



**Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Dipartimento Osteo-Articolare**

Rimini, 21 - 23 Novembre 2014

- **21 Novembre – venerdì - inizio ore 16:00**
 - Prof. Ortolani: Osteoporosi: eziopatogenesi, prevenzione e terapia
 - Prof. Scendoni: la diagnostica dell'osteoporosi

DISCUSSIONE

Chiusura lavori ore 18:30

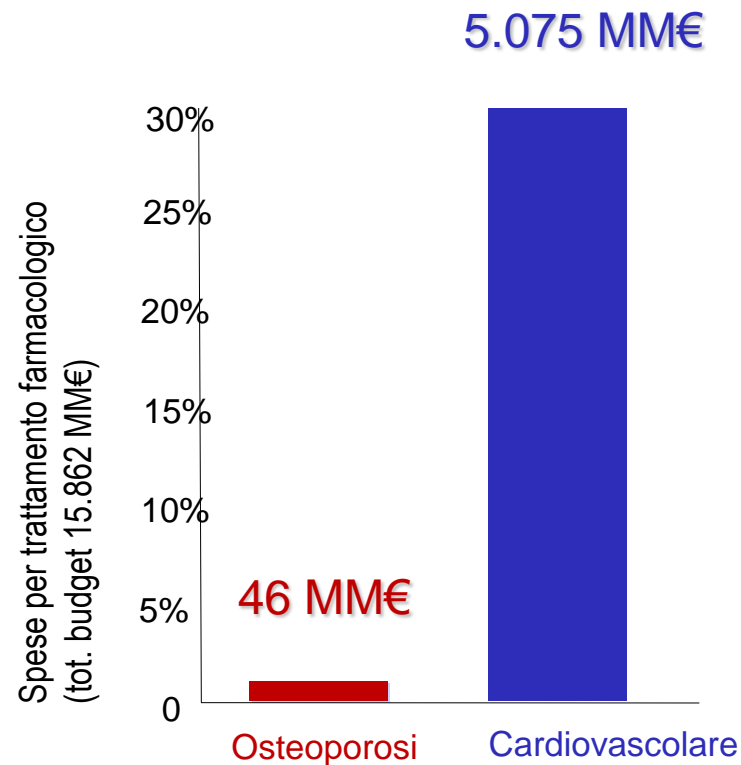
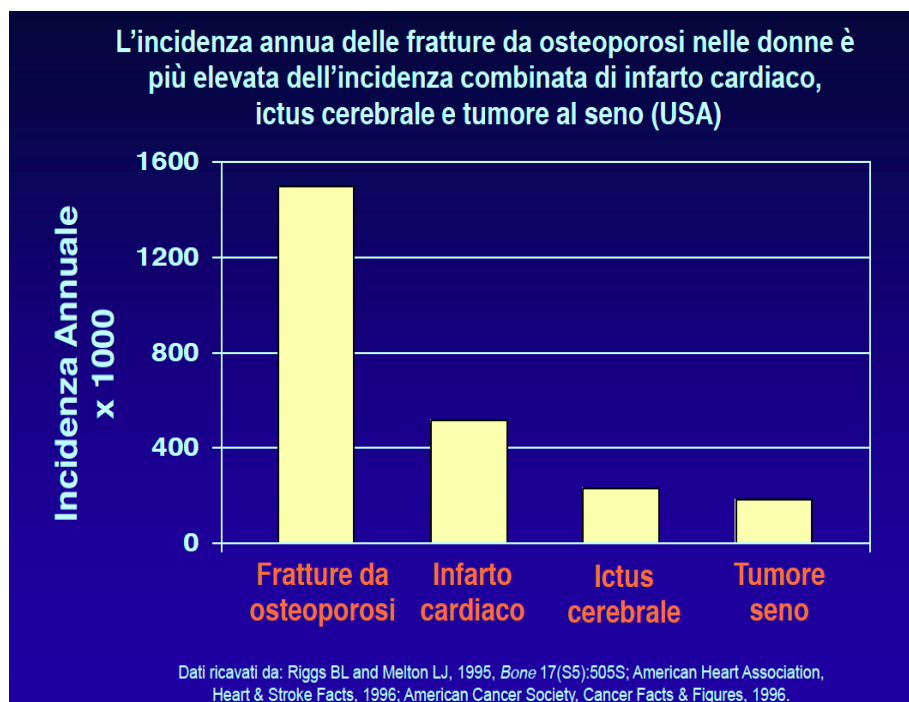
- **22 Novembre – sabato – inizio ore 9:00**
 - Prof. Pietrogrande: le fratture - trattamento conservativo e continuativo
 - Prof. Ruosi – importanza della prevenzione della caduta
 - Prof. Giancola: la biologia e il futuro
- Tutti - PREPARAZIONE DOCUMENTO DI SINTESI

Chiusura lavori ore 17:00

PARTECIPANTI AL TAVOLO OSTEO-ARTICOLARE

- Giuseppe Bernardi
- Massimo Ballotta
- Sandro Buoso
- Margherita Cattozzo
- Alessandro Cerino
- Marco Conti
- Marina D'Artibale
- Luigi Di Bisceglie
- Tommaso Ferretti
- Cosimo Gambardella
- Rinaldo Giancola
- Francesco Guadalascara
- Francesco Monea
- Roberto Natale
- Patrizia Orlando
- Sergio Ortolani
- Luca Pietrogrande
- Carlo Ruosi
- Carla Rutili
- Pietro Scendoni
- Anna Selvaggi
- Antonio Vitale

- L'osteoporosi colpisce oltre 5 milioni di persone in Italia e l'incidenza annua delle fratture da osteoporosi supera nelle donne la somma dei casi di infarto del miocardio, di ictus e di cancro della mammella.

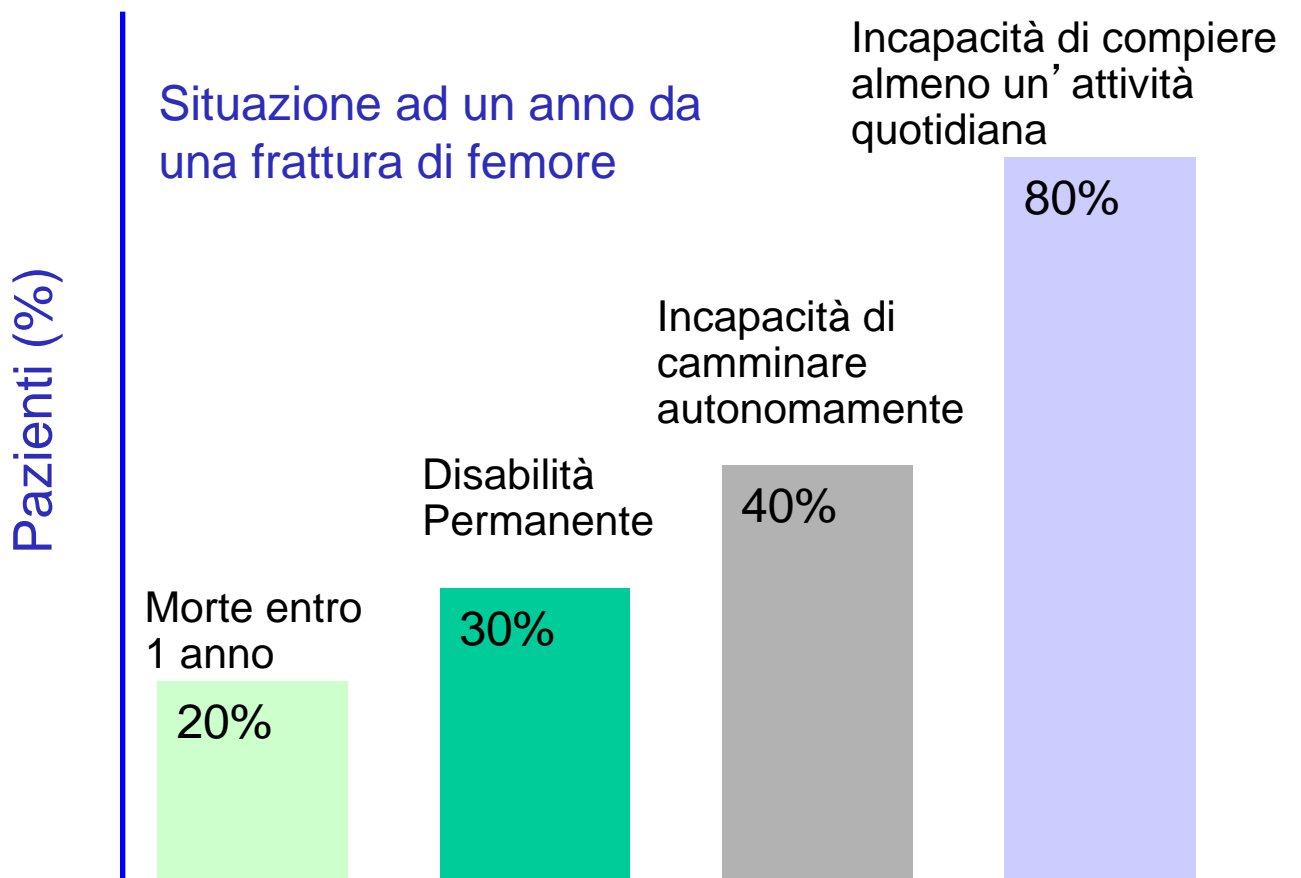


Piscitelli - Osteoporosis International 2007

- In Italia l'osteoporosi colpisce circa 5 milioni di persone (rapporto donne/uomini 3/1)
 - di queste 90.000 all'anno si fratturano il femore, la metà sono anziani con più di 85 anni
 - il 40% delle donne cinquantenni andrà incontro ad una frattura da osteoporosi nel resto della sua vita
 - la presenza di una qualsiasi frattura dopo i 50 anni di età indica un rischio quasi doppio di frattura del femore. "FRATTURA CHIAMA FRATTURA"
 - le fratture da fragilità aumentano mortalità o disabilità, con costi sociali rilevanti e spesso sottovalutati
 - negli ultimi 10 anni le fratture femorali sono aumentate del 41% negli uomini over 75 e del 30% nelle donne over 75
 - oltre il 70% dei pazienti che subiscono una frattura di femore o di vertebra **non** vengono posti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi (Rapporto Osmed 2012 e 2013)
 - l'aderenza alla terapia per l'osteoporosi è molto bassa

La frattura del femore costituisce la manifestazione più grave dell'osteoporosi

Il costo annuo per la cura delle sole fratture del femore negli anziani è stato nel 2012 superiore ai 4 miliardi di €



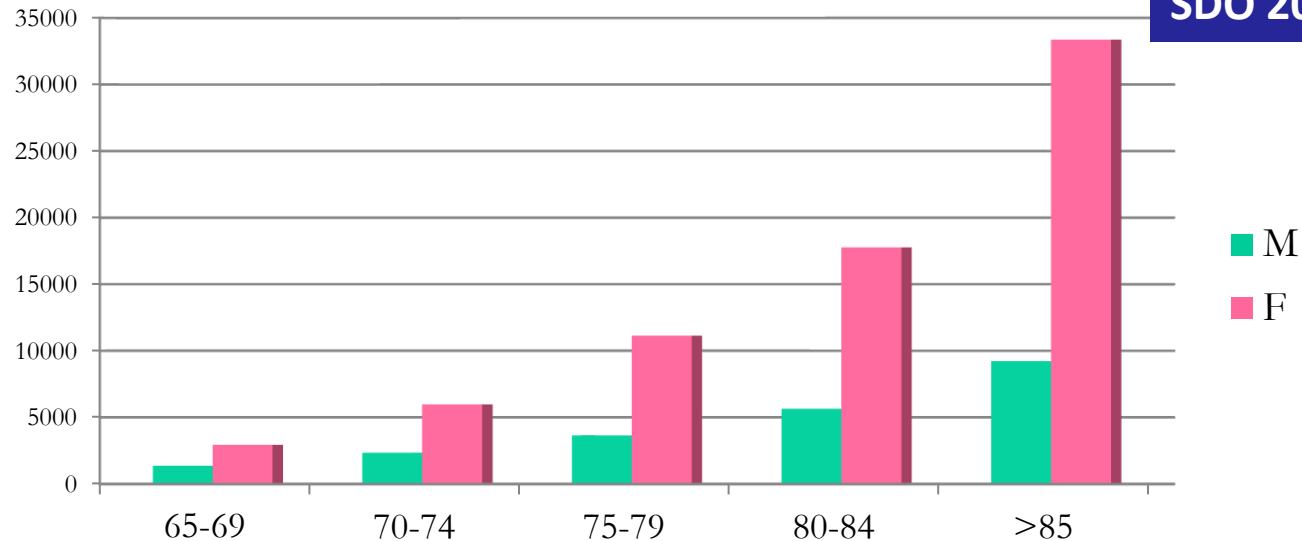
Cooper C, Am J Med, 1997

La frattura del femore costituisce la manifestazione più grave dell' osteoporosi:

- Lo studio Ambrosetti (ce ne sono tantissimi in letteratura) ASL Milano 1 e Milano 2 dimostra che solo il 10,5% dei Pazienti con frattura di femore nei 5 anni precedenti è in terapia
- Il Servizio Sanitario Nazionale ha speso oltre 4 miliardi di € nel 2012 per la cura delle fratture del femore negli anziani, di cui il 40% in terapie riabilitative.
- Per ridurre la disabilità dopo la frattura di femore è ben dimostrato che risultano determinanti: l'esecuzione precoce dell'intervento (auspicabile nelle 48-72 ore in base alle condizioni cliniche del paziente), una sintesi stabile o una protesizzazione a seconda del tipo di frattura, un inizio quanto più precoce della riabilitazione con ripresa del carico, anche in ambito domiciliare
- Il 60% degli anziani con frattura di femore ha comunque una disabilità residua e fra questi 1 su 5 è costretto a entrare in una struttura residenziale o protetta.
- Non è purtroppo rara l'eventualità di un decesso post-frattura: succede nel 20% degli ultrasessantenni e addirittura in 1 caso su 3 quando il paziente supera i 75 anni.
- In una donna di 50 anni il rischio di morire a causa di una frattura di femore è uguale al rischio di morire per un tumore al seno e maggiore del rischio di morire per un tumore all'utero.

Epidemiologia delle fratture di femore

NUMERO DI FRATTURE DI FEMORE NELL'ANNO 2012 DIVISO PER SESSO E FASCE DI ETÀ



46% del totale



	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Totale
M	1360	2332	3649	5649	9232	22222
F	2935	5974	11141	17771	33365	71186
Totale	4295	8306	14790	23420	42597	93408

Il flusso di gestione del paziente con osteoporosi a rischio di frattura del femore

Prevenzione

- Campagne informative per la popolazione per la promozione di corretti stili di vita.
- Formazione degli operatori sanitari
- **Identificazione dei fattori di rischio (familiarità, sedentarietà, alimentazione etc.)**

Diagnosi

- **Frattura da fragilità prevalente**
 - *cl clinicamente evidente*
 - *diagnosticata radiologicamente (vertebrale)*
- Valutazione del rischio frattura con algoritmi di valutazione validati e misurazione della densità ossea (MOC DEXA) quando previsto
- Indicatori biochimici del metabolismo osseo
- Diagnosi differenziale

Trattamento

- **Uso appropriato delle terapie farmacologiche dell'osteoporosi per la prevenzione primaria e secondaria delle fratture**
- Counselling per aumentare l'aderenza alle terapie da parte del paziente
- Monitoraggio degli effetti delle terapie, dell'efficacia e degli effetti collaterali

ATTIVITÀ CHIAVE

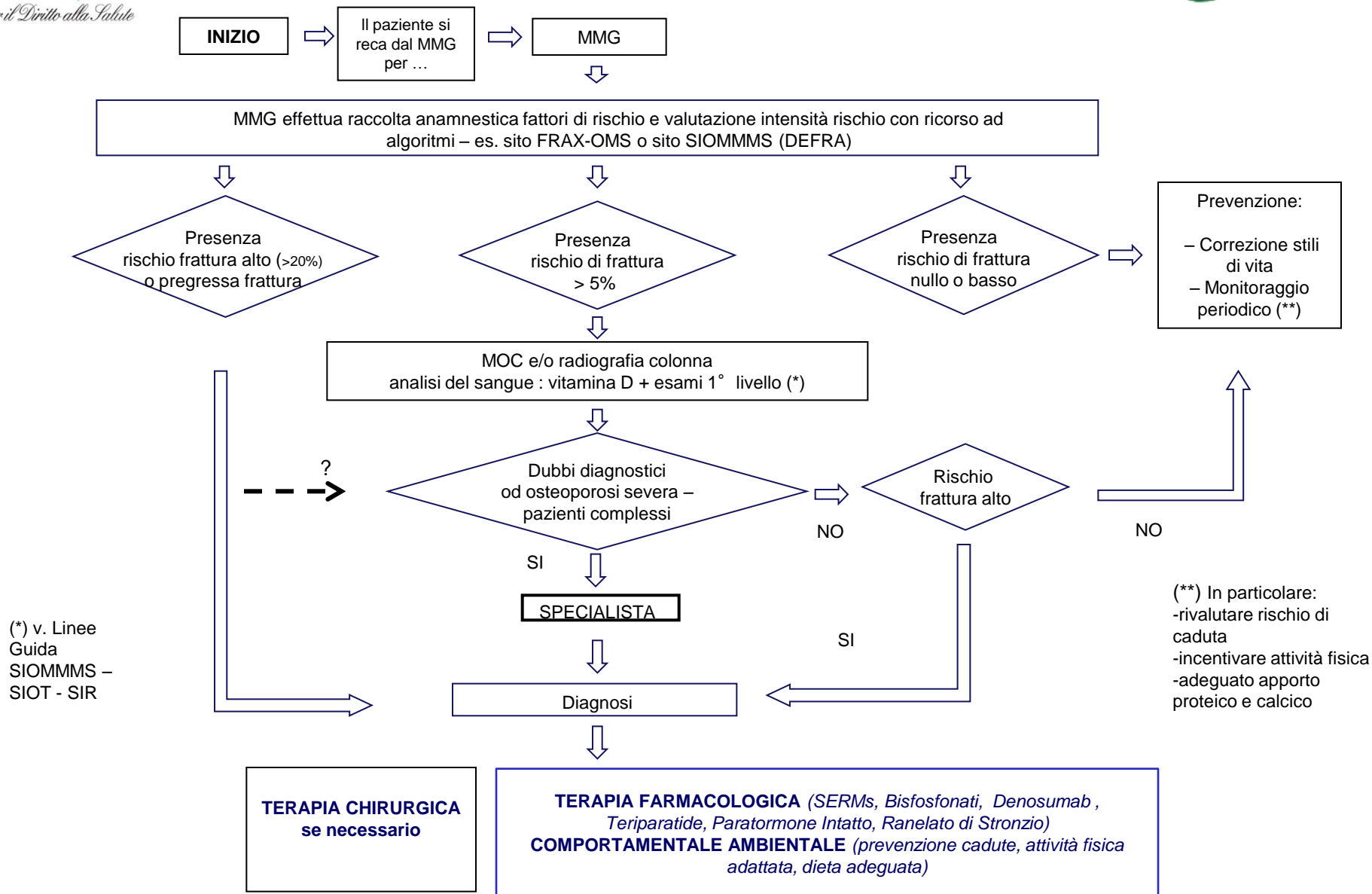
ATTORI

- MMG
- Specialisti
- Farmacia
- Istituzioni (ASL)
- Centri Anziani

- MMG
- Specialisti

- MMG
- Specialisti
- Farmacia

Il percorso diagnostico per la prevenzione della frattura del femore nell'anziano con osteoporosi



1. ATTIVARE LA TERAPIA FARMACOLOGICA NELLE FRATTURE DA FRAGILITA'

“FRATTURA CHIAMA FRATTURA”

- La terapia farmacologica nei Pazienti con fratture da fragilità è economicamente molto conveniente perché il rischio di nuove fratture è alto e il Numero di Pazienti da Trattare (NNT) è basso.
- **Il percorso diagnostico e terapeutico in questi Pazienti va iniziato in Ospedale e va esplicitato nella lettera di dimissione (concetto di «fracture liason») che deve indicare esplicitamente la frattura da fragilità e consigliare la terapia per l'osteoporosi**
- **Necessità di attivare una codifica DRG per la frattura da osteoporosi**
- Alcune esperienze estere hanno dimostrato che includendo questo aspetto nei criteri per il rimborso del valore del DRG (Penalizzazioni/ Incentivazioni) il tasso di trattamento aumenta sensibilmente.

2. APPLICARE IN MODO PUNTUALE ED OMOGENEO LA NORMATIVA VIGENTE IN TUTTE LE REGIONI (LEA DIAGNOSTICI – NOTA 79):

ciò consentirebbe già un enorme progresso nella riduzione delle fratture da fragilità (Importanza dell'accesso gratuito alla MOC diagnostica per tutti i pazienti a rischio over 65 e la rimborsabilità dei farmaci ai pazienti a rischio elevato)

3. FAVORIRE PROGRAMMI DI INFORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PER I MMG:

sensibilizzazione all'individuazione dei soggetti a rischio e coinvolgimento nel monitoraggio della terapia per assicurare l'aderenza

4. SENSIBILIZZARE I SOGGETTI A RISCHIO: gli anziani

campagne informative sul territorio

OGGI: TRATTAMENTO CHIRURGICO MINI-INVASIVO DELLE FRATTURE DEL COLLO FEMORALE MEDIANTE SINTESI BIOLOGICA

DOMANI : PREVENZIONE DELLE FRATTURE DEL FEMORE MEDIANTE « STENT » FEMORALE BIOLOGICO

PROMUOVERE IL TURN-OVER E LA CRESCITA OSSEA