

FRATTURE DA FRAGILITA': UN PERCORSO INTEGRATO DI SANITA' di INIZIATIVA

LAURA ZOPPINI

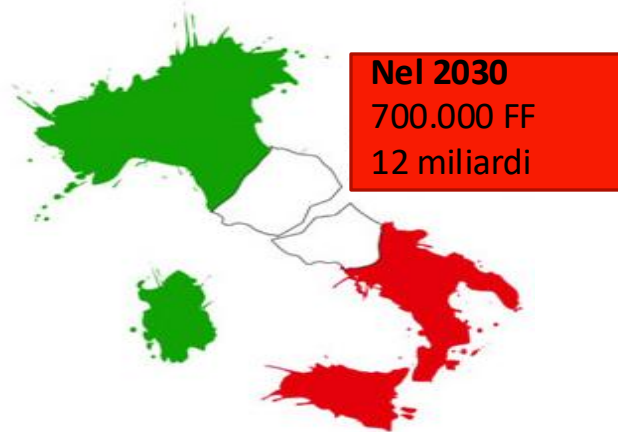
DIRETTORE SOCIO SANITARIO ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA

AREZZO 25 NOVEMBRE 2025

BACKGROUND



- Le fratture da fragilità (FF) sono le fratture che si verificano per la riduzione della quantità e un peggioramento della qualità e della resistenza dell'osso
- Queste fratture sono dovute a traumi minori e talvolta, come nel caso delle fratture vertebrali, possono avvenire anche in assenza di un vero trauma. In certi casi, per la frattura di una vertebra, basta il semplice sollevamento di un peso
- Tutte le ossa possono essere coinvolte da fratture da fragilità anche se le FF più frequenti sono quelle delle vertebre, del polso e le fratture del femore
- Solo in Italia si hanno quasi 600.000 fratture correlate alla fragilità scheletrica all'anno e di queste circa 100.000 sono le fratture del femore (per le quali il 30% dei pz rimane con disabilità, il 40% non recupera più la propria autonomia, il 20% richiede l'istituzionalizzazione ed il 20% dei pz muore entro 1 anno dalla frattura)



Nel 2017
600.000 FF,
9,4 miliardi

l'incidenza di
FF nei
prossimi 10
anni crescerà
del +22,4% in
Italia

- Il rischio di subire una frattura da fragilità nelle donne italiane, con età superiore ai 50 anni, è del 34% (31% media EU), negli uomini del 16% (14% media EU)
- In seguito alla prima frattura da fragilità il rischio di subire una successiva frattura, entro il primo anno, **è cinque volte superiore**
- Le FF causano disabilità complessa, significativa morbidità, riduzione della qualità di vita e limitazione funzionale
- Il paziente con osteoporosi **necessita di una presa in carico globale**, con un intervento **multi ed interdisciplinare da svolgersi in team e con un progetto riabilitativo individuale** costituito da programmi orientati ad aree specifiche di intervento
- **Il 75% dei pazienti colpiti da questo tipo di fratture non ricevono un trattamento farmacologico**

PREVENZIONE

- **Gran parte degli eventi potrebbero essere prevenuti**, perché una delle principali cause delle FF ricorrenti è la malattia osteoporotica: in base agli *outcomes* clinici, 20 trattamenti sarebbero sufficienti ad evitare una frattura e 33 salverebbero una vita, ma **meno di un terzo dei soggetti fragili viene sottoposto ad una valutazione del rischio e ad una conseguente adeguata gestione clinica**
- Gli ostacoli affinché questo avvenga sono prima di tutto culturali, perché la fragilità ossea non è ritenuta un problema nelle età più giovani: sono l'osteoporosi post menopausale e senile a farla da padrone e **raramente qualcuno valuta il suo rischio di fratturarsi**
- **La prevenzione primaria:** Nel periodo di crescita, ma anche in età adulta, è importante avere un adeguato apporto di calcio e di vitamina D e non avere fattori di rischio aggiuntivi per l'indebolimento dell'osso, quali il fumo, l'utilizzo di alcool, l'eccessiva magrezza e la sedentarietà
- La **prevenzione secondaria** dev'essere invece attuata da **chi è più a rischio: donne in menopausa e parenti diretti di persone affette da osteoporosi e fragilità ossea**, attraverso la valutazione del rischio di fratturarsi (misurazione della densità minerale ossea con la Moc e somministrazione della carta FRA-HS un test che serve, appunto, a valutare il pericolo di fratture)
- La **prevenzione terziaria** consiste, infine, nel trattare pazienti che hanno già sofferto di una o più FF

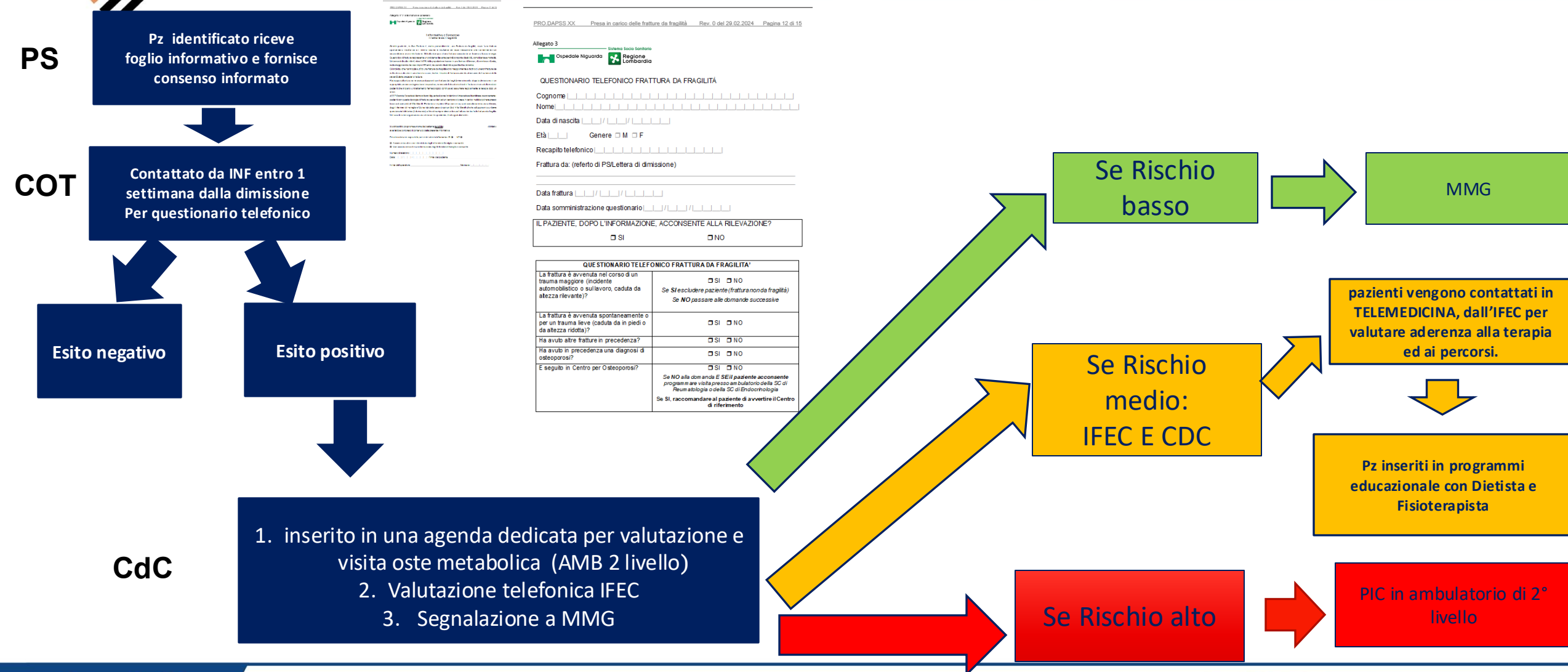
ATTENZIONE

Complessivamente le strategie di prevenzione secondaria nel paziente osteoporotico già fratturato e quindi a rischio elevato di frattura appaiono, al momento, in Italia, così come in altri paesi Occidentali, fallimentari per due principali cause:

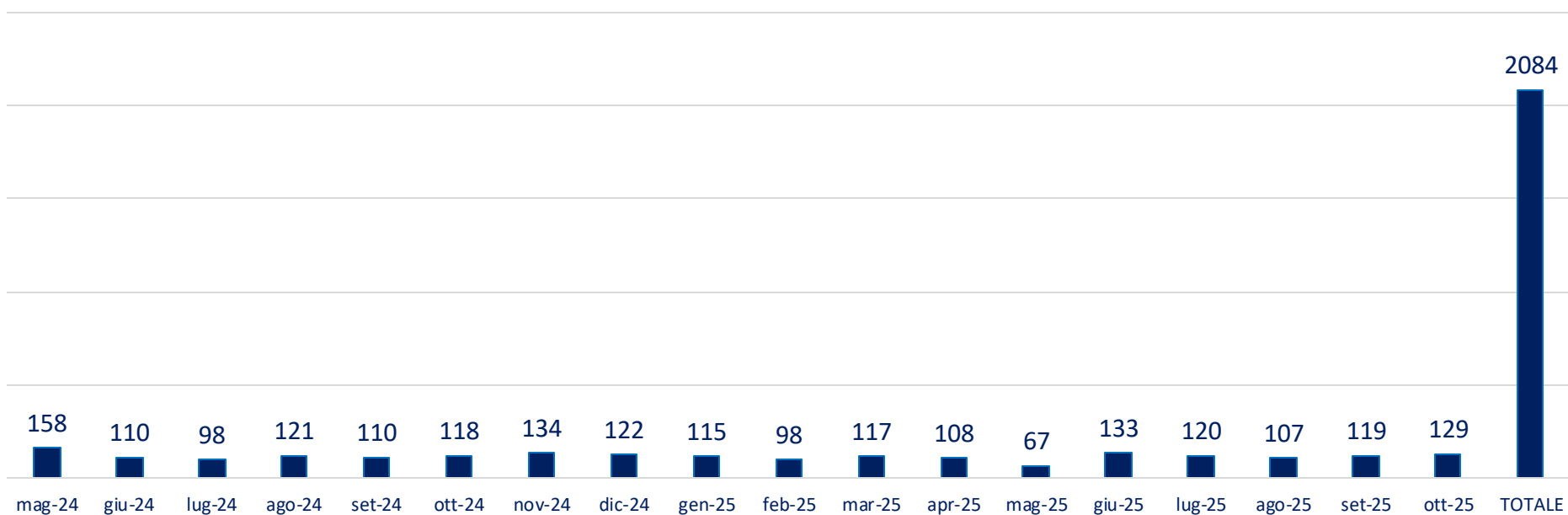
1. Totale inefficienza delle strategie di “case-findings” ovvero d’identificazione dei pazienti a rischio elevato da avviare a terapia farmacologica,
2. Insufficiente aderenza (compliance e persistenza) alle indicazioni terapeutiche da parte dei pazienti

Percorso attivo da maggio 2024

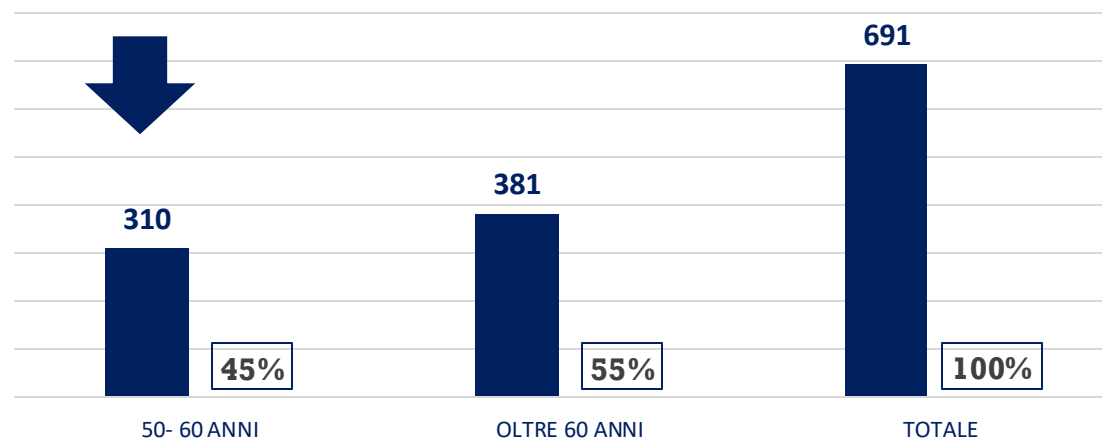
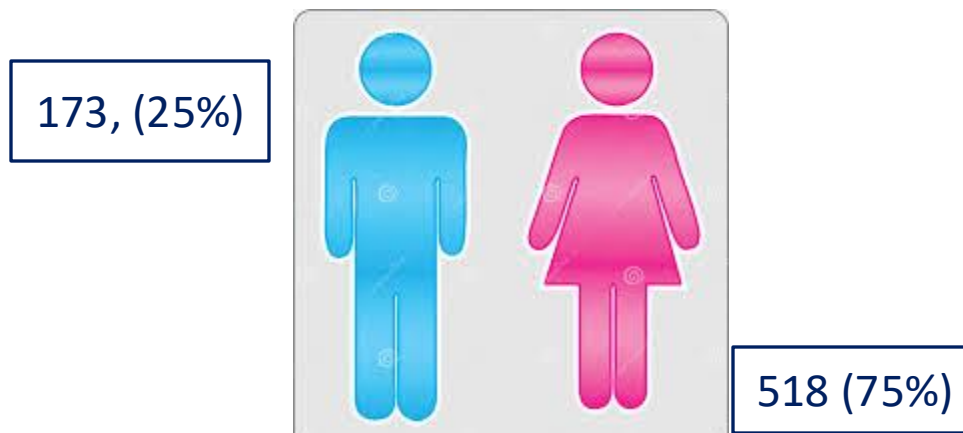
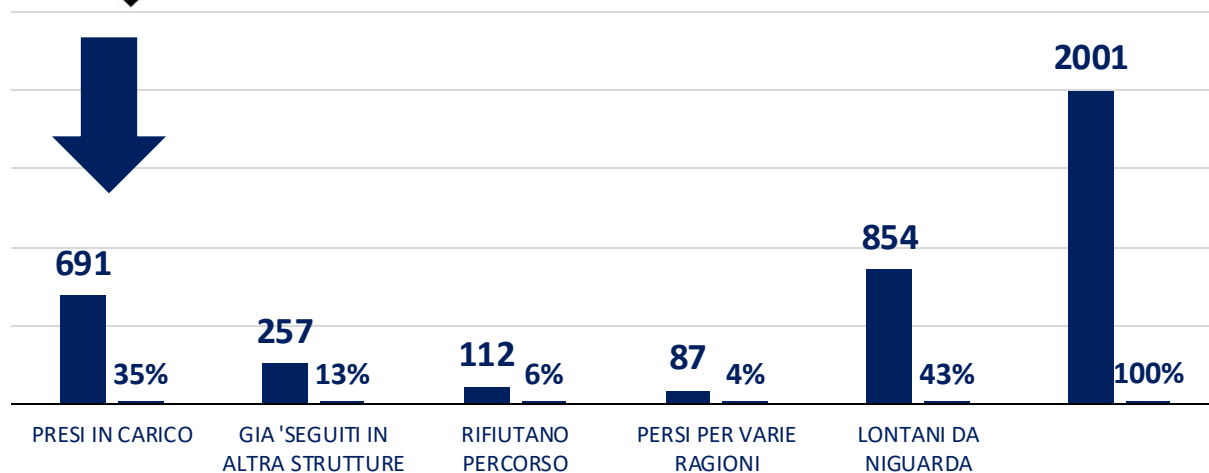




PZ DIMESSI DA PS DA MAGGIO 2024 A OTTOBRE 2025: 2084



CONTATTATI
2001 PZ
(96%)

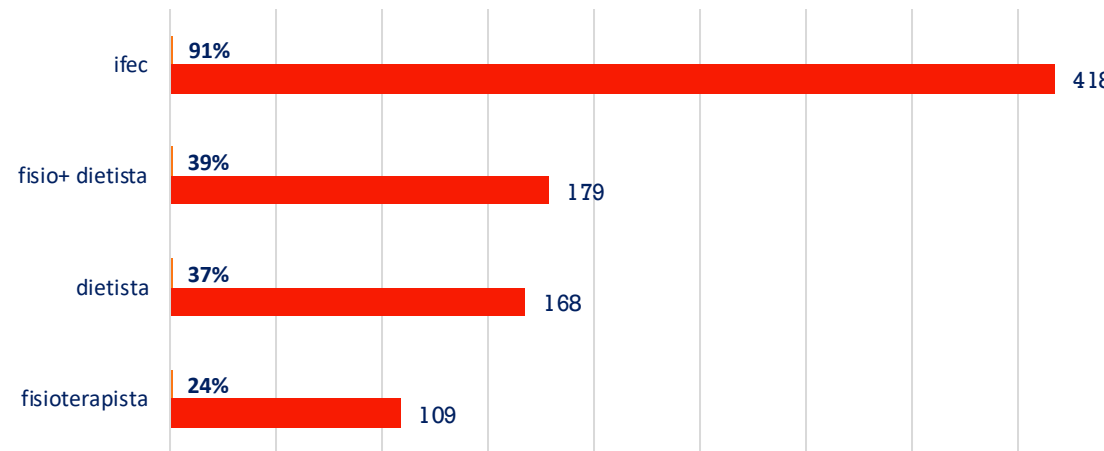


| | PZ DISTRETTO 9 | | PZ DI ALTRI DISTRETTI | | |
|---------------|----------------|------------|-----------------------|------------|------------|
| MESE | n. | % | n. | % | |
| mag-24 | 21 | 3% | 12 | 2% | |
| giu-24 | 17 | 2% | 16 | 2% | |
| lug-24 | 12 | 2% | 5 | 1% | |
| ago-24 | 16 | 2% | 17 | 2% | |
| set-24 | 31 | 4% | 32 | 5% | |
| ott-24 | 24 | 3% | 21 | 3% | |
| nov-24 | 18 | 3% | 22 | 3% | |
| dic-24 | 19 | 3% | 28 | 4% | |
| gen-25 | 25 | 4% | 20 | 3% | |
| feb-25 | 18 | 3% | 19 | 3% | |
| mar-25 | 21 | 3% | 29 | 4% | |
| apr-25 | 15 | 2% | 17 | 2% | |
| mag-25 | 27 | 4% | 18 | 3% | |
| giu-25 | 20 | 3% | 25 | 4% | |
| lug-25 | 18 | 3% | 20 | 3% | |
| ago-25 | 11 | 2% | 21 | 3% | |
| set-25 | 9 | 1% | 17 | 2% | |
| ott-25 | 14 | 2% | 16 | 2% | |
| TOTALE | 336 | 49% | 355 | 51% | 691 |

DEI 691 PZ
AI 31/10/25
HA EFFETTUATO LA VISITA
l' 86% (597 pazienti)



| RISCHIO BASSO (MMG) | | RISCHIO MEDIO (presi in carico in CDC) | | RISCHIO ALTRO (Ospedale) | | Totale | |
|------------------------|-----|--|-----|-----------------------------|----|--------|------|
| N. | % | N. | % | N. | % | N. | % |
| 96 | 16% | 459 | 77% | 42 | 7% | 597 | 100% |



OGNI 6 MESI
VIENE
EFFETTUATO UN
MONITORAGGIO
TELEFONICO
(COT) PER I PZ IN
CARICO
AL FINE DI
VERIFICARE LE
RIFRATTURE



| N. pazienti richiamati a 6 mesi | |
|---------------------------------|-----|
| mag-24 | 31 |
| giu-24 | 25 |
| lug-24 | 14 |
| ago-24 | 15 |
| set-24 | 18 |
| ott-24 | 24 |
| nov-24 | 21 |
| dic-24 | 31 |
| gen-25 | 32 |
| feb-25 | 22 |
| mar-25 | 37 |
| apr-25 | 19 |
| TOTALE | 289 |

**dei 289 pz contattati fra
quelli presi in carico in
casa di comunità,
Risulta ad oggi
che si siano rifratturati
67 pz pari al 23%**



IL PERCORSO CONCORRE A

- Promuovere un modello di intervento integrato, multidisciplinare e coordinato, che **prende in carico la persona in modo proattivo** garantendo
 - ✓ La valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta piu' appropriata
 - ✓ L'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, **per livelli/stratificazione**, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, garantendo una ottimizzazione delle risorse e una riduzione di tempi di attesa per i pazienti con maggior complessità e severità,
 - ✓ un continuo scambio di comunicazione ed integrazione fra diversi professionisti (MMG/Specialista/professioni sanitarie, ambulatori di II livello, ecc)
- Sviluppare la prevenzione secondaria
- Migliorare il percorso di cura post-frattura
- **Aumentare lo screening post-frattura, la diagnosi e l'adesione ai trattamenti: gli studi dimostrano che le visite di controllo post-frattura e il contatto con gli operatori sanitari incoraggiano e migliorano l'adesione al trattamento**
- Favorire un invecchiamento sano
- Promuovere l'integrazione ospedale-territorio nella logica della presa in carico e della medicina d'iniziativa

CONCLUSIONE

Il percorso va nella direzione di identificare i pazienti ad alto rischio sui quali avviare la prevenzione secondaria e l'aderenza alle indicazioni terapeutiche

**«Un grammo di prevenzione è
meglio di un chilo di cura»**
(Proverbio)



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI



Grazie per l'attenzione

BIBLIOGRAFIA

- Hernlund E. et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and The European Federation of Pharmaceutical Industry Association (EFPIA). Arch Osteoporosis. 2013; 8:136
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. Recommendations for enhancing the care of patients with fragility fractures. 2003.
<http://www.aaos.org/about/papers/position/1159.asp>
- Commissione Intersocietaria per l'Osteoporosi (SIE, SIGG, SIMFER, SiMMG-SIMISIOMMMS-SIOT) Linee Guida sulla gestione dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità. Www.siommmms.it>linee guida intersocietarie- 9/6/2017
- DGR 6327/2022 «DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTIVAZIONE DELLA RETE REGIONALE DEI CENTRI PER LA PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELL'OSTEOPOROSI, FRATTURE DA FRAGILITÀ E PATOLOGIE OSTEO-METABOLICHE»
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. <http://www.salute.gov.it>
- America, Case Management Society. Standards of practice for Case Management. 2010 revisione. <http://www.csma.org> 17
- Alvaro R., Pennini A., Basilici Zanetti E., et al. Bone care nurses and the evolution of the nurse's education function: the Guardian Angel research project. Clin Cases in Miner and Bone Metab. 2015; 12:43-6