

Malattie muscolo-scheletriche e **pandemia da SARS-CoV-2**



CATANIA

24 - 25 settembre 2021

GISMO

Gruppo Italiano Studio
Malattie Metabolismo Osseo
organizzazione di volontariato

- Osteoporosi
- Malattie Muscolo-Scheletriche
- Malattie Metaboliche
- Dolore
- Nutrizione

Ruolo dei centri specialistici nel trattamento dell'osteoporosi

Alberto Falchetti

Endocrinologo – Genetista Medico

- Dipartimento "Malattie Endocrine e Metaboliche"
 - Servizio "Malattie Rare dello Scheletro"
- "Malattie del Metabolismo Osseo" Ospedale San Giuseppe, IRCCS, Istituto Auxologico Italiano



ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

«FOTOGRAFIA ITALIANA»

Circa 40% della popolazione incorre in: Fx di femore, vertebra o polso, la maggioranza dopo i 65 anni.

Osteoporosi: circa 5 milioni di persone, 80% donne in p-m.

- 23% delle donne > 40 anni e 14% degli uomini > 60 anni
- numero in continua crescita, per l'aumento dell'aspettativa di vita.

Fx fragilità per osteoporosi: rilevanti conseguenze, in termini di mortalità e di disabilità motoria, con elevati costi socio-sanitari.

- a seguito di Fx del femore:**
- mortalità del 5% nel periodo immediatamente successivo all'evento
 - 15-25% nell' anno successivo alla frattura.

- Nel 20% dei casi:**
- perdita definitiva della capacità di camminare autonomamente;
 - solo il 30-40% dei soggetti torna alle condizioni precedenti la frattura.

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 anno 2017).

OSTEOPOROSI E FRATTURE DA FRAGILITÀ: NON SONO CONCETTI TEORICI

NECESSARIA CONSAPEVOLEZZA:

CLASSE MEDICA - costante attenzione dovuta al pz. a rischio (MMG – CST/CSO)

UTENZA - percezione reale del rischio fratturativo (ricevere informazioni adeguate, da fonti adeguate...)

NECESSARIA APPROPRIATEZZA NELLA PRESCRIZIONE:

degli esami diagnostici, della terapia e *sorveglianza dell'aderenza terapeutica*



Essere efficaci nelle prevenzione

Cercare la patologia nelle persone «giuste»

Curarle adeguatamente ed appropriatamente

Ridurre i costi per tutto il sistema

CENTRI SPECIALISTICI TERRITORIALI (CST) ED APPROPRIATEZZA

Adeguatezza delle misure messe in pratica per trattare una malattia

Risultato della convergenza di diversi aspetti:

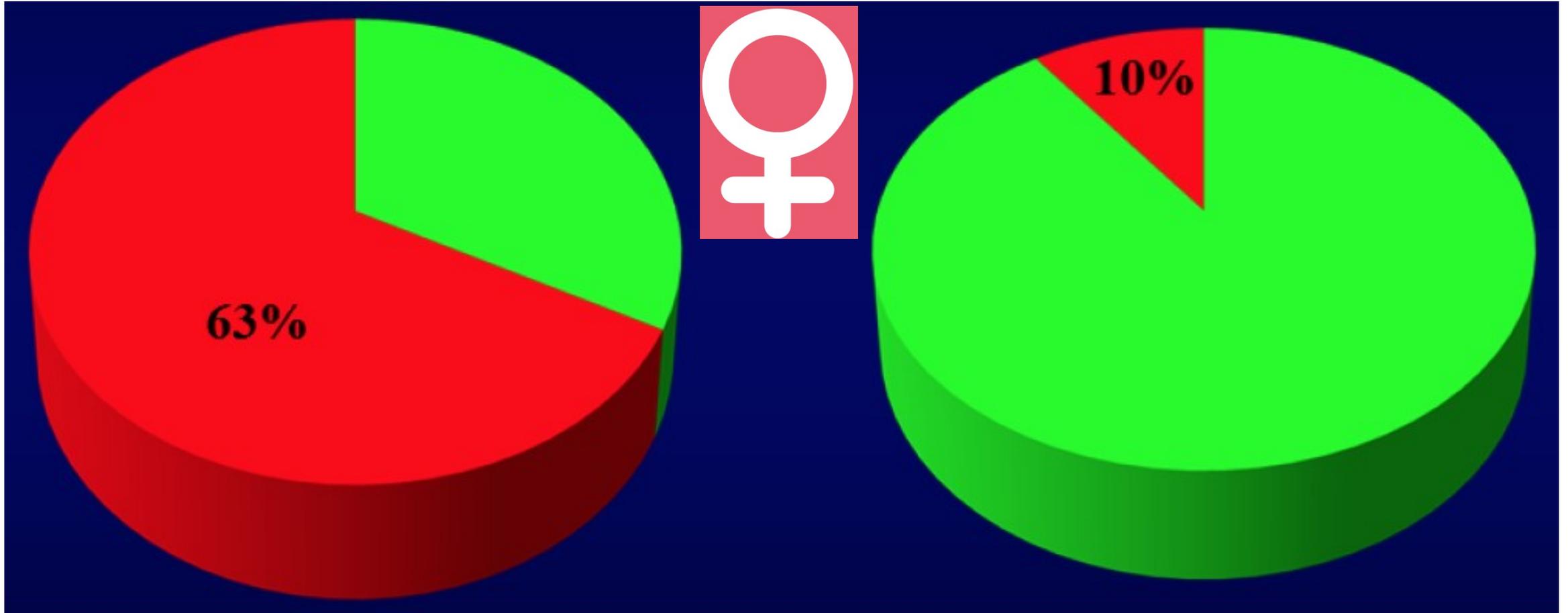
- 1) quelli relativi alla salute del malato.
- 2) quelli concernenti un corretto impiego delle risorse.

BONE SPECIALIST: «...specialista che conosce tutte le sfaccettature e i mezzi per una corretta gestione delle patologie dell'osso, una figura a tutto tondo che sia adatta a seguire i pazienti con questi problemi.»

<https://www.siomms.it/bone-specialist-arriva-in-italia-il-professionista-delle-malattie-delloso/>

CST: UN VALIDO AIUTO/SUPPORTO PER

MIGLIORE CONOSCENZA DEL RISCHIO DI FRATTURA = MIGLIORE ADERENZA TERAPEUTICA

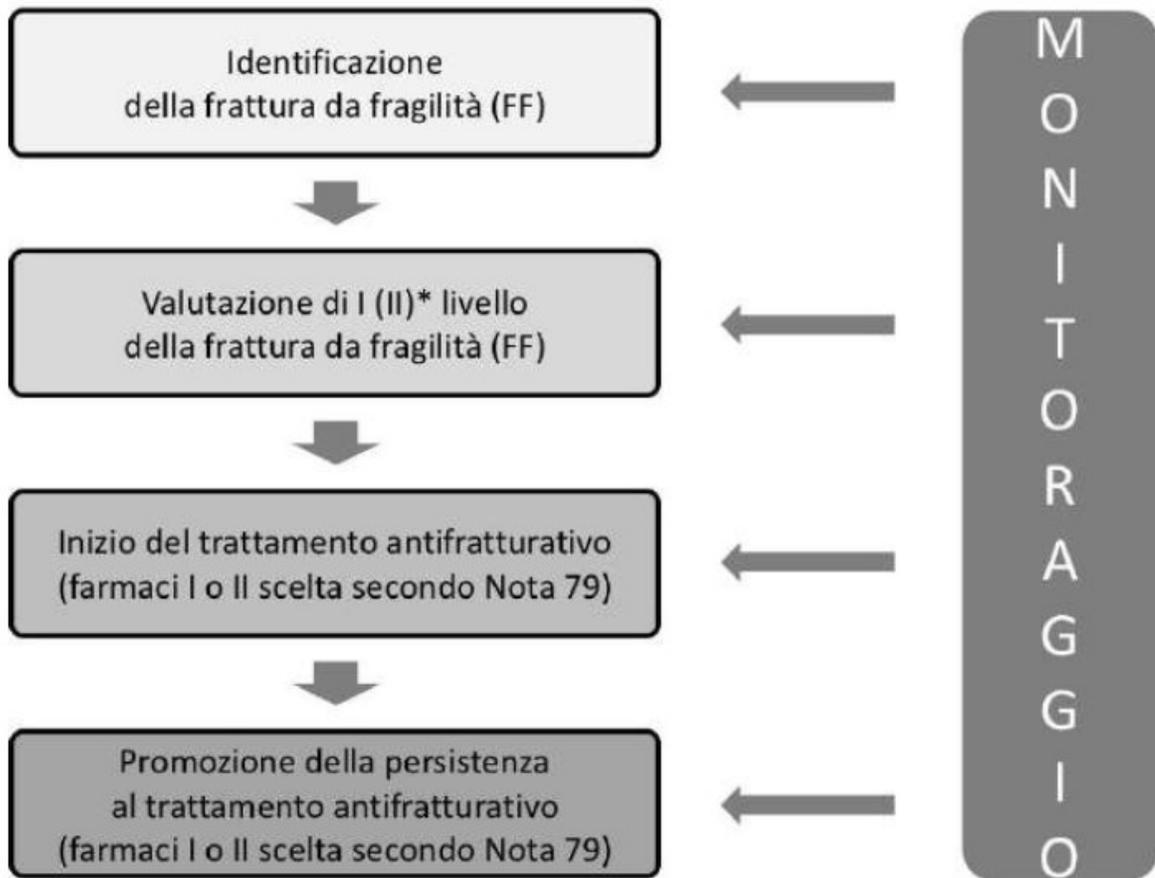


Non sanno di essere ad > rischio di Fx,
pur avendo ≥ 2 fattori di rischio

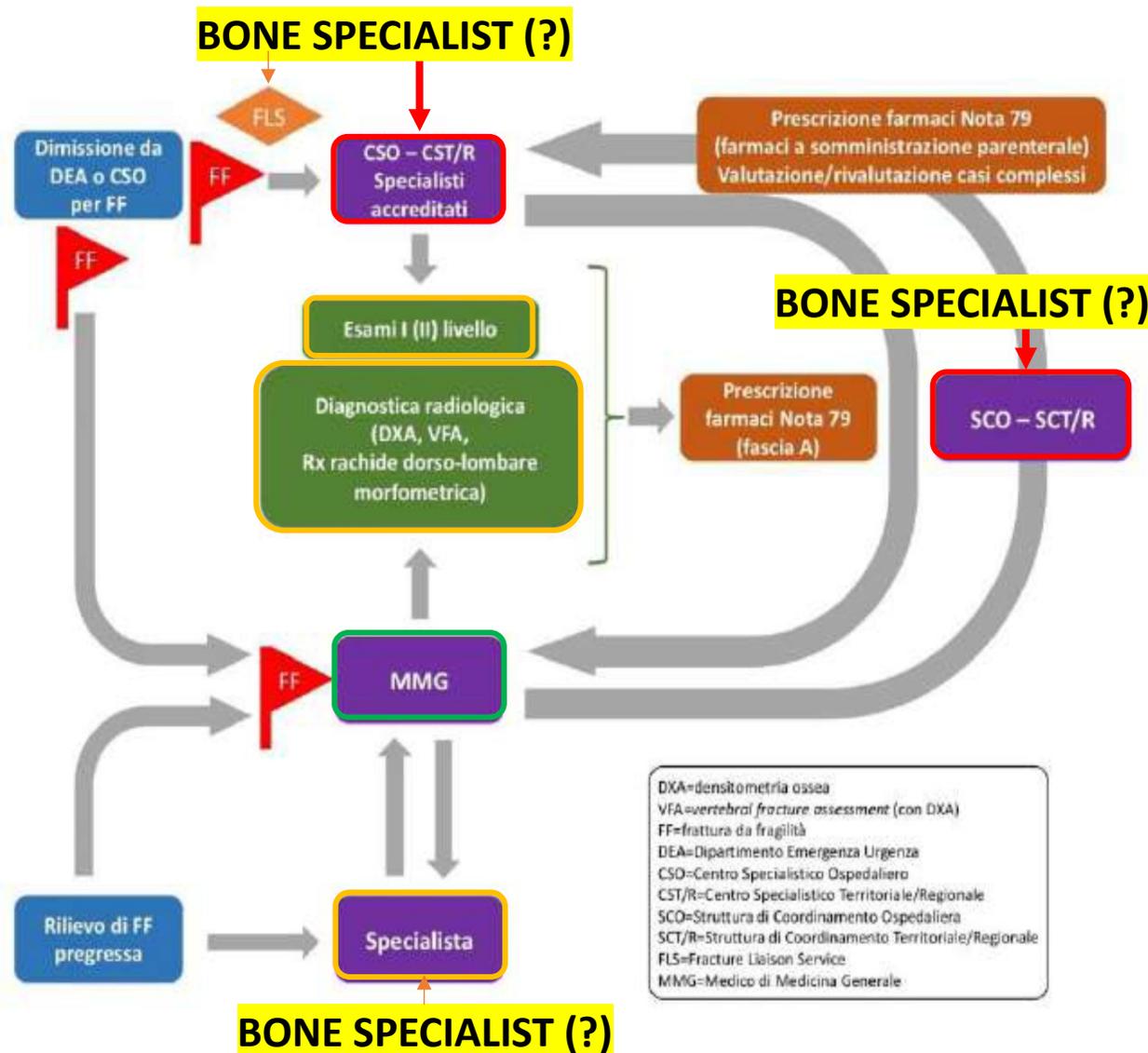
Pensano di essere ad > rischio di Fx,
ma non lo sono!

SISTEMA INTERPROFESSIONALE, INTERDISCIPLINARE E MULTIDISCIPLINARE

Stadi del percorso CAFF e relativo monitoraggio



Algoritmo gestionale del paziente con FF



«..lamentate di persone che hanno avuto **difficoltà di accesso ai centri prescrittori**, sia perché i **MMG non le hanno sapute indirizzare**, sia perché sembra che **alcuni di questi centri non siano più operativi**, sia perché le **liste di attesa** per accedere a detti centri sono **lunghissime.**»



«CONTINUITA' ASSISTENZIALE

STRATEGIA COMPLESSIVA DI INTERVENTO SUL TERRITORIO NAZIONALE

settembre 2015: Tavolo di lavoro sull'osteoporosi e le fratture da fragilità



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

«approccio sistematico complessivo, che consenta il raccordo e il coordinamento programmatico degli interventi di PREVENZIONE, DIAGNOSI e CURA dell'osteoporosi e delle sue complicanze, in un'ottica di integrazione e valorizzazione delle competenze e professionalità coinvolte»

OBIETTIVO

creazione di un **PERCORSO** che, partendo da vie di accesso diverse

(pediatra di libera scelta, MMG, internista, geriatra, endocrinologo, ginecologo, ortopedico, reumatologo, ecc.),

garantisca la continuità assistenziale per migliorare l'offerta di salute e ridurre le differenze territoriali.

Una Strategia di Intervento per l'Osteoporosi

quotidiano **sanità.it**

Giovedì 10 MAGGIO 2018

Osteoporosi: documento di indirizzo su diagnosi, terapia, assistenza e prevenzione per interventi omogenei in tutte le Regioni

E' stato approvato in Stato Regioni il documento di indirizzo "Una strategia di intervento per l'osteoporosi". Obiettivo è definire un approccio sistematico complessivo che consenta il raccordo e il coordinamento programmatico degli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e cura dell'osteoporosi e delle sue complicanze, con priorità e obiettivi strategici in un'ottica di integrazione e valorizzazione delle singole competenze e professionalità. [IL DOCUMENTO.](#)

**Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria (Sics)
e Edizioni Health Communication**



II DOCUMENTO TIENE CONTO DELLA NECESSITA DI:

- ▶ **FAVORIRE** prevenzione e/o identificazione precoce della malattia ;
- ▶ **MIGLIORARE** formazione degli operatori sanitari e conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia;
- ▶ **PROMUOVERE** miglior collegamento tra ospedale, CENTRI SPECIALISTICI E TERRITORIO, tramite la costituzione di reti assistenziali integrate
- ▶ **MIGLIORARE** aderenza del paziente alla terapia (alleanza terapeutica!);
- ▶ **MIGLIORARE** identificazione, gestione appropriata della 1a frattura da fragilità, con un modello di gestione del paziente condiviso e multidisciplinare;

Giovedì 10 MAGGIO 2018

Osteoporosi: documento di indirizzo su
diagnosi, terapia, assistenza e prevenzione per
interventi omogenei in tutte le Regioni

PROPOSTA DI PERCORSO OPERATIVO PER L'OSTEOPOROSI E LE FRATTURE DA FRAGILITÀ,

in base ai modelli organizzativi Regionali, tenendo conto delle conoscenze, competenze e risorse a disposizione, per
favorire la standardizzazione dell'offerta di salute e ridurre le differenze territoriali.



CREAZIONE/IDENTIFICAZIONE/ACCREDITAMENTO DI CENTRI SPECIALISTICI OSPEDALIERI E TERRITORIALI



MENTRE le risorse a disposizione possono essere note (o comunque pre-fissate a prescindere!!!), i concetti in merito a conoscenze e competenze non sono «calcolabili» e quindi organizzate/organizzabili in tutte le realtà territoriali-regionali!!!

PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI-ASSISTENZIALI (PDTA)

PROSPETTIVA DELLA PRESA IN CARICO ATTIVA DEL PAZIENTE, DALLA PREVENZIONE ALLA RIABILITAZIONE

«TEORIA»

- **GARANTIRE** diagnosi precoce;
- **EFFETTUARE** una valutazione multidimensionale del bisogno di salute,
- **INTEGRARE** gli interventi;
- **GARANTIRE** appropriatezza delle prestazioni;
- **MIGLIORARE** la qualità dell'assistenza;
- **GARANTIRE** presa in carico del pz. 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

«PRATICA» - RUOLO CSO/CST

- **ESCLUDERE** una malattia che mimi l'osteoporosi;
- **IDENTIFICARE** la causa della fragilità ossea e fattori favorenti;
-  **VALUTARE** il rischio di fratture successive;
- **ESAMINARE** il rischio di caduta;
- **SELEZIONARE** la terapia medica più appropriata (P.T.);
- **EFFETTUARE** misurazioni di base per successivo monitoraggio;

PRIMA DI AVVIARE UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELL'OSTEOPOROSI

ACCERTAMENTI APPROPRIATI DI D.D.

Escludere forme secondarie,

che potrebbero beneficiare

anche della sola rimozione della causa primitiva.

◀ CST/CSO ▶



Main contributors of low BMD and/or fragility fracture (no. of patients)	All enrolled patients (n=602)	Patients with hypovitaminosis D (n=426)
Hypovitaminosis D	426 (70.8)	–
Idiopathic hypercalciuria	205 (34.1)	47 (34.5)
Primary hyperparathyroidism	27 (4.5)	23 (5.4)
Subclinical and overt hyperthyroidism	8 (1.3)	5 (1.2)
Subclinical hypercortisolism	8 (1.3)	6 (1.4)
Celiac disease	7 (1.2)	7 (1.6)
Hypogonadism	2 (5.1) ^a	2 (9.1) ^a
MGUS	14 (2.3)	–
Low calcium intake (10)	10 (1.7)	–

Eller-Vainicher C et al. EJE 2013

FARMACI: potenziali rischi, a pz. a rischio più elevato di frattura (*adeguata documentazione di efficacia*)

VANTAGGI/SVANTAGGI: stima individuale complessa, stima sociale con aspetti di farmaco-economia

IN PRATICA...CST/CSO



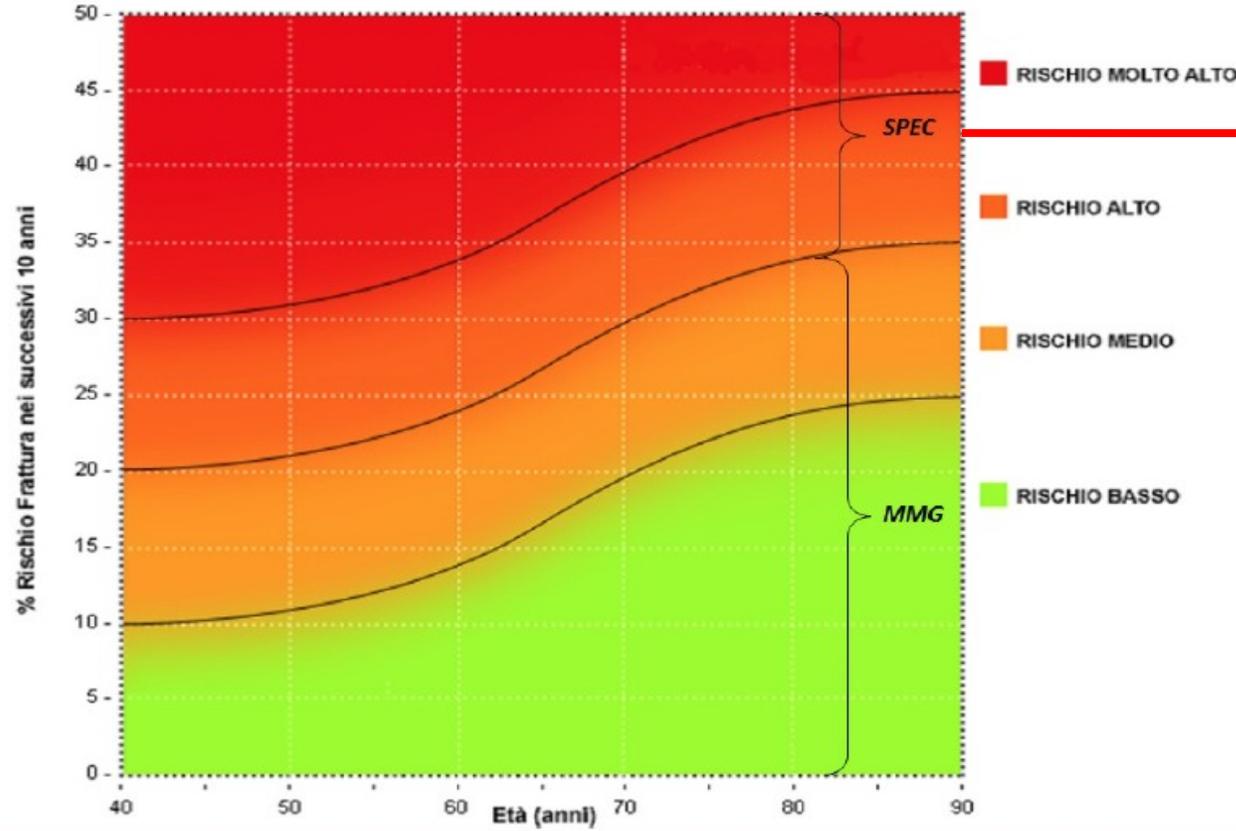
Il farmaco giusto al pz. giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta ... ed al costo giusto

«ALGORITMO»

AIFA
Agenzia Italiana del Farmaco

SIOMMMS

siR
Società Italiana
Reumatologia



CSO/CST

Indicazione del trattamento sulla base del rischio di frattura

I scelta: alendronato±vitD, risedronato, zoledronato

II scelta: denosumab

PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DELL'ALGORITMO

Punti di forza

L'Algoritmo si propone di giungere alla identificazione della strategia terapeutica più corretta ed appropriata sebbene lasci la decisione finale al giudizio del clinico.

◀ **CST/CSO** ▶



Punti di debolezza

L'Algoritmo non può considerare tutti i molteplici fattori di rischio per osteoporosi e fratture ma considera solo quelli più noti e frequenti.

USO DI ALGORITMI: SEMPRE GESTITO CON LA DOVUTA FLESSIBILITÀ, COSÌ COME SI FA CON LE LG

«**Rischio di fratturarsi a 10 anni:** peso diverso per chi è senza problemi di salute a 55 anni vs. un malato in età avanzata.»

«**Soglia di intervento** dovrà considerare anche gli effetti extra-scheletrici di un farmaco.»

REQUISITI/CARATTERISTICHE DEI CENTRI SPECIALISTICI TERRITORIALI

ANALISI DELLA GESTIONE DELLA PATOLOGIA

- ❖ **diagnosi**
 - quale percorso deve affrontare il malato per arrivare alla diagnosi
 - quali sono le figure professionali coinvolte e quale ruolo hanno
- ❖ **il target dei malati**
 - che età hanno
 - sesso
 - quali patologie collaterali contribuiscono ad aggravare la patologia
- ❖ **la cura**
 - chi prescrive la cura
 - dove avviene la cura

ANALISI DEI CENTRI PRESCRITTORI

- ❖ **l'accesso**
 - quali sono
 - come si accede
 - chi regola l'accesso
- ❖ **il funzionamento**
 - quanti centri sono effettivamente operativi
 - come funzionano
 - i tempi di attesa per ottenere una visita

ADERENZA ALLA TERAPIA

- ❖ **la prescrizione**
 - chi prescrive la terapia
 - quale iter bisogna seguire per ottenere la cura
 - dove vengono distribuiti i farmaci

FRONT DESK



«BONE SPECIALIST» - MULTIDISCIPLINARE



SITO ONLINE



OPPORTUNITA' DIAGNOSTICHE (D. D., osteoporosi secondaria...)



ACCREDITATI DA UNA (O PIU') SOCIETA' SCIENTIFICHE*



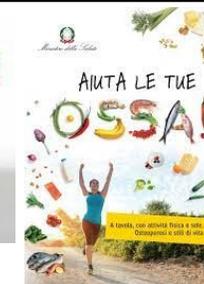
AGGIORNAMENTO



INTERAZIONE



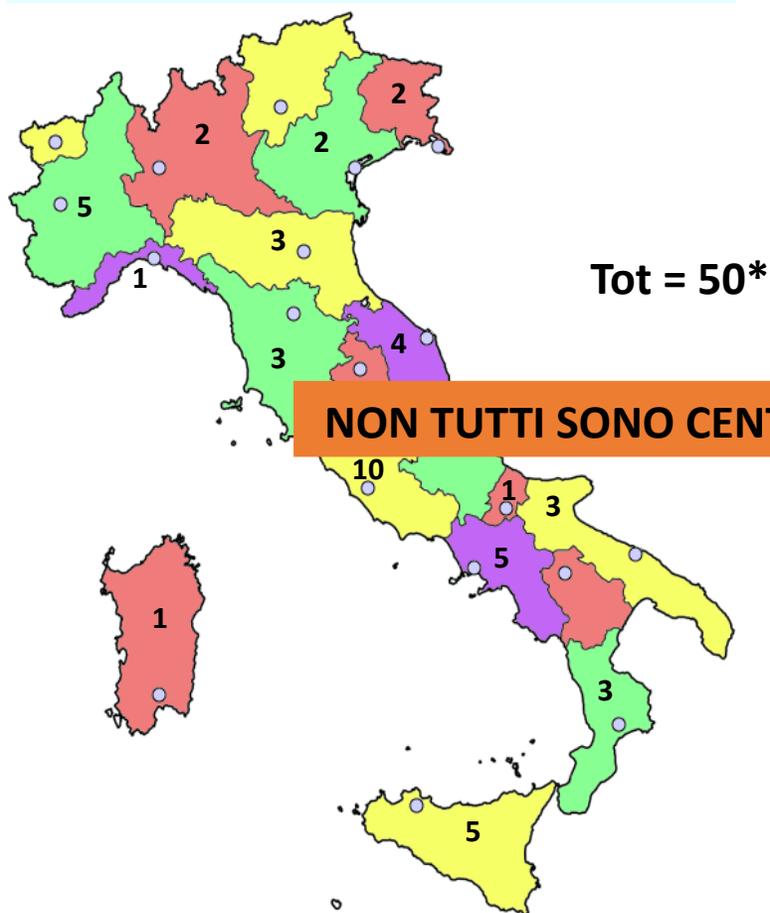
INFORMAZIONE



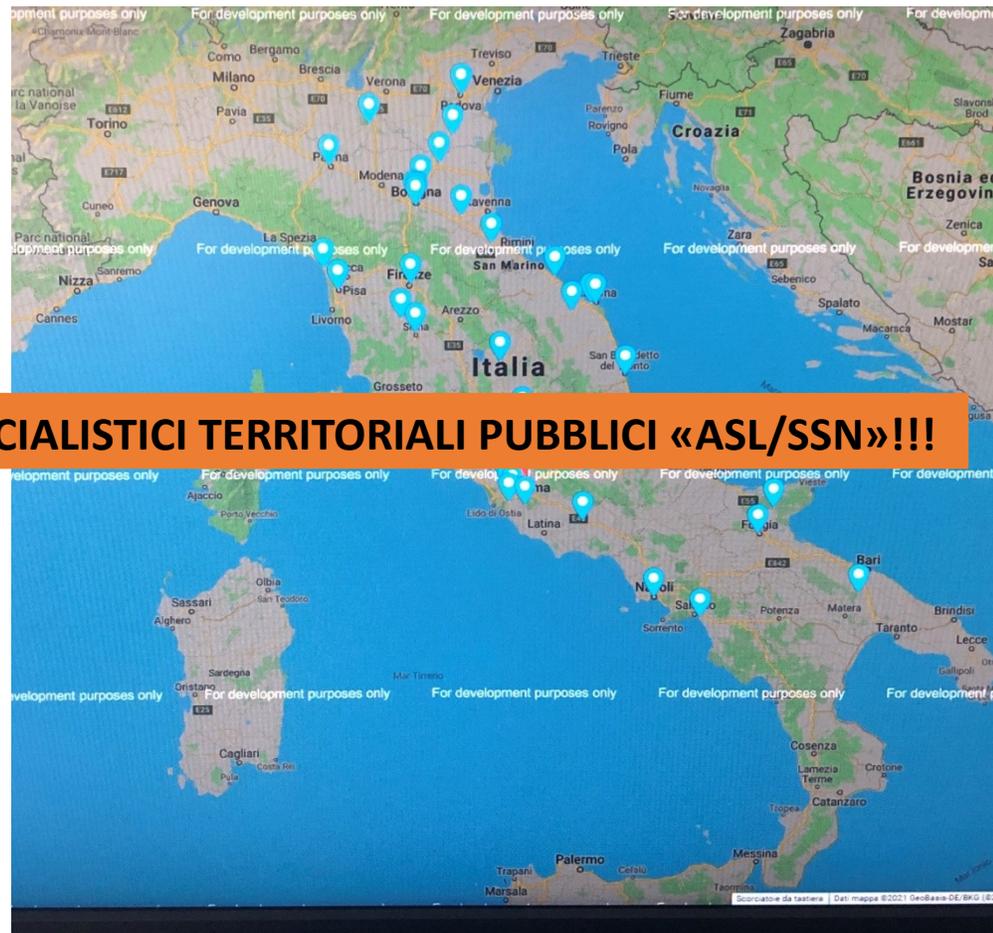
Divulgazione a mezzo stampa/online Meeting, Corsi... Telemedicina...

* **Dichiarazione/Autocertificazione di CONOSCERE, SEGUIRE ED APPLICARE le LG «aggiornate»**

CENTRI SPECIALISTICI AFFILIATI A GISMO E SIOMMMS



www.gismo.net



www.siommmms.it

Tot = 43*

NON TUTTI SONO CENTRI SPECIALISTICI TERRITORIALI PUBBLICI «ASL/SSN»!!!

*come riportato alle rispettive fonti

CSO – CST/IRCCS.... UNA RETE «PREZIOSA»

U.O. Medicina Interna

Ambulatorio del metabolismo fosfo-calcico
Ambulatorio Malattie del Metabolismo Osseo

U.O. Endocrinologia

Centro Diagnostico per l'Osteoporosi

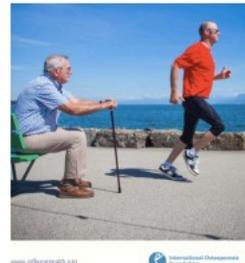
Centro per la menopausa
e Osteoporosi

Centro Orto-geriatria

U.O. Reumatologia



Centro per la Riabilitazione del paziente fragile



**IDEALMENTE DOVREBBE ESSERCI UNA «CULTURA COMUNE»
ED UN'ISPIRAZIONE ALTRETTANTO COMUNE
LG «UNICHE E CONDIVISE»: FIGURA DEL BONE SPECIALIST (?)**

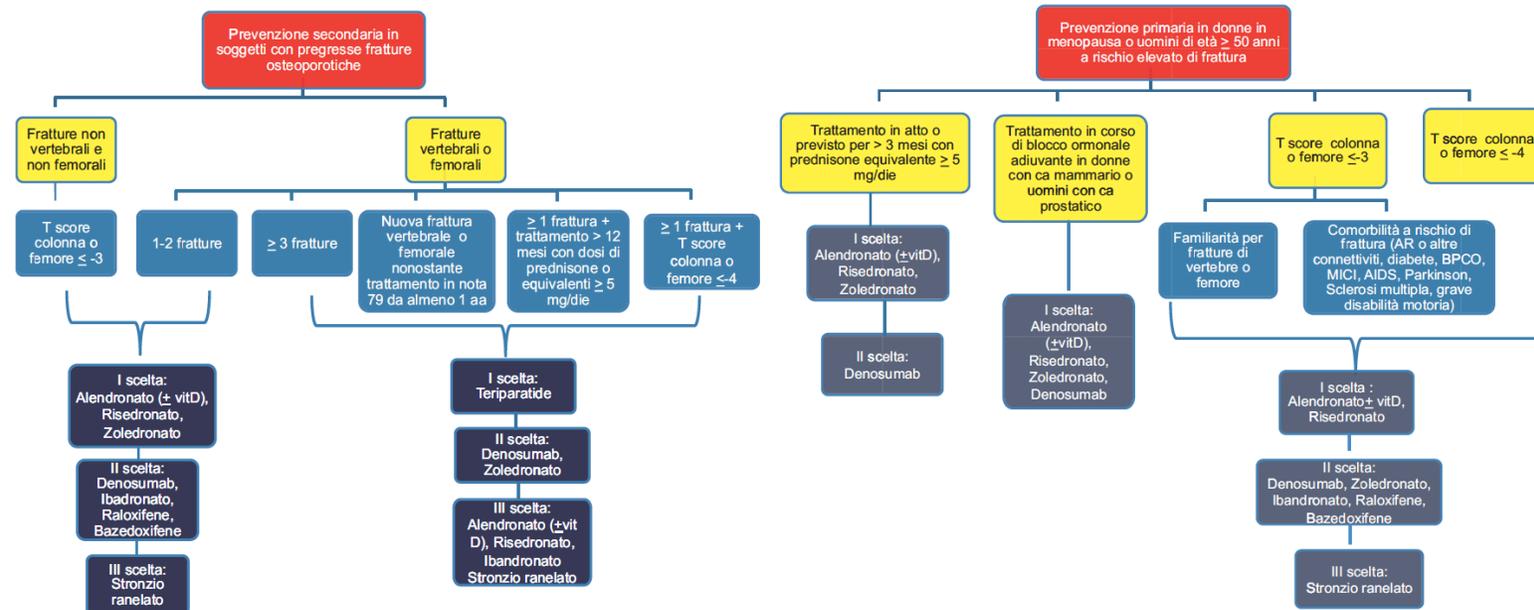
CST: RUOLO NELL'ADOZIONE DEI CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEI FARMACI DI I, II, III FASCIA E LORO SCELTA

Evidenze di efficacia

Costo, o meglio il costo corretto per l'efficacia

Esperienza in termini di «safety»

Razionale fisiopatologico



COMUNICAZIONE CON ALTRI «HEALTH PROVIDERS» (es. odontoiatri, MMG...) PER LA GESTIONE DELLE TERAPIE E DEL PAZIENTE IN RAPPORTO AD I REALI/POTENZIALI EVENTI AVVERSI CON QUESTI FARMACI



CST: «AIUTO» PER PASSARE DA UNA LINEA ALL'ALTRA DEL FARMACO DI SCELTA



Possibili motivazioni per il passaggio dalla I alla II linea:

- ✓ Intolleranza
- ✓ Incapacità di assunzione corretta
- ✓ Effetti collaterali
- ✓ Controindicazioni al farmaco della classe precedente
- ✓ In caso di frattura osteoporotica vertebrale o di femore nonostante trattamenti praticati per almeno un anno con i farmaci della classe precedente

TERAPIA COMBINATA? TERAPIA SEQUENZIALE?

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE

Cattedra di Politiche della Sanità

ANNO ACCADEMICO 2015-2016



SOSTENIBILITA' S.S.N.



L'ECCELLENZA IN SANITÀ:

PUBBLICO, PRIVATO E PERCORSI INTEGRATI

«La situazione socio-economica attuale ha evidenziato, inoltre, l'impossibilità di far fronte attraverso il tradizionale modello di welfare state alle difficoltà legate alla necessità di contingentamento delle risorse e a quelle legate alla sostenibilità del sistema previdenziale.

In tale prospettiva, si evidenzia la necessità di un vero e proprio mutamento di paradigma, capace di guidare l'evoluzione del sistema verso una **maggiore effettività delle possibilità di collaborazione previste fra pubblico e privato, verso una maggiore apertura all'innovazione e disponibilità alla condivisione e allo scambio.**

Una possibile soluzione potrebbe essere quella di propendere verso un modello di welfare mix, che incentivi **l'ampliamento del panorama dei soggetti erogatori ed un maggior coinvolgimento della società civile e del terzo settore.**»

Il Ssn sempre più al palo: in 5 anni chiusi 74 ospedali e perse 22 mila unità di personale. E il privato cresce a discapito del pubblico.

di Luciano Fassari

È quanto emerge da un'elaborazione di Quotidiano Sanità sui dati dell'Annuario del Ssn 2018 del Ministero appena pubblicato con l'analogo del 2013. Nel pubblico perse il 5,2% delle strutture mentre il privato cresce del 7,2%. Brusco calo anche dei MMG: persi oltre 2mila. Aumenta assistenza domiciliare integrata ma non basta.

Attualità

Perché la riforma del SSN dovrebbe puntare anche sui privati

Di [Alessandro Alongi](#) [16 Luglio 2021 08:00](#)

... Visti i tempi stretti di realizzazione (e rendicontazione) dei progetti, da più parti si è affacciata l'ipotesi, discussa negli ultimi mesi, di **un'alleanza pubblico-privato**, con un SSNazionale pronto a strizzare l'occhio al mondo sanitario privato.... potranno garantire una **reale e cospicua scrematura della domanda di prestazioni sanitarie...**

...ricomprendere tali strutture nel nuovo sistema di sanità territoriale di prossima creazione, supportando con una propria rete le costituenti case e ospedali di comunità. Sicuri che soltanto unendo le forze, pubblico e privato, la sanità che verrà potrà essere pronta ad affrontare (e vincere) le sfide future. (PNRR)»

quotidiano**sanità.it** 2020



iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013


Lab Parlamento
Quotidiano di analisi e scenari politici
testata giornalistica registrata al Tribunale di Roma con autorizzazione n. 3 del 13 gennaio 2021.

NECESSITA' DI GARANZIE CULTURALI-LOGISTICHE, OMOGENEITA' DELLE PRESTAZIONI-REFERTAZIONI E GARANZIE «COMPORTAMENTALI» E SULL'ADEGUATEZZA/APPROPRIATEZZA (Ruolo delle Società Scientifiche)



**RUOLO/REGOLAMENTAZIONE CST «NON PUBBLICI»
RAPPORTI TRA CST «NON PUBBLICI» E SOCIETA' SCIENTIFICHE «GARANTI»**



CST «PUBBLICI», E «NON», FONDAMENTALI PER S.S.N. «10 COMANDAMENTI» PER UN APPROCCIO RAGIONATO AL PROBLEMA



A SUPPORTO/COMPLEMENTO DELLA MEDICINA GENERALE

IDENTIFICARE, «FILTRARE», SEGUIRE SOGGETTI A RISCHIO: (RI)VALUTAZIONE CLINICA SEMPRE

- 1. METTERE IN ATTO:** valutazione del rischio di frattura.
- 2. VALUTARE GLOBALMENTE:** paziente con fratture da fragilità.
- 3. COGLIERE:** segnali «**OCCULTI**» di possibile fragilità ossea. Considerare tutte le fratture da fragilità.
- 4. RICONOSCERE PER TEMPO** il dolore lombare causato da fratture da fragilità.
- 5. INDIVIDUARE:** necessità di **ESAMI BIOCHIMICO-CLINICO-STRUMENTALI** (importanza ed adeguatezza dell'interpretazione).
- 6. IDENTIFICARE:** forme di osteoporosi secondaria.
- 7. INIZIARE TERAPIA ANTI-FRATTURATIVA** [es. paziente anziano/comorbidità (Nota 79)/terapie fragilizzanti (Nota 79)].
- 8. UTILIZZARE APPROPRIATAMENTE** la terapia anti-fratturativa associata a vitamina D/calcio (valutarne il fabbisogno).
- 9. CONTROLLARE EFFETTO-EFFICACIA TERAPIA** (rivalutazione biochimico-clinica-strumentale, in tempi corretti appropriati).
- 10. CONFERMARE (o meno)** la terapia anti-fratturativa o sostituirla/interromperla (reale necessità di **«vacanza terapeutica»?**).

LA SCELTA TERAPEUTICA NON SI BASA ESCLUSIVAMENTE SULLA NOTA DI RIMBORSO DEI FARMACI ANTI-FRATTURATIVI.

«BONE SPECIALIST»/CST

FARE RETE CST-MMG... CONTRIBUIRE ALLA CULTURA SPECIFICA NEL SETTORE – INFORMARE GLI UTENTI...

GRAZIE PER L'ATTENZIONE