



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE  
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE  
II° CONGRESSO NAZIONALE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE  
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE  
DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE**

L'artrosi in Italia colpisce il 18% della popolazione generale (19-60) e l'80% degli over 60 ed è la causa più importante di dolore tra le malattie articolari. Tra costi diretti e indiretti, il costo sociale è di oltre 2000€ l'anno per paziente.

L'osteoporosi colpisce 200 milioni di persone nel mondo; in Europa, ogni 30 secondi una persona con osteoporosi subisce la frattura di un arto o di una vertebra. In Italia ne sono affetti 5 milioni di persone, di cui l'80% sono donne in menopausa. Ogni anno l'osteoporosi causa 100.000 fratture del collo del femore, che generano una mortalità del 20% nei 12 mesi successivi al trauma, un 30% di invalidi permanenti, e un 40% di pazienti che perdono la capacità di camminare autonomamente. L'osteoporosi costa al SSN 1,5 miliardi di euro l'anno, di cui un miliardo copre i costi relativi alle fratture femorali. Altri tipi di fratture causate dall'osteoporosi sono sottostimate, poiché non sempre causano ricovero.

La prima tappa della prevenzione è il cambiamento degli stili di vita: l'alimentazione ricca in calcio (800-1500mg/die) e Vit. D e con apporto di sodio e proteine controllato favorisce sviluppo e mantenimento del tessuto osseo. La dieta previene inoltre l'obesità, nota come il maggior fattore di rischio per malattie articolari. L'esercizio fisico aiuta a fissare il calcio nelle ossa: nove mesi di ginnastica 50-60 minuti per 3 volte alla settimana hanno provocato un aumento della densità ossea (vertebre lombari) del 5,2% in un campione composto da donne in menopausa.

La M.O.C. (Mineralometria Ossea Computerizzata) è un test indolore, non invasivo e di breve durata (5 minuti) da eseguire ogni 2 anni dall'inizio della menopausa. Il servizio è erogato dal SSN con pagamento del ticket solo per determinate categorie di pazienti, con un costo di 48-90 euro nel privato.

Tra le principale classi farmacologiche prescritte per le patologie osteoarticolari, il 72% è costituito da FANS, l'11% da analgesici non narcotici, il 3% dagli steroidi sistemici e un altro 3% dai miorilassanti. Il 6% comprende una serie di altri rimedi, di cui il 41% è rappresentato dall'acido ialuronico ad alto peso molecolare, il 37,2% da glucosamina solfato, il 21% da condroitinsolfato e lo 0,3% dalla dicereina. L'acido ialuronico, quindi, è utilizzato nel 2,5% circa dei casi, nonostante ne sia stata dimostrata l'efficacia nel trattamento della gonartrosi grazie all'effetto lubrificante e protettivo dei tessuti unito ad una riduzione quasi totale del dolore nel 90% dei casi (studio Hyalubrix), limitando o eliminando in questo modo anche l'assunzione di FANS.

Con il progressivo invecchiamento della popolazione, i costi relativi al trattamento delle osteoartriti è destinato ad aumentare di anno in anno. Il numero di interventi chirurgici per la sostituzione protesica dell'anca è passato da 74.441 nel 2001 a oltre 100.000 nel 2012; con un incremento del 5% annuo, ed una spesa di 1,3 miliardi di euro per operazioni e ricoveri, con costi aggiuntivi per la riabilitazione che superano i 500 milioni di euro.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Ortopedia e Riabilitazione" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni

concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'outcome sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

## **SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO**

- Prevenzione e stile di vita
- La corretta alimentazione: una forma di prevenzione delle fratture
- L'importanza di una continua attività motoria per una buona prevenzione dell'osteoporosi
- Valutazione costo-beneficio della prevenzione dell'osteoporosi
- Prevenzione obbligatoria: una soluzione concreta
- Il nemico della terza età: l'artrosi
- Il male silenzioso : l'osteoporosi
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente: una esigenza primaria
- Diffusione della MOC: una forma di prevenzione e di risparmio lungimirante per il Sistema Sanitario Nazionale
- Accesso alle cure ortopediche: differenze regionali
- Disomogeneità territoriali del protocollo terapeutico regionale (PTR) e ospedaliero (PTO)
- Accesso al pronto soccorso per evento traumatico: un trauma ulteriore
- Gestione e personalizzazione della terapia chirurgica nel paziente anziano: percorsi dedicati
- L'uso e l'abuso dei FANS nella terapia del dolore articolare
- Tecniche di rigenerazione cartilaginea: utopia o realtà?
- Infiltrazioni con acido ialuronico: analisi costo - beneficio
- Le difficoltà di accesso alla chirurgia protesica innovativa
- La lotteria della protesi: una scelta del medico o della asl?
- Informazione e comprensione del paziente sull'importanza delle diverse forme di terapia: medica, chirurgica
- L'importanza della mobilizzazione precoce del paziente anziano dopo chirurgia
- Riabilitazione post-chirurgica con percorsi specifici
- Riabilitazione : gestione ambulatoriale o domiciliare?
- Diffusione dei centri di riabilitazione in Italia: insufficiente?
- Riabilitazione: privata o pubblica?
- Analisi dei costi sociali della riabilitazione
- Riabilitazione: costi diretti e indiretti sostenuti dal paziente e dalla famiglia
- Ausili per la riabilitazione (*medical device*): un percorso tortuoso ottenerli
- Dolore nella chirurgia ortopedica: inutile e inconcepibile sofferenza dei pazienti
- Valutazione dei centri di eccellenza nel trattamento del paziente ortopedico

## PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE OSTEOARTICOLARE

La questione della gestione del dolore nell'artrosi è al centro del dibattito connesso alle patologie osteoarticolari; la grande maggioranza dei pazienti sceglie di curarsi con FANS, proposti anche dal punto di vista mediatico come la soluzione al problema, non consapevoli o non curanti del fatto che gli anti infiammatori non steroidei siano solo un sistema per rimandare il reale problema, curarne i sintomi, ma non la causa. Metodi innovativi come le infiltrazioni articolari di acido ialuronico, sono meno considerate, nonostante intervengano direttamente sulla causa del problema, fornendo una soluzione più duratura e più sicura in termini di effetti collaterali. L'accesso alle cure risulta inappropriato, per tempi o per costi proibitivi per la maggior parte degli anziani, che quindi ripiegano su metodi più economici, alimentando un mercato fondato sulla disinformazione e sugli sprechi. In altre parole, si potrebbe investire sui due cicli annui di cura con acido ialuronico a favore di un effetto duraturo, piuttosto che lasciare che i cittadini sprechino risorse senza intaccare le cause del loro problema.

Secondo l'associazione nazionale malati reumatici (ANMAR), il problema è che si cura la patologia, ma spesso non il paziente, o meglio, la persona. I pazienti lamentano in troppi casi un trattamento superficiale del dolore, che complica le relazioni e la vita quotidiana di queste persone, generando inoltre costi indiretti elevati. La legge 38/2010 stabilisce delle linee guida precise per la gestione del dolore cronico in Italia, ma secondo l'ANMAR i principi stabiliti da questa legge non sono applicati al momento, o non lo sono abbastanza, al punto che i pazienti spesso risolvono gli episodi di acuzie attraverso l'isolamento, nel senso di riposo passivo.

Per quanto riguarda l'osteoporosi, le problematiche più rilevanti per il paziente sono quelle legate alla gestione di eventuali fratture; bisogna considerare che i problemi non riguardano solamente il dolore del trauma, ma anche le possibili e frequenti complicazioni successive (tra queste sono ricorrenti: necrosi della testa del femore 1%; lussazione protesica 4%; infezione della ferita chirurgica 4%; lesioni da decubito 10%; disorientamento 16%; infezioni nosocomiali 14%; insufficienza cardiovascolare e respiratoria 13%). Il paziente anziano, a maggior ragione se politrattato, ha un recupero riabilitativo molto più lento, ed è di difficile gestione farmacologica a causa della co-somministrazione di più medicine per diverse patologie. Anche per

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Diagnostica Ambulatoriale" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

## LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

### DIPARTIMENTO OSTEOARTICOLARE

#### Osteoporosi

L'osteoporosi colpisce 3,7 milioni di persone in Italia, di cui l'80% sono donne in menopausa. Ogni anno l'osteoporosi causa 465.000 fratture, di cui circa 100.000 del collo del femore (il cui costo sociale è pari a circa 30.000 € ciascuna), che generano una mortalità del 20% nei 12 mesi successivi al trauma, un 30% di invalidi permanenti, e un 40% di pazienti che perdono la capacità di camminare autonomamente. Si stima che i costi riconducibili all'osteoporosi e alle sue complicanze ammontano a circa 15 mld di € all'anno (dato 2010), in costante crescita

La prima tappa della prevenzione è l'adozione di adeguati stili di vita; è importante pertanto **supportare campagne di informazione** che ne consentano l'adozione: l'alimentazione ricca di calcio (800-1500mg/die) e Vit. D e con apporto controllato di sodio e proteine favorisce sviluppo e mantenimento del tessuto osseo. La dieta previene inoltre l'obesità, nota come il maggior fattore di rischio per malattie articolari. L'esercizio fisico incrementa la massa ossea e riduce il rischio di cadute.

La **diffusione in tutto il territorio nazionale di progetti che incoraggiano il movimento degli anziani, sul modello degli AFA in Toscana** è un requisito fondamentale per favorire l'adozione reale di tali comportamenti da parte degli anziani, e per seguirli e supportarli in questo percorso virtuoso

- La **M.O.C. DEXA (Mineralometria Ossea Computerizzata)** è un test indolore, non invasivo e di breve durata (5 minuti) da eseguire nei soggetti a rischio. Il servizio è erogato dal SSN con pagamento del ticket solo per determinate categorie di pazienti: si raccomanda di facilitare l'accesso a tale esame, al fine di adottare tempestivamente ed efficacemente le terapie necessarie per rallentare la progressione della malattia
- Il gruppo di lavoro raccomanda inoltre **la revisione della nota 79**, (che oggi limita l'accesso ai farmaci per la prevenzione delle fratture) in ottica di ottimizzazione delle risorse e sulla base di algoritmi di valutazione del rischio, da misurare con studi di farmaco-economia che ne attestino la convenienza per il SSN, mettendo in relazione il minor numero di interventi per fratture connesso ad una migliore densità ossea
- Si raccomanda che il Ministero della Salute emani ed aggiorni periodicamente linee guida sia organizzative (percorsi diagnostico-terapeutici) che cliniche in tema di osteoporosi

## Artrosi

- Con il progressivo invecchiamento della popolazione, i costi relativi al trattamento dell'artrosi sono destinati ad aumentare di anno in anno. L'artrosi si sta diffondendo con caratteristiche epidemiche. Essa già oggi rappresenta la causa di maggiore disabilità nell'anziano. In Italia 3,5 milioni di anziani sono affette da artrosi e di questi circa la maggior parte soffre di limitazioni nel movimento, fino ad arrivare all'incapacità a svolgere le comuni attività di vita quotidiana. Il trattamento dell'artrosi è per lo più sintomatico, con un uso spesso inappropriato di FANS, che costituiscono il 72% dei farmaci prescritti per le patologie osteoarticolari( a cui bisogna aggiungere i costi per gastroprotettori e complicanze).
- E' importante che il Ministero supporti campagne informative volte alla prevenzione dell'artrosi mediante la riduzione dei fattori di rischio modificabili: obesità, sedentarietà, vizi posturali, etc.
- Si raccomanda la diffusione di adeguata informativa relativa alla necessità di un uso appropriato di analgesici, FANS con protezione gastrica , COXIB, steroidi.
- Quando possibile preferire i trattamenti con basse percentuali di complicanze ma comunque efficaci come i trattamenti di medicina fisica e riabilitativa, condroprotezione orale, le infiltrazioni con acido ialuronico oggi utilizzate solo nel 2,5% circa dei casi, ciò nonostante ne sia stata dimostrata l'efficacia nel trattamento dell'artrosi, grazie all'effetto antinfiammatorio, lubrificante, protettivo dei tessuti, unitamente ad una riduzione del dolore con un ritardo nell'effettuazione di interventi chirurgici.
- Al fine di ridurre la spesa sanitaria il gruppo raccomanda inoltre di adottare adeguati criteri diagnostici, che prevedano il ricorso agli esami più costosi solamente dopo indicazioni specifiche.
- Anche nel trattamento degli anziani si è sviluppata la medicina difensiva che forza il sanitario a richiedere indagini spesso inutili per prevenire il rischio di possibili azioni legali : si raccomanda pertanto di sollecitare il Ministero al fine di promuovere leggi che adeguino il nostro Paese agli standard internazionali in tale ambito.
- Il gruppo raccomanda che vengano intraprese azioni che favoriscano l'effettuazione di interventi chirurgici d'elezione atti a prevenire la comparsa dell'artrosi ( es. osteotomie correttive, etc), o in subordine l'instaurazione di procedure terapeutiche con l'ausilio di ortesi.

## Traumatologia, chirurgia e riabilitazione

- Al fine di tutelarne al meglio la fragilità dei pazienti anziani con età superiore a 70 anni, è necessario prevedere una corsia preferenziale per il ReCUP, che preveda automaticamente l'inserimento nelle strutture sanitarie del Comune di Residenza.
- Il numero di interventi chirurgici per la sostituzione protesica dell'anca è in costante aumento : è passato da circa 75.000 nel 2001 a oltre 100.000 nel 2012; con un incremento del 5% annuo, ed una spesa di 1,3 miliardi di euro per operazioni e ricoveri cui vanno aggiunti gli oneri per riabilitazione e per i costi sociali. Per ciò che riguarda i tempi di attesa degli interventi chirurgici in caso di trauma è necessario garantire quanto stabilito dalle linee guida che prevedono che ad esempio per le fratture al collo del femore debbano essere operate entro le 48 ore dal trauma : ciò riduce del 50% la mortalità del paziente *over 65* e le complicanze con conseguente contrazione di costi per il SSN.
- E' auspicabile che nella fase acuta ci sia una stretta collaborazione ortogeriatrica e anestesiologicala al fine di ridurre i tempi peri-operatori e le complicanze legate alla co-morbidità.
- E' il caso di rilevare che la mancata attività chirurgica nelle prime 48 ore del paziente anziano con frattura di femore spesso è dovuta alla difficoltà di liberare posti letto nelle ortopedie a causa delle frequente impossibilità a trasferire i pazienti già operati in reparti di riabilitazione . Tale criticità impedisce un virtuoso turn over per i nuovi accessi nelle ortopedie , con permanenza prolungata dei nuovi pazienti al Pronto Soccorso. Si raccomanda pertanto l'istituzione di reparti di riabilitazione ospedaliera, contigui alle ortopedie che si occupino soltanto dei malati operati e/o in situazione critica per la presenza di co-morbidità, e che questi, una volta risolte le criticità, possano essere trasferiti presso strutture riabilitative extra-ospedaliere accreditate.
- Altra criticità emersa nel percorso riabilitativo del paziente operato per frattura di femore è la mancanza di normativa per l'accesso alle strutture di riabilitazione extra ospedaliere. Accade frequentemente che le strutture extra ospedaliere di riabilitazione rifiutino pazienti per i quali è stato richiesto il trasferimento, con la motivazione di instabilità clinica, non sempre giustificata se non per un prevedibile maggior carico assistenziale. Si ritiene opinabile il diritto acquisito per consuetudine di rifiutare i trasferimenti di pazienti critici provenienti da ospedali pubblici invianti. Andrebbero verificati gli standard qualitativi nell'offerta dei servizi da parte delle strutture accreditate che abusano nella selezione dei pazienti da ricoverare.

- Tale gestione virtuosa del percorso del paziente con frattura di femore potrà sicuramente contribuire all'abbattimento dei costi con un miglioramento del livello di servizio, soprattutto per il paziente.
- Per ultimo va sottolineato che i pazienti operati non necessitanti di ulteriori ricoveri di riabilitazioni dovrebbero afferire ai trattamenti domiciliari ( ADI), purtroppo ancora insufficienti in molte Regioni Italiane.

## **Patologie reumatiche**

Favorire l'accesso precoce allo specialista reumatologo creando percorsi preferenziali per tutti i pazienti per cui il MMG sospetti l'insorgenza di malattie reumatiche, al fine di diagnosticarle precocemente e prevenire complicanze irreversibili se non trattate tempestivamente. In circa 1/3 dei casi il trattamento precoce delle artriti permette di ottenere una completa remissione dei sintomi e una normale qualità di vita.

Si raccomanda per il paziente anziano con tumefazione articolare il ricorso rapido ad una struttura in grado di effettuare l'artrocentesi e l'esame del liquido sinoviale per una diagnosi tempestiva.

Garantire ai pazienti affetti da artriti l'accesso a Centri di riabilitazione che dispongano di servizi di terapia occupazionale (economia articolare) e di personale dedicato: fisioterapisti, terapisti della riabilitazione.

## **Terapia del Dolore**

Garantire l'applicazione della legge 38/2010, relativamente alla rete delle terapie del dolore.

Individuare nelle singole Regioni i Centri di riferimento per terapie ad alta complessità (neuromodulazione elettrica e farmacologica), con budget e risorse dedicate, per garantire l'accesso dei pazienti alla terapia e la continuità di cura all'interno di un adeguato percorso diagnostico-terapeutico.

Istituire la codifica ministeriale della "terapia del dolore" all'interno dei LEA per omogeneizzare la denominazione (terapia del dolore).

Valutare l'impatto economico delle terapie complesse e prevedere, ad esempio, il rimborso extra DRG dei dispositivi impiantabili.

## **Specialisti di riferimento degli anziani in ambito osteo-articolare**

Da quanto sopra descritto, al fine di garantire una corretta e ottimale assistenza multidisciplinare al paziente anziano, emerge la necessità di una maggiore disponibilità sul territorio e nelle strutture ospedaliere di specialisti in: reumatologia, fisioterapia, ortopedia, e terapia del dolore. Il gruppo di lavoro auspica di incrementare o comunque non ridurre i posti assegnati alle scuole di specializzazione per l'anno accademico 2013-2014 ed i successivi, per le specialità cliniche sopra richiamate.

### **LISTA PARTECIPANTI AL DIPARTIMENTO**

Addevico Marco  
Arcioni Roberto  
Arienzo Alfonso  
Bellelli Alberto  
Bentivegna Mario  
Bernardi Giuseppe  
Bigoni Marco  
Canè Pierpaolo  
Caporali Roberto  
Cesaroni Alessandro  
Costantini Amedeo  
Di Lascio Giacomo  
Di Lecce Roberto  
Ferretti Tommaso  
Foddai Carlo  
Frediani Bruno  
Gallo Egidio  
Grimaldi Giovanni  
Lucangeli Angelo  
Masini Alessandro  
Migliore Alberto  
Monea Francesco  
Mozzone Aldo  
Mura Piergiorgio  
Natale Roberto  
Orlando Patrizia  
Pascale Walter  
Patacchini Marco  
Pinacci Federico  
Porcellini Giuseppe  
Ramonda Roberta  
Ruggiero Vincenzo

Santori Francesco  
Tudisco Cosimo  
Villaminar Renato

#### **Coordinatori**

Valter Santilli  
Marco Malatesta  
Maria Luisa Brandi