

FRATTURE DA FRAGILITÀ: 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)



- 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 morbilità, 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 rifrattura 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

AVVIATO DA MAGGIO 2024 UN PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEI PZ CON FF

DAL PS ALLA CASA DI COMUNITÀ DI VILLA MARELLI



Sistema Socio Sanitario
Ospedale Regionale Reggio Emilia - Regione Lombardia
PRO.DAPSS.C.43 Presa in carico delle fratture da fragilità Rev.0 del 29.02.2024 Pagina 1 di 15
S.C. Reumatologia e SC Endocrinologia – Infermieri di Famiglia e Comunità- Distretto 9

INTERCETTARE LE FRATTURE DA FRAGILITÀ'

1. Oggetto

Le fratture da fragilità (FF) rappresentano un problema rilevante di salute pubblica in termini di morbidità, disabilità, mortalità e costi. È stato stimato che le FF siano responsabili di più di 9 milioni di fratture ogni anno in tutto il mondo.

Nel corso della vita, circa il 40% della popolazione incorre in una frattura di femore, di vertebra o di polso, nella maggioranza dei casi dopo i 65 anni, con elevati costi sociali ed economici, non solo per la spesa sanitaria generata dai ricoveri, ma anche per la disabilità e perdita di autonomia che ne derivano, soprattutto nel caso di fratture di femore.

Il documento del Ministero della Salute "Appropriatezza diagnostica e terapeutica nella prevenzione delle FF e da osteoporosi (OP)" in "Quaderni del Ministero della Salute n. 4" sottolinea in particolare 2 aspetti:

- Soltanto una minoranza dei pazienti ricoverati per una tipica FF viene inserita, dopo la dimissione, in un appropriato percorso diagnostico e terapeutico, nonostante l'elevato rischio di rifrattura che caratterizza questi pazienti;
- Meno della metà dei pazienti che iniziano un trattamento farmacologico continuo ad assumere regolarmente la terapia dopo un anno.

Gli individui che hanno già subito una frattura da fragilità sono maggiormente a rischio di ulteriori fratture sia nello stesso sito che in un altro sito osseo; inoltre, il rischio aumenta al crescere del numero e della severità delle precedenti fratture.

In generale, il rischio di rifrattura appare elevato immediatamente dopo la prima frattura, specialmente nell'anno seguente, anche se il rischio permane fino ai 10 anni successivi alla frattura.

L'esistenza di un periodo di rischio imminente rappresenta un'opportunità per ottimizzare i benefici dei trattamenti e per una gestione tempestiva della frattura indirizzata alla prevenzione di ulteriori fratture.

La presenza di una frattura vertebrale aumenta di 5 volte il rischio di un'ulteriore frattura vertebrale e di 3 volte il rischio di frattura di femore entro i 12 mesi, mentre una frattura di femore aumenta di 2,3 volte il rischio di frattura contralaterale (effetto dominó).

La postura cifotica, l'andatura incerta, la riduzione dell'equilibrio e del tono muscolare, favoriscono la tendenza a cadere e conseguentemente il rischio di altre fratture.

File: PRO.DAPSS.C.43 Redazione: 29.02.2024 Verifica: G. Beretta, L. Leonardi, I. Chiodini, O. Capatti, OM. Epiri, G. Gadola, E. Galbatti, F. Mazzetti, D. Tassan, C. Vassalli, L. Vassalli, L. Zerbini
Data emissione: 29.02.2024 Approvazione: L. Zerbini
Copia: CONTROLLATA
Autoversone: L. Zerbini

obiettivo: Intercettare/identificare precocemente i pazienti con FF, avviarli ad una valutazione osteometabolica e ad un percorso di presa in carico multidisciplinare presso il nostro Ospedale e la casa di comunità di Villa Marelli, favorendo quindi la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.



- **Inclusi: Pazienti di età >50 anni con FF***: *frattura conseguente a caduta dalla posizione eretta o da un'altezza inferiore a 1 metro” o “frattura che si presenta in assenza di trauma evidente”, oppure una “frattura causata da un trauma che non sarebbe sufficiente a fratturare un osso normale”. I siti scheletrici interessati in maggior misura da FF interessano vertebre, femore prossimale, omero prossimale, polso (radio distale), bacino, caviglia (tibia e perone distale).*
- **degenti presso la SC di Ortopedia**
- **dimessi al domicilio dal Pronto Soccorso (PS)**

Percorso attivo da maggio 2024

PS

Pz identificato riceve
foglio informativo e fornisce
consenso informato



COT

Contattato da INF entro 1
settimana dalla dimissione
Per questionario telefonico

Esito negativo

Esito positivo

CdC

1. inserito in una agenda dedicata per valutazione e
visita oste metabolica (AMB 2 livello)
2. Valutazione telefonica IFEC
3. Segnalazione a MMG

PRO-DAPSS XX - Presa in carico delle fratture da fragilità Rev. 0 del 29.02.2024 Pagina 12 di 15

Allegato 3 Sistema Socio Sanitario
Ospedale Niguarda Regione Lombardia

QUESTIONARIO TELEFONICO FRATTURA DA FRAGILITÀ

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Età _____ Genere M F
Recapito telefonico _____
Frattura da: (referito da PS/Lettera di dimissione)
Data frattura _____
Data somministrazione questionario _____

IL PAZIENTE, DOPO L'INFORMAZIONE, ACCONSENTE ALLA RILEVAZIONE?
 SI NO

QUESTIONARIO TELEFONICO FRATTURA DA FRAGILITÀ*

La frattura è avvenuta nel corso di un incidente maggiore o incidente automobilistico o sul lavoro, caduta da altezza rilevante?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se Sì escludere paziente (frattura non da fragilità) Se NO passare alle domande successive
La frattura è avvenuta spontaneamente o per un trauma lieve (caduta da in piedi o da altezza ridotta)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto altre fratture in precedenza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto in precedenza una diagnosi di osteoporosi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se NO alla domanda E SE il paziente acconsente programma un' visita presso un ambulatorio della SC di Reumatologia o della SC di Endocrinologia Se SI, raccomandare al paziente di avvertire il Centro di riferimento

Se Rischio basso

MMG

Se Rischio medio:
IFEC E CDC

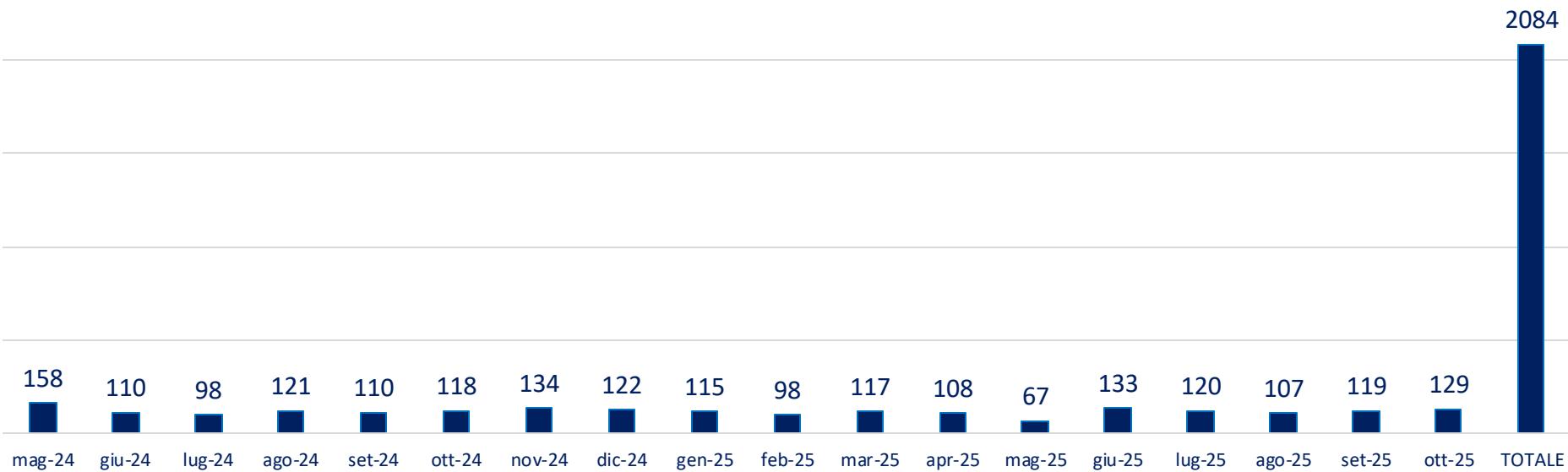
pazienti vengono contattati in
TELEMEDICINA, dall'IFEC per
valutare aderenza alla terapia
ed ai percorsi.

Pz inseriti in programmi
educazione con Dietista e
Fisioterapista

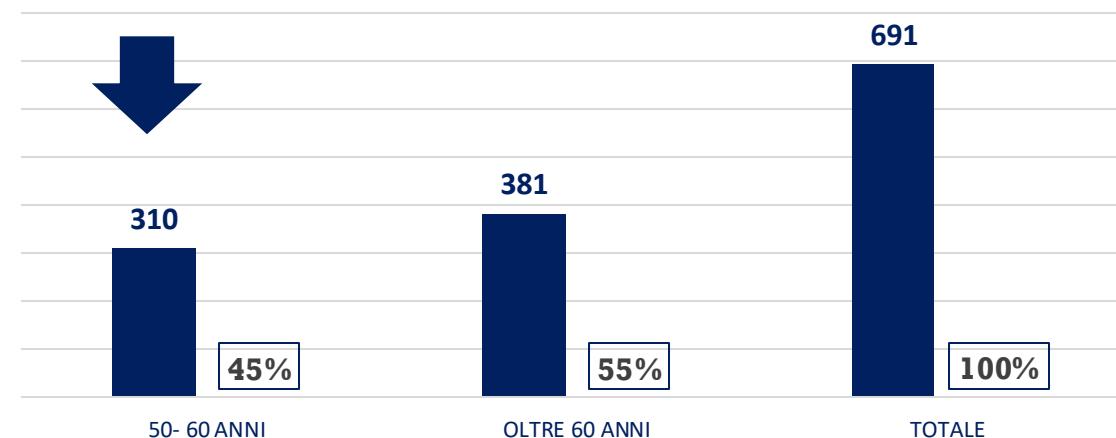
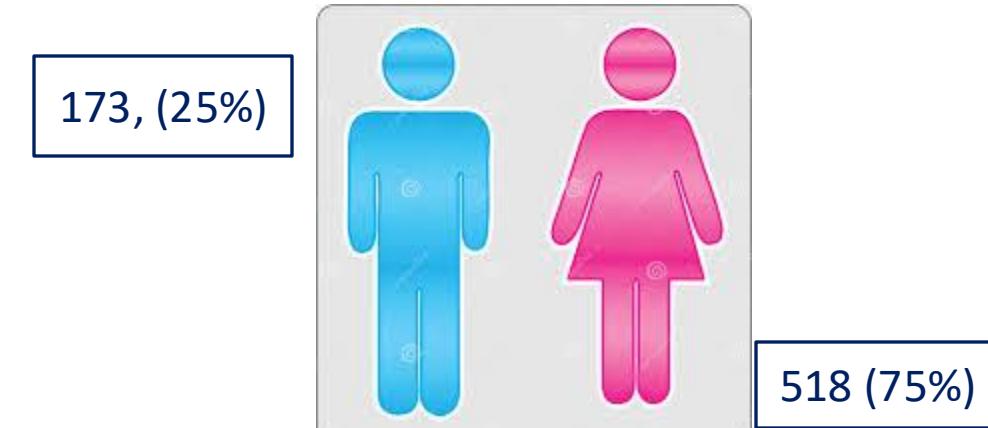
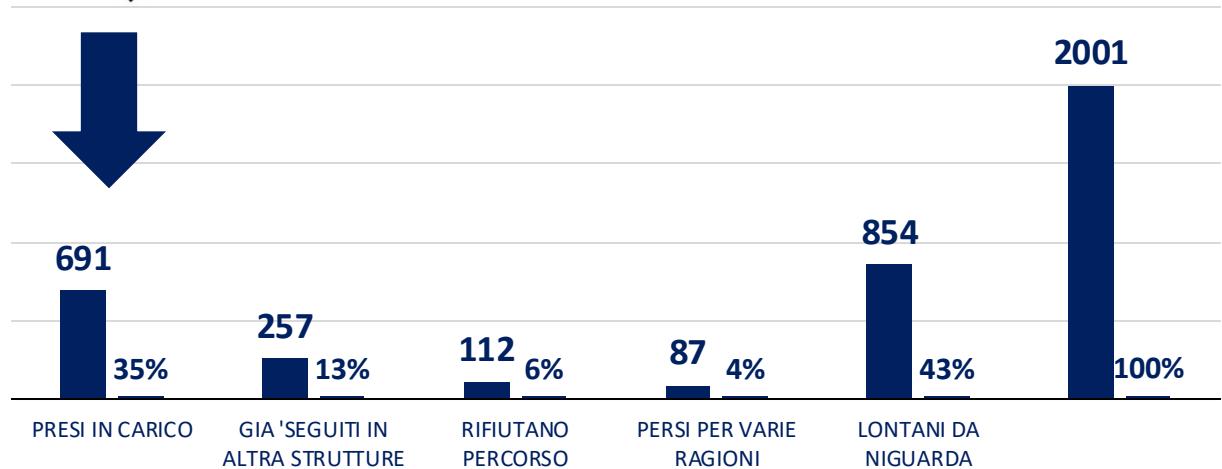
Se Rischio alto

PIC in ambulatorio di 2°
livello

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



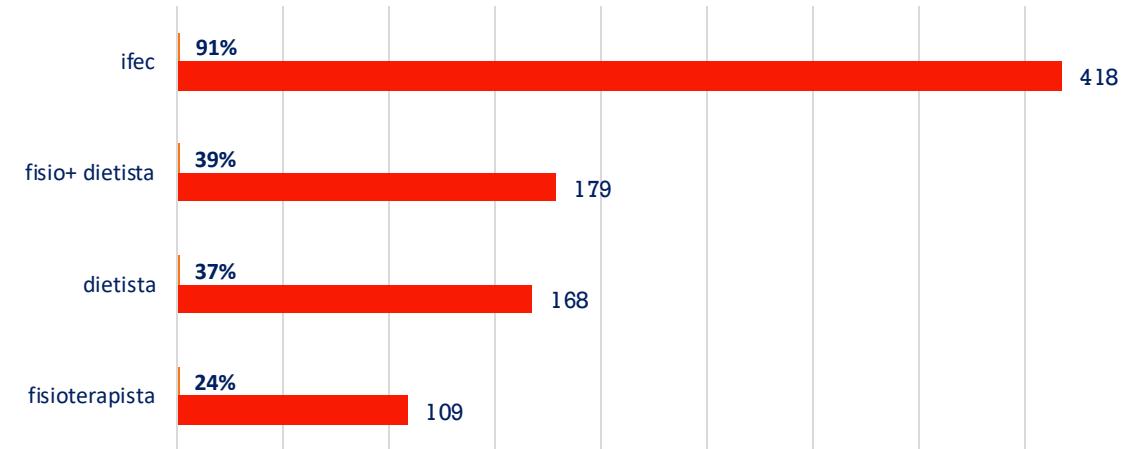
CONTATTATI
2001 PZ
(96%)



	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
I' 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)

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](http://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