

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Mercoledì 3 dicembre 2008

alle ore 11 e 17

107^a e 108^a Seduta Pubblica

ORDINE DEL GIORNO

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 ottobre 2008, n. 155, recante misure urgenti per garantire la stabilità del sistema creditizio e la continuità nell'erogazione del credito alle imprese e ai consumatori, nell'attuale situazione di crisi dei mercati finanziari internazionali (*Approvato dalla Camera dei deputati*) – *Relatore* COSTA (*Relazione orale*). **(1230)**

II. Discussione delle mozioni nn. 5, Bianconi ed altri, e 70, Rizzi ed altri, sulla prevenzione e cura dell'osteoporosi (*testi allegati*).

MOZIONI SULLA PREVENZIONE E CURA DELL'OSTEOPOROSI

(1-00005) (4 giugno 2008)

BIANCONI, BAILO, BOLDI, BIANCHI, BIONDELLI, ANTEZZA, BASSOLI, PORETTI, COLLI, SBARBATI, GARAVAGLIA Mariapia, MAZZUCONI, ARMATO, MONGIELLO, POLI BORTONE, VICARI, GERMONTANI, RIZZOTTI, SPADONI URBANI, BUGNANO, CARLINO, THALER AUSSERHOFER, ADAMO, CHIAROMONTE. – Il Senato,

premessi che:

l'osteoporosi si definisce come un disordine delle ossa scheletriche, caratterizzato dalla diminuzione della massa delle ossa e dalla predisposizione alle fratture spontanee, che colpisce in prevalenza il sesso femminile;

in Italia, tale patologia si sta estendendo alle giovani e ai giovani, visti gli stili di vita non corretti e la mancanza di informazione sulla prevenzione e sui rischi ad essi conseguenti;

l'osteoporosi, ritenuta quasi esclusivamente femminile, sta interessando, in questi ultimi anni, anche la popolazione maschile. Si stimano, infatti, oltre un milione di uomini con massa ossea a rischio;

in occasione del congresso nazionale di Firenze del 13 novembre 2007, gli specialisti della Siomms, l'associazione scientifica in cui confluiscono esperti di patologie delle ossa, hanno quantificato in circa cinque milioni gli italiani malati di osteoporosi e approssimativamente in 3 milioni quelli latenti o inconsapevoli;

la spesa sanitaria per la patologia cresce in modo esponenziale di anno in anno;

i soli costi ospedalieri delle fratture del femore si attestano attorno ai 700 milioni di euro;

si stimano circa 100.000 persone con fratture di femore ricoverate nei reparti ortopedici e 200.000 fratture vertebrali diagnosticati pari al 20 per cento del totale, con oltre l'80 per cento che ancora oggi non vengono riconosciute come osteoporosi;

chi ha avuto una frattura da osteoporosi ha una probabilità cinque volte superiore di avere un'altra frattura;

le previsioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sono preoccupanti poiché prevedono che da qui a 50 anni, in Italia, potranno esserci 24 milioni di osteoporotici;

oggi, attraverso tecniche mini-invasive di vertebroplastica e cifo-plastica, è possibile restituire alle vertebre fratturate una maggiore consistenza, permettendo di recuperare parte dell'altezza vertebrale persa, oltre a eliminare il dolore lancinante che accompagna la frattura vertebrale per

mesi dopo l'evento, restituendo il soggetto alle quotidiane attività, nel breve periodo, senza dover ricorrere all'uso continuato di busto ortopedico;

la ricerca scientifica ha fatto passi importanti, infatti il ranelato di stronzio, capostipite e ultimo ritrovato di una nuova generazione di farmaci per trattare l'osteoporosi, recentemente approvato in Europa e in Italia, riduce il rischio di fratture vertebrali e del femore in pazienti con osteoporosi post-menopausale;

con una semplice indagine anamnestica si può diagnosticare la frattura da fragilità e dimettere il paziente con questa diagnosi, senza costi aggiuntivi per il sistema sanitario, ma con un miglioramento dell'indagine anamnestica e con la possibilità per questa tipologia di pazienti (i più fragili in quanto già soggetti a precedenti fratture) di essere appropriatamente curati con i farmaci riconosciuti dal nostro Servizio sanitario nazionale;

considerato che:

già nella XIV Legislatura, la 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato, in data 7 maggio 2003, ha approvato il documento relativo all'indagine conoscitiva «Sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica», nel quale esortava il Ministero della salute a impegnarsi nel riconoscere l'inclusione dell'osteoporosi tra le malattie croniche invalidanti, *ex* articolo 5 del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, e riferiva la necessità, tra le altre, di istituire dei registri nazionali delle «prime fratture»;

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 7 maggio 2007, n. 104, ha apportato alcune variazioni in tema di prestazioni erogate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), riguardo in particolar modo alle patologie che possono favorire l'insorgenza dell'osteoporosi,

impegna il Governo:

a porre in essere tutti gli strumenti più idonei alla sensibilizzazione e alla conoscenza dell'osteoporosi, attraverso la promozione di campagne informative sui corretti stili di vita, sulle cure oggi disponibili e sull'importanza di controlli specifici, presso le scuole e le strutture sanitarie, quali farmacie e ambulatori dei medici di famiglia;

ad introdurre opportune misure al fine di offrire un servizio pubblico adeguato alla prevenzione e alla cura dell'osteoporosi, attraverso l'istituzione del Registro delle fratture di fragilità;

a individuare e predisporre una specifica scheda di dimissioni ospedaliere (SDO) che permetta di vedere riconosciuti i propri diritti ad una terapia.

(1-00070) (2 dicembre 2008)

RIZZI, MONTANI, TORRI, BODEGA, VALLARDI, DIVINA, MARAVENTANO, VALLI. – Il Senato,

premessò che:

l'osteoporosi costituisce un rilevante problema di salute pubblica, di regola associato a fratture da fragilità, che a loro volta si traducono

in un elevato incremento della morbilità, in un vario grado di inabilità permanente e, nei casi più gravi, addirittura in un eccesso di mortalità;

i dati statistici più aggiornati riguardano gli Stati Uniti, dove la prevalenza di osteopenia, ossia i casi di indebolimento medio dell'osso, è pari a 15 milioni fra le donne e a 3 milioni tra gli uomini; l'osteoporosi vera e propria interessa 8 milioni di americane e 2 milioni di americani;

con l'aumento della durata della vita media, anche in Italia la malattia sta tuttavia assumendo una dimensione non trascurabile. L'invecchiamento rappresenta infatti uno dei principali fattori di rischio per l'osteoporosi e l'Italia è il Paese europeo con la più alta percentuale di popolazione anziana: il 19,2 per cento degli italiani (quasi uno su cinque) ha un'età uguale o superiore a 65 anni, mentre la media europea è del 16,5 per cento;

non esistono ad oggi dati certi sulla diffusione della patologia osteoporotica in relazione al nostro Paese: emerge infatti una marcata discrepanza tra i riscontri epidemiologici degli studi clinici e le risultanze emerse dall'indagine multiscopo sulle famiglie del 2000 condotta dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT);

secondo l'Epidemiological Study on the Prevalence of Osteoporosis (ESOPO), pubblicato nel 2006 (che rappresenta la prima indagine epidemiologica sull'osteoporosi estesa a tutto il territorio nazionale), la prevalenza dell'osteoporosi e dell'osteopenia sarebbe rispettivamente del 18,5 e del 44,7 per cento nelle donne di età compresa fra i 40 e i 79 anni e del 10 e del 36 per cento negli uomini di età compresa tra i 60 e i 79 anni;

i dati ISTAT presentano percentuali sottostimate rispetto a quelle dello studio ESOPO (secondo l'indagine multiscopo ISTAT si dichiara malato di osteoporosi il 4,7 per cento della popolazione totale e il 17,5 per cento degli ultrasessantacinquenni), ma la discrepanza registrata può essere imputata anche alla natura spesso asintomatica della malattia dell'osteoporosi, che rende complessivamente poco attendibili i rilievi anamnestici;

il problema della scarsa consapevolezza della patologia osteoporotica è stato di recente evidenziato dallo studio pilota condotto nel 2003 nell'area di Firenze dall'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con la Regione Toscana e l'ISTAT: dallo studio, infatti, è emerso che solo una donna su due affetta da osteoporosi è a conoscenza della sua patologia; per gli uomini, la percentuale è di uno a cinque; il 50 per cento delle persone che pensano di essere affette da osteoporosi in realtà non lo sono, mentre la metà di quelli realmente affetti dalla malattia non è a conoscenza del problema;

per quanto riguarda l'incidenza delle fratture, le statistiche più recenti risalgono all'indagine conoscitiva svolta nella XIV legislatura dalla 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato, che ha rilevato un'incidenza di 78.000 casi all'anno per le fratture del femore; per le fratture vertebrali, che risultano più difficilmente rilevabili in base al mero

dato anamnestico, il Ministero della salute computa in 100.000 casi l'incidenza di tale tipologia di fratture;

anche sotto il profilo dei costi indotti dalla patologia, non sono al momento disponibili stime attendibili, soprattutto in riferimento ai costi indiretti dell'osteoporosi;

la citata indagine conoscitiva svolta dalla 12^a Commissione permanente nella XIV legislatura computava infatti in 586 milioni di euro i costi diretti dell'osteoporosi (quelli legati cioè all'ospedalizzazione), spesa complessivamente in linea con quella sostenuta dagli altri Paesi europei;

è tuttavia significativo osservare come le giornate di degenza per frattura del femore siano più numerose di quelle per infarto miocardico e per broncopneumopatia cronica ostruttiva (+25 e +40 per cento rispettivamente), dato questo che sicuramente incide negativamente anche sugli obiettivi di riequilibrio tra l'offerta ospedaliera e quella territoriale che informano l'attuale programmazione sanitaria al livello sia nazionale che regionale;

molto più difficile appare la stima dei costi indiretti conseguenti alla patologia osteoporotica, derivanti dai giorni di assenza dal lavoro per malattia e quindi dalla mancata produttività, nonché dell'impatto della patologia sulla spesa privata per le prestazioni assistenziali non rimborsate dal Servizio sanitario nazionale (come quelle legate alla riabilitazione);

al fine di ridurre il costo sociale della patologia, un contributo determinante è dato dall'implementazione di attività di promozione alla salute basate sull'epidemiologia, sull'evidenza, sulla campagne di prevenzione, sulla diagnosi precoce e sull'adozione di politiche atte a promuovere l'accesso dei pazienti alle terapie di comprovata efficacia scientifica;

i fattori genetici giustificano, infatti, circa il 70 per cento della variabilità individuale della massa ossea ad ogni età, per cui una spiccata familiarità per fratture osteoporotiche sicuramente giustifica uno *screening* precoce della malattia;

l'osteoporosi e la frattura osteoporotica presentano, tuttavia, una patogenesi multifattoriale, in quanto, oltre ai fattori genetici, la propensione al rischio osteoporotico sembra essere determinata anche da fattori indipendenti, che sicuramente giustificano l'opportunità del ricorso a campagne informative e di sensibilizzazione ad ampio spettro;

per l'osteoporosi, la prevenzione deve infatti cominciare in età precoce, in quanto è nell'adolescenza che l'apporto di calcio attraverso gli alimenti viene più efficacemente assorbito dall'organismo, contribuendo così al consolidarsi della massa ossea;

è inoltre necessario che l'attività di prevenzione sia rivolta anche alle persone di sesso maschile, che mostrano una più spiccata propensione a sottostimare il problema: a differenza delle donne, infatti, gli uomini vengono colpiti con l'estremo avanzare dell'età, intorno ai 75-80 anni, con presenza di deformazioni vertebrali e fratture dell'avanbraccio; morbidità e mortalità per le lesioni ossee sono nettamente superiori negli uomini rispetto alle donne: i decessi dovuti a fratture del collo del femore sono,

infatti, il doppio di quelli femminili e il 36 per cento degli uomini muore entro il primo anno dalla frattura,

impegna il Governo:

a promuovere un'implementazione degli studi epidemiologici relativi alla patologia osteoporotica, al fine di rilevare l'incidenza di fratture osteoporotiche o di determinare la prevalenza della malattia, nel caso promuovendo la stipula di un accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome finalizzato a definire comuni obiettivi epidemiologici anche attraverso l'utilizzo dello strumento dei registri di patologia;

a promuovere uno studio nazionale sui costi diretti (ospedalizzazione ed altre forme di assistenza a carico del Servizio sanitario nazionale), sui costi indiretti (legati, in particolare, alla morbilità), nonché sui costi privati (spesa per prestazioni non rimborsate dal Servizio sanitario nazionale) connessi all'osteoporosi;

a monitorare l'offerta assistenziale extra-ospedaliera presente nelle diverse Regioni in relazione all'osteoporosi;

a promuovere l'adozione di specifici progetti di prevenzione sanitaria volti a diffondere l'assunzione di calcio e colecalciferolo (la cui assenza costituisce la principale causa della patologia osteoporotica);

a promuovere la diagnosi tempestiva della patologia attraverso la diffusione della densitometria ossea e dell'indagine mineralometrica (MOC), che consente di misurare con precisione la densità del tessuto osseo;

a promuovere campagne di sensibilizzazione specificamente rivolte a prevenire i rischi di una diffusione dell'osteoporosi tra le persone di sesso maschile.