

Il Progetto #IMPACT

Overview sul Progetto #IMPACT

Il Progetto #IMPACT – “Sviluppo del modello multidisciplinare FLS per identificare, diagnosticare e curare le fratture da fragilità in Italia” - ideato dalla Società Italiana dell’Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro (SIOMMMS), con il contributo non condizionato di UCB e il supporto di IQVIA Solutions S.r.l., si appresta a concludere il ciclo delle attività previste nel panorama assistenziale italiano. Avviato nell’aprile del 2022, questo progetto è stato concepito con l’intenzione di tracciare un percorso innovativo nella gestione delle fratture da fragilità, focalizzandosi sulla creazione di un modello di cura adattabile alle varie realtà del sistema socio-sanitario italiano.

L'obiettivo primario del Progetto #IMPACT consisteva nel delineare un modello efficiente e flessibile per la gestione delle fratture da fragilità, partendo dal consolidato Modello Fracture Liaison Service (FLS) strutturato dall’International Osteoporosis Foundation (IOF) e adattandolo al contesto sanitario italiano post-pandemico. Questo approccio si è articolato in tre fasi mirate (*Figura 1*), ognuna delle quali ha contribuito alla realizzazione e all'implementazione di un nuovo modello di cura.



Figura 1: Le fasi del Progetto #IMPACT

La fase iniziale del processo è stata dedicata alla definizione del modello FLS-IOF adattato al contesto italiano che, a partire dalle nuove Linee Guida dell'ISS 2021, ha recepito le direttive della Missione 6 del PNRR e del DM 77. Questa fase ha incluso lo studio dello stato dell'arte della gestione del FLS sul territorio italiano, l'individuazione degli attuali punti critici nel percorso e il disegno del percorso ideale oltre che l'identificazione delle strutture ospedaliere da coinvolgere nella fase successiva. Successivamente, è stata avviata la fase di implementazione e misurazione del progetto in 10 centri selezionati in tutto il territorio italiano, consentendo così di valutare l'efficacia e l'adattabilità del nuovo modello. Infine, la terza fase ha previsto la comunicazione e condivisione dei risultati ottenuti attraverso il progetto, momento fondamentale per raccogliere le buone pratiche emerse, diffondere conoscenze e promuovere l'adozione diffusa del nuovo modello di cura,

contribuendo così a migliorare l'assistenza fornita ai pazienti affetti da fratture da fragilità in tutto il territorio italiano.

La prima fase di Progetto: la Cabina di Regia

A presidio di tutte le attività di Progetto è stata istituita una Cabina di Regia composta da membri di rilievo e rappresentanti della SIOMMMS, della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) e della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). Questo organo decisionale ha svolto un ruolo cruciale nella definizione del nuovo modello di gestione delle fratture da fragilità e degli strumenti necessari per consentire l'avvio della seconda fase di progetto. Tra i suoi compiti principali, la Cabina di Regia ha:

- elaborato e diffuso di una survey nazionale tra i centri SIOMMMS per valutare l'applicazione del modello FLS in Italia;
- definito i criteri di selezione dei centri partecipanti al progetto e selezionato 10 strutture ospedaliere sul territorio nazionale;
- identificato gli indicatori chiave di performance (KPI) del progetto per monitorare quantitativamente i risultati e gli esiti nei centri selezionati;
- impostato lo strumento del Maturity Model per il monitoraggio qualitativo della gestione dei pazienti con fratture da fragilità nei centri selezionati rispetto al modello definito;
- presidiato le attività del progetto in corso d'opera e monitorato costantemente i risultati e gli output ottenuti.

La prima fase di Progetto: il Modello e il Maturity Model

Per delineare le caratteristiche di questo nuovo modello organizzativo, parallelamente ad un'analisi documentale, sono state condotte delle interviste individuali ai membri della Cabina di Regia volte ad indagare l'attuale pratica di gestione del percorso paziente con fragilità ossea, con un approfondimento sulle sue caratteristiche erogative ed organizzative e le relative opportunità di miglioramento. Questo processo ha permesso di evidenziare colli di bottiglia e punti di attenzione nella gestione dei pazienti con frattura da fragilità ed ha portato alla definizione di un nuovo modello FLS italiano, basato su 9 pilastri fondamentali (*Figura 2*) che abbracciano tutti gli aspetti della presa in carico delle fratture fragili, identificati dalle Linee Guida ISS e dalla pratica clinica, sia da elementi di innovazione tratti dalle opportunità offerte dalla Missione 6 del PNRR e dal DM77.



Figura 2: I pilastri del modello #IMPACT

Sulla base del modello, è stato successivamente sviluppato il Maturity Model, uno strumento di benchmarking concepito per valutare il grado di maturità di una struttura ospedaliera attraverso criteri predeterminati rispetto a un modello ideale. In particolare, per ogni pilastro del modello, sono stati definiti i requisiti di quattro diversi livelli di sviluppo, dal livello base (liv. 1) al livello avanzato (liv. 4). L'obiettivo principale è quello di monitorare il progresso delle implementazioni dei centri durante le fasi del progetto.

La prima fase di Progetto: la survey e la selezione dei Centri

Una volta definito il modello, la Cabina di Regia ha elaborato una survey che è stata distribuita su scala nazionale al fine di indagare l'applicazione dei modelli organizzativi per la gestione delle fratture fragili, così da poter meglio immortalare lo stato dell'arte delle strutture sanitarie italiane in materia di fragilità ossea. Nel periodo di apertura della survey, diffusa per mezzo della rete della SIOMMMS, sono state registrate 70 risposte, offrendo così una panoramica esaustiva del contesto italiano dal momento che le strutture ospedaliere rispondenti erano uniformemente distribuite su tutto il territorio italiano. In linea generale, tra i principali risultati ottenuti dall'analisi delle risposte è emerso come nelle strutture sanitarie che hanno adottato i modelli organizzativi proposti dalle Linee Guida ISS e dal servizio FLS è stata riscontrata una gestione efficace delle fratture fragili grazie alla presenza di un case manager dedicato al percorso e al coinvolgimento dei medici di medicina generale prioritariamente integrati sia nello screening dei pazienti con sospetta osteoporosi sia nella fase di monitoraggio dei pazienti. Dall'altro canto, i principali punti di attenzione riscontrati nell'implementazione del servizio FLS sono una scarsa collaborazione multiprofessionale intraospedaliera, una insufficiente sensibilizzazione delle direzioni strategiche delle strutture sanitarie sul tema della fragilità ossea ed una ridotta collaborazione tra le strutture ospedaliere e territoriali.

Infine, per avviare la seconda fase del progetto, una volta definiti i criteri per la selezione dei partecipanti, ai Centri di Riferimento SIOMMMS sul territorio italiano è stata data la possibilità di candidarsi spontaneamente

per la partecipazione al Progetto. In particolare, la Cabina di Regia ha stabilito criteri di selezione qualitativi, come la maturità e la propositività delle regioni nei confronti del PNRR e della Missione 6, nonché la propensione delle regioni all'innovazione nel settore sanitario. Parallelamente, sono stati considerati aspetti quantitativi, come il bacino di utenza medio delle strutture ospedaliere e i volumi di ricoveri per diverse tipologie di fratture, così come la presenza di un Pronto Soccorso all'interno della struttura ospedaliera o, in alternativa, la presenza di una partnership strutturata con una struttura ospedaliera dotata di Pronto Soccorso. Sulla base delle candidature ricevute la Cabina di Regia è stata in grado di stilare una classifica dei centri e selezionarne i 10 partecipanti (Figura 3).

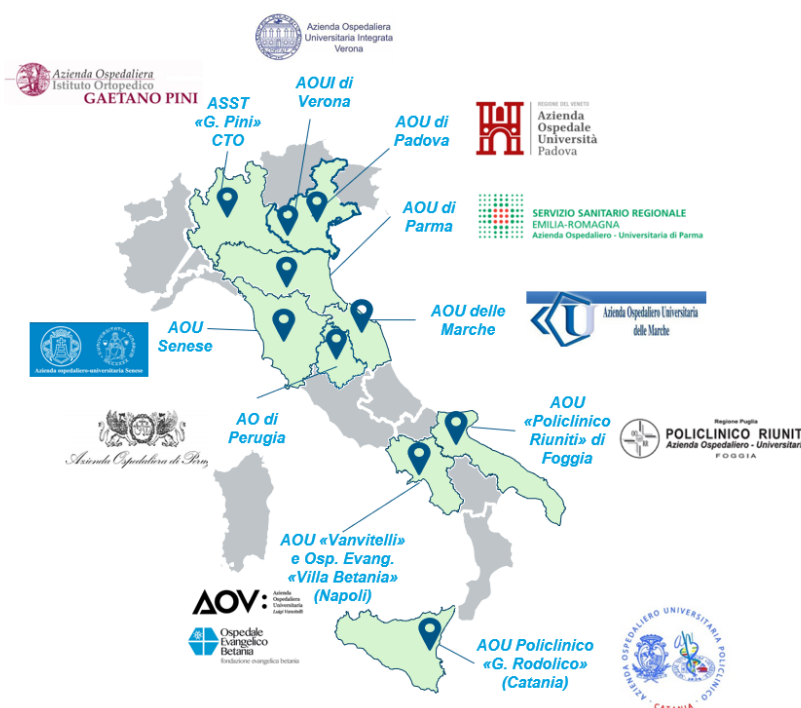


Figura 3: I 10 Centri del Progetto IMPACT

La seconda fase di Progetto: le attività con i Centri #IMPACT

Le attività progettuali che hanno visto il coinvolgimento attivo delle 10 strutture sanitarie del Progetto IMPACT si sono concentrate sullo studio della gestione organizzativa dei pazienti con fragilità ossea e sulla gap analysis del percorso di cura rispetto ai pilastri del nuovo modello FLS definito dalla Cabina di Regia. In particolare, ogni centro è stato coinvolto in quattro fasi distinte (Figura 4). Dopo la fase iniziale di presentazione del progetto al gruppo di lavoro, durante la quale sono state condivise metodologie e attività, sono state condotte interviste con i vari membri del team per valutare lo stato attuale del percorso di cura. Queste interviste hanno fornito

l'opportunità di raccogliere documentazione aziendale e dati relativi ai volumi dei pazienti, nonché dati organizzativi e gestionali.

La terza fase del processo ha previsto la predisposizione e condivisione, con il referente e il gruppo di lavoro, del report di analisi condotto a partire dalle interviste e dai dati raccolti. Sulla base dei risultati emersi, indagando gli elementi di buona pratica e i punti di miglioramento in relazione al modello, in collaborazione con i referenti di Progetto e le Direzioni Sanitarie delle strutture ospedaliere, sono stati messi a punto dei piani d'azione specifici e calati su ciascuna realtà ospedaliera e regionale, mirati a migliorare la gestione delle fratture fragili nell'ottica della mission di #IMPACT.

Infine, l'ultima fase ha previsto il monitoraggio, a monte e a valle, dell'implementazione del piano d'azione. Questo monitoraggio è stato condotto quantitativamente e qualitativamente utilizzando gli indicatori (KPI) definiti dalla Cabina di Regia di Progetto e lo strumento del Maturity Model. Ogni centro è stato incaricato di raccogliere i dati per valutare gli indicatori di monitoraggio allo stato iniziale (T0) e successivamente a tre e sei mesi dall'avvio del progetto (rispettivamente T1 e T2). Contestualmente, il centro è stato valutato utilizzando il Maturity Model al fine di monitorare lo stato di avanzamento nell'implementazione delle attività.

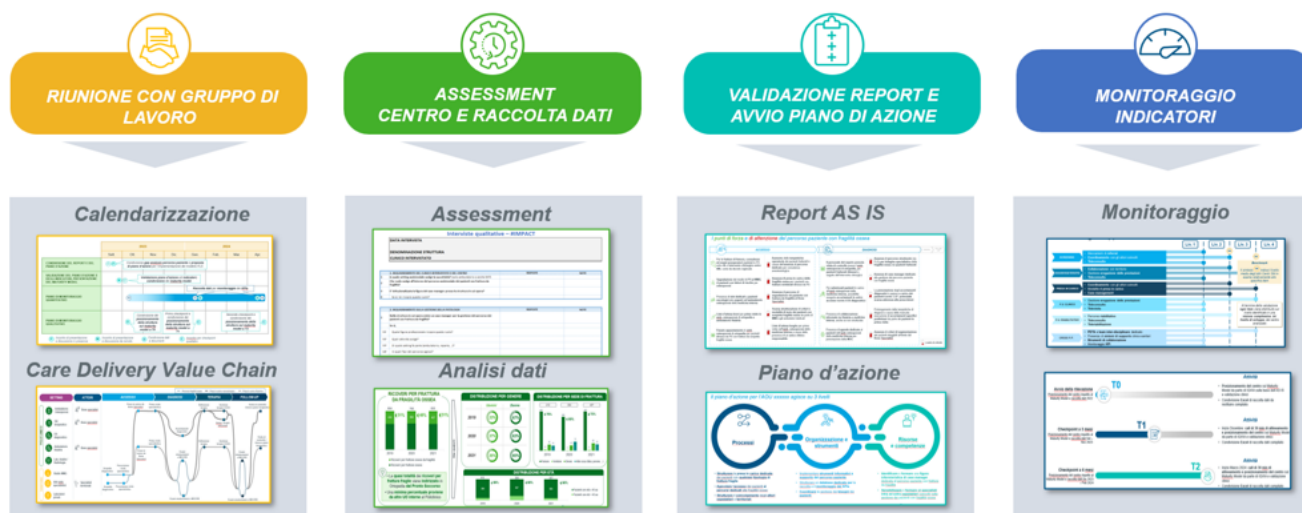


Figura 4: Le attività con i Centri #IMPACT

I risultati preliminari del Progetto

La valutazione preliminare condotta al termine della fase di analisi con tutte le strutture ospedaliere coinvolte nel Progetto ha focalizzato l'attenzione sullo stato delle strutture ospedaliere prima dell'avvio dell'iniziativa. Come evidenziato nel benchmark del posizionamento dei Centri nella *Figura 5*, è emerso complessivamente che la maggioranza dei centri e dei diversi elementi considerati presentava un livello medio-basso, variando

approssimativamente tra 1,5 e 2 su una scala del Maturity Model di 4. In particolare, si può osservare che esclusivamente la disponibilità diagnostica e la presenza di un ambulatorio dedicato vantano di un posizionamento favorevole rispetto agli altri item, poiché facevano parte dei criteri di selezione dei Centri nella fase iniziale del progetto.

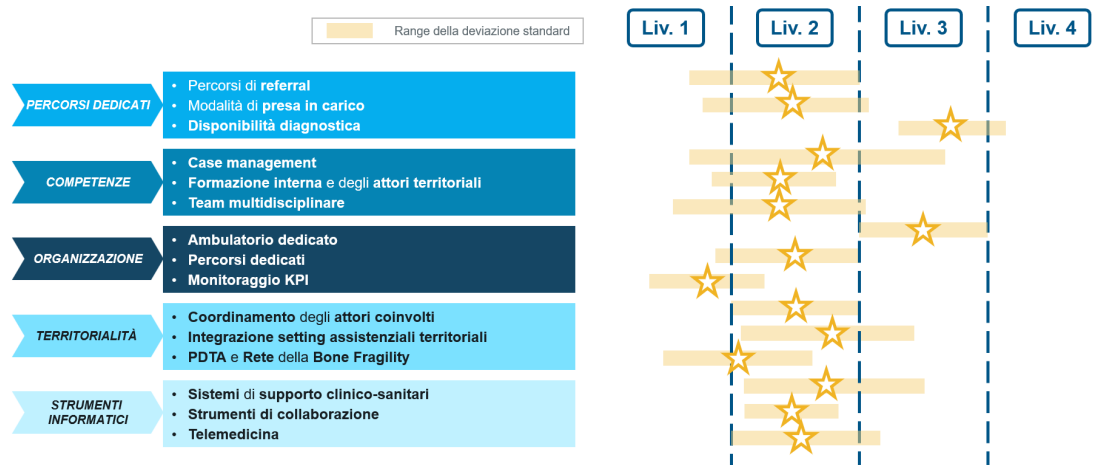


Figura 5: Benchmark dei 10 Centri a T0

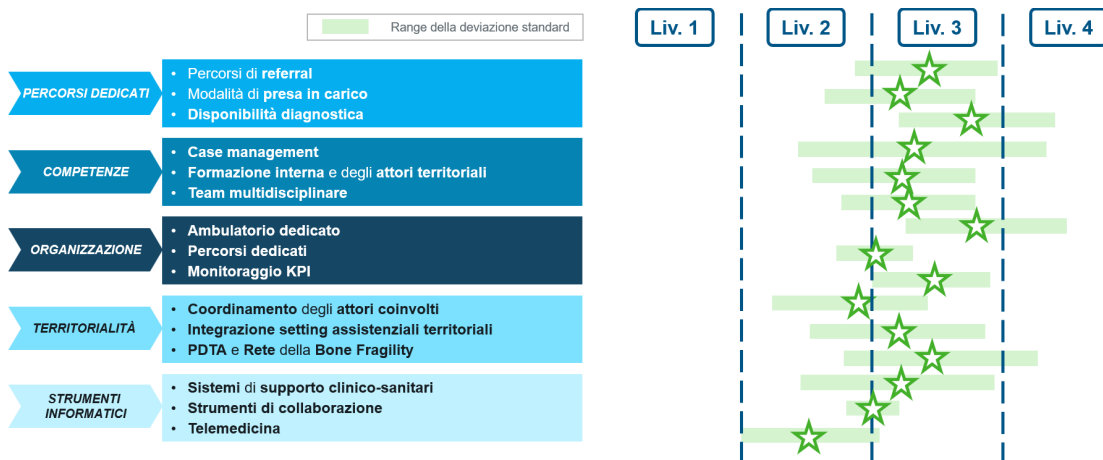


Figura 6: Benchmark di 6 Centri a T2

Allo stato attuale, a causa delle differenti tempistiche di avvio delle attività di progetto presso le varie strutture coinvolte, non è stato possibile effettuare il monitoraggio dei KPI e il posizionamento a T2 di tutte le strutture coinvolte.

Il benchmark dei Maturity Model (Figura 6), condotto a sei mesi dall'implementazione, sui sei centri che hanno completato le attività del progetto, offre una visione complessiva, seppur preliminare, dell'avanzamento del posizionamento dopo l'attuazione delle azioni proposte per migliorare la gestione del percorso dei pazienti con frattura da fragilità. Inoltre, nella Figura 7, è possibile osservare l'effettiva evoluzione complessiva dallo stato iniziale, antecedente alle attività del progetto, e a sei mesi di distanza. Si nota che gli elementi con un

posizionamento inizialmente medio-alto, come la disponibilità diagnostica e l'ambulatorio dedicato, hanno mantenuto sostanzialmente lo stesso livello di performance. D'altro canto, si è registrato un miglioramento significativo su buona parte degli item, come la presa in carico con l'istituzione di percorsi di referral dedicati e l'elaborazione o integrazione dei PDTA esistenti per uniformare la gestione dei pazienti e formalizzare la presenza e il ruolo dei team multidisciplinari.

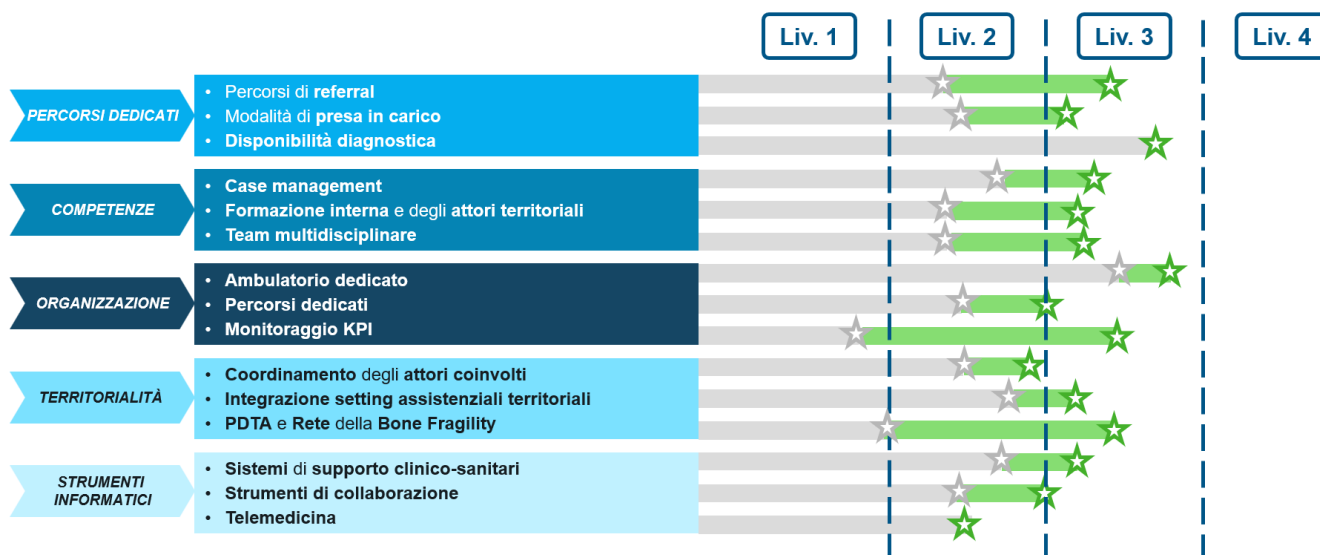


Figura 7: Benchmark di 6 Centri a T2 rispetto al Benchmark a T0

Per quanto concerne il monitoraggio quantitativo, ad eccezione di un centro che ha valutato due indicatori aggiuntivi relativi all'introduzione di un Case Manager dedicato al percorso della fragilità ossea, gli altri centri hanno valutato, sia allo stato iniziale che a 3 e 6 mesi dalla presentazione del piano d'azione, i 5 KPI chiave identificati dalla Cabina di Regia. Come si può osservare nella *Figura 8*, complessivamente 4 KPI risultano essere conformi alla soglia stabilita dalla Cabina di Regia. Per quanto concerne il dato relativo alla percentuale di pazienti over 65 accettati in Pronto Soccorso che, al momento della dimissione, ricevono indicazione per la prima visita con il Bone Specialist, è rilevante notare che, pur rimanendo al di sotto dell'obiettivo prestabilito, tale valore è più che triplicato nel corso di 6 mesi. Questo suggerisce comunque un progresso nel riconoscere l'importanza di favorire il referral agli specialisti per i pazienti che giungono in ospedale con fratture non traumatiche. In particolare, merita attenzione il KPI che indica la percentuale di pazienti che ricevono una prescrizione terapeutica antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento a seguito della frattura, il quale risulta al di sopra della soglia target. Tale indicatore evidenzia che, quando i pazienti sono indirizzati alla gestione da parte del Bone Specialist, vengono successivamente gestiti in linea con quanto stabilito dalle linee guida e la percentuale di pazienti che incorrono in successive fratture, come si può osservare dall'ultimo indicatore, risulta al di sotto del target massimo definito dalla Cabina di Regia. Infine, l'indicatore che valuta la

percentuale di pazienti aderenti alla terapia a 12 mesi dall'evento sentinella risulta anch'esso al di sopra della soglia prevista dalla Cabina di Regia, suggerendo l'efficacia degli sforzi per diffondere la consapevolezza sull'importanza dell'aderenza alle cure.

L'andamento complessivo dei 5 indicatori chiave del Progetto #IMPACT

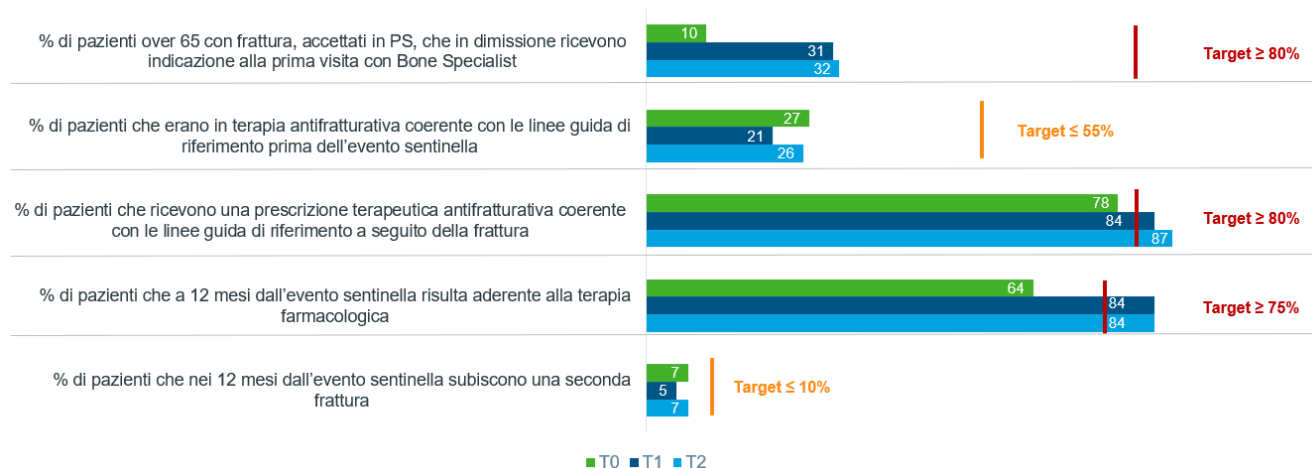


Figura 8: L'andamento complessivo dei 5 KPI chiave

Il dettaglio dei risultati dei Centri

AOU Senese

MONITORAGGIO QUANTITATIVO			
L'AOU Senese ha monitorato 2 KPI aggiuntivi, rispetto ai 5 KPI chiave, riferiti alla figura del Case Manager			
	TO	T2 (6 mesi)	TARGET
% di pazienti over 65 con frattura, accettati in PS, che in dimissione ricevono indicazione alla prima visita con Bone Specialist	39%	48%	≥ 80%
% di pazienti che erano in terapia antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento prima dell'evento sentinella	9%	12%	≤ 55%
% di pazienti che ricevono una prescrizione terapeutica antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento a seguito della frattura	95%	93%	≥ 80%
% di pazienti che a 12 mesi dall'evento sentinella risulta aderente alla terapia farmacologica	38%	75%	≥ 75%
% di pazienti che nei 12 mesi dall'evento sentinella subiscono una seconda frattura	18%	9%	≤ 10%
% di pazienti con sospetta fragilità ossea che vengono presi in carico dal Case Manager esperto	0%	24%	≥ 80%
% di pazienti monitorati dal Case Manager esperto per l'aderenza alla terapia e al follow-up	0%	24%	≥ 80%

Figura 9: I 7 KPI monitorati dall'AOU Senese a T0 e T2

Presso l'AOU Senese (Figura 9), per i pazienti con frattura fragile degenti presso l'Ortopedia Universitaria è attivo un percorso FLS di presa in carico multidisciplinare tra ortopedici e internisti dell'ambulatorio osteoporosi. I pazienti arruolati in questo percorso ricevono, durante la degenza, una consulenza del

Bone Specialist finalizzata all'inquadramento diagnostico dell'osteoporosi e all'avvio di percorsi di prevenzione secondaria della rifrattura. In aggiunta, è stata inserita nell'ambulatorio dell'osteoporosi una figura

infermieristica in qualità di case manager esperto dell'osso che supporta i pazienti nella pianificazione degli accessi al Centro e coordina la collaborazione tra gli specialisti ospedalieri. Inoltre, per favorire l'accessibilità dei pazienti alle prestazioni diagnostiche, sono stati inseriti degli slot dedicati ai pazienti in carico all'ambulatorio dell'osteoporosi per l'esecuzione della densitometria ossea.

AOU di Padova

Presso l'AOU di Padova (Figura 10), in due strutture differenti dell'Azienda Ospedaliera, sono presenti due ambulatori dedicati all'osteoporosi, i quali operano sotto la guida dei Bone Specialist e sono coadiuvati dalla figura trasversale del Bone Coordinator. Quest'ultima filtra i pazienti in accesso al Pronto Soccorso con frattura fragile e li segnala al Bone Specialist dell'ambulatorio più opportuno, affinché possano essere inseriti in un percorso di presa in carico specialistica della

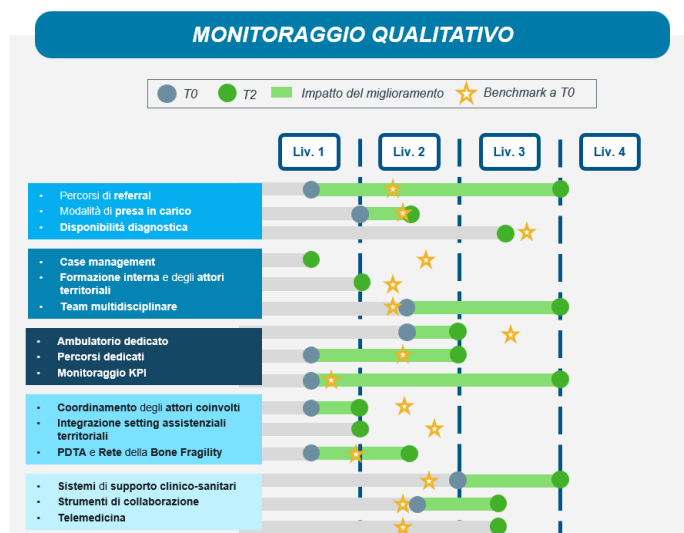


Figura 10: Il Maturity Model a T2 dell'AOU di Padova

fragilità ossea. Parallelamente, sono stati sviluppati criteri di eleggibilità specifici per l'arruolamento dei pazienti nel percorso dedicato ed è stato costruito ed introdotto un database dedicato e interattivo, con l'obiettivo di archiviare i dati anagrafici e clinici dei pazienti coinvolti. Questo prezioso strumento consente un monitoraggio costante dell'andamento del percorso del paziente e delle attività svolte all'interno dell'ambulatorio.

AOU Policlinico Riuniti di Foggia

MONITORAGGIO QUANTITATIVO

	T0	T2 (6 mesi)	TARGET
% di pazienti over 65 con frattura, accettati in PS, che in dimissione ricevono indicazione alla prima visita con Bone Specialist	0%	0%	≥ 80%
% di pazienti che erano in terapia antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento prima dell'evento sentinella	47%	48%	≤ 55%
% di pazienti che ricevono una prescrizione terapeutica antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento a seguito della frattura	100%	100%	≥ 80%
% di pazienti che a 12 mesi dall'evento sentinella risulta aderente alla terapia farmacologica	78%	83%	≥ 75%
% di pazienti che nei 12 mesi dall'evento sentinella subiscono una seconda frattura	6%	3%	≤ 10%

Figura 11: I 5 KPI monitorati dall'AOU Policlinico Riuniti di Foggia a T0 e T2

Nell'ambito del Policlinico Riuniti di Foggia (Figura 11), al fine di implementare e uniformare il percorso del paziente con fratture da fragilità, il gruppo di lavoro e la Direzione Socio Sanitaria hanno espresso il loro impegno nella creazione di un PDTA aziendale dedicato all'osteoporosi. Questo

impegno include l'integrazione, nel sistema informativo del Pronto Soccorso, di un algoritmo di alert per intercettare i pazienti eleggibili alla presa in carico del Bone Specialist e l'implementazione del percorso FLS con

il coinvolgimento della Reumatologia e dell'Ortopedia. In ultimo vi è l'impegno a definire indicatori di monitoraggio del percorso paziente con fragilità ossea al fine di poter valutare periodicamente la qualità dell'assistenza sanitaria offerta.

AOU delle Marche

Presso l'AOU delle Marche (Figura 12) è stato avviato un progetto pilota che prevede l'inserimento di una figura di Case Manager nel dipartimento che fa capo all'ambulatorio dell'osteoporosi. Per 6 mesi il Case Manager di dipartimento sarà coinvolto in attività mirate a supportare e agevolare il percorso di cura e gestione dei pazienti con frattura di femore da fragilità e, a conclusione della sperimentazione, verrà valutato l'impatto che questa figura può apportare al percorso. In aggiunta, è in corso di consolidamento il PDTA esistente al fine di integrare i nuovi elementi implementati nel percorso. In particolare, l'implementazione di un algoritmo di alert in PS per intercettare i pazienti con fratture da fragilità eleggibili al percorso FLS e la standardizzazione delle consulenze endocrinologiche per garantire un inquadramento diagnostico completo con l'esecuzione di esami ematochimici e strumentali durante la degenza.

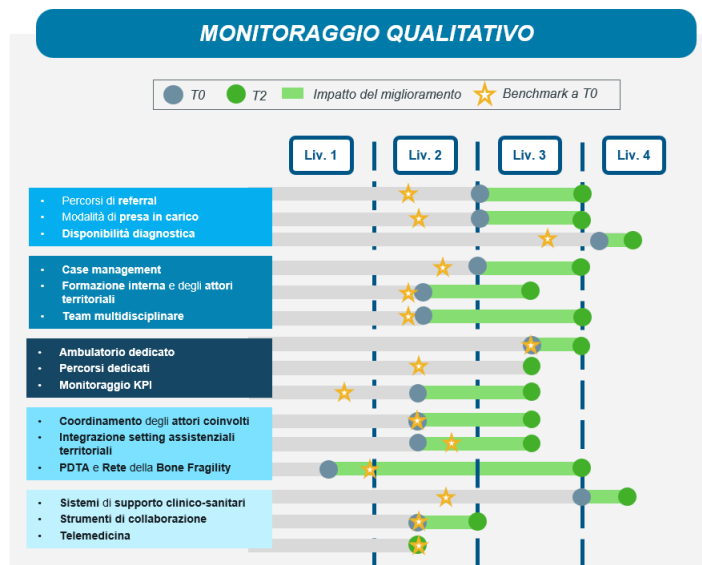


Figura 32: Il Maturity Model a T2 dell'AOU delle Marche

AOU Policlinico Rodolico di Catania

MONITORAGGIO QUANTITATIVO		
	T0	T2 (6 mesi)
% di pazienti over 65 con frattura, accettati in PS, che in dimissione ricevono indicazione alla prima visita con Bone Specialist	0%	0%
% di pazienti che erano in terapia antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento prima dell'evento sentinella	54%	42%
% di pazienti che ricevono una prescrizione terapeutica antifratturativa coerente con le linee guida di riferimento a seguito della frattura	97%	75%
% di pazienti che a 12 mesi dall'evento sentinella risulta aderente alla terapia farmacologica	75%	48%
% di pazienti che nei 12 mesi dall'evento sentinella subiscono una seconda frattura	0%	6%

Figura 43: I 5 KPI monitorati dall'AOU Policlinico Rodolico di Catania a T0 e T2

Nell'ambito del Policlinico Rodolico di Catania (Figura 13) è stato consolidato il legame con il territorio, attribuibile a un incremento dell'utilizzo da parte dei nuovi Medici di Medicina Generale della Piattaforma informatica della Rete Osteoporosi Sicilia che collega il

territorio dell'ASP di Catania con l'AOU Policlinico Rodolico. Questo strumento consente ai MMG di porre quesiti specifici o presentare casi clinici al Bone Specialist, al fine di favorire la prescrizione appropriata e orientare l'invio

verso l'ambulatorio dell'osteoporosi solo dei casi ritenuti idonei. La piattaforma funge da efficace filtro, riducendo gli accessi impropri e contribuendo a contenere le liste d'attesa. La Direzione Sanitaria e il Gruppo di Lavoro hanno riconosciuto, inoltre, l'importanza di ottimizzare la presa in carico dei pazienti con frattura da fragilità, promuovendo una collaborazione sempre più efficace tra i due ambulatori dedicati all'Osteoporosi della Medicina Interna e dell'Ortopedia.

ASST Pini CTO di Milano

Presso l'ASST Pini CTO (Figura 14) è in corso di approvazione finale il nuovo PDTA aziendale per strutturare la presa in carico da parte del Bone Specialist dei pazienti con frattura da fragilità che si presentano al Pronto Soccorso dell'ASST e quelli ricoverati nei reparti di ortopedia o riabilitazione presso il Polo Fanny Finzi Ottolenghi. In parallelo, si sta considerando l'implementazione del Case Manager esperto dell'osso, il cui ruolo sarebbe quello di coordinare il team multidisciplinare e le attività di percorso tra i vari reparti e strutture dell'ASST. Tale figura sarebbe inoltre coinvolta in una collaborazione con gli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC) al fine di adattare le attività assistenziali in base alle specifiche esigenze dei pazienti presi in carico. Presso l'ASST Pini CTO non è stato possibile raccogliere e monitorare i KPI del Progetto a causa dall'assenza di adeguati sistemi informativi in grado di garantire la raccolta dei dati.

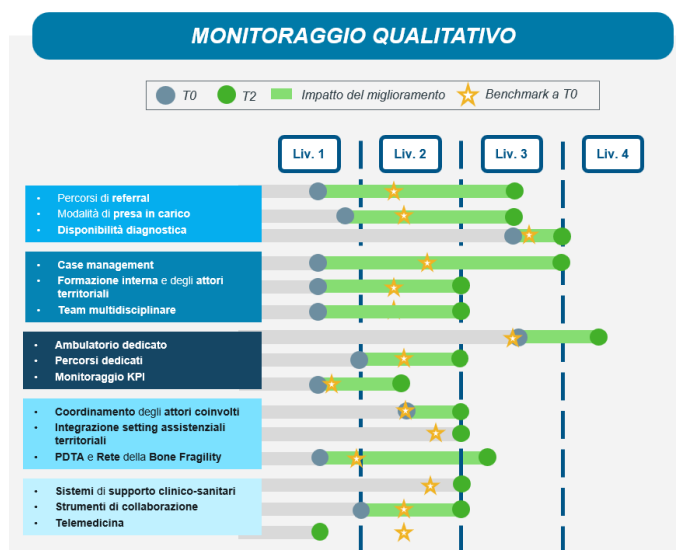


Figura 14: Il Maturity Model a T2 dell'ASST Pini CTO

AOU Vanvitelli e Ospedale Villa Betania di Napoli

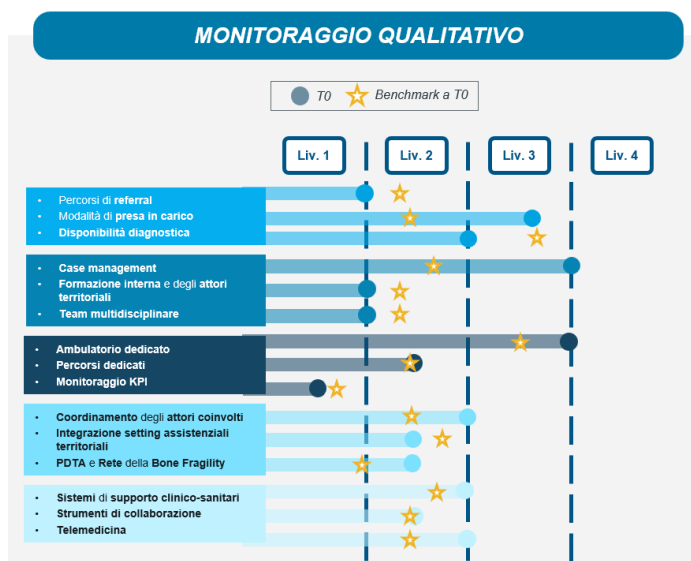


Figura 55: Il Maturity Model a T0 dell'AOU Vanvitelli e l'Osp. Villa Betania

Presso le due strutture ospedaliere di Napoli (Figura 15) si è proposta l'implementazione del percorso Fracture Liaison Service tra l'ortopedia dell'Ospedale di Villa Betania e l'ambulatorio di osteoporosi dell'AOU Vanvitelli. L'obiettivo è ottimizzare l'individuazione e il trattamento specialistico dei pazienti con fratture da fragilità formalizzando il percorso con un accordo interaziendale. Con lo stesso fine, è stata evidenziata anche la possibilità di integrazione degli accertamenti del metabolismo fosforalcalico nel post operatorio ortopedico dell'Ospedale di Villa Betania per migliorare

l'individuazione dei pazienti con fratture da fragilità e ottimizzare la gestione della degenza, integrando la diagnostica. L'obiettivo finale è la creazione di una Fragility Fracture Unit, come suggerito dall'Atto di indirizzo regionale sulle fratture da fragilità, che operi a livello interaziendale con ortopedici, fisiatristi Bone Specialist ed anche la figura del Case Manager.

AOU di Parma

Presso l'AOU di Parma (Figura 16), è stata eseguita l'analisi iniziale per valutare lo stato dell'arte della gestione dei pazienti con fratture da fragilità presso la struttura ospedaliera. Le interviste condotte hanno permesso di posizionare il centro a T0 sul Maturity Model e di sviluppare un piano d'azione mirato a migliorare l'attuale gestione. Attualmente, sono in corso le interazioni con il referente di Progetto e la Direzione Sanitaria dell'AOU di Parma al fine di condividere le evidenze emerse e valutare congiuntamente la priorità di implementazione delle azioni proposte per ottimizzare il percorso.

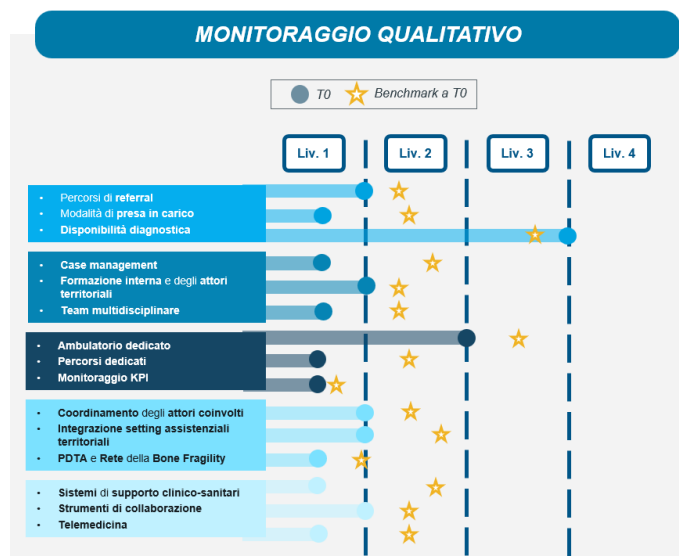


Figura 66: Il Maturity Model a T0 dell'AOU di Parma

AO di Perugia

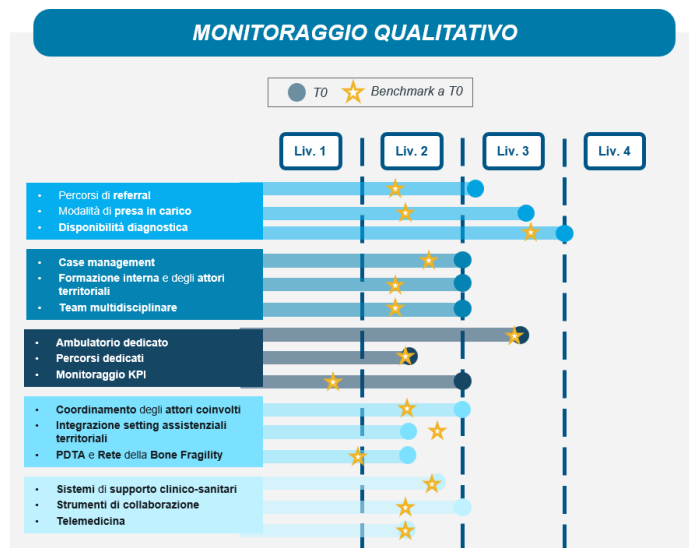


Figura 77: Il Maturity Model a T0 dell'AO di Perugia

Presso l'AO di Perugia (Figura 17), le attività di progetto sono state avviate in un secondo momento rispetto agli altri Centri. Le analisi condotte hanno evidenziato una struttura già ben consolidata, con un posizionamento complessivo superiore alla media rispetto agli altri centri. Questo grazie, ad esempio, alla presenza di un team ortogeriatrico che facilita la presa in carico di tutti i pazienti con fratture fragili del femore o maggiori. Con l'obiettivo di far diventare l'AO di Perugia un centro di riferimento FLS nella Regione Umbria, è stata definita, insieme alla

Direzione Sanitaria, la volontà di consolidare ulteriormente il percorso. Si mira a estendere la presa in carico a tutte le fratture da fragilità, comprese quelle vertebrali e minori. Inoltre, si prevede di avviare integrazioni con i servizi territoriali per migliorare la gestione di tutti i pazienti e di definire e formalizzare il ruolo dei quattro

ambulatori dell'osteoporosi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia nella gestione di sottogruppi di pazienti con specificità ed esigenze diverse.

AOUI di Verona

Nell'ambito dell'AOUI di Verona (Figura 18), le attività del progetto sono state avviate in un secondo momento rispetto agli altri Centri. Il contesto regionale del Veneto si distingue per la sua forte attività nella prevenzione delle fratture da fragilità causate dall'osteoporosi. Infatti, sono stati istituiti centri regionali di riferimento per l'osteoporosi, sono stati redatti documenti di indirizzo sull'impiego dei farmaci per questa patologia, è stato sviluppato un PDTA dedicato e è stato creato uno strumento informatico chiamato "Query" per favorire l'identificazione sistematica dei soggetti con

osteoporosi o ad alto rischio di frattura da fragilità, da parte dei MMG, interrogando il database delle Cartelle Cliniche informatizzate. Nel 2023, l'AOUI di Verona ha recepito il PDTA regionale, elaborando un PDTA Aziendale specifico per pazienti con osteoporosi o frattura fragile. Attualmente, sono in corso interazioni con il gruppo di lavoro e la Direzione Sanitaria al fine di individuare le azioni necessarie da implementare, in linea con il PDTA stesso, per garantire un percorso sempre più uniforme ed eccellente.

La terza fase di Progetto: comunicazioni e validazione dei risultati di progetto

Durante l'intero percorso del progetto, sono stati diffusi brevi articoli attraverso pubblicazioni sul sito della SIOMMMS al fine di rendere note, passo dopo passo, le varie fasi progettuali e i risultati ottenuti dai centri che via via completavano la fase di analisi prevista dal progetto. In parallelo a queste pubblicazioni, ai due Congressi Macroregionali promossi dalla SIOMMMS nel marzo 2023, uno dedicato al Centro-Nord a Modena e l'altro al Centro-Sud a Salerno, è stata fornita un'ampia esposizione sul Progetto #IMPACT, accompagnata dalla condivisione dei risultati fino a quel momento conseguiti dall'analisi del percorso paziente con fragilità ossea nelle prime strutture ospedaliere italiane aderenti al progetto. Analogamente, il XXIII Congresso Nazionale della SIOMMMS, che si è svolto alla fine di ottobre a Giardini Naxos, ha rappresentato un'importante vetrina per la presentazione del Progetto. In questa occasione, inoltre, il presidente della SIOMMMS ha avuto l'opportunità di

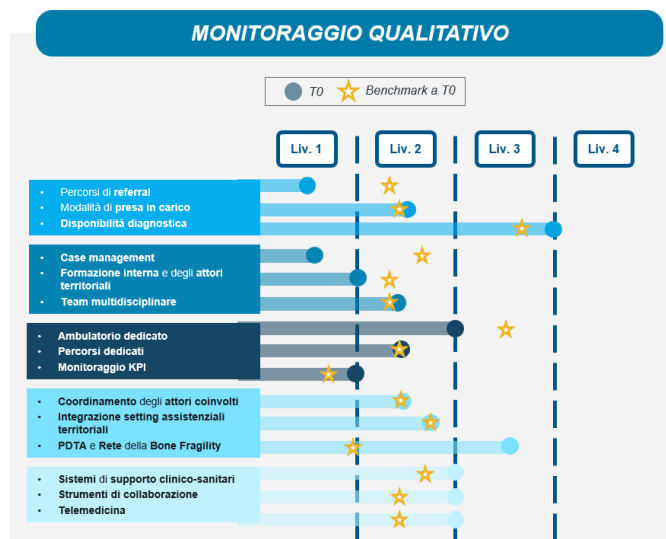


Figura 88: Il Maturity Model a T0 dell'AOUI di Verona

premiare i 10 Centri che hanno partecipato al Progetto #IMPACT nell'edizione 2022-2023, conferendo loro una targa e riconoscendo il loro significativo contributo al progetto stesso.



Figura 19: I Key Insight del Progetto IMPACT

Infine, a dicembre 2023, in chiusura delle attività del progetto, è stato organizzato un Think Tank con tutti i referenti dei 10 Centri IMPACT. Questo incontro collegiale ha rappresentato un'occasione per confrontarsi sulle tematiche emerse durante il progetto, condividere le esperienze virtuose e le difficoltà riscontrate nell'implementazione del piano d'azione nei vari centri, nonché per validare il Modello FLS del Progetto IMPACT alla conclusione delle attività progettuali. Durante l'incontro sono stati affrontati i punti cruciali relativi alle opportunità di sviluppo, che sono emersi in modo ricorrente dall'interazione con i centri partecipanti, evidenziando le aree di intervento prioritario per migliorare il percorso assistenziale del paziente con frattura da fragilità, come riportato nella Figura 19. Il presidente della SIOMMMS, che ha partecipato al Think Tank insieme ai referenti, ha sottolineato l'importanza di continuare a lavorare al fine di promuovere il raggiungimento e il mantenimento dell'eccellenza e auspicabilmente favorire la diffusione delle migliori pratiche per garantire un'omogeneità sempre maggiore nella gestione e nella cura del paziente con fratture da fragilità su tutto il territorio italiano.