

FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA:

DAL PDTA NAZIONALE ALLA MISURAZIONE
DELL'ESISTENTE SUL TERRITORIO



FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA: DAL PDTA NAZIONALE ALLA MISURAZIONE DELL'ESISTENTE SUL TERRITORIO

A cura di Tiziana Nicoletti

Dicembre 2020

INDICE

1. Introduzione.....	3
2. Nota metodologica	6
3. L'impegno di Cittadinanzattiva sul tema delle fratture da fragilità ossea	8
4. Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali per la gestione della persona con Fratture da Fragilità	13
5. Definire e monitorare le dimensioni delle Fratture da Fragilità	16
5.1 Dati del monitoraggio rivolto ai cittadini	16
5.2 Dati del monitoraggio per i medici di medicina generale	34
5.3 Dati del monitoraggio rivolto ai rappresentanti delle regioni	35
6. Conclusioni	40
7. Ringraziamenti.....	42

1. Introduzione

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

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

L'identificazione di soggetti con recente FF ad alto rischio di frattura ed il conseguente avvio a specifici programmi terapeutici per la prevenzione secondaria delle rifratture è essenziale per il contenimento del problema, sia a livello di individuo che di collettività, in particolare per la sostenibilità economica da parte del sistema sanitario.

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

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

La prevenzione delle FF ha costituito una delle priorità identificata già in passato dal Ministero della Salute. Nel 2010 nel Quaderno del Ministero della Salute "Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle fratture da fragilità" erano stati fissati precisi obiettivi di prevenzione primaria e secondaria delle FF da realizzare entro il SSN.

La prevenzione primaria delle FF consiste sostanzialmente nel mettere in pratica misure per prevenirle o limitare il rischio di prima o nuove fratture. La prevenzione si basa sulla modificazione dei fattori di rischio: alimentazione, attività fisica, adeguato apporto di calcio dalla dieta, fumo di sigaretta, abuso di alcool, fattori di rischio ambientale per le cadute; la

modificazione di questi fattori di rischio sono raccomandati a tutti i soggetti.

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

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

La stessa importanza assume la prevenzione secondaria per cui, dopo una frattura di fragilità è importante attuare un intervento diagnostico e terapeutico atto a prevenirne una successiva, predisponendo una prevenzione secondaria personalizzata a seconda delle esigenze del paziente. Il trattamento deve essere sia tempestivo che adeguato per avere la massima efficacia possibile e ottenere un incremento delle possibilità di ripresa del paziente e della funzionalità della zona lesa, che si traduce in un ritorno all'autonomia pre-frattura. Lunghe attese per l'intervento corrispondono a un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente.

A questo si aggiunge il fatto che se si ritardano le terapie in un paziente fratturato, si aumenta il rischio di una seconda frattura. Il primo passo è quindi quello di riconoscere velocemente il problema e non trascurare sintomatologie sospette. In una corretta prevenzione secondaria si pensa innanzitutto a correggere gli eventuali fattori di rischio modificabili quindi la sospensione del fumo o promuovere una maggiore attività fisica o rimuovere errori alimentari e correggere un eventuale deficit di calcio o vitamina D.

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

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

Ecco perché Cittadinanzattiva, grazie al contributo di un comitato di scrittura, Associazioni di pazienti e Società scientifiche, ha realizzato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della persona con frattura da fragilità¹. Il percorso che è stato delineato ha come obiettivo quello di pervenire ad una diagnosi precoce, fare in modo che le fratture da fragilità ossea vengano identificate in maniera appropriata e al momento giusto, con un codice identificativo, fare in modo che vi sia una effettiva presa in carico del paziente con la collaborazione e il coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nell'intero percorso per il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento della qualità acquisita e/o raggiunta ognuno deve fare la sua parte, favorire e potenziare la continuità assistenziale, coinvolgere e informare il paziente per uno stile di vita sano e una costante aderenza terapeutica, sia farmacologica che riabilitativa. Bisogna lavorare in sinergia, paziente e operatore sanitario devono camminare l'uno a fianco dell'altro con un continuo di informazioni e reciproca comunicazione durante tutto il percorso.

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

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

2. Nota metodologica

L'indagine, svolta da Cittadinanzattiva a partire dall' 8 giugno 2020 fino al 15 novembre 2020, è inserita nell'ambito del progetto fratture da fragilità - percorso di cura integrato.

La presente pubblicazione persegue l'intento di fornire una panoramica aggiornata relativa alla presa in carico del paziente con fragilità ossea.

L'iniziativa prende il via con un questionario rivolto ai cittadini per dimensionare qualitativamente il fenomeno e le sue risposte che il SSN e le Regioni offrono in termini di assistenza sanitaria, per capire l'effettiva gestione delle fratture da fragilità ossea e le eventuali criticità su cui intervenire. Le regioni interessate sono Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia.

I dati raccolti saranno trattati in forma anonima nel rispetto delle norme sulla privacy e della nostra policy e non hanno un valore statico ma rappresentano il punto di vista civico dei cittadini. L'indagine fornisce una fotografia dello stato di conoscenza del fenomeno delle fratture da parte dei cittadini.

Per l'individuazione delle domande, ci siamo avvalsi del contributo di un tema di professionisti che quotidianamente si occupano di pazienti che presentano fratture da fragilità ossea.

Abbiamo fatto una prima riunione per condividere gli scopi da raggiungere e hanno partecipato: Prof.ssa Maria Luisa Brandi; Prof.ssa Silvia Migliaccio; Prof. Umberto Tarantino; Prof. Giovanni Iolascon; Prof. Maurizio Rossini; Dott.ssa Raffaella Michieli.

In primo luogo, è stato necessario individuare e circoscrivere gli ambiti entro cui effettuare la ricerca tenendo ben presente la finalità, e cioè verificare la presa in carico del paziente con fragilità ossea nelle sei regioni individuate, cercando di rispondere a requisiti di completezza ed esaustività ma allo stesso tempo essere sintetici comprensibili e immediatamente fruibili e utilizzabili per la pubblicazione.

Per il questionario rivolto ai cittadini, abbiamo strutturato il formulario in quattro blocchi:

1. Uno dedicato alle informazioni generali;
2. Uno dedicato alla conoscenza sul tema delle fratture da fragilità ossea;
3. Uno dedicato all'esperienza personale;
4. Uno dedicato alla terapia farmacologica e riabilitativa;

A causa dell'emergenza sanitaria che stiamo attraversando, abbiamo ritenuto opportuno utilizzare solo lo strumento del questionario a domande chiuse ed aperte, la tecnica prescelta è stata quella dell'indagine online con autocompilazione telematica attraverso l'utilizzo di un sito web dedicato alla ricerca.

Inizialmente alla raccolta dei dati in modalità telematica si doveva affiancare la modalità di somministrazione dei questionari direttamente ai cittadini grazie alla presenza volontari della nostra Associazione di Cittadinanzattiva presso ospedali, ambulatori di reumatologia, ortopedia,

medicina interna, asl.

Il presente report è uno straordinario esempio di informazione civica vale a dire una informazione prodotta direttamente dai cittadini, i questionari giunti alla nostra piattaforma online e che hanno visto il coinvolgimento di sei regioni, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia sono 509.

Un attore molto importante di tutto il percorso è il medico di medicina generale per cui il loro punto di vista è di fondamentale importanza perché ci permette di mettere in evidenza eventuali punti deboli della gestione del paziente con frattura da fragilità e introdurre azioni condivise per migliorare la qualità di vita dei pazienti e offrire la migliore assistenza.

Purtroppo, a seguito dell'emergenza sanitaria che ha colpito tutto il mondo, non c'è stata la possibilità di raccogliere, attraverso il questionario online ideato per i medici di medicina generale, un numero consistente di segnalazioni ma alcune tendenze sono evidenti. Ci riproponiamo di continuare a monitorare il fenomeno anche attraverso la voce dei medici di medicina generale.

Altro elemento che dobbiamo segnalare è che abbiamo cercato di raccogliere il punto di vista delle istituzioni regionali delle sei regioni interessate al monitoraggio, infatti abbiamo inviato loro un questionario online per capire perché partiamo dal presupposto che applicando il modello del PDTA a livello territoriale è possibile avviare un percorso virtuoso grazie all'identificazione delle fratture da fragilità attraverso l'indicazione di un codice specifico da attribuire al PS.

Una volta attribuito il codice, la frattura da fragilità può essere inserita in un percorso e si può garantire una efficace gestione della frattura e la presa in carico del paziente: fornire informazioni, consigli e raccomandazioni sulla terapia farmacologica da seguire, senza dimenticare la prevenzione e i suggerimenti per uno stile di vita adeguato.

Le uniche regioni che hanno partecipato alla rilevazione del fenomeno sono Lazio e Puglia.

3. L'impegno di Cittadinanzattiva sul tema delle fragilità ossee

A fronte della diffusione delle fratture da fragilità nella popolazione italiana e della loro incidenza in termini di costi sulla spesa sociosanitaria, l'organizzazione del Servizio Sanitari Nazionale non riesce a rispondere alle esigenze dei pazienti in termini di miglioramento dell'assistenza sanitaria, presa in carico e di maggiore attenzione alla qualità della vita ma anche al mantenimento del miglioramento raggiunto.

Sono anni che restituiamo alle istituzioni nazionali e regionali le difficoltà che i cittadini ci segnalano in rapporto a come percepiscono, vivono e si confrontano con il servizio sanitario.

Anche quest'anno la principale criticità segnalata dai cittadini riguarda l'accesso alle prestazioni e assistenza territoriale sono i due aspetti attraverso cui, negli ultimi cinque anni, il Servizio Sanitario Nazionale ha mostrato tutta la sua fragilità: il primo resta la voce più segnalata dai cittadini, sebbene in leggera diminuzione, negli ultimi 5 anni (30,5% nel 2015, 25,4% nel 2019), cresce parallelamente il dato relativo all'assistenza territoriale (11,5% nel 2015, 19,7% nel 2019). L'assistenza territoriale fa riferimento alla difficoltà legate alle liste di attesa per le attività di tipo diagnostico, terapeutico, di controllo, visite specialistiche e interventi chirurgici. Subito dopo l'accesso alle segnalazioni, troviamo le criticità relative all'assistenza territoriale e individua i luoghi e le procedure della presa in carico che viene attuata fuori dalle strutture ospedaliere e principalmente attraverso l'assistenza primaria di base, l'assistenza domiciliare, l'assistenza protesica ed integrativa.

Questo è il quadro che emerge dal XXIII Rapporto PiT Salute di Cittadinanzattiva che fotografa annualmente lo stato del SSN dal punto di vista dei cittadini, quest'anno con un approfondimento sulle tendenze tra il 2015 e il 2019 e un focus sul 2020, scelta dettata dall'emergenza da Covid19².

Abbiamo accolto sin da subito l'invito di far parte della Coalizione FRAME® FRATTURE DA FRAGILITÀ³. Rappresenta tra le più importanti alleanze multi-associative 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 pazienti, 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.

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. L'aumento della popolazione anziana, previsto nel prossimo futuro, non potrà che aggravare

² <https://www.cittadinanzattiva.it/primo-piano/salute/13747-presentato-il-xxiii-rapporto-pit-salute-focus-su-emergenza-covid-19.html>

³ http://www.altis-ops.it/wp-content/uploads/2020/09/FOCUS-ON_FRATTURE.pdf

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.

Dal momento della sua creazione, la Coalizione ha prodotto un Manifesto Sociale contenente le 5 azioni urgenti⁴ e di un documento programmatico nel rispetto e nella condivisione dei valori di fondo.

Per quanto riguarda Il MANIFESTO SOCIALE della Coalizione FRAME®, di seguito le cinque "azioni urgenti" da avviare su tutto il territorio nazionale per fronteggiare l'emergenza rappresentata dalle Fratture da Fragilità:

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:

- 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;

⁴ http://www.altis-ops.it/wp-content/uploads/2020/09/FOCUS-ON_FRATTURE.pdf

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.

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

rappresentanti 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.

Il Tavolo Nazionale della Coalizione FRAME® ha concluso i suoi lavori condividendo il Documento Programmatico con lo scopo di:

1. Favorire l'interesse nei territori regionali verso quel tema che abbiamo contribuito a focalizzare con precisione;
2. 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.

A seguito del tavolo di lavoro nazionale, sono stati realizzati dei tavoli di lavoro regionali in Toscana, Il Veneto, la Lombardia, il Lazio, la Puglia, la Sicilia con il coinvolgimento di tutta la Coalizione Frame e con i rappresentanti delle regioni.

L'unica regione che ha dato seguito nella pratica a quanto condiviso in questi incontri è la Toscana, infatti con delibera del 15 settembre del 2020 per un "Percorso assistenziale ed organizzativo per la gestione e la prevenzione secondaria delle Fratture da Fragilità maggiori Linee di indirizzo della Regione Toscana - Organismo Toscano per il Governo Clinico"⁵. All'interno di tutto il processo c'è stata una proficua collaborazione e un coinvolgimento attivo della Coalizione Frame, professionisti sanitari ma anche cittadini e pazienti.

Di seguito riportiamo la sintesi delle proposte – raccomandazioni:

- Identificazione delle Fratture da Fragilità con codici ad hoc (CFF);
- Costituzione dei Teams multidisciplinari e multiprofessionali sia a livello ospedaliero (AOU e AUSL) che territoriale, con le relative strutture organizzative ed operanti all'interno delle
- Reti territoriali;

⁵ https://www.regione.toscana.it/documents/10180/25456940/All+Decisione+18_2020+-+Fratturefragilit%C3%A0maggiori.pdf/ece75cf2-8abf-d266-5301-4fd733515062?t=1598425220933

- Professionisti, figure e strutture coinvolte nel percorso assistenziale: Medico di Medicina Generale, Geriatra, Internista, Endocrinologo, Reumatologo, Ortopedico, Fisiatra, Fisioterapista, Infermiere ospedaliero e Infermiere di famiglia/comunità, Assistente Sociale, Dietista. Agenzia per la Continuità OspedaleTerritorio (ACOT), Consiglio dei Cittadini per la partecipazione e Associazioni di cittadini, Associazioni di Pazienti;
- Implementazione di Percorsi Formativi per tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale;
- Informatizzazione delle modalità di riconoscimento e tracciamento (codici ad hoc) delle Fratture da Fragilità;
- Impiego e sviluppo delle tecnologie della Sanità Digitale per la presa in carico delle persone con Fratture da Fragilità in tutto il loro percorso assistenziale ed in particolare per la comunicazione all'interno dei teams multidisciplinari e multiprofessionali ospedalieri e territoriali nella continuità assistenziale.

Il nostro auspicio è che anche le altre regioni possano intraprendere la stessa strada della Toscana e fare in modo che le fratture da fragilità ossea diventino una priorità per fare in modo che il paziente venga preso in carico e inserito all'interno di un percorso di cura condiviso e multidisciplinare e uniforme su tutto il territorio nazionale.

4 Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali per la gestione della persona con Fratture da Fragilità

Sempre nell'ottica della cooperazione, abbiamo ritenuto concretizzare il punto 3 del Manifesto sociale in quanto 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.

Nella promozione di attività e politiche, Cittadinanzattiva opera in collaborazione con i principali stakeholder nella convinzione che il confronto, la messa in comune delle conoscenze e il lavoro condiviso con chi opera sul campo, porti con sé un valor aggiunto.

La realizzazione del PDTA⁶ hanno seguito le seguenti fasi:

1. Identificazione di un comitato di scrittura composto da professioni che si occupano di fratture da fragilità; Hanno fatto parte del comitato di scrittura: Prof.ssa Maria Luisa Brandi; Prof. Andrea Lenzi; Prof.ssa Silvia Migliaccio; Prof. Stefano Gonnelli, Prof.ssa Letizia Mauro Giulia; Prof. Francesco Falez; Prof. Giovanni Iolascon; Prof. Maurizio Rossini; Prof.ssa Carlina V. Albanese; Dott.ssa Maria Assunta Antonica Campa.
2. Costituzione di un tavolo di lavoro composto da Cittadinanzattiva, esperti e professionisti impegnati sul tema, associazioni di pazienti durante il quale sono stati protagonisti di un dialogo e confronto:
 - **Associazioni di pazienti:** ANED; BPCO; AMICI onlus; ANMAR; APMAR; PARKINSON; LILA, FEDERASMA; FAMIGLIE SMA onlus; Respiriamo Insieme; Forum Nazionale delle Associazioni di Nefropatici, Trapiantati d'organo e di volontariato; Europa Donna;
 - **Società Scientifiche:** AIFI; FEDERFARMA; FEDIOS; FIRMO; FNOMCeO; FNOPI; SIF; SIR; SIMFER; SIMG; SIRM; SIOMMMS; SIOT;

Il PDTA, infatti, disegna un piano interdisciplinare di cura creato per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori, riducendo la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzando in modo congruo le risorse. In particolare, i PDTA rispondono efficacemente alla frammentazione organizzativa dei servizi sanitari, specie nell'interfaccia ospedale – territorio, riducendo i rischi connessi al passaggio del paziente dall'ospedale ai servizi territoriali e alla medicina di base. Allo stesso tempo offrono garanzia e semplificazione al paziente che non deve rimbalzare da un servizio all'altro, con inutili duplicazioni e spese per il SSN, ma ha un iter già organizzato.

⁶ https://www.cittadinanzattiva.it/files/comunicati/salute/PDTA_FRAGILITA_OSSEA_DEFINITIVO_compressed.pdf

I PDTA, all'interno del Piano Nazionale della Cronicità, vengono indicati tra le strategie complessive e gli obiettivi di Piano attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità. La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento.

L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera) dando origine a un continuum che include la individuazione di specifici "prodotti" (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale (o del team di cui è componente) in rapporto all'obiettivo di salute prefissato.

Ecco perché l'obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. I PDTA non sono però così diffusi e conosciuti. Infatti, se esistono fanno riferimento solo ad alcune patologie e solo in alcune regioni. In altri casi esistono ma solo a livello aziendale e sono nell'applicazione tutti diversi tra loro. Secondo quanto segnalato dalle le Associazioni che fanno parte del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici e rari – CnaMC di Cittadinanzattiva, laddove sono presenti dei veri PDTA che coinvolgono anche i medici di base, la diagnosi è molto più tempestiva.

In altri casi esistono ma solo a livello aziendale e sono nell'applicazione tutti diversi tra loro. Ancora, accade che vengano adottati formalmente, magari anche con un entusiasmo, dalla regione di tutto, ma poi non vengano applicati per mancanza di risorse. Altra nota dolente non prevedono, quasi mai, il coinvolgimento del territorio.

La realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico- Assistenziale (PDTA) nasce dalla necessità di standardizzare criteri condivisi per la diagnosi, terapia, ed assistenza dei pazienti con fratture da fragilità e permetterà quindi di ridefinire in modo chiaro e condiviso un percorso di cura in grado di:

- garantire diagnosi precoce;
- effettuare una valutazione multidimensionale del bisogno di salute,
- integrare gli interventi;
- garantire l'appropriatezza delle prestazioni;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- garantire la presa in carico del paziente senza frammentazione del percorso;
- gestire correttamente la patologia riducendo le complicanze;
- garantire equità di accesso ai trattamenti sul territorio nazionale;
- garantire una maggiore sostenibilità del SSN.

E' indubbio il fatto che per raggiungere gli obiettivi del PDTA è necessario la collaborazione e il coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nell'intero percorso. Per una effettiva presa in carico del paziente, il miglioramento della qualità della vita e il mantenimento della qualità acquisita e/o raggiunta ognuno deve fare la sua parte, bisogna lavorare in sinergia e paziente e operatore

sanitario devono camminare l'uno a fianco dell'altro con un continuo di informazioni e reciproca comunicazione durante tutto il percorso.

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

È fuori discussione che, per affrontare in maniera ottimale il problema delle fratture da fragilità ossea, devono essere identificate in maniera appropriata e al momento giusto. Acquisire informazioni precise puntuali e tempestive permette di individuare un quadro più preciso dell'entità del problema e dell'impatto socioeconomico; non perdere la possibilità e la tempestività di segnalare una condizione di fragilità, in modo che sia valutata e trattata, se non durante il ricovero, almeno dopo la dimissione, dal medico curante o dallo specialista di riferimento, avvantaggiando l'ingresso del paziente in un percorso diagnostico terapeutico appropriato; consentire e facilitare la prescrizione di una terapia farmacologica adeguata che permette anche di ridurre il rischio di nuove fratture.

Tutto ciò produce vantaggi per il paziente ma anche conseguenze positive sul SSN in quanto si determina un decremento della mortalità, delle disabilità e diminuirebbero i giorni di lavoro persi.

5 Definire e monitorare le dimensioni delle Fratture da Fragilità

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

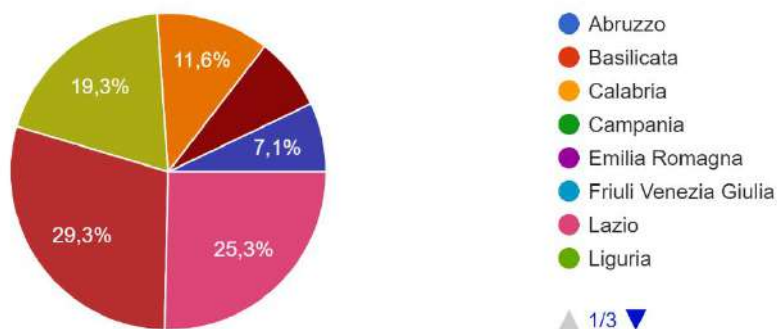
5.1 I dati del monitoraggio rivolto ai cittadini

Nel grafico n.1 relativo alle informazioni generali, abbiamo una fotografia istantanea della percentuale di risposta dei cittadini in ognuna delle sei regioni interessate. Come possiamo notare, anche se con percentuali indubbiamente differenti tutte le regioni sono state interessate dal monitoraggio. La regione che presenta una percentuale più alta di partecipazione è la Lombardia con il **29,3 %**, subito dopo troviamo il Lazio con il **25,3%**, a seguire la Puglia con il **19,3%**, la Sicilia con il **11,6 %**, la Toscana con il **7,4 %** e il Veneto con il **7,1%**.

Grafico n.1

REGIONE DI APPARTENENZA

509 risposte



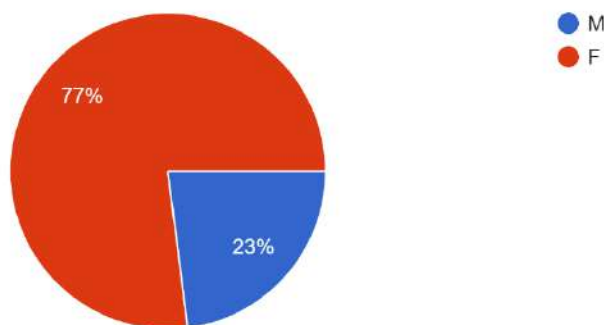
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Nel grafico n. 2, possiamo notare come la popolazione femminile, rappresentata dal 77% potrebbe essere più sensibile e attenta al tema delle fratture da fragilità ossea.

Grafico n.2

SESSO

509 risposte



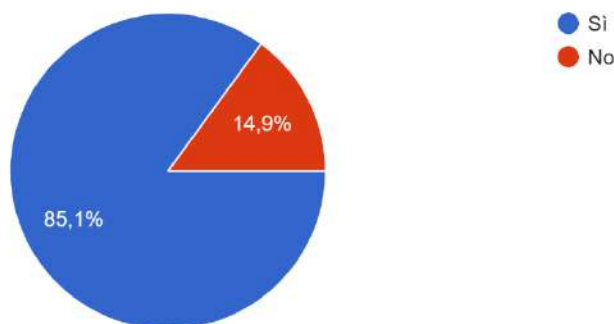
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Il grafico n. 2 ci consente di comprendere se chi ha risposto conosce o potrebbe conoscere le fratture da fragilità, infatti, alla domanda “Sa cosa sono le fratture da fragilità?” l'85,1% fornisce una risposta affermativa e per noi rappresenta il campione ideale perché se l'obiettivo del nostro monitoraggio è comprendere lo stato di conoscenza delle fratture da fragilità si presume che le persone che hanno risposto conoscono l'argomento.

Grafico n.3

SA COSA SONO LE FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA?

509 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Con la domanda successiva abbiamo cercato di capire nello specifico se la conoscenza è specifica o meno, infatti, dalle risposte pervenute ben l'**84,5 %** afferma che le fratture da fragilità ossea possono colpire sia donne che uomini ma principalmente a partire dai 50 anni; il **6,9%** risponde non so; il **4,5%** uomini e donne indifferentemente, soprattutto giovani, infine, il **4,1%** solo le donne, anche le più giovani. È confortante constatare che la maggioranza del campione è consapevole del fatto che la fragilità ossea non è solo una caratteristica femminile ma investe anche gli uomini.

Grafico n.4

SECONDO LEI, LA FRAGILITÀ OSSEA COLPISCE:

509 risposte

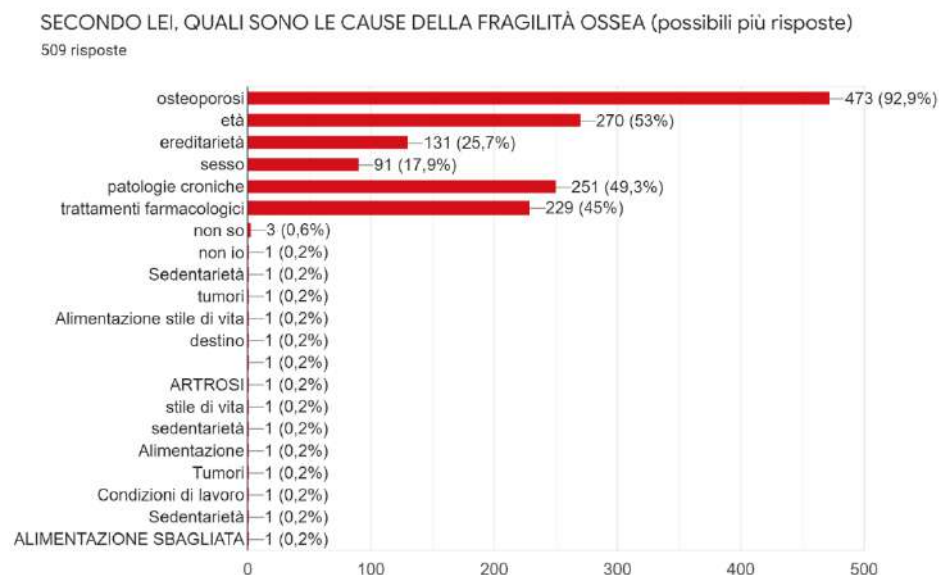


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Nella tabella n.1, possiamo notare quali sono le cause della fragilità ossea secondo i cittadini, era possibile fornire più di una risposta.

Il **92,9%** riconosce come prima causa di fragilità delle ossa l'osteoporosi; il **53%** l'età; il **49,3%** essere affetti da una o più patologia cronica; il **45%** assunzioni di farmaci; il **25,7%** un fattore ereditario; il **17,9%** il sesso;

Tabella n.1

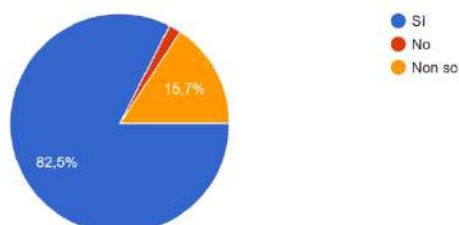


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Attraverso il grafico n.5 possiamo constatare che l'**82,5%** di coloro che ha partecipato al monitoraggio sono consapevoli che è possibile prevenire, ritardare o ridurre il rischio di fratture.

Grafico n.5

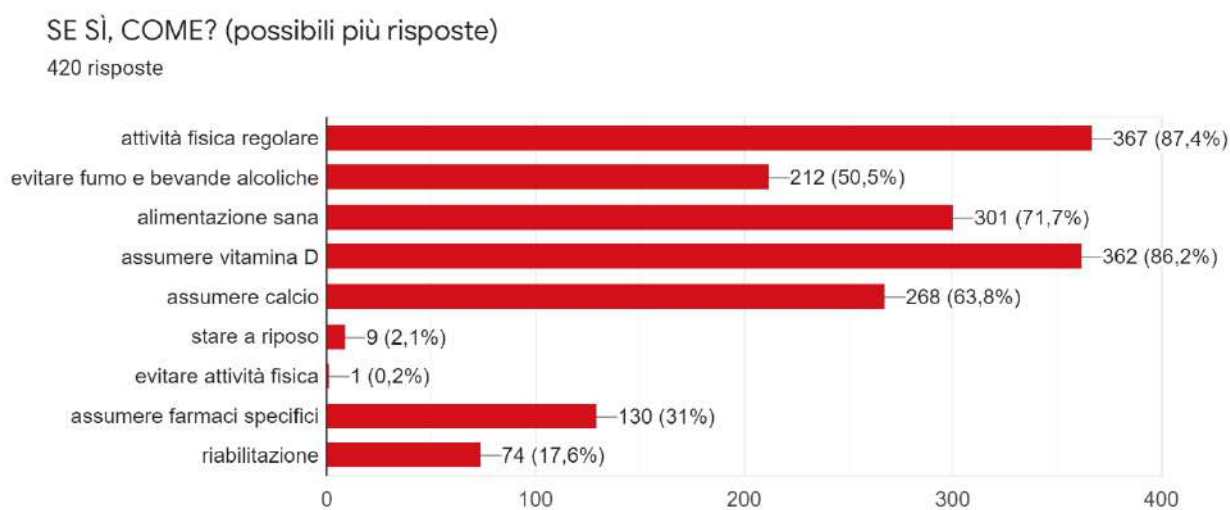
SECONDO LEI, È POSSIBILE PREVENIRE, RITARDARE O RIDURRE IL RISCHIO DI FRATTURE?
509 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Lo schema successivo ci permette di analizzare se i cittadini sanno quali sono i comportamenti corretti per prevenire, ritardare o ridurre il rischio di fratture. La domanda era formulata con possibilità di risposta multipla, possiamo constatare che per l'**87,4%** l'attività fisica aiuta a prevenire, ritardare o ridurre il rischio di fratture; l'**86,2%**; ritiene utile assumere vitamina D; il **71,7%** segnala l'alimentazione sana un utile alleato; il **63,8%** assumere calcio; il **50,5%** dice che bisogna evitare fumo e bevande alcoliche; il **31%** afferma che può servire allo scopo l'assunzione di farmaci specifici; il **17,6%** vede nella riabilitazione un buon contributo per prevenire, ritardare o ridurre il rischio di fratture.

Tabella n.2



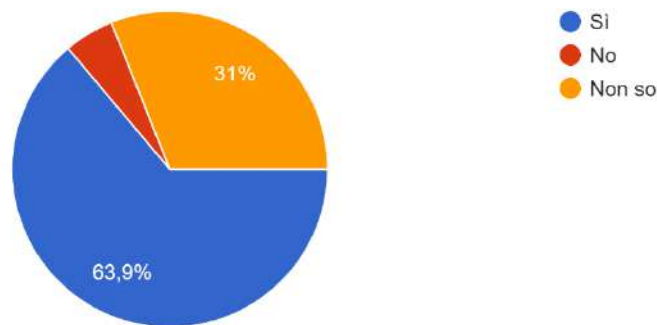
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Sempre con l'obiettivo di capire quanto i cittadini conoscono il fenomeno delle fratture, abbiamo chiesto se esistono dei farmaci in grado di prevenire le fratture da fragilità ossea, grafico n. 6, e il **63,9%** risponde di sì, il **31%** non so e il **5,1%** no.

Grafico n.6

SECONDO LEI, ESISTONO DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE IN GRADO DI PREVENIRE LE FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA?

509 risposte



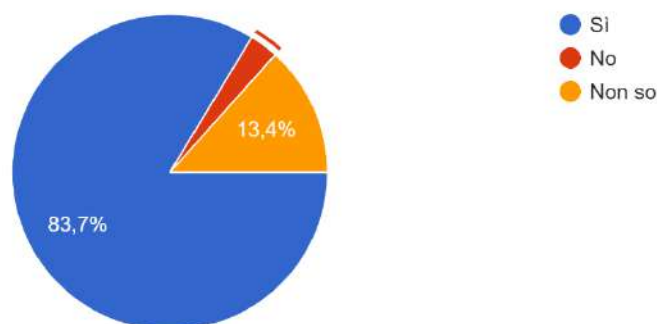
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Dal grafico n. 7 si può evincere che per l'**83,7%** sostiene che i farmaci da assumere in caso di frattura da fragilità possono essere a carico del SSN.

Grafico n.7

SECONDO LEI, I FARMACI DA ASSUMERE IN CASO DI FRATTURA DA FRAGILITÀ OSSEA POSSONO ESSERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE?

509 risposte

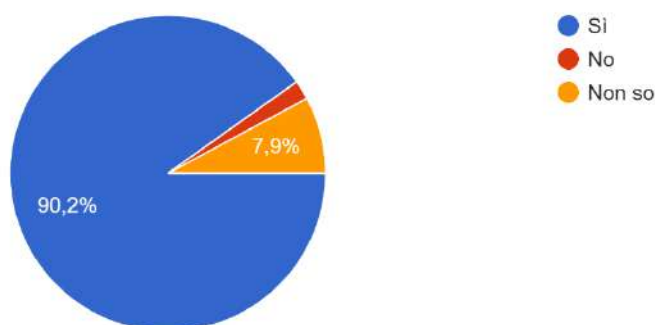


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Lo schema riportato dal grafico n. 8 ci aiuta a misurare tutto quello che sanno i cittadini sulle fragilità ossee e abbiamo chiesto “secondo lei, una prima frattura da fragilità’ ossea, se non riconosciuta o non adeguatamente trattata, può aumentare la probabilità che se ne verifichi un’altra successivamente?”, il **90,2%** risponde una maniera affermativa.

Grafico n.8

SECONDO LEI, UNA PRIMA FRATTURA DA FRAGILITÀ’ OSSEA, SE NON RICONOSCIUTA O NON ADEGUATAMENTE TRATTATA, PUÒ AUMENTARE LA ...SE NE VERIFICHINO UN’ALTRA SUCCESSIVAMENTE?
509 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

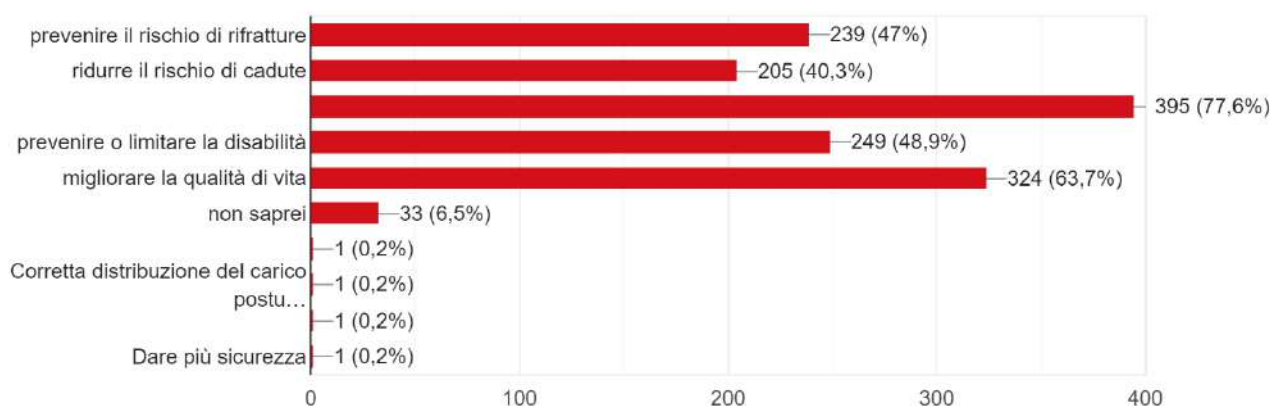
La descrizione di quanto riportato nella tabella n. 3, si poteva dare una risposta multipla, ci informa che per il **77,6%** la riabilitazione possa essere utile per migliorare la salute dell’apparato muscoloscheletrico; per il **63,7%** possa migliorare la qualità di vita; per il **48,9%** possa prevenire o limitare la disabilità; per il **40,3%** possa ridurre il rischio di cadute. Da questa risposta si comprende in maniera netta quanto sono consapevoli i cittadini che la riabilitazione è fondamentale e indispensabile sia per evitare il rischio di fratture, che per rieducare il paziente che ha subito fratture da fragilità e può contribuire anche a mantenere il raggiunto miglioramento della funzionalità di migliorare e la densità minerale ossea. Grazie alla riabilitazione si ottiene il miglioramento della forza muscolare, della coordinazione e dell’equilibrio sono fondamentali per prevenire cadute accidentali ed ulteriori fratture.

Le norme di contenimento del Covid 19 hanno avuto un impatto negativo anche sull’attività fisica domiciliare, infatti per rispettare il distanziamento sociale sono state ridotte e in alcuni casi sospese tutte le attività fisica dei pazienti con fragilità ossea sia per l’impossibilità di accedere a impianti specializzati che per il divieto di percorrere distanze anche modeste fuori casa. Sarebbe pertanto importante incoraggiare i pazienti a svolgere esercizi individuali a domicilio tesi a mantenere la forza, la postura e l’equilibrio e di conseguenza ridurre le cadute. Questi tipi di programmi sono disponibili in molte piattaforme raggiungibili via internet che peraltro sono utilizzate in maniera limitata dalle persone più anziane e tecnologicamente meno evolute.

Tabella n. 3

RITIENE CHE LA RIABILITAZIONE POSSA ESSERE UTILE PER: (possibili più risposte)

509 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Alla domanda “Ritiene la telemedicina utile per restare in contatto con i medici e poter effettuare alcuni controlli anche quando non ci si può recare in ospedale?”, il **77%** afferma che la telemedicina è un valido strumento per restare in contatto con i medici, (grafico n. 9).

Il ruolo della telemedicina a fronte anche della necessità di ridurre gli accessi in ospedale per un paziente da considerarsi fragile, è sempre più auspicabile avere a disposizione metodologie innovative che consentano in alcuni casi di erogare una prestazione a distanza.

Tuttavia, anche se questo approccio potrebbe avere una funzione rilevante, ad esempio, nella gestione di pazienti già noti alla struttura e stabili, viene riconosciuta la rilevanza e l'importanza del rapporto con il medico soprattutto nel momento in cui il paziente deve avviare o cambiare una terapia. Inoltre, nel caso della fragilità ossea si sono dei trattamenti vincolati a piani terapeutici che devono essere periodicamente rinnovati. L' Aifa, dopo una lettera appello di Cittadinanzattiva e il Coordinamento delle Associazioni dei malati cronici e rari – Cnamc, ha effettuato una deroga sulla loro durata in modo da semplificare questo atto amministrativo attraverso il rinnovo automatico

La telemedicina permette di effettuare il follow up attivo con il Centro di riferimento o con il medico di medicina generale così da monitorare l'aderenza del paziente alla terapia e accompagnarlo nel percorso di cura e soprattutto per i soggetti fragili e anziani, per i quali non è semplice muoversi e raggiungere gli ambulatori per le visite facilita il contatto con il Centro di riferimento e con il medico di medicina generale e con lo specialista. Grazie alla telemedicina si può garantire la continuità di cura, mantenere una costante relazione con i pazienti fragili evitando spostamenti non necessari limitando le possibilità di entrare a contatto con il virus.

A seguito del lockdown, in base ad uno studio dell'Università Campus Bio Medico, nei prossimi mesi prevista drammatica impennata di fratture e loro complicanze negli over 65 ⁷

Gli anziani sono i più colpiti non solo dal Covid-19 ma anche da numerose altre patologie correlate, come l'osteoporosi. Le statistiche parlano chiaro: già oggi l'80 per cento delle persone trattate per una frattura non riceve una terapia anti-osteoporosi, accrescendo così il rischio di patologie correlate e nuove fratture. Lo stop dei mesi scorsi delle attività sanitarie sulle malattie croniche, come osteoporosi e riabilitazione, fa prevedere agli esperti una nuova impennata delle fratture.

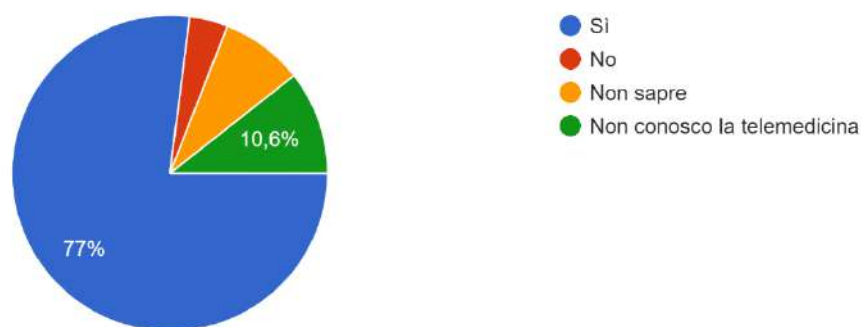
Sfortunatamente nell'emergenza Covid-19, in molti Paesi del mondo, i malati di osteoporosi sono stati classificati come "non urgenti" poiché tale patologia non riguarda i parametri vitali. Ma proprio per questo motivo nei prossimi mesi gli esperti prevedono una drammatica impennata delle fratture e della mortalità ad esse collegata. "Nei pazienti di 65 anni e più l'immobilizzazione porta rapidamente alla perdita di massa muscolare e di forza. Questo, insieme alle altre patologie correlate al Covid-19, come infiammazione cronica e fragilità, contribuisce ad accrescere la probabilità di cadute e relative fratture.

Il rischio di morte per i pazienti con una frattura del femore va dal 15 al 30% entro un anno: l'incidenza delle fratture osteoporotiche sulla mortalità è sostanzialmente sovrapponibile a quella per ictus e carcinoma mammario. Inoltre, due terzi di coloro che sopravvivono si ritrovano spesso in una condizione di disabilità permanente e di dipendenza da familiari e caregivers, senza contare i costi diretti e indiretti a carico della collettività.

Grafico n.9

RITIENE LA TELEMEDICINA UTILE PER RESTARE IN CONTATTO CON I MEDICI E POTER EFFETTUARE ALCUNI CONTROLLI ANCHE QUANDO NON CI SI PUÒ RECARE IN OSPEDALE?

509 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

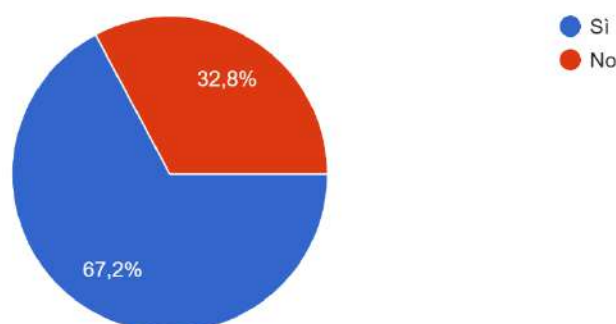
L'intento della successiva domanda, riportata dal grafico n. 9, è di capire se la persona intervistata è affetta da una patologia o più patologia cronica e il **67,2%** è affetto da almeno una patologia cronica, la domanda prevedeva la possibilità di risposta multipla, (grafico n.10)

⁷ <https://www.unicampus.it/news-blog/102621-osteoporosi-e-covid-rischio-piu-fratture-con-lockdown>

Grafico n.10

HA UNA O PIÙ MALATTIE CRONICHE?

509 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Di seguito una tabella con le principali patologie segnalate:

Tabella n. 4

PATOLOGIA	Percentuale
Reumatologica	47,1%
Infiammatoria dell'intestino	26,6%
Diabete	12%
Asmatica	9,4%
Oncologica	8,2%
Renale	2,6%
Parkinson	1,2%

Come riportato dal grafico n.11, il **61,3%** dei cittadini dichiara di non aver mai ricevuto informazioni sulle informazioni sulle fratture da fragilità ossea.

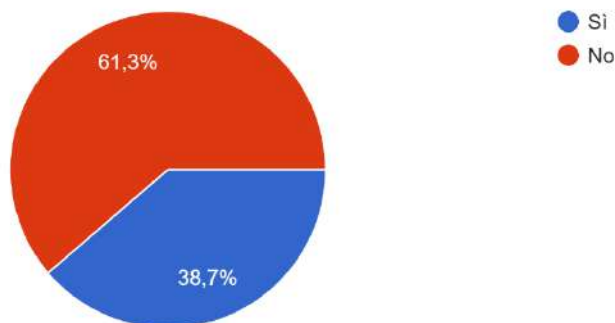
In caso di risposta positiva, abbiamo chiesto di specificare da chi avessero ricevuto informazioni, la domanda prevedeva la possibilità di risposta multipla, tabella n.5, e il **61,9%** dal medico specialista; il **33,5%** dal medico di medicina generale; il 29,4% da programmi televisivi; il **28,4%** da associazioni; il **25,9%** da internet; **23,9%** da campagne sanità regionale; tramite conoscenti **7,1%**.

I dati mettono in evidenza come oltre alla figura del medico, sia specialista che MMG, un ruolo molto importante per fare informazione sul fenomeno è svolto dai mezzi di comunicazione e internet, anche se bisogna consultare i siti ufficiali per evitare di ricevere informazioni sbagliate, le associazioni dei pazienti e le campagne. Forse vale la pena ripensare ad un utilizzo maggiore per sensibilizzare la popolazione e allo stesso tempo fare prevenzione fornendo anche consigli su stile di vita e terapia farmacologica e non.

Grafico n.11

HA MAI RICEVUTO INFORMAZIONI SULLE FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA?

509 risposte

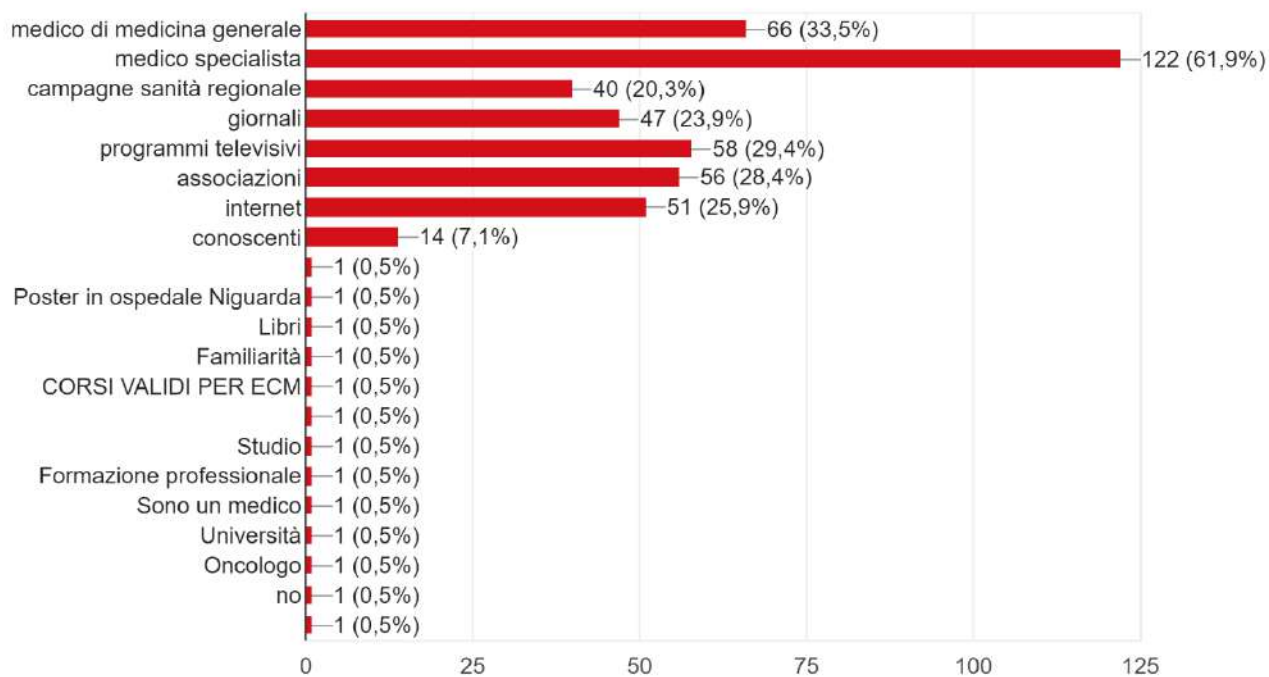


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Tabella n.5

SE SÌ, DA CHI? (possibili più risposte)

197 risposte



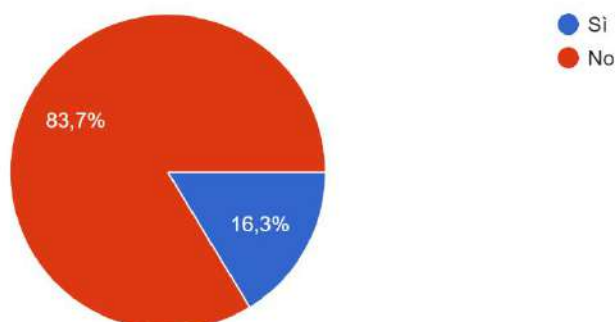
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Sempre in base all'esperienza personale, Il prospetto che segue, grafico n. 12, rileva che solo il **16,3%** di coloro che hanno partecipato al monitoraggio ha avuto una frattura dovuta alla fragilità ossea e quindi abbiamo chiesto come è stata trattata la frattura, che è un altro aspetto molto rilevante della presente rilevazione. Il **31,3 %** ci informa che la frattura è stata tratta al pronto soccorso; il **25,3%** al pronto soccorso, che organizza/programma ricovero per intervento; il **16,9%** al pronto soccorso, che effettua/consiglia consulto con uno specialista; il **6%** al pronto soccorso, che raccomanda di rivolgersi al proprio medico per approfondimenti, grafico n. 13.

Grafico n.12

HA MAI AVUTO UNA FRATTURA DA FRAGILITÀ OSSEA?

509 risposte

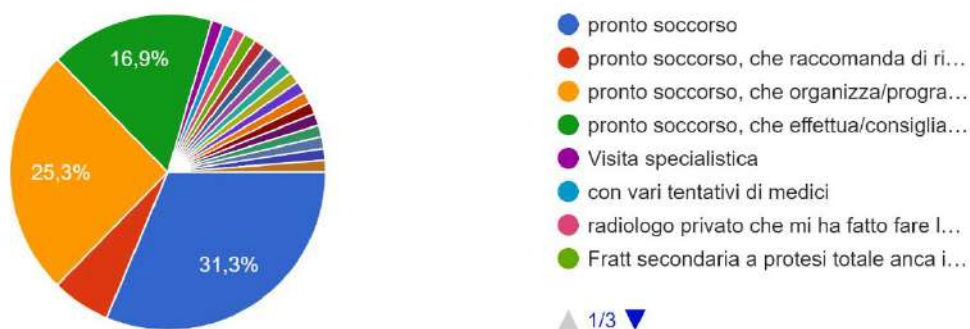


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Grafico n.13

COME È STATA TRATTATA LA FRATTURA?

83 risposte



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

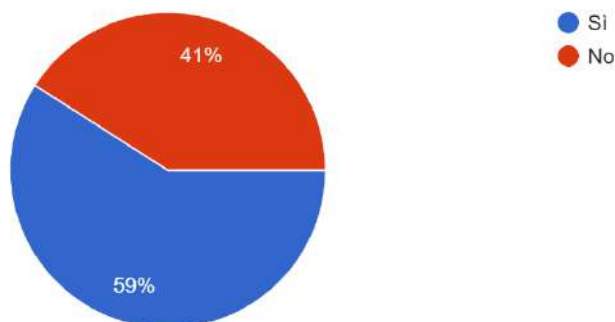
Lo schema riportato dal grafico n. 14 ci aiuta a capire se durante la permanenza al pronto soccorso, il personale sanitario ha fatto domande allo scopo di indagare su come si è verificata la frattura, il **59%** risponde in maniera positiva. Indubbiamente una percentuale più alta ci

avrebbe rassicurato maggiormente ma è già un dato confortante anche se con molto margine di miglioramento in quanto siamo ben consapevoli del fatto che l'identificazione della frattura apre la strada alla presa in carico corretta del paziente per inserirlo in un percorso di cura adeguato.

Grafico n.14

DURANTE LA PERMANENZA AL PRONTO SOCCORSO, IL PERSONALE SANITARIO LE HA FATTO DOMANDE APPROFONDITE SU COME SI È VERIFICATA LA FRATTURA?

83 risposte



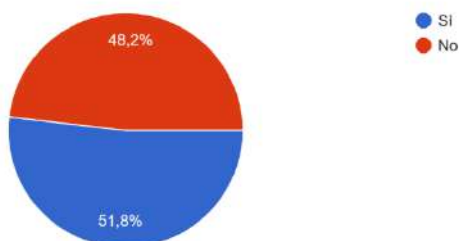
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Dal grafico n.15 si evince che il 51,8% ha ricevuto indicazioni per verificare se si trattava di frattura da fragilità ossea come, ad esempio, effettuare una densitometria e/o esami del sangue, anche qui la percentuale non è altissima ma può migliorare. Le persone intervistate che hanno dato una risposta positiva, era possibile dare più di una risposta, ci riferiscono che le informazioni le hanno ricevute per l'**86%** dal medico specialista; il **25,6%** dal medico di medicina generale; il **23,3%** dal personale del pronto soccorso; il **2,3%** dal radiologo e dal radiologo privato.

Grafico n.15

PER VERIFICARE SE SI TRATTAVA DI FRATTURA DA FRAGILITÀ OSSEA, HA RICEVUTO INDICAZIONI PER FARLA VALUTARE (ad esempio effettuare una densitometria e/o esami del sangue)?

83 risposte

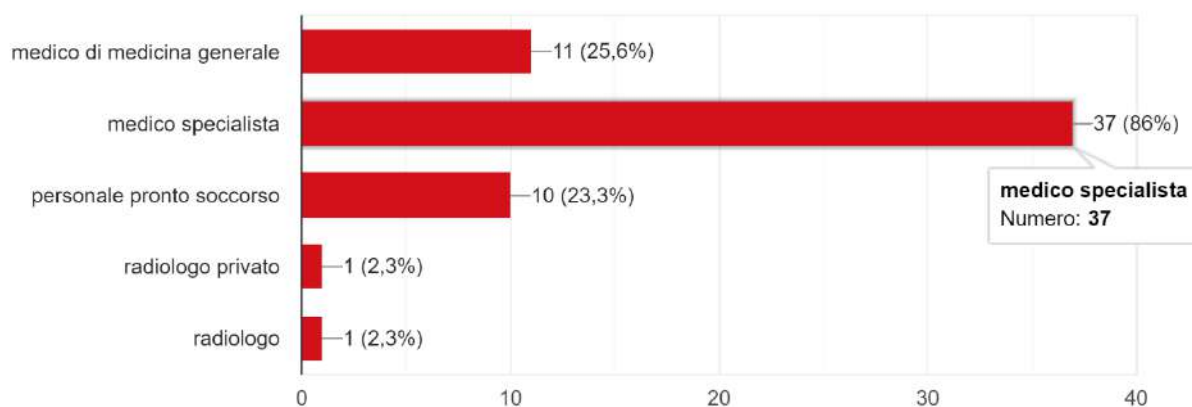


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Tabella n.6

SE SÌ, DA CHI LE HA RICEVUTE? (possibili più risposte)

43 risposte



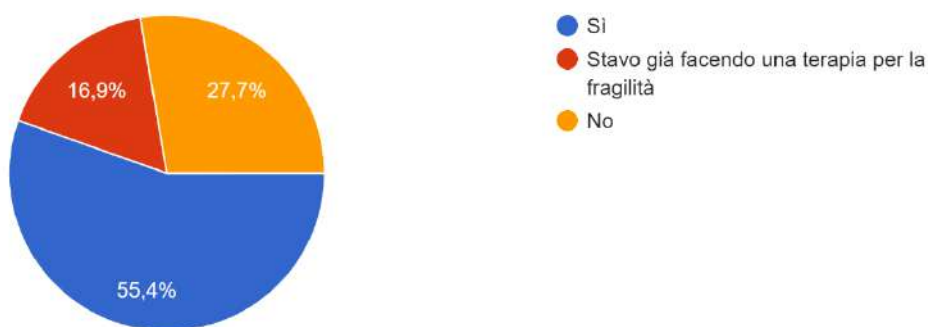
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Come possiamo notare nel grafico successivo, n.16, alla domanda una volta accertata che era una frattura da fragilità, le è stata prescritta una terapia farmacologica, oltre la vitamina D, per rafforzare le ossa, il **55,4%** ha detto sì; il **27,7%** ha risposto no e il **16,9%** ci riferisce che stava già facendo una terapia per la fragilità delle ossa.

Grafico n.16

UNA VOLTA ACCERTATO CHE ERA UNA FRATTURA DA FRAGILITÀ, LE È STATA PRESCRITTA UNA TERAPIA FARMACOLOGICA, OLTRE LA VITAMINA D, PER RAFFORZARE LE OSSA DOPO LA FRATTURA?

83 risposte



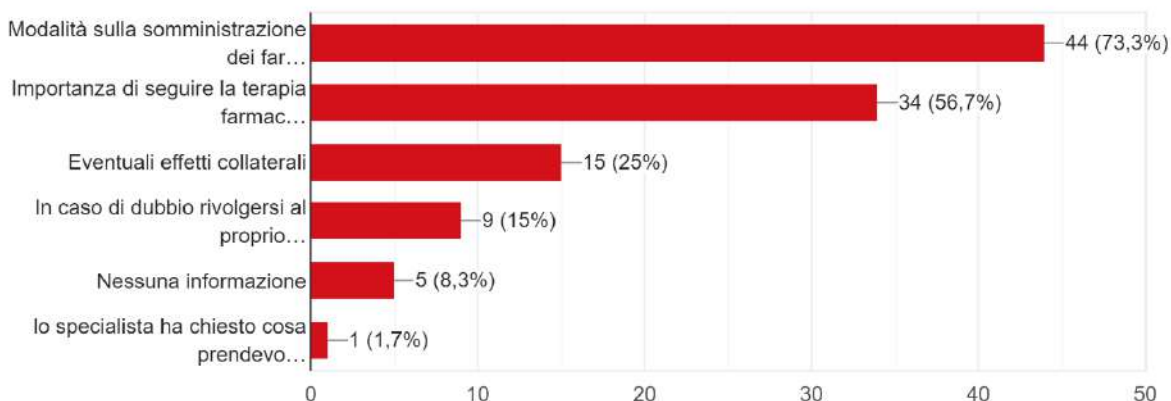
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Osservando la tabella n. 7, in base alle risposte multiple ottenute appare evidente che il **73,3%** ha ricevuto informazioni sulla somministrazione dei farmaci; il **56,7%** informazioni sull'importanza di seguire una terapia farmacologica; il **25%** è stato avvisato su eventuali effetti collaterali; il **15%** afferma che in caso di dubbio gli è stato consigliato di rivolgersi al proprio medico; **solo l'8,3%** afferma di non aver ricevuto nessuna informazione. Questo dato non può che essere apprezzato in maniera positiva perché con questo tipo di informazione si forniscono le giuste indicazioni e si fa prevenzione.

Tabella n.7

A SEGUITO DI UNA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA PER LA FRAGILITÀ OSSEA, HA RICEVUTO INFORMAZIONI SU: (possibili più risposte)

60 risposte



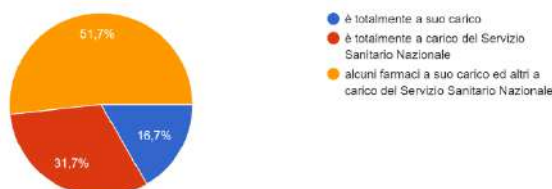
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

La descrizione di quanto riportato nel grafico 17, attesta che per il **51,7%** dei cittadini il costo dei farmaci che si assume per la fragilità ossea alcuni sono a suo carico e altri a carico del Servizio Sanitario Nazionale; secondo il **31,7%** dei cittadini è totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale; il **16,7%** dice che è totalmente a suo carico.

Grafico n.17

IL COSTO DEI FARMACI CHE ASSUME PER LA FRAGILITÀ OSSEA:

60 risposte



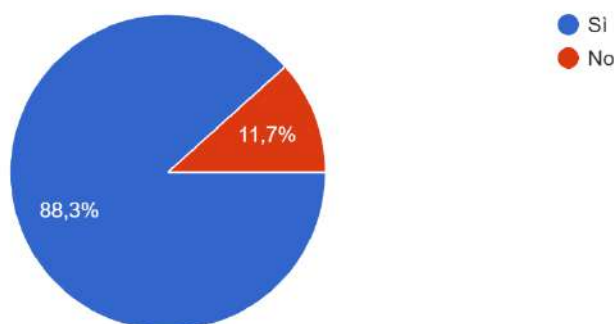
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Dal grafico n.18 si desume che l'**88,3%** segue la terapia farmacologica in modo costante per prevenire ulteriori fratture da fragilità ossea. Nel grafico successivo, n.19, possiamo constatare che **solo il 21,7%** ha interrotto la terapia farmacologica; tra le cause che hanno contribuito ad interrompere l'assunzione di farmaci, tabella n.8, il **38,5%** a causa di effetti collaterali; il **30,8%** dichiara di non avere ben compreso l'importanza di seguire le indicazioni ricevute circa la terapia farmacologica; il **23,1%** a causa del prezzo del farmaco; nella stessa percentuale del **7,7%** dichiara di dimenticare di assumere le medicine, mancanza di piano terapeutico, difficoltà di rinnovo del piano terapeutico, perché li ho presi per molti anni.

Grafico n.18

SEGUE LA SUA TERAPIA FARMACOLOGICA IN MODO COSTANTE PER PREVENIRE ULTERIORI FRATTURE DA FRAGILITA' OSSEA?

60 risposte

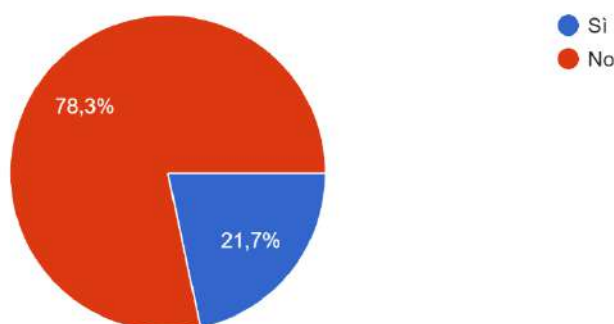


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Grafico n.19

HA INTERROTTO LA TERAPIA FARMACOLOGICA PER LA FRAGILITÀ OSSEA?

60 risposte

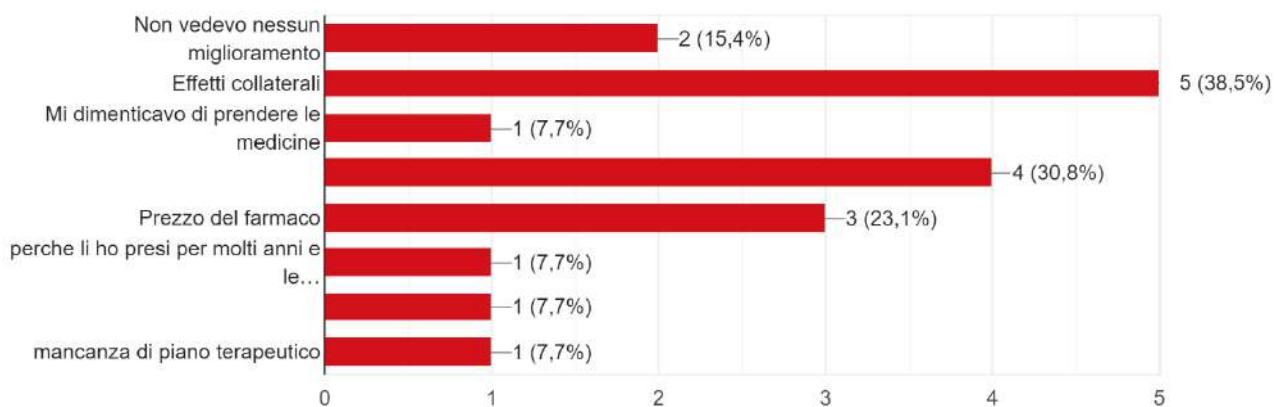


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Tabella n.8

SE SÌ, QUALI SONO STATE LE CAUSE? (possibili più risposte)

13 risposte



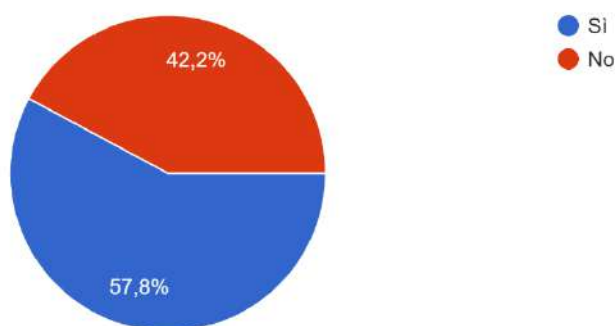
Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Il modello riportato nel grafico n. 21, alla domanda “una volta accertato che era una frattura da fragilità, le è stata prescritta una terapia riabilitativa dopo la frattura?”, il **57,8%** dà una risposta positiva e il **42,2%** dà una risposta negativa. Nel grafico successivo, n. 22, abbiamo cercato di capire se una volta ricevuta la prescrizione per la riabilitazione è stata effettuata e il **100%** ha risposto di sì; per contro, se osserviamo la tabella n. 9, il 100% ha avuto difficoltà burocratiche nel far attivare la riabilitazione prescritta. Ancora una volta la burocrazia la fa da padrona e non agevola il paziente nel suo percorso di cura e nell’esigibilità del diritto alla salute che tende al miglioramento della condizione clinica e qualità di vita.

Grafico n.21

UNA VOLTA ACCERTATO CHE ERA UNA FRATTURA DA FRAGILITÀ, LE È STATA PRESCRITTA UNA TERAPIA RIABILITATIVA DOPO LA FRATTURA?

83 risposte

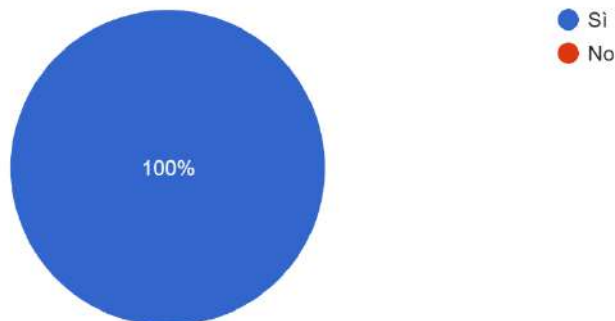


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Grafico n.22

SE SÌ, HA EFFETTUATO LA RIABILITAZIONE PRESCRITTA?

47 risposte

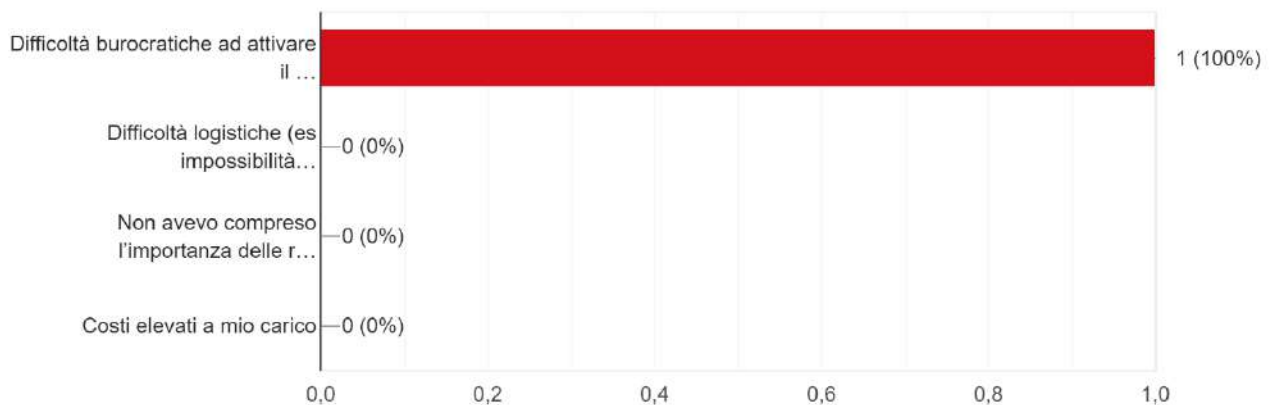


Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

Tabella n.9

SE NO, PERCHÈ? (possibili più risposte)

1 risposta



Fonte: Cittadinanzattiva- Monitoraggio cittadini fratture da fragilità ossea

5.2 I dati del monitoraggio rivolto ai medici di medicina generale

Prendendo spunto dalle risposte che sono pervenute, le evidenze principali sono:

- Le fratture da fragilità ossea costituiscano un problema di gestione sanitaria di grandi proporzioni destinato ad accrescersi sempre di più;
- Costituiscano un problema del quale il medico di medicina generale può farsi carico;
- È utile accertarsi della modalità con cui è avvenuta una frattura; pensa che assegnare un codice specifico per la frattura da fragilità ossea al paziente alla dimissione dal reparto di emergenza-urgenza o reparto ospedaliero chirurgico, potrebbe aiutarla nella gestione successiva;
- È utile indirizzare il paziente ad uno specialista per la gestione delle fratture da fragilità, soprattutto nell'ottica di un tema multidisciplinare
- In caso di frattura da fragilità ossea, applica la nota 79 alla prescrizione di farmaci antiriassorbitivi;
- Il fatto che i farmaci antifratturativi somministrabili per via sottocutanea o endovenosa sia limitato a specialisti che redigono opportuno piano terapeutico o li somministrano in ambiente ospedaliero rappresenta per alcuni una forte limitazione nella scelta del trattamento, per altri rientra tra le competenze dello specialista;
- È importante interagire con lo specialista/centri di terzo livello per la gestione dei pazienti con fratture da fragilità.

5.3 I dati del monitoraggio rivolto ai rappresentanti delle regioni

La realizzazione del PDTA vuole essere un modello di riferimento per la costituzione di PDTA regionali e aziendali allo scopo di favorire l'identificazione, l'inquadramento diagnostico ed il successivo avvio a programmi di prevenzione secondaria delle fratture, nonché la continuità assistenziale, per soggetti che abbiano presentato una recente frattura da fragilità. PDTA regionali che permettono anche una pari esigibilità dei diritti di salute all'interno delle diverse aree del nostro Paese, dove si registrano evidenti disparità di accesso ai servizi a seconda dei territori di residenza.

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

Per questo motivo Cittadinanzattiva, attraverso una survey per i rappresentanti delle regioni, assessorato sanità regionale e governo clinico regionale per effettuare una fotografia delle realtà territoriali per misurare il gap tra quanto delineato nel modello di riferimento di PDTA per le fratture da fragilità ossea e ciò che accade nelle realtà regionali.

❖ La Regione Lazio ci informa che:

- A rispondere è stato un dirigente regionale;
- Negli ultimi 5 anni la regione non ha recepito con documenti ufficiali la criticità del problema sanitario delle fratture da fragilità ossea;
- Negli ultimi 5 anni, non sono state attuate politiche sanitarie (es definizione e applicazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) specifiche per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea;
- La persona che ha risposto non sa se sono stati istituiti e finanziati, negli ultimi 5 anni, progetti regionali allo scopo di favorire la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea;
- Nella Regione Lazio sono disponibili ed integrabili i dati relativi agli ultimi 5 anni della farmaceutica, SDO, esenzioni e specialistica;
- Relativamente alla prevenzione delle fratture da fragilità ossea i medici di medicina generale vengono monitorati solo per la spesa sanitaria e non vengono presi in considerazione altri parametri;
- Esiste un sistema di segnalazione della frattura da fragilità ossea come codice di dimissione ospedaliera o di pronto soccorso;

- Il codice di “frattura da fragilità ossea”, opportunamente attribuito, potrebbe essere utilizzato a livello regionale per tracciare i soggetti che dovrebbero ricevere valutazione e trattamento specifici, soprattutto in caso di fratture maggiori (femore, colonna vertebrale, omero, avambraccio);
- La persona intervistata non sa se esistono percorsi terapeutico-assistenziali attivati entro le strutture ospedaliere di terzo livello per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea; non sa se esistono percorsi terapeutico- assistenziali nati nell’ambito della medicina di iniziativa (medici di medicina generale) per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea;
- Chi risponde non è a conoscenza dell’esistenza di percorsi tipo fast track organizzati tra aree territoriali e ospedaliere per facilitare l’indirizzamento del paziente con fratture da fragilità ossea da parte del medico di medicina generale a specialisti in centri di iii livello per approfondimenti diagnostici e/o trattamenti antifratturativi con farmaci somministrabili solo in ambito ospedaliero o prescrizione di farmaci DPC (con piano terapeutico);
- Indubbiamente potrebbero essere organizzati servizi, ad esempio presso case della salute o strutture dedicate, al fine di favorire l’accesso a cure parenterali per la fragilità ossea, usualmente caratterizzate da maggiore tolleranza e aderenza al trattamento;
- Durante la pandemia da covid-19, non sono stati rinviati interventi non urgenti a pazienti con fratture in quanto gli interventi in classe A sono stati garantiti;
- Il paziente con frattura è stato gestito con un ricovero in struttura dedicata;
- A seguito dell’emergenza sanitaria dovuta al coronavirus, nella sua regione non sono state rinviate visite ambulatoriali per i pazienti con problemi collegati alle fratture da fragilità in quanto le visite in classe di priorità U e B sono state garantite;
- In caso di rinvio i pazienti sono stati avvisati telefonicamente;
- La regione prevede di gestire la fase 2, per i pazienti con fratture da fragilità con iniziative di telemedicina e potenziamento delle attività territoriale;
- Questa fase emergenziale ha aperto la via a nuove forme di gestione e presa in carico del paziente.

Come possiamo notare dalle risposte fornite, nel Lazio ci sono delle iniziative che consentono di individuare la frattura da fragilità ossea grazie un sistema di segnalazione della frattura da fragilità ossea come codice di dimissione ospedaliera o di pronto soccorso ma ancora la strada da percorrere è lunga.

Confidiamo nella consueta disponibilità delle istituzioni regionali e portare avanti l'impegno condiviso per la definizione e l'attuazione di un PDTA regionale sulle fragilità ossee. Noi di Cittadinanzattiva è sempre disponibile ad una proficua collaborazione nel rispetto dei ruoli per consentire a tutti i pazienti del Lazio con fratture da fragilità ossea di essere curati e inseriti in un percorso di cura adeguato.

❖ La Regione Puglia ci informa che:

- A rispondere è stato il direttore responsabile servizio reti cliniche e PDTA ARESS Puglia;
- Negli ultimi 5 anni la regione ha recepito con documenti ufficiali la criticità del problema sanitario delle fratture da fragilità ossea;
- Negli ultimi 5 anni, non sono state attuate politiche sanitarie (es definizione e applicazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) specifiche per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea;
- Non sono stati istituiti e finanziati, negli ultimi 5 anni, progetti regionali allo scopo di favorire la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea;
- Nella Regione Puglia sono disponibili ed integrabili i dati relativi agli ultimi 5 anni della farmaceutica, SDO, esenzioni e specialistica;
- Relativamente alla prevenzione delle fratture da fragilità ossea i medici di medicina generale vengono monitorati solo per la spesa sanitaria e non vengono presi in considerazione altri parametri;
- Esiste un sistema di segnalazione della frattura da fragilità ossea come codice di dimissione ospedaliera o di pronto soccorso;
- Il codice di “frattura da fragilità ossea”, opportunamente attribuito, potrebbe essere utilizzato a livello regionale per tracciare i soggetti che dovrebbero ricevere valutazione e trattamento specifici, soprattutto in caso di fratture maggiori (femore, colonna vertebrale,

omero, avambraccio);

- Esistono percorsi terapeutico-assistenziali attivati entro le strutture ospedaliere di terzo livello per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea;
- Non esistono percorsi terapeutico- assistenziali nati nell'ambito della medicina di iniziativa (medici di medicina generale) per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea e sono vere e proprie strutture dipartimentali;
- Esistono dei percorsi tipo fast track organizzati tra aree territoriali e ospedaliere per facilitare l'indirizzamento del paziente con fratture da fragilità ossea da parte del medico di medicina generale a specialisti in centri di iii livello per approfondimenti diagnostici e/o trattamenti antifratturativi con farmaci somministrabili solo in ambito ospedaliero o prescrizione di farmaci DPC (con piano terapeutico);
- Senza'altro potrebbero essere organizzati servizi, ad esempio presso case della salute o strutture dedicate, al fine di favorire l'accesso a cure parenterali per la fragilità ossea, usualmente caratterizzate da maggiore tolleranza e aderenza al trattamento;
- Durante la pandemia da covid-19, sono stati rinviati interventi non urgenti a pazienti con fratture a seguito delle indicazioni ministeriali sono stati rinviati tutti gli interventi non indifferibili e urgenti;
- Il paziente con frattura è stato gestito con un ricovero in struttura dedicata e con l'assistenza domiciliare;
- A seguito dell'emergenza sanitaria dovuta al coronavirus, sono state rinviate visite ambulatoriali per i pazienti con problemi collegati alle fratture da fragilità nelle more della messa in atto di un piano regionale per la prevenzione dal rischio Covid e di recupero delle liste d'attesa;
- In caso di rinvio i pazienti sono stati avvisati telefonicamente, tramite messaggio sul cellulare e attraverso il fascicolo sanitario elettronico;
- La regione prevede di gestire la fase 2, per i pazienti con fratture da fragilità con iniziative di telemedicina e potenziamento delle attività territoriale;
- Questa fase emergenziale ha aperto la via a nuove forme di gestione e presa in carico del paziente, infatti sono state avviate iniziative aziendali di trasmissione delle modalità di riabilitazione dei pazienti;
- La popolazione anziana, a causa della sua fragilità, ha già pagato moltissimo in termini

di contagi, ospedalizzazioni e decessi per covid-19.

Per evitare nuove fratture da fragilità che comporterebbero inevitabili accessi a ps-ospedali-rsa di pazienti anziani fragili, nei prossimi mesi, la regione sta programmando l'avvio di un tavolo tecnico che lavori alla definizione di un PDTA sulle fragilità ossee.

Possiamo constatare che anche nella Regione Puglia esiste un sistema di segnalazione della frattura da fragilità ossea come codice di dimissione ospedaliera o di pronto soccorso e che esistono percorsi terapeutico-assistenziali attivati entro le strutture ospedaliere di terzo livello per la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità ossea, inoltre sono previsti dei percorsi tipo fast track organizzati tra aree territoriali e ospedaliere per facilitare l'indirizzamento del paziente con fratture da fragilità ossea da parte del medico di medicina generale a specialisti in centri di iii livello per approfondimenti diagnostici e/o trattamenti antifratturativi con farmaci somministrabili solo in ambito ospedaliero o prescrizione di farmaci DPC (con piano terapeutico).

Ci fa un enorme piacere apprendere che per evitare nuove fratture da fragilità che comporterebbero inevitabili accessi a ps-ospedali-rsa di pazienti anziani fragili, nei prossimi mesi, la regione sta programmando l'avvio di un tavolo tecnico che lavori alla definizione di un PDTA sulle fragilità ossee.

Anche in questo caso, Cittadinanzattiva siamo sempre disponibili ad una proficua collaborazione nel rispetto dei ruoli per consentire a tutti i pazienti del Lazio con fratture da fragilità ossea di essere curati e inseriti in un percorso di cura adeguato.

6. Conclusioni

La nuova concezione di prendere in carico la persona partendo dai suoi bisogni di salute deve orientarsi verso l'umanizzazione delle cure in una sanità sempre più tecnologicamente avanzata in cui diventano imprescindibili qualità della degenza, le relazioni con il paziente, il processo di cura del cittadino al centro di ogni intervento socio-sanitario ed assistenziale.

Le politiche sanitarie hanno un ruolo significativo nel promuovere, finanziare e implementare soluzioni di assistenza, come modelli di trattamento coordinati per i pazienti in seguito a una frattura e devono dare omogeneità alle attività assistenziali sul tema delle fratture da fragilità ed in particolare alla loro prevenzione.

Occorre cambiare radicalmente la strategia degli interventi, non possiamo continuare ad ignorare che a fronte della diffusione delle fratture da fragilità nella popolazione italiana e della loro incidenza in termini di costi sulla spesa socio – sanitaria, l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale non riesce a rispondere alle esigenze dei pazienti in termini di miglioramento dell'assistenza sanitaria, presa in carico e di maggiore attenzione alla qualità della vita ma anche al mantenimento del miglioramento raggiunto.

L'osteoporosi è una malattia cronica ad elevato impatto epidemiologico, ampiamente diffusa in tutte le Regioni italiane, legata prevalentemente al processo di invecchiamento, che porta ad un aumento della fragilità ossea e conseguentemente del rischio di frattura per traumi anche minimi, Non dobbiamo assolutamente dimenticare che le fratture da fragilità peggiorano la qualità di vita e spesso ne riducono la durata.

È evidente dai dati emersi dal monitoraggio che vi è un'esigenza di riconoscere la gestione delle fratture da fragilità come una priorità di salute pubblica e istituire unità di gestione e sviluppare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dedicati alle persone con fratture da fragilità, quindi è di fondamentale importanza fare in modo che:

- La frattura da fragilità venga individuata attraverso l'adozione di un codice identificativo specifico;
- Vengano definiti dei percorsi chiari per la gestione dei pazienti con una frattura da fragilità e resi operativi su tutto il territorio nazionale;
- La frattura da fragilità venga trattata e il paziente preso in carico e inserito in un percorso di cura integrato e multiprofessionale; tutti i cittadini devono avere la stessa possibilità di cura e presa in carico;
- Utilizzo dei dati disponibili per quantificare e ridurre i costi di ospedalizzazione associati alle fratture;
- Bisogna garantire la continuità territoriale, supportare e rafforzare l'integrazione tra le strutture ospedaliere ed il territorio; tutti i pazienti, una volta mandati a casa, devono poter contare su tutti i servizi territoriali a prescindere dal posto in cui abita.
- Promuovere campagne per sensibilizzare gli operatori sanitari ed i pazienti sulla rilevanza delle fratture da fragilità su tutto il territorio nazionale.

Emerge anche una carenza di informazione nei confronti dei pazienti sulle fratture da fragilità ossea e forse vale la pena ripensare ad un impegno maggiore per sensibilizzare la popolazione e allo stesso tempo fare prevenzione fornendo anche consigli su stile di vita e terapia farmacologica e non.

L'emergenza COVID19 rischia di farci trascurare una larga fetta della popolazione affetta da patologie croniche in generale e da osteoporosi nello specifico. È necessario pertanto avviare una serie di strategie che permettano pur limitando gli accessi alle strutture ospedaliere di avvicinare i pazienti più fragili ad esempio con la telemedicina, comunicando in maniera efficace le informazioni più utili nella gestione della patologia, della terapia e degli eventuali effetti collaterali. Sarebbe pertanto importante incoraggiare i pazienti a svolgere esercizi individuali a domicilio tesi a mantenere la forza, la postura e l'equilibrio e di conseguenza ridurre le cadute.

7. Ringraziamenti

Il monitoraggio è stato realizzato grazie al contributo degli attivisti di Cittadinanzattiva e alle Associazioni dei malati cronici e rari – Cnamc di Cittadinanzattiva.

La realizzazione dei questionari è stata possibile grazie ai preziosi contributi forniti da: Prof.ssa Maria Luisa Brandi; Prof.ssa Silvia Migliaccio; Prof. Umberto Tarantino; Prof. Giovanni Iolascon; Prof. Maurizio Rossini; Dott.ssa Raffaella Michieli.

Si ringraziano inoltre i colleghi: Maria Teresa Bressi (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici - CnAMC), Valeria Fava (Responsabile osservatorio civico sul federalismo in sanità), Elisa Blasucci, (Organizzazione Eventi); Cinzia Dottori (Responsabile Networking), Carla Berliri, Cristiana Montani Natalucci (Tribunale per i diritti del malato); Maria Eugenia Morreale e Michela Liberti (Agenzia di Valutazione Civica), Andrea Antognozzi (Raccolta fondi).

Ringraziamo per la supervisione: Antonio Gaudio, Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Anna Lisa Mandorino, Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Francesca Moccia, Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Marco Frey, Presidente di Cittadinanzattiva.

Ringraziamo l'Ufficio Comunicazione e stampa per l'attività di diffusione e comunicazione del presente lavoro: Alessandro Cossu, Aurora Avenoso, Luana Scialanca, Giacomo D'Orazio, e Lorenzo Blasina per aver curato la parte grafica.



CITTADINANZA *ATTIVA*

www.cittadinanzattiva.it

Con il contributo non condizionato di



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