <https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/09153dl.htm>

farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano".

Inoltre, i farmacisti sul territorio, attraverso le farmacie aperte al pubblico, diffuse in modo

capillare su tutto il territorio, rappresentano il primo punto di accesso al Servizio Sanitario Nazionale e possono contribuire, attraverso la propria professionalità, alla diffusione di informazioni sanitarie tra i pazienti, per sviluppare una consapevolezza degli stessi su specifiche patologie utile ai fini di prevenzione e cura di tali malattie.

Nel rappresentare la disponibilità della Federazione per ogni utile collaborazione, colgo l'occasione per inviare i miei più cordiali saluti.

Interventi dei politici nazionali e regionali



SEN. ANTONIO TOMASSINI

Presidente Associazione di Iniziativa Parlamentare e Legislativa per la Salute e la Prevenzione

L'iniziativa della Coalizione, che vediamo riunita in questo Tavolo Nazionale, è nata da un'esigenza popolare di salute, un bisogno che è stato colto ed interpretato da alcuni specialisti - tra cui ricordo i professori Brandi, Falez e Tarantino - che hanno portato la questione all'attenzione di un gruppo di legislatori, in particolare la senatrice Maria Rizzotti e l'onorevole Rossana Boldi, e più recentemente Emanuele Monti in Regione Lombardia.

Questa attenzione ha portato alla fondazione dell'Intergruppo Parlamentare, cui è seguito uno screening parlamentare ed un'audizione OPEN AIFA. Un ottimo avvio, come si vede. Con l'arrivo del COVID-19 nel nostro Paese si è un po' bloccato tutto, ma la Coalizione ha proseguito egregiamente il suo cammino, anche grazie agli strumenti digitali ed alla convinzio-

ne dei suoi sostenitori.

Oggi, in periodo di ripartenza, la Coalizione ha la forza di far delle proposte regionali, ed io mi permetto di ricordare alcuni elementi di scenario. Prima di tutto desidero sottolineare che il ruolo dell'economia nell'ambito sanitario è oggi ancora più rilevante che nel passato, perché abbiamo l'occasione che i soldi che arrivano dalla sanità da vari ambiti europei, finiscano davvero nella sanità. Cosa fare, dunque, con la possibilità che ci viene data?

Occorre ricreare soprattutto un quadro che leghi la sanità degli acuti con il territorio, fino alla casa dei cittadini, fino alle nostre case. Oltre a questo primario tema sanitario, desidero sottolineare alcuni temi conseguenti e connessi: dobbiamo raggiungere una reale digitalizzazione della sanità, che - purtroppo dobbiamo dirlo - in questo nostro Paese è ancora ferma ai bancomat delle banche, a causa di burocrazie terribili. Poi dobbiamo smettere di guardare con sospetto il privato: pubblico e privato

sono uniti per far meglio insieme, e non per avviare polemiche sterili. Dobbiamo inoltre riequilibrare il rapporto tra spesa di previdenza e spese di assistenza e sanità. La ricetta per affrontare questo argomento così delicato - se mai esiste - è quella di una maggiore coesione sociale.

Per terminare desidero sottolineare che ci vuole più consapevolezza complessiva: le terapie devono tornare in mano ai medici di medicina generale per un migliore accesso dei cittadini alle cure e una diminuzione della burocrazia. **Il Senato voterà presto su proposte che daranno al territorio la possibilità di fare buona sanità: le aspettiamo con fiducia.** Le Regioni, pur nel loro diverso stato di avanzamento, devono avere un costruito evolutivo omogeneo, evitando quelle differenziazioni a macchia di leopardo che ci fanno pensare ad un **Servizio sanitario troppo frammentato e differenziato.** Oggi ci sono tutti gli ingredienti pronti ad un reale rinnovamento positivo: società, scienza, scienza clinica e politica. In tutto questo scenario l'emergenza delle Fratture da Fragilità può essere guardata come un argomento da affrontare correttamente e consapevolmente. Occorre però non perdere l'occasione: sarà il Paese stesso a non perdonarlo.

SEN. MARIA RIZZOTTI

*Vicepresidente XII Commissione Igiene e Sanità
Senato della Repubblica,
Presidente Intergruppo Parlamentare per le
Fratture da Fragilità*

Vi ringrazio molto per l'invito che avete voluto rivolgermi ad intervenire a questo importante appuntamento della Coalizione FRAME®. Di strada, ne abbiamo fatta un po' e devo dire che da quando il 6 marzo dello scorso anno la Coalizione FRAME®, ha presentato in Senato

il Manifesto Sociale sulle Fratture da Fragilità, abbiamo cercato di costruire un percorso che possa portare spero presto a delle risposte concrete ai cittadini.

Già una mozione presentata lo scorso anno e mai discussa perché il Governo preferisce inondarci di decreti legge su cui porre la **questione di fiducia, chiedeva di istituire un'unità di gestione e sviluppare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali interdisciplinari** dedicati alle persone con Fratture da Fragilità ossea **attraverso la classificazione ICD9-CM dell'International classification of diseases**, con l'obiettivo di ridurre la frammentazione nella fornitura di servizi sanitari e migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza ai pazienti. Poi sono arrivate l'epidemia e l'emergenza sanitaria dovute al COVID-19 e tutte le fragilità del nostro Sistema sanitario dovute ai tagli degli ultimi 10 anni sono emerse al punto tale che ritengo sia arrivato il momento di mettere in luce che il Sistema Sanitario Nazionale non può permettersi un ulteriore onere gravoso come quello costituito dalle Fratture da Fragilità, visto che potrebbero essere largamente **prevenute con un sistema efficace e capillare di prevenzione.**

Le misure adottate congiuntamente dal Ministro della Salute e dal Ministro dell'Interno allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi dell'infezione COVID-19 su tutto il territorio nazionale hanno limitato molto l'attività motoria e **ricreativa all'aperto, vietando l'attività fisica e riabilitativa.** Essere costretti a trascorrere molto tempo a casa ha così indotto una parte degli italiani a prolungata sedentarietà, soprattutto gli anziani con malattie croniche, come diabete o malattie polmonari, cardiache o renali che, essendo a maggior rischio di complicanze da infezione COVID-19, dopo mesi di inattività, hanno il più elevato rischio di fratture. Questo è però il momento di alzare il livel-

lo di attenzione sul tema della fragilità ossea ed è la motivazione più importante che mi ha spinto a presentare lo scorso 26 maggio una interrogazione sollecitando il Ministro della Salute ad impegnarsi al più presto per riconoscere le Fratture da Fragilità ossee come emergenza e priorità di sanità pubblica, istituendo delle unità di frattura sul modello FLS (*fracture liaison service*) a tutela del paziente e a beneficio del sistema. E poi di intervenire per creare un sistema di riconoscimento e monitoraggio delle Fratture da Fragilità con codice identificativo e codifica del paziente, per sviluppare percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali interdisciplinari dedicati alle persone con Fratture da Fragilità ossea, con l'obiettivo di ridurre la frammentazione nella fornitura di servizi sanitari e migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza ai pazienti.

Il merito di questo lavoro dovrà essere solo vostro per il supporto che ogni giorno date non solo a noi parlamentari e rappresentanti delle Istituzioni ma anche a tutti quei pazienti che troppe volte si sono sentiti abbandonati. Bene dunque il lavoro della Coalizione che mi vedrà sempre attenta nell'ascolto e nella proposta per raggiungere l'obiettivo della necessità di rispondere alla crescente domanda di salute dei cittadini anche in virtù del contesto che in questi mesi stiamo vivendo.

Occorre una profonda revisione dei modelli organizzativi che dovranno avere inevitabilmente implicazioni sui modelli assistenziali quali quelle che derivano dall'aggregazione funzionale delle cure primarie, pur nelle diverse declinazioni organizzative delle Regioni. Tutto si riassume in poche parole chiave: **rinovamento organizzativo e tecnologico.**

Occorre ripensare i processi e i modelli organizzativi delle aziende sanitarie e delle Regioni,

spostando le cure dall'ospedale al territorio e definendo processi di presa in carico dei sempre più numerosi **pazienti cronici**. Le soluzioni digitali ad esempio, possono contribuire enormemente a tali processi. Una strada da tracciare e degli obiettivi da raggiungere che mi auguro possano essere percorsi e raggiunti al più presto per il nostro Paese.

ON. ROSSANA BOLDI

*Vice-presidente XII Commissione affari sociali
Camera dei Deputati,*

*Vice-presidente Intergruppo Parlamentare per
le Fratture da Fragilità*

L'attenzione della politica nei confronti del tema delle Fratture da Fragilità ossea è iniziata alcuni anni fa, basti pensare che già nel 2003 si proponeva il Registro specifico, azione importante, ma che non ha avuto seguito, se pensiamo semplicemente al fatto che quel Registro - purtroppo - ancora non c'è (eppure sarebbe fondamentale crearlo e mantenerlo aggiornato, per capire nelle varie aree del Paese che cosa succede nei pazienti).

Faccio questa affermazione perché parliamo sempre più spesso di *"paziente al centro"*, ma questo significa che dobbiamo conoscere il paziente e che lui stesso deve sapere con certezza a chi rivolgersi sia per affrontare l'evento acuto, che nel percorso post-operatorio. Quindi ben venga la richiesta della Coalizione di creare *"codici"* e *"registri"* perché tutto questo ci **permetterà di rilevare finalmente le reali dimensioni del problema** e di prendere in carico effettivamente le persone che ne sono vittima.

Abbiamo poi un problema di medicina territoriale. L'abbiamo visto in emergenza COVID-19. Sono anni che si parla di far dialogare ospedale e territorio, spostando l'attenzione verso quest'ultimo. Credo che non fosse sino

ad oggi ancora maturata la cultura in questo senso. Nel nostro Paese - ma accade anche negli altri Paesi europei - l'invecchiamento è in aumento e con sempre maggiori aspettative di vita, aumentano e si assommano i problemi fisici e clinici. Occorre che chiariamo subito un problema reale: noi ci giochiamo la sostenibilità del Ssn nella capacità di gestire la cronicità e nell'innovazione (telemedicina).

L'osteoporosi e le Fratture da fragilità ossea potrebbero dunque proprio essere un'ottima occasione per spingerci a cambiare il nostro sistema così come ci siamo abituati a conoscerlo ad oggi. Il coinvolgimento nella Coalizione di così tante ed autorevoli **Società scientifiche ed Associazioni dei pazienti** dovrebbe in questo senso garantirci che tutte le **specificità di questo tema di sanità pubblica** saranno prese in corretta considerazione. Ed in tutta questa iniziativa, le Linee guida, che stanno arrivando con il supporto dell'ISS, saranno indubbiamente un risultato importante e di riferimento.

LUIGI ICARDI

*Assessore Sanità, Regione Piemonte,
Coordinatore Nazionale Commissione Salute
Conferenza Stato Regioni*

Le Fratture da Fragilità rappresentano una enorme sfida per i Paesi occidentali per l'aumento costante della popolazione anziana.

Le statistiche che sono ad oggi disponibili sono molto probabilmente sottostimate. In questo senso ritengo che la prevenzione - già in età adolescenziale - sia una strategia necessaria per ridurre le fratture in età anziana. Serve la stima del rischio nella prevenzione secondaria e nella terziaria per prevenire nuove fratture. Il tema fondamentale che desideriamo sottolineare è che le politiche devono essere applicate con precisione e in modo approfondito

sul territorio, ambito che oggi più che mai ha un ruolo fondamentale. Chi era più attrezzato nel territorio, come ha dimostrato la Covid, ha contenuto meglio l'epidemia.

Prima del COVID-19, a dicembre, con l'approvazione del Patto per la salute, abbiamo voluto **sviluppare la figura dell'infermiere di famiglie e di comunità** e stiamo oggi valutando con **attenzione anche il suo profilo tecnico e di mansioni**. In poche settimane spero sia pronto il piano per l'assunzione di quasi **10.000 infermieri per fare la differenza nell'assistenza e cura agli anziani**: sulle Fratture da Fragilità questi interventi ritengo siano essenziali, perché ci faranno dare risposte verso una problematica di cui probabilmente non abbiamo adeguata conoscenza.

SONIA VIALE

*Assessore Sanità, Politiche Sociali e Sicurezza,
Regione Liguria*

L'emergenza Coronavirus occupa ancora in queste settimane molte risorse ed energie, ma noi dobbiamo anche registrare - ovviamente - la ripresa delle attività in elezione. In realtà le Regioni non si sono mai fermate, anche per quanto riguarda la presa in carico delle Fratture da Fragilità. Lo sottolineo perché, in una regione come la Liguria - che ha un indice di vecchiaia tra i più alti in Europa - è chiaro che l'accompagnamento delle fragilità delle persone anziane, che oggi è uno degli aspetti più rilevanti, non può essere messo come fanalino di coda delle azioni politiche, sanitarie e sociali. Anzi, deve essere tra le priorità di azione di **sistema regionale, da un lato con il rafforzamento della rete ospedaliera e dall'altro con il rafforzamento della rete territoriale**, avviando precisi percorsi di accompagnamento di queste situazioni, con la capacità di intercettare e fare prevenzione.



Desidero quindi sottolineare che il tema delle Fratture da Fragilità, su cui lavora la Coalizione FRAME®, è per noi prioritario e condiviso a vari livelli. La proposta sviluppata dal dott. Gerolamo Bianchi - che ha portato al *Progetto LICOS*⁵ - è stata messa a punto all'interno dell'azienda sanitaria più grande della regione Liguria - perché quella dell'area metropolitana, quella che noi chiamiamo Asl 3, è l'area di Genova - che su questi temi ha da sempre una grande attenzione.

Anche all'interno dell'organizzazione aziendale, l'attenzione al tema si è trasformata non soltanto in una enunciazione di principio, ma anche nella realizzazione di un dipartimento ad hoc che avesse la capacità di avere un ruolo **significativo nell'ambito della stessa organizzazione aziendale**. Il fatto che questo sia un tema centrale per la Regione Liguria, del quale andiamo fieri, si rileva anche dal fatto che all'inizio della situazione emergenziale nazionale, mentre eravamo in *Commissione salute della Conferenza Stato Regioni* a Roma, avevo chiesto di inserire nell'Ordine del Giorno due argomenti: il primo, la presentazione del *Progetto LICOS* ai colleghi delle altre regioni; e il secondo di fare un approfondimento su temi dell'ordinanza della protezione civile che il 31 gennaio aveva dichiarato lo **stato di emergenza nazionale perché fino a quel momento non avevamo avuto significativi contatti di sistema** di modelli organizzativi omogenei e confronti sul tema, visto che stavamo ancora parlando delle quarantene. Questo per dirvi come abbiamo ritenuto, in quel contesto (e ringrazio il dott. Icardi che è Coordinatore delle regioni in commissione salute), di mettere all'Odg il nostro progetto.

La prospettiva oggi è la possibilità di estendere questo modello che è nostro, ma che ritroviamo perfettamente nel vostro lavoro di Coa-

lizione, dal punto di vista degli addetti ai lavori: avrete così la capacità di misurare e di agire tempestivamente sulle situazioni di fragilità.

EMANUELE MONTI

Presidente III Commissione Sanità e Politiche Sociali, Consiglio regionale della Lombardia

I temi della Coalizione FRAME® possono sicuramente essere una priorità per la Regione Lombardia e per il lavoro della Commissione sanità che presiedo.

L'impatto di queste fratture è silenzioso, ma enorme: **oltre 9 miliardi di peso economico, con 4 milioni di persone colpite nel nostro Paese**, di cui 3 milioni sono donne. Inutile forse dire che il tema è sensibile ed è nell'agenda di tutti i policy maker delle regioni italiane.

Si tratta in effetti di capire come i modelli regionali nel territorio possano evolversi e stabilizzarsi per prendere in carico in modo attivo le fratture di fragilità, sapendo che l'aumento di questi casi nei prossimi 10 anni comporta un aumento dei costi attesi del 30%.

All'interno di questo scenario, direi che occorre lavorare senza perdere ulteriore tempo sulla prevenzione primaria. Sappiamo che il semplice miglioramento degli stili di vita e dell'alimentazione riduce del 30% il rischio di fratture in età anziana. Serve pertanto una presa in carico del "soggetto a rischio" da parte della Medicina generale, sul modello di quello che già avviene per il paziente cronico.

Ora si tratta di passare urgentemente dalla teoria alla pratica e molti dei suggerimenti avanzati dalla Coalizione FRAME® faranno parte del lavoro che svolgeremo nella seconda parte dell'anno all'interno della Commissione che presiedo.

Interventi degli specialisti

DI CHE SI TRATTA?

Tre domande al Prof. Maurizio Rossini
Presidente SIOMMMS

• Professore: come possiamo definire la Frattura da Fragilità?

La frattura da fragilità è una frattura che si verifica per un trauma lieve, un trauma che, in condizioni di normalità non dovrebbe causare una lesione ossea. Cadere da un'altezza inferiore alla propria statura e fratturarsi, non è normale. Fratturarsi una costola in seguito a un abbraccio, non è normale. Queste sono Fratture da Fragilità. Le Fratture da Fragilità possono verificarsi anche senza un trauma, in modo spontaneo. Sollevare un vaso di fiori e fratturarsi una vertebra, non è normale, fratturarsi una costola in seguito a un colpo di tosse, non è normale. Queste sono le condizioni che determinano la definizione di frattura da fragilità. È chiaramente una frattura che si verifica in seguito a una fragilità scheletrica dovuta a un'alterazione qualitativa e quantitativa del tessuto osseo, cioè a osteoporosi.

• Quale è attualmente la corretta gestione clinica del paziente con FF?

Consideriamo il fatto che può essere un campanello d'allarme, il primo segno, la prima manifestazione dell'osteoporosi, appunto definita malattia silente. Da questo si capisce il significato di una frattura nella storia clinica di un paziente. Aggiungiamo a questo la considerazione che sappiamo che quel paziente è particolarmente a rischio di nuove fratture, in

particolare nell'anno successivo. Fatte queste premesse, si capisce che è **estremamente importante affrontare la questione**, indagarla con la collaborazione del MMG e degli specialisti interessati.

• Quali cose sono dunque da fare prioritariamente?

Innanzitutto una attenta anamnesi per definire i possibili fattori di rischio anamnestici che possono aver determinato quella condizione di fragilità, quindi accertamenti diagnostici, accertamenti di tipo laboratoristico, strumentale come **la densitometria e una radiografia**, ad esempio. C'è quindi da pensare a un intervento, prima di tutto non farmacologico: ci sono dei **fattori di rischio modificabili che vanno modificati, vanno tolti**. Fumo, scarsa attività fisica, scarso introito di calcio con l'alimentazione, la prima cosa da fare è correggere questi fattori. Dopodiché, certe volte, è **necessario pensare anche a dei farmaci**. Ci sono dei farmaci che hanno documentato di essere **abbastanza efficaci e abbastanza sicuri nel ridurre il rischio di una recidiva, di nuova frattura**.

COME SI RICONOSCE?

Conversazione con il Prof. Francesco Falez
Presidente SIOT

• Professore può dirci come viene riconosciuta dallo specialista la Frattura da Fragilità?

Uno specialista ortopedico ha, rispetto ad altri, un grande vantaggio perché proprio nella sua preparazione formativa gli vengono date quel-



le informazioni necessarie a capire quali sono le Fratture da Fragilità. Nell'anatomia normale, l'allineamento trabecolare in alcuni segmenti scheletrici è in grado di creare una resistenza meccanica alle sollecitazioni che vi agiscono e quindi poter, in qualche modo, rispettare le esigenze meccaniche di queste zone. **Fratture che possono avvenire in zone già definite**, come ad esempio nel femore il triangolo di Ward, nelle vertebre piuttosto che nel polso o nelle epifisi distali del radio, **sono indice di una ridotta resistenza meccanica conseguente a un alterato metabolismo osseo a questo livello**. Quando un ortopedico evidenzia una frattura a questo livello di fatto può già inquadrarla come frattura da fragilità. Gli esami diagnostico strumentali servono solo, in seguito, **per quantificare il livello di deficienza minerale, piuttosto che scheletrica, ma non per definire se si tratti o meno di frattura da fragilità**.

- Quanto è importante la gestione multidisciplinare del paziente con FF?

Al di là del trattamento di osteosintesi nella fase acuta della frattura, la FF richiede inevitabilmente **un trattamento multidisciplinare perché mira al ripristino dell'equilibrio ormonale e metabolico** di cui l'osso è stato vittima. In questo senso è fondamentale, insieme ad altri specialisti che, per competenza si possono occupare di questo campo, poter ripristinare il normale equilibrio. È proprio in questo senso che si inseriscono i *Fracture liaison services*, unità operative multidisciplinari in cui sono coinvolti più attori proprio per dare al paziente la possibilità di prevenire il rischio di una seconda frattura che può essere dovuta a un mancato trattamento di queste alterazioni. Diventa così fondamentale, come stanno facendo oggi molte società scientifiche, collaborare in maniera operativa e sincrona nel

determinare quelle che possono essere le esigenze di correzione dell'alterazione metabolica.

L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE

*Due domande alla Prof.ssa Maria Luisa Brandi
Presidente Fondazione F.I.R.M.O. Onlus*

- Professoressa: perché la Coalizione FRAME® afferma che le Fratture da Fragilità sono un'emergenza non più rimandabile anche per le organizzazioni di cura?

Quando parliamo di Fratture da Fragilità pensiamo soprattutto a persone anziane, a soggetti che esprimono più di una debolezza o patologia. Questa popolazione tra 10 anni sarà sempre più numerosa e farà segnare un aumento del 20-25%. Ebbene: oggi la spesa per gestire e **trattare correttamente questa popolazione sfiora i 10 miliardi di euro**. Se riflettiamo su questi numeri capiamo che stiamo parlando di un'epidemia silenziosa, ma di una epidemia di cui siamo già informati e verso la quale occorre che facciamo passi concreti, che prendiamo iniziative preventive e tempestive. Una Coalizione di stakeholder vuole dare risposte per tempo: questo è l'obiettivo del lavoro di FRAME®. Se oggi spendiamo 10 miliardi per i trattamenti, **ma investiamo solo il 2% per prevenirle**, significa che c'è qualcosa che non torna: occorre esserne coscienti e prendere con decisione i giusti provvedimenti per essere in grado di **anticipare le problematiche ed aiutare tutto il SSN**.

- Perché la Coalizione FRAME® ritiene di coinvolgere le Regioni in un ripensamento organizzativo della presa in carico dei pazienti con Fratture da Fragilità?

La Frattura da Fragilità è una malattia, mentre non lo è l'osteoporosi. Per affrontare cor-

rettamente i temi organizzativi che derivano dal tema di queste fratture esiste un Ministero competente, ma le Regioni hanno un'autonomia importante su certe decisioni dell'ambito sanitario e assistenziale.

Queste ultime devono occuparsi dell'argomento perché **si troveranno ad affrontare il problema in modo differenziato da territorio a territorio con mezzi diversi.**

Voglio sottolineare che dal mio punto di vista - come da quello di moltissimi clinici - le politiche che oggi registriamo, non possono essere così evidentemente differenti disperate in questo settore. Per dare uniformità a questi interventi politici possiamo ricordare che sono in arrivo Linee guida Iss e ci sono documenti di Cittadinanzattiva da cui attingere. Direi quindi che oggi un obiettivo perseguibile è che le Regioni si possano muovere in modo concorde. Abbiamo inoltre il vantaggio di avere Regioni che hanno già fatto un cammino (ad esempio Toscana, Campania, Veneto e Lombardia) e che devono essere chiamate a condividere le loro esperienze per fornire modelli di riferimento e per generare una certa uniformità regionale.

IL "PROBLEMA COSTI"

Dott. Luca Degli Esposti

Presidente Clicon

• **Dottore: possiamo stimare oggi l'impatto economico delle Fratture da Fragilità sul SSN?**

Il costo di un paziente con frattura da fragilità è complessivamente di 6.500 euro nell'anno successivo all'evento: 1000€ per farmaci, 4.500-5.000€ per successive ospedalizzazioni/procedure, 700€ per accertamenti/ed altre visite. Il costo di un paziente con frattura da fragilità è notevolmente superiore al costo dei pazienti di pari età e sesso che non hanno

sperimentato questo evento mentre è assimilabile al costo di coloro con riacutizzazioni per BPCO o infarto acuto del miocardio.

Tale costo è fortemente differente in funzione del grado di rispetto delle raccomandazioni terapeutiche che, secondo la Nota 79, prevedono l'uso di farmaci per osteoporosi, la supplementazione con calcio e vitamina D ed il loro mantenimento continuativamente nel tempo. **Rispetto al valore medio di 6.500€, si va da un minimo di 4.000 per chi rispetta la nota 79 ad un massimo di 9000€ in chi non la rispetta.** La spiegazione di tale differenza sono i costi per l'ospedalizzazione delle ri-fratture. Quindi, maggior rispetto delle raccomandazioni, minor rischio di eventi di ri-frattura, minori costi assistenziali complessivi.

• **Dal suo osservatorio: lei ritiene che la prevenzione e la precoce diagnosi possano portare ad un contenimento importante dei costi in questo settore?**

Circa il 75% dei pazienti con Frattura da Fragilità non fa terapia per l'osteoporosi. Il 40% ad oggi non fa la supplementazione con calcio e vitamina D e, tra chi segue le terapie raccomandate, circa il 50% la interrompe già entro un anno dalla frattura.

Quindi, pur esistendo precise raccomandazioni terapeutiche e pur essendo fortemente condizionanti dell'esito clinico ed economico, nella pratica clinica, registriamo che, a tutt'oggi, queste trovano scarsa applicazione.

Appare, quindi, auspicabile per il prossimo futuro l'adozione di meccanismi a sostegno di una maggiore applicazione delle raccomandazioni terapeutiche al fine di un miglioramento della prognosi dei pazienti, della minimizzazione dei costi assistenziali ed un supporto alla sostenibilità economica del servizio sanitario.



Cittadini, pazienti e professionisti: le indagini di Cittadinanzattiva

Dott.ssa Anna Lisa Mandorino

Vice segretario generale, Cittadinanzattiva,

e Dott.ssa Tiziana Nicoletti

Responsabile Progetti e Networking, Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei malati cronici, Cittadinanzattiva

Le indagini che Cittadinanzattiva sta svolgendo in collaborazione con la Coalizione FRAME® sono il segno evidente della nostra condivisione con gli obiettivi di questa Alleanza, che **abbiamo vissuto fin dall'inizio con grande convinzione e partecipazione.**

Come primo passo abbiamo redatto uno specifico **PDTA - non tanto per standardizzare, ma per uniformare** su tutto il territorio nazionale la possibilità di esercitare un diritto da parte dei pazienti, cosa per noi sempre fondamentale. Nel corso di questi mesi di lavoro ci sono state **segnalate difficoltà nella prevenzione primaria e secondaria**, come ad esempio la difficoltà ad accedere agli ambulatori.

Dobbiamo fare tesoro di quanto avvenuto in questo periodo con il COVID-19 e con il campanello d'allarme che ci ha detto che nel nostro Paese manca assistenza territoriale e domiciliare. Gli specialisti sono importanti, ma serve una risposta sul territorio attraverso i Mmg, che ad oggi è un'emergenza dentro l'emergenza. In questi giorni - proprio per rinforzare quest'ultimo messaggio - stiamo lanciando un emendamento, approvato da tutte le forze politiche, per avere un'ulteriore allocazione di fondi per l'assistenza domiciliare e le risorse deriverebbero da una rimodulazione della tassazione sulle sigarette elettroniche da "tabac-

co riscaldato". Il nostro obiettivo è raccogliere nuove risorse e riallocarle nella salute.

Nello specifico, ricordiamo che nell'arco di alcuni mesi di lavoro di Cittadinanzattiva sono stati messi a punto tre strumenti per misurare il fenomeno delle Fratture da Fragilità, un questionario è rivolto ai cittadini perché vogliamo capire se e come è stati presi in carico dal Ssn e creare consapevolezza del fatto che alcuni soggetti sono fragili a livello osseo. In virtù di un approccio multidisciplinare abbiamo pensato di dedicare un questionario al Medico di Medicina Generale per individuare criticità e correttivi nei percorsi terapeutici. Infine un altro questionario è stato messo a punto per i Rappresentanti regionali/Assessori alla sanità e governo clinico per individuare il percorso disegnato in ogni regione e **disegnare un iter ideale di identificazione dei bisogni e di presa in carico.**

I questionari sono stati messi a punto grazie al lavoro e al contributo di vari professionisti che fanno parte della Coalizione. **L'indagine messa a punto da Cittadinanzattiva è promossa online e la raccolta dei dati** (iniziata l'8 giugno) **proseguirà fino al 30 settembre.** Nell'analisi finale dei dati potremo mettere in evidenza criticità e punti di forza della presa in carico dei pazienti per individuare proposte e operazioni condivise per tutto il territorio.

Azioni regionali

IL TAVOLO DI LAVORO DEL MINISTERO DELLA SALUTE SU OSTEOPOROSI E FRATTURE DA FRAGILITÀ: OVERVIEW E RICADUTE REGIONALI

Daniela Galeone

Direttore Ufficio VIII - Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative,

Direzione generale prevenzione sanitaria - Ministero della Salute

La partecipazione all'evento proposto dalla Coalizione FRAME® ci ha permesso di constatare che le motivazioni che hanno spinto al lavoro portato avanti dalla Coalizione sono in larga parte coerenti con quelle che hanno determinato a suo tempo l'istituzione presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute del Tavolo di lavoro sull'Osteoporosi e le Fratture da Fragilità⁶, composto da rappresentanti delle Direzioni generali della prevenzione sanitaria e della programmazione sanitaria del Ministero, delle Regioni, dei Medici di Medicina Generale e di Società Scientifiche.

Il menzionato Tavolo di lavoro ha predisposto il documento di indirizzo dal titolo *"Una strategia di intervento per l'osteoporosi"*, su cui in data 10 maggio 2018 è stato sancito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Nel citato Documento di indirizzo è stata elaborata, partendo dai fattori determinanti costituzionali, genetici e ambientali una strategia globale di preven-

zione e gestione dell'osteoporosi e delle sue complicanze (Fratture da Fragilità) in un'ottica intersettoriale di approccio integrato, da realizzarsi in base ai modelli organizzativi peculiari di ciascuna Regione, al fine di migliorare l'offerta di salute e ridurre le differenze territoriali e tenendo conto della necessità di:

- **favorire la prevenzione e/o l'identificazione precoce della malattia;**
- **migliorare la formazione degli operatori sanitari**, in particolare dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale;
- **migliorare l'identificazione e la gestione appropriata della prima Frattura da Fragilità;**
- **promuovere un miglior collegamento tra ospedale e territorio;**
- **promuovere informazione e comunicazione corretta alla popolazione generale**, finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia.

Nel Documento di indirizzo viene disegnato un percorso volto ad assicurare il raccordo degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi e delle Fratture da Fragilità al fine di garantire la continuità nell'assistenza e nell'intervento integrato, dalla promozione di stili di vita salutari alla riabilitazione del paziente, che operi attraverso protocolli condivisi secondo un sistema che coinvolga professionisti con diverse competenze specifiche, nonché strutture e servizi sul territorio. In particolare, il Documento promuove l'adozione sul territorio di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), ovvero di Percorsi Preventivo - Dia-



agnostico - Terapeutico - Assistenziali (PPDTA), secondo il modello in esso proposto, al fine di armonizzare e ottimizzare le diverse azioni, assicurando un efficace raccordo tra cure primarie, ospedale e territorio.

Il sistema organizzativo dovrebbe, inoltre, garantire:

- **l'integrazione tra servizi sanitari e sociali;**
- **l'adeguata informazione alla popolazione sul problema e sull'offerta dei servizi;**
- **la formazione del personale sanitario operante sul territorio;**
- **il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura;**
- **l'ottimizzazione delle modalità di fruizione delle prestazioni specialistiche.**

Per assicurare una presa in carico globale e una maggiore appropriatezza diagnostica e terapeutica, è previsto che le Regioni, tenendo conto della propria organizzazione, possano individuare, nell'ambito dell'assistenza specialistica in regime ambulatoriale, servizi che svolgano funzioni di centri ambulatoriali specialistici per l'osteoporosi sulla base di criteri predeterminati, quali, ad esempio, il tipo di attività assistenziale e scientifica svolta, il numero di pazienti seguiti, la presenza di operatori in possesso di curriculum formativo idoneo.

Il Documento di indirizzo suggerisce, altresì, la **creazione di un percorso predefinito ospedaliero per i pazienti con Frattura da Fragilità**, finalizzato al miglioramento delle condizioni di questi pazienti e alla riduzione dell'impatto sociale ed economico dell'evento frattura. In tale percorso si inseriscono i diversi specialisti (ortopedico, radiologo, fisiatra, internista, geriatra, cardiologo, endocrinologo, oculista, ecc.) e sono incluse la valutazione clinica multidisciplinare, la programmazione dell'eventuale inter-

vento chirurgico il più precocemente possibile, le valutazioni specialistiche correlate alle **condizioni generali del paziente, anche al fine di pianificare il successivo intervento terapeutico/riabilitativo nella modalità più efficiente ed efficace, in raccordo e condivisione con il MMG**. Viene indicata, quale esempio di modello organizzativo di assistenza sanitaria integrata e multidisciplinare, la cosiddetta "Unità di Frattura" (*Fracture Liaison Service o FLS*), che si basa sull'ottimizzazione della comunicazione tra i diversi specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti con Fratture da Fragilità e sul coinvolgimento del MMG nel percorso terapeutico e riabilitativo.

Infine, per favorire la prevenzione dell'osteoporosi e delle Fratture da Fragilità il Documento di indirizzo suggerisce lo sviluppo:

- **di interventi formativi degli operatori sanitari**, che devono prevedere un coordinamento regionale;
- **di attività di informazione e comunicazione**, sia a livello centrale che territoriale, per promuovere il cambiamento dei comportamenti a rischio e per informare sull'offerta di servizi e prestazioni assistenziali sul territorio, auspicando la costituzione di gruppi di lavoro regionali, con il coinvolgimento di figure professionali diverse e altri stakeholder, per definire e condividere piani di comunicazione da diffondere localmente.

Credo quindi opportuno che nell'ambito dei Tavoli Regionali della Coalizione FRAME® si tenga conto di quanto raccomandato dal Documento di indirizzo per la definizione degli aspetti organizzativi locali, e che il Ministero sia informato degli sviluppi delle attività della Coalizione e di eventuali documenti o report che saranno elaborati.

L'INFERMIERE PROTAGONISTA NEI TRE LIVELLI DI PREVENZIONE

Tonino Aceti

Portavoce Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI)

Prendere in carico in modo efficace, efficiente ed appropriato le persone con fratture da fragilità vuol dire contribuire a migliorare il loro stato di salute e la qualità della loro vita, oltre che ridurre l'impatto economico sui redditi familiari e sulle casse del Servizio Sanitario Nazionale.

Possiamo dire che le fratture da fragilità sono al tempo stesso un importante banco di prova e una grande opportunità per il SSN per la sua innovazione, soprattutto organizzativa, e per l'attuazione di alcuni suoi importanti principi che hanno dominato e dominano convegni, conferenze e atti di programmazione. Mi riferisco alla valutazione multidisciplinare, alla presa in carico attraverso equipe multiprofessionali, all'integrazione dei professionisti e dell'ospedale con il territorio, alla continuità assistenziale, all'aderenza terapeutica e all'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.

La professione infermieristica può e deve svolgere un ruolo cruciale per migliorare il percorso di presa in carico dei pazienti. In questo senso la strada è quella di promuovere l'attivazione in tutto il Paese del modello delle *Fracture Liason Service (FLS)* il quale si poggia sul *"Bone Care Nurse"*: Infermiere con competenze avanzate specializzato nella gestione di persone con osteoporosi e Fratture da Fragilità.

Questo professionista agisce su tre livelli:

1. **PREVENZIONE PRIMARIA:** a tutta la popolazione indipendentemente dal rischio individuale;
2. **PREVENZIONE SECONDARIA:** individuare e controllare i fattori di rischio per prevenire le fratture da fragilità;

3. **PREVENZIONE TERZIARIA:** evitare il rischio di rifrattura e le complicanze.

A questo ovviamente va affiancata quell'azione di potenziamento del secondo pilastro del SSN e cioè l'assistenza sanitaria territoriale, proprio perché il paziente fratturato dopo essere stato trattato in ambito ospedaliero deve continuare il suo percorso anche nel setting territoriale, valorizzando e capitalizzando anche le molteplici soluzioni di sanità digitale che ormai sono disponibili.

Su questo aspetto la professione infermieristica giocherà un ruolo sempre più centrale, tracciato in parte nel recente *Patto per la Salute 2019-2021*. Inoltre, proprio in questi giorni, sta per essere licenziato dal Parlamento il cosiddetto Decreto Rilancio che istituisce per "Legge" la figura dell'*Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFEC)* che proprio sul territorio troverà il suo terreno privilegiato di intervento, in collaborazione con tutte le altre professioni sanitarie, avendo chiaro che al centro devono esserci sempre i diritti dei pazienti, con i quali deve essere sempre condiviso il relativo percorso di cura. Sarà proprio una delle carte vincenti che il SSN potrà giocare per garantire la salute pubblica.

La FNOPI consapevole dell'impatto delle fratture da fragilità sul livello di salute delle comunità, ma anche dell'impatto sociale ed economico (sui redditi famigliari e sulle casse dello Stato), evitabili o comunque fortemente comprimibili **efficientando il sistema, ha deciso, a partire dal 2020 e in occasione della stesura del Documento Programmatico, di essere al fianco dei tanti soggetti amici** che compongono la Coalizione FRAME® e fornire il **proprio contributo**, al fine di migliorare la condizione delle persone con fratture e l'esigibilità dei loro diritti, a partire da quello dell'equità di accesso in tutte le Regioni ai trattamenti necessari e appropriati.



Best Practice 1

Campania: l'Atto di indirizzo

Ugo Trama

Direttore U.O.D. 8, Politica del Farmaco e Dispositivi, Regione Campania

È stato messo a punto in Regione Campania un *Atto di indirizzo*⁷ che ha considerato una serie di aspetti fondamentali per la corretta gestione del paziente affetto da Fratture da Fragilità.

Tale Atto "FRATTURA DA FRAGILITÀ: GESTIONE, PREVENZIONE E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE" nasce dall'esigenza degli Operatori Sanitari della Regione Campania, di promuovere un **percorso formativo e di affiancamento ai professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente** che ha subito una frattura da fragilità. Il Documento, creato grazie all'impegno di un **Comitato scientifico multidisciplinare**, ha messo in luce quale difficoltà principale quella di attuare un protocollo condiviso tra tutti gli

attori coinvolti.

Pertanto, è stato creato e proposto un algoritmo e una scheda di ammissione ospedaliera per registrare in tempo reale la valutazione dei casi all'interno della regione che consentiranno un'assistenza standardizzata e uniforme a livello regionale. Inoltre, nello specifico dell'applicazione della *Nota 79*⁸, **è stato ottimizzato il protocollo diagnostico**, prevedendo esami ematici specifici e altri controlli, al fine di migliorare le metodiche di valutazione dei fattori di rischio per le Fratture da Fragilità. L'istituzione di un team multidisciplinare, che vede coinvolte figure professionali diverse, in particolare chirurgo ortopedico e fisiatra, garantirà una migliore qualità dell'assistenza sanitaria al paziente. L'Atto di indirizzo è stato emanato in piena emergenza COVID-19, a dimostrazione di un lavoro regionale che non si è mai fermato.



Best Practice 2

Toscana: il Progetto di Governance

Mario Cecchi

Coordinatore Organismo Toscano per il governo clinico, Regione Toscana

Avviato verso la fine del 2019, il PDTA, con il titolo provvisorio di "Percorso assistenziale ed organizzativo per la prevenzione delle Fratture da Fragilità: Indirizzi della Regione Toscana", ha fatto riferimento principale alle esperienze maturate nelle Aziende ospedaliere universitarie di Careggi, Siena e Pisa,

che hanno realizzato nell'ambito delle Fratture da Fragilità due progetti simili. Noi abbiamo condiviso queste esperienze in partenza, per farne un autentico Progetto regionale complessivo, che sta giungendo oggi una avanzata condivisione in un gruppo di lavoro ad hoc. Il Progetto ha una struttura in sintonia con i 5 obiettivi messi a punto nel Manifesto Sociale FRAME® a cui abbiamo partecipato collaborando con la Coalizione, e che, nel suo sviluppo, contiamo di raggiungere.



7. <https://cutt.ly/attocampania2020>

8. <https://www.aifa.gov.it/nota-79>

Lo scopo del nostro percorso si basa essenzialmente sul concetto di “governance” che tiene conto dei criteri dell’appropriatezza ed è strutturato con indicatori di **esito** (*outcome*), di **processo/percorso** (*efficienza*), di **cost-effectiveness**, oltre che della **partecipazione dei cittadini** (facendo riferimento a Cittadinanzattiva, al Consiglio dei Cittadini della Salute di Regione Toscana, all’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ed al Laboratorio di Management e sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa mediante gli osservatori dei PREMs e dei PROMs). Il nostro, inoltre, è un percorso che tiene conto anche della quota socioassistenziale in sintonia con l’orientamento della Regione Toscana che, nel suo nuovo Piano Sociale e Sanitario Integrato Regionale, parla proprio di PDTAS (dove ovviamente la “s” identifica il livello sociale delle azioni). Come Regione abbiamo lavorato a un modello che tenga conto anche dell’organizzazione in continuità assistenziale sia all’interno della Rete Ospedaliera, sia sulla Rete assistenziale territoriale, integrate fra loro nelle equipe (Teams) multidisciplinari e multiprofessionali,

anche perchè COVID-19 ci ha insegnato che se un territorio forte difende dall’epidemia, su di esso si può contare per fare prevenzione e presa in carico anche nell’ambito delle malattie croniche ed in particolare delle Fratture da Fragilità. Il mandato assegnato al Gruppo di lavoro è quello di realizzare un Documento che possa diventare l’allegato tecnico di un atto di indirizzo della Giunta Regionale rivolto a tutte le AA.SS. e alle strutture territoriali della regione. La sua pubblicazione è prevista a breve. **Particolare attenzione è riservata in esso al ruolo della telemedicina**, sia nella sua funzione di collegamento ed interfaccia per l’implementazione della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità (sempre più una vera e propria “Medicina Digitale”), in particolare per la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio e per il ruolo gestito dagli infermieri e dai fisioterapisti sul territorio (di famiglia e comunità), sia anche per il ruolo dei cittadini raccogliendo e comunicando i loro bisogni all’interno di un percorso assistenziale integrato ed informatizzato tale da permetterne il monitoraggio nel tempo con indicatori certi e strumenti verificabili.

Best Practice 3

Liguria: il Progetto LICOS

Gerolamo Bianchi

Direttore Dipartimento apparato locomotore, S.C. Reumatologia, ASL3 Genovese

Il Progetto LICOS (Liguria COntro l’OSteoporosi) è partito quattro anni fa e devo confessare che in un certo senso non ha nulla di innovativo: ma forse proprio in questo sta la sua “innovatività”, perché mette a fattor comune informazione sanitaria, vaccinazione con la vi-

tamina D, attenzione all’aderenza terapeutica grazie al Database regionale ed istituzione del *Fracture Liason Service*, un servizio avviato nel 2018. Ad oggi nel Progetto abbiamo il coinvolgimento di oltre 1300 pazienti e lavoriamo su 3 ospedali (San Martino, Voltri e Sampierdarena) con una collaborazione trasversale che mette in pratica un PDTA per il fratturato di femore anche nel follow up e nella prevenzione delle rifratture. In due anni abbiamo raccolto risul-



tati estremamente interessanti, anche se per noi ancora preliminari. **In un primo campione, dopo 12 mesi di osservazione l'incidenza di fratture è stata del 3%, rispetto a quella attesa del 8%.** Questo dato, che andrà confermato nei prossimi 2-4 anni, anche nel suo impatto sulla mortalità, ci sembra importante. Una cosa che desidero sottolineare, perché, a quanto mi risulta, unica in Italia, è l'attivazione, presso il Dipartimento Specialità Mediche della ASL3 Genovese, di una struttura semplice dipartimen-

tale dedicata alle *“Malattie metaboliche ossee e prevenzione delle fratture nell'anziano”*. Segnalo inoltre che è stato attivato presso l'ospedale di Genova-Nervi, un progetto dedicato per prevenire le cadute in pazienti a grave rischio (già fratturati e/o con frequenti cadute). Sottolineo, per concludere, che ritengo assolutamente necessaria, all'interno di un Progetto sulle Fratture da Fragilità, **una cabina di regia che consenta di coordinare i diversi care-giver, siano essi medici, infermieri o amministrativi.**

DOCUMENTAZIONE NAZIONALE E REGIONALE

Pubblichiamo in questa sezione del FOCUS-ON i due documenti messi a punto dalla Coalizione FRAME® che riteniamo utili al lavoro di tutti coloro che si occupano di Fratture da Fragilità, in particolare ai tanti componenti dei Tavoli Regionali sviluppati a favore dei bisogni e dei diritti dei pazienti.

Manifesto Sociale, le Cinque Azioni

Il MANIFESTO SOCIALE⁹ della Coalizione FRAME® ha lanciato cinque “azioni urgenti” da avviare su tutto il territorio nazionale per fronteggiare l'emergenza rappresentata dalle Fratture da Fragilità. Ecco:

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

9. <https://cutt.ly/manifestosocialeFF2019>

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:

- **un registro dei pazienti con Fratture da Fragilità**, che consenta il monitoraggio dell'incidenza per tipologia di frattura e per caratteristiche del paziente;
- **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 diagnosticoterapeutico - 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.

Documento Programmatico



Il Documento che qui presentiamo raccoglie le 5 “azioni strategiche urgenti” del Manifesto Sociale della Coalizione FRAME® e le declina in “azioni regionali”: si presenta quindi come PROPOSTA DI AZIONI che saranno al centro del lavoro dei Regional Chapters promossi dalla Coalizione FRAME®.

Il Documento **FRATTURE DA FRAGILITÀ: PROPOSTA DI AZIONI REGIONALI** è frutto di un ampio ed approfondito lavoro collaborativo a cui hanno partecipato tutti i componenti della Coalizione, con propri interventi, suggerimenti e proposte. Il Documento così come oggi presentato è stato presentato e condiviso durante il Tavolo Nazionale della Coalizione (8 giugno), raccogliendo e sintetizzando tutte le indicazioni fatte pervenire alla Segreteria Organizzativa.

Il presente testo è stato portato all'attenzione delle Associazioni, delle Società scientifiche e degli Ordini professionali partecipanti

alla Coalizione e da loro approvato formalmente.

FRATTURE DA FRAGILITÀ: PROPOSTA DI AZIONI REGIONALI

1. Riconoscere la gestione delle Fratture da Fragilità come priorità di salute pubblica

Azioni suggerite come essenziali e centrali per un'efficace azione regionale per assicurare che le Fratture da Fragilità siano riconosciute come priorità di salute pubblica:

- Prevedere l'inserimento della presa in carico delle Fratture da Fragilità all'interno dei Piani Sanitari Regionali, con specifico riferimento alle azioni già contemplate nel Manifesto Sociale della Coalizione;
- Creazione di più Focus group territoriali con MMG, bone specialists, farmacisti e farmacisti ospedalieri, infermieri, infermieri di famiglia e di comunità e direzioni medico-sanitarie per l'analisi e la mes-

sa in condivisione dei dati disponibili. Il risultato dei Focus group a livello territoriale saranno poi riportati a livello regionale come analisi dei percorsi di presa in carico dei pazienti per identificare gli snodi organizzativi e decisionali che ostacolano un adeguato accesso alle cure e per successivi progetti di miglioramento;

- **Avviare iniziative visibili di Educazione e Prevenzione verso i cittadini e verso le loro Associazioni**, a partire già dalla popolazione scolastica (studenti e insegnanti), con la promozione di meeting sul territorio e con la produzione di materiali informativi tradizionali e digitali; le iniziative dovranno comprendere messaggi specifici sull'importanza del movimento e dell'alimentazione;
- **Potenziamento del ruolo dei Medici di Medicina Generale nella gestione delle FF**, nelle azioni di informazione e prevenzione, prevedendo inoltre percorsi formativi (anche attraverso la telemedicina e i canali digitali) per loro sulla tematica specifica a cura di specialisti di settore; per tutto questo i MMG devono essere dotati di indicatori di appropriatezza per la gestione delle FF e per la prescrizione dei farmaci;
- **Inserimento della tematica delle FF nella formazione delle figure professionali che si occupano della programmazione sanitaria regionale** al fine di acquisire al più alto livello la conoscenza del problema e di comprenderne l'importanza;

Azioni suggerite come essenziali e strategiche per definire e monitorare le dimensioni del fenomeno delle Fratture da Fragilità nelle specificità regionali

- **Implementare un Sistema regionale di monitoraggio sulle Fratture da Fragilità**, con la successiva creazione di un Registro specifico;
- **Definire i processi per una raccolta uniforme, conservazione e condivisione dei dati che permetta "trasferibilità" e "condivisione"** sia a livello regionale sia a livello nazionale; interoperabilità del sistema con le cartelle cliniche dei MMG e/o specialistiche e con i sistemi sovraregionali;
- **Analizzare i dati già disponibili per le singole ASL incrociando il codice identificativo delle maggiori Fratture da Fragilità con la diagnosi di osteoporosi alla dimissione (ICD-9-CM code 733.0) valutando le prestazioni di diagnostica e terapeutiche praticate, le comorbidità, gli outcomes in termini di rifratture e mortalità ed i costi;**
- **Creazione di un DataBase regionale delle FF** che tenga conto delle raccomandazioni delle Linee Guida nazionali ed internazionali e che sia sviluppato sulla base dei PDTA regionali; il database regionale sarà utilizzato per il monitoraggio degli outcomes;
- **Inserimento di un Codice Identificativo per frattura da fragilità sia per i trattamenti incruenti che cruenti** (sia in regime di ricovero ordinario, di DH o di trattamento ambulatoriale). Tale codice dovrebbe essere riportato in DRG o in analoghe documentazioni per il pagamento delle prestazioni effettuate;



2. Definire e monitorare le dimensioni delle Fratture da Fragilità nel nostro Paese

- Istituzione di una scheda di dimissione ospedaliera (SDO) specificamente dedicata alla diagnosi delle Fratture da Fragilità;

3. Istituire Unità di gestione e sviluppare Percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali dedicati alle persone con Fratture da Fragilità

Azioni suggerite per istituire regionalmente le unità di gestione e sviluppare percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali dedicati alle persone con Fratture da Fragilità

- Costituzione di un Gruppo di lavoro regionale dedicato allo sviluppo e implementazione di PDTA “strutturati” che tengano conto anche degli aspetti “sociali” ed “organizzativi” secondo i criteri dell’appropriatezza clinica; i PDTA conterranno criteri precisi di presa in carico, indicatori di esito, di processo, di cost-effectiveness e di valutazione da parte dei soggetti coinvolti, per permettere il monitoraggio nel tempo;
- Creazione di reti ospedale-territorio con coinvolgimento dei MMG, degli specialisti ambulatoriali (esempio: formato “chronic care model”) e degli infermieri di famiglia e di comunità; identificazione di azioni da adottare al domicilio/ territorio, con intensità/periodicità ai fini di permettere la continuità terapeutica ospedale-territorio e il monitoraggio attivo;
- Inserimento nel PDTA-FF di opportuni riferimenti ai Percorsi esistenti di patologie correlate (ad es. la SM, Parkinson) in modo da garantire continuità assistenziale e di presa in carico delle persone coinvolte; sviluppo di forme di

collaborazione tra bisogni assistenziali omogenei per stabilire percorsi comuni e ottimizzati, in modo da sostenere la creazione di Unità per la Continuità assistenziale trasversali strutturate secondo teams multidisciplinari e multiprofessionali;

- Prevedere un piano di implementazione regionale del Percorso diagnostico terapeutico con Corsi di formazione per i soggetti coinvolti e con il supporto attivo dei database sanitari, delle cartelle cliniche informatizzate, degli algoritmi matematici informatizzati già esistenti per il calcolo del rischio di frattura del paziente;
- Sperimentazione ed attivazione di Modelli di FLS, attraverso la valorizzazione del “bone care nurse” e con il coinvolgimento o l’attivazione anche di strutture territoriali per la somministrazione di trattamenti attualmente riservati all’ambito ospedaliero.

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

Suggerimenti per identificare le tematiche regionali strategiche e rilevanti da inserire in un documento di linee guida

- Favorire la conoscenza diffusa e la condivisione delle Linee Guida emanate dall’ISS presso le istituzioni regionali, i medici (MMG, Specialisti e infermieri) e le strutture deputate alla diagnosi e cura dei pazienti a rischio/affetti da fragilità ossea e adattare l’organizzazione sanitaria regionale alla tempestiva ed appropriata presa in carico terapeutica sulla base della stratificazione della popola-

- zione regionale;
- **Assicurare il monitoraggio dell'adesione alle Linee Guida (e ai PDTA regionali) specialmente per l'appropriatezza (esempio: metodo RAND)¹⁰ delle azioni terapeutiche e per la tracciabilità di eventuali innovazioni sia farmacologiche che tecnologiche secondo i criteri dell'HTA;**
 - **Impiego di algoritmi matematici informatizzati per il calcolo del rischio di frattura del paziente, coerente con le indicazioni dell'AIFA (esempio esistente: DEFRACALC79)¹¹, eventuali algoritmi dovrebbero essere integrati nelle cartelle cliniche/programmi informatizzati dei medici prescrittori da rendere disponibili nei vari setting assistenziali;**
 - **Rilevazione dei bisogni formativi dei MMG, degli infermieri e degli specialisti sui contenuti delle Linee Guida; avvio di iniziative di "educazione del paziente" ed attività di counseling con il coinvolgimento delle Associazioni di pazienti, favorendo aderenze ai trattamenti e prevenendo il rischio di recidiva;**

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

Azioni suggerite come essenziali per monitorare sui territori regionali la qualità delle prestazioni e dei benefici prodotti grazie all'appropriata gestione delle Fratture da Fragilità

- **Definizione, creazione e avvio di un Registro regionale relativo alle fratture di fragilità¹². Attraverso il Registro i dati do-**

vrebbero essere sistematizzati con particolare riferimento ai risparmi di costo e con produzione di report statistici significativi;

- **Acquisizione, analisi e monitoraggio dei dati acquisiti grazie all'utilizzo di Data-Base in formato Open Data e quindi disponibili anche alle Associazioni Pazienti per valutare ed attuare le azioni necessarie a soddisfare i bisogni regionali, monitorando le necessità di assistenza, trattamento e cura;**
- **Sviluppo di indicatori specifici per il monitoraggio della riduzione delle fratture più invalidanti (con riduzione del ricorso a RSA), in collaborazione con il Responsabile regionale competente per sviluppare un programma di valutazione della spesa e dell'uso appropriato dei farmaci secondo i LEA di riferimento;**
- **Diffuso, omogeneo e condiviso impiego di algoritmi matematici informatizzati per il calcolo del rischio di frattura del paziente, coerente con le indicazioni dell'AIFA, contribuendo alla sburocratizzazione ed alla semplificazione delle pratiche correnti;**
- **Definizione di progetti pilota per il riconoscimento di esenzione per malattia cronica del paziente con frattura vertebrale o femorale da fragilità; questo nell'ottica di consentire una maggiore valutazione ed un maggiore monitoraggio dell'impatto delle Fratture da Fragilità in termini di qualità della vita, attualmente limitato ai pochi riconoscimenti conseguenti di invalidità.**



10. <https://cutt.ly/metodoRAND>

11. <https://defra-osteoporosi.it>

12. Riferimento: Punto 2, Sistema regionale monitoraggio

CONCLUSIONE: INVITO ALLA COSTITUZIONE DEI TAVOLI REGIONALI

Il Tavolo Nazionale della Coalizione FRAME® ha concluso i suoi lavori condividendo il Documento Programmatico appena presentato. **Quale è il suo scopo?**

Favorire l'interesse nei territori regionali verso quel tema che abbiamo contribuito a focalizzare con precisione.

Dal punto di vista della Coalizione, **favorire lo sviluppo di un lavoro specifico sulle problematiche che vivono quotidianamente le persone con Fratture da Fragilità** all'interno di regioni-target come la Toscana, Il Veneto, la Lombardia, il Lazio, la Puglia, la Sicilia, può aiutare tutto il SSN sia a registrare esempi di virtuosità in atto, che a mettere in moto tutto il sistema dei decisori affinché:

- **Le Fratture da Fragilità siano riconosciute come priorità nell'agenda politica regionale, con codifica del paziente con fragilità ossea a livello regionale**
- **Vengano definiti i PDTA regionali**
- **Vengano identificati i percorsi regionali per la realizzazione delle Unità di Frattura (FLS)**

La Coalizione FRAME® ha fatto "la prima parte del lavoro" e l'ha messa a disposizione di tutti. Da qui l'invito ad avviare alcuni "tavoli di azioni regionali", che comprendano anche i soggetti che già fanno parte di FRAME® e ne condividono gli obiettivi.

Una cosa è certa: **i pazienti non possono attendere.** Abbiamo lavorato per loro e con loro. Questa è la nostra certezza.

Lombardia

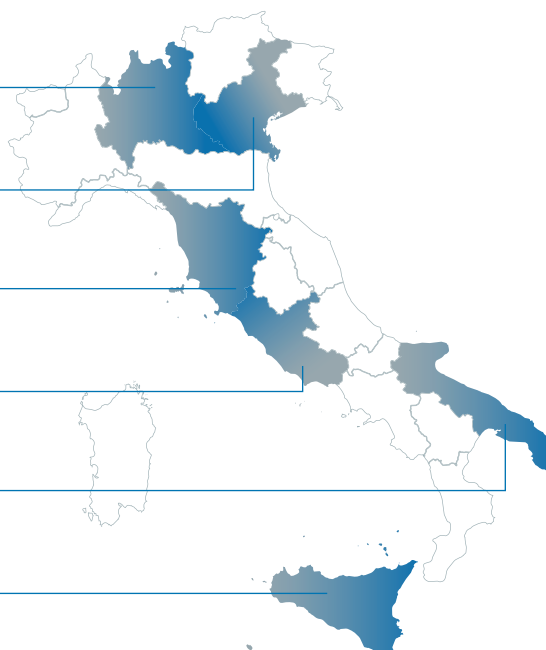
Veneto

Toscana

Lazio

Puglia

Sicilia



LA COALIZIONE FRAME®

Ordini professionali



Federazione Ordini
Farmacisti Italiani

Società scientifiche



SIMG SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE



Associazioni pazienti



un mondo
libero dalla SM



Associazione per la prevenzione
e lotta ai tumori



Focus On supplemento di
Italian Health Policy Brief

Anno X - 2020

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Walter Gatti

Direttore Progetti Speciali
Marcello Portesi

Editore

ALTIS Omnia
Pharma
Service

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione
Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it
www.altis-ops.it



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



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**