

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SUI PROBLEMI SOCIO-SANITARI CONNESSI ALLA PATOLOGIA OSTEOPOROTICA

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 MAGGIO 2002

Presidenza del vice presidente DANZI

INDICE

Audizioni rappresentanti di associazioni di categoria

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 12 e <i>passim</i>	* ADAMI	Pag. 6, 13, 17 e <i>passim</i>
* BETTONI BRANDANI (DS-U)	14	* CREPALDI	9, 18
BOLDI (LP)	16	* MAGGI	3, 18
* CARELLA (Verdi-U)	13		
FASOLINO (FI)	14		
MAGRI (UDC:CCD-CDU-DE)	14, 16, 17		
* MASCIONI (DS-U)	16, 17		
SALZANO (Aut)	15		
* TATÒ (AN)	15		
TREDESE (FI)	15		

N.B.: L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Unione Democristiana e di Centro: UDC; CCD-CDU-DE; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Gruppo per le autonomie: Aut; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti Democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma.

Intervengono per il Centro per lo studio dell'invecchiamento del CNR di Padova la dottoressa Stefania Maggi, il presidente della Società italiana dell'osteoporosi, del metabolismo minerale e delle malattie dello scheletro (SIOMMMS) professor Silvano Adami, ed il presidente della Società Mediterranea per lo studio dell'osteoporosi, professor Gaetano Crepaldi.

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni rappresentanti di associazioni di categoria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica.

In rappresentanza del Centro per lo studio dell'invecchiamento del CNR di Padova la dottoressa Maggi illustrerà alcune diapositive che evidenziano come la patologia osteoporotica sia in diretta correlazione al fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione.

Do quindi la parola alla dottoressa Maggi.

MAGGI. Signor Presidente, al fine di dare un'idea della dimensione dell'osteoporosi in Italia, illustrerò alcuni recenti dati nazionali, inquadrando la patologia dal punto di vista numerico e delle complicità alla stessa connesse.

L'osteoporosi, come le altre maggiori patologie croniche, è legata soprattutto all'invecchiamento della popolazione. Da diversi anni ormai la popolazione italiana è fra le più anziane del mondo e sta invecchiando con una rapidità superiore a qualsiasi altro Paese: le persone al di sopra dei 65 anni superano il 18 per cento, primato mantenuto in termini percentuali anche dagli ultraottantenni. Poiché dal 2000 si registra in Italia quasi il raddoppio della popolazione ultraottantacinquenne, è prevedibile che nel 2045-2050 vi sarà un'ultraottantenne ogni sei persone. Per questo motivo le patologie che colpiscono questa fascia d'età rappresentano per il nostro Paese un problema prioritario a livello sia sanitario che sociale.

Fra le principali cause di disabilità, che comportano la maggiore spesa sanitaria per la popolazione anziana, vi sono l'osteoporosi e le fratture del femore, le malattie cardiovascolari, il diabete, l'artrosi, i disturbi visivi, uditivi e cognitivi per le complicità associate. In base alla definizione dell'OMS, l'osteoporosi è una condizione caratterizzata da una diminuita massa ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, che comportano un'aumentata fragilità e quindi un accre-

sciuto rischio di frattura. L'osso non è una struttura statica ma è in continuo rimodellamento. In presenza dello squilibrio che ho testé indicato si riscontra un aumento nella frequenza delle fratture, soprattutto a livello delle vertebre, del femore prossimale, dell'anca e del polso.

Vorrei focalizzare la vostra attenzione sulle fratture del femore e delle vertebre, che sono prioritarie dal punto di vista della spesa sanitaria, della qualità della vita alterata e delle principali complicanze sulla disabilità; tralascierò invece le fratture del polso.

Grazie ad un recente studio, chiamato «Esopo» e condotto su un campione di oltre 11.000 persone, è stato per la prima volta quantificato il fenomeno dell'osteoporosi anche in Italia. La misurazione della densità ossea su questo ampio campione di donne ultraquarantenni e di uomini ultracinquantenni ha evidenziato che circa il 23 per cento delle donne è affetto da osteoporosi e oltre il 40 per cento da osteopenia, patologia che configura una fragilità ossea meno importante ma che pur sempre pone a rischio di frattura e delle complicanze prima indicate.

Con l'aumentare dell'età cresce marcatamente la percentuale di donne affette da osteoporosi, malattia definita da sempre femminile pur essendone, di fatto, affetti anche i maschi, in una percentuale di circa il 15 per cento della popolazione al di sopra dei sessant'anni; tale percentuale, oltre a non essere affatto irrilevante, tende ad aumentare con l'età.

I dati Istat, basandosi generalmente sulla risposta alla domanda se si è affetti da osteoporosi, indicano ovviamente percentuali molto inferiori, trattandosi di una patologia silente che non provoca alcun sintomo sino a che non si presenta la complicanza, ossia la frattura. Come avviene anche per altre patologie, nel caso dell'osteoporosi, il dato di prevalenza riportato dal soggetto è del tutto inattendibile e inaffidabile, in quanto porta ad una sottostima rilevante del fenomeno.

Proprio questa mattina, all'Istituto Superiore di Sanità, nel corso della valutazione di alcuni studi effettuati su campioni molto più ristretti rispetto a quelli sopra riportati, trattandosi solo di alcune centinaia di persone, si è constatato che le percentuali di soggetti affetti sono sovrapponibili a quelle dello studio «Esopo». In sintesi, nel nostro Paese questi sono gli unici dati veramente attendibili che consentono di stimare che oggi circa quattro milioni di donne sono affette da osteoporosi, cifra che prevedibilmente aumenterà di circa 700.000 unità nei prossimi vent'anni. Si tratta comunque di una sottostima, trattandosi di dati che si basano soltanto sull'aumento legato all'invecchiamento della popolazione, mantenendo il valore del rischio fisso al livello attuale in ogni gruppo di età.

In letteratura, però, è indicato un aumento dell'incidenza delle fratture. Negli ultimi cinquant'anni, ad esempio, si è registrato in Italia, come in altri Paesi, un incremento delle fratture al femore dall'1 al 3 per cento per anno. Tenendo conto di tale dato, nel 2025, ossia nei prossimi 20-30 anni, tale percentuale sarà superiore a quella da noi stimata.

L'osteoporosi è una patologia importante proprio per le complicanze correlate che conducono ad una disabilità particolarmente marcata; senza

dubbio la frattura del femore è la complicanza principale. In base a un rapporto sull'osteoporosi redatto qualche anno fa dalla Commissione europea (ai lavori della quale abbiamo contribuito per la parte epidemiologica), con l'età l'incidenza delle fratture al femore – fatto chiaramente sostenuto e dimostrato in tutti gli studi – raddoppia ogni quinquennio di età dopo i 65 anni, arrivando a circa 450 fratture ogni 10.000 persone ultraottantacinquenni. Si tratta dunque di una patologia estremamente importante, frequente e in costante aumento nei prossimi anni.

Attualmente in Europa si contano circa 465.000 fratture che arriveranno a oltre 960.000 nei prossimi anni: quindi, un aumento costante. Pur essendo il rischio quattro volte superiore nelle donne, la patologia interessa l'intera popolazione. Gli esiti delle fratture del femore sono devastanti, a livello sia sanitario sia sociale, per la qualità di vita della persona. Il rischio di morte per frattura del femore (dato sul quale purtroppo non ci si sofferma e che soprattutto le donne non conoscono) è simile a quello per tumore alla mammella. In tutte le indagini conoscitive svolte si è riscontrato nelle donne il terrore del tumore della mammella; di contro, la frattura del femore non è minimamente considerata pur essendo il rischio di pari entità. La mortalità nella fase acuta si aggira intorno al cinque per cento e raggiunge il 25 per cento ad un anno dalla frattura.

Oltre alla mortalità, l'impatto sulla disabilità è immenso: meno della metà dei pazienti, dopo un anno dall'evento, riesce a camminare in maniera autonoma e, nel 20 per cento dei casi, l'abilità a deambulare è completamente persa; si crea quindi una totale dipendenza. Solo il 30-40 per cento dei pazienti ha autonomia nelle attività di vita quotidiana di base (camminare, vestirsi, mangiare, e via discorrendo). Questi dati bastano a dimostrare l'effetto devastante della patologia osteoporotica.

Oltre alla frattura del femore mi soffermerò brevemente sulle fratture vertebrali che sono considerate molto meno gravi, pur avendo, di fatto, un impatto sulla qualità di vita molto marcato, spesso sottostimato nella donna anziana. Fino a 60 anni le fratture vertebrali sono più frequenti nel maschio che nella femmina perché collegate ad eventi traumatici più che a fragilità ossea. Come per le fratture del femore, si giunge poi ad una maggiore incidenza nelle donne con una frequenza del 25 per cento nel gruppo di ultrasettantacinquenni. Le fratture vertebrali molto spesso sono non diagnosticate e non trattate. Sul totale di esse solo il 40 per cento giunge all'attenzione clinica e solo il 10 per cento porta all'ospedalizzazione della paziente. Ciò nonostante, non solo hanno un impatto sulla qualità di vita per il dolore che comportano e per la disabilità nelle attività quotidiane ma hanno anche un'influenza sulla mortalità. Il rischio di morte per le donne con la frattura del femore e delle vertebre è quasi sovrapponibile ed è dieci volte superiore a quello di persone della stessa età che non hanno avuto una frattura di questo tipo.

Dalla diapositiva, conservata agli atti, che riassume il rischio di mortalità dopo le fratture da fragilità da osteoporosi, si evince che se i punti fossero tutti sulla linea rossa non esisterebbe un rischio di mortalità superiore per le persone che hanno avuto una frattura da fragilità rispetto alla

popolazione di pari età e sesso. Una qualsiasi frattura invece comporta un rischio di almeno due volte superiore al resto della popolazione. Certamente femore e vertebre sono le sedi che comportano il rischio di mortalità superiore associato; come è ovvio, in caso di frattura del polso tale rischio non è significativamente diverso da quello del resto della popolazione. Ciò, per riassumere l'importanza delle complicanze da osteoporosi.

Dopo i 50 anni, il rischio di fratture ossee è tre volte superiore nelle femmine rispetto ai maschi: circa il 40 per cento contro il 13 per cento degli uomini, dato inferiore ma non insignificante. Nel 15,6 per cento delle donne si rilevano fratture delle vertebre contro il cinque per cento degli uomini; le fratture del femore colpiscono quasi il 18 per cento delle donne contro il sei per cento dei maschi.

Ho cercato di riassumere brevemente la correlazione fra l'osteoporosi e l'invecchiamento della popolazione, che ha un'importanza fondamentale per quanto riguarda la pianificazione sanitaria e sociale in Italia. Tale invecchiamento, già di per sé, comporta un aumento del numero assoluto di fratture e delle patologie età-associate. È inoltre documentato un aumento secolare, indipendente dall'invecchiamento, delle fratture del femore, incremento che può raggiungere il tre per cento ogni anno.

Nell'ambito di una relazione analoga che presentai al *US Congress (Office of Technology Assessment)* 12 anni fa, arrivai alle medesime conclusioni. Oggi per fortuna la quantificazione dei fenomeni d'aumento delle patologie croniche è documentata dalla ricerca epidemiologica che, oltre a dare la dimensione del problema, consente di identificare i soggetti a più alto rischio, per i quali esistono interventi di prevenzione delle complicanze, che sono estremamente costose in termini sia economici sia di qualità della vita dei pazienti. Dieci anni fa la mancanza di una conoscenza approfondita del fenomeno era un forte incentivo a continuare la ricerca; oggi, le conoscenze attuali dovrebbero essere un imperativo per implementare interventi di prevenzione e di cura.

ADAMI. Tratterò la diagnostica, i fattori di rischio di osteoporosi in Italia e le terapie farmacologiche possibili e la loro compatibilità economica.

Il numero di densitometri più moderni disponibili nel Paese, a parte qualche carenza nel Sud, risulta essere abbastanza adeguato. Il problema non è la mancanza di strumenti quanto un uso più corretto degli stessi. Non abbiamo interpretato l'introduzione dei LEA – che riguardano anche la densitometria – come punitiva nei confronti di questo tipo di indagini, piuttosto come un'opportunità per migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili. A tal scopo abbiamo identificato quelle che riteniamo essere le linee guida per la prescrizione della densitometria ossea. Innanzi tutto raccomandiamo di non ripetere l'esame perché è comunque uno spreco di risorse. Abbiamo poi identificato alcune fasce a rischio – facilmente riscontrabili anche dal medico di medicina generale – che consentono di individuare esattamente i soggetti da sottoporre a indagine densitometrica. Quest'aspetto è importante perché, in realtà, solo il nove per cento dei pazienti

che hanno effettiva necessità di tale esame riesce a farlo, essendo di norma le strutture occupate da chi non ne ha bisogno. Se non si rispettano regole d'utilizzo precise, gli ostacoli maggiori si ripercuotono su chi ha bisogno di sottoporsi ad indagini specifiche. La nostra speranza è che i LEA costituiscano un'opportunità per intensificare le indagini per chi ne ha reale bisogno piuttosto che per conseguire esclusivamente una riduzione di spesa.

A prescindere dal dato densitometrico, alcune fasce sono a fortissimo rischio. Posto uguale a uno il rischio di frattura in una donna in menopausa con osteoporosi, se quest'ultima si è già fratturata il rischio diventa cinque volte superiore. Ciò giustifica la Nota 79 che individua la fascia ad alto rischio in coloro che hanno già avuto una frattura. Se una persona assume però cortisonici senza essersi precedentemente fratturata il rischio aumenta di venti volte. Se si tratta poi di donna che ha trascorso la menopausa assumendo cortisonici (il professor Crepaldi illustrerà poi i dati dei *trial* cortisonici) il rischio aumenta di 30 volte.

In tal caso si può identificare un limite alla famosa Nota 79, giacché è giustamente considerata ad altissimo rischio la donna che ha già avuto una frattura. Ciò nonostante, il rischio è di gran lunga superiore per la donna che assume cortisonici, in quanto ha cinque probabilità in più di fratturarsi. La speranza è che vi sia un'evoluzione in questo senso, tenuto conto che la donna che assume cortisone non lo fa «per sport» ma perché ha una malattia che è già di per sé causa di invalidità.

Quali sono i fattori in merito ai quali è possibile assumere dati per identificare i soggetti a rischio e per disporre di un quadro dell'entità del rischio in Italia? Mi riferisco ovviamente ai fattori di rischio modificabili, dal momento che esistono anche fattori di rischio non modificabili (ad esempio l'ereditarietà) per i quali non è possibile fare molto. A parte l'osteoporosi secondaria, alcuni fattori di rischio modificabili sono ben identificati: il fumo, l'abuso di alcolici, l'inadeguata attività fisica e lo scarso apporto di calcio e di vitamina D. Un moderato uso di alcolici non ha impatto sull'osteoporosi; nel caso del fumo, invece, è sufficiente una sigaretta per aumentare di 0,5 il rischio di osteoporosi.

Passiamo ora ad analizzare i fattori di rischio di osteoporosi in donne italiane in menopausa. Nel nostro Paese è necessario individuare chi deve sottoporsi a terapia ormonale sostitutiva. In base ai dati a nostra disposizione, si evince con molta chiarezza che le donne in età più avanzata avrebbero dovuto sottoporsi a terapie ormonali sostitutive trent'anni fa: ciò, naturalmente, si è verificato in ben pochi casi. In Italia, la percentuale attuale di chi segue questo genere di terapia per un anno è non solo discreta ma anche in netto aumento. Se per certi versi si è in presenza di un dato positivo, va però aggiunto che, analogamente a molti altri Paesi, la terapia ormonale sostitutiva è seguita per un tempo assolutamente irrilevante a fini di prevenzione dell'osteoporosi.

Un altro aspetto importante è dato dalla differenza tra chi fuma e chi non fuma. I dati a nostra disposizione sono il frutto di un'indagine epidemiologica condotta su tutto il territorio nazionale su un campione rappre-

sentativo della popolazione generale composto di 15.000 persone tra i cinquanta e gli ottant'anni, fascia di età che maggiormente ci interessa. Ebbene, la percentuale di fumatori alle varie età è purtroppo molto alta e, anche se apparentemente in netto declino rispetto alle fasce di età, i più giovani fumano più di quanto non facciano gli anziani. Discreta è la percentuale delle ex fumatrici. I dati a nostra disposizione rilevano che il 16 per cento delle persone a rischio di frattura ha il rischio addizionale legato al fumo che è indipendente dalla consistenza dell'osso.

Un altro fattore di rischio importante preso in considerazione nel corso di questa indagine epidemiologica è l'attività fisica. E' difficile paragonare la nostra situazione con quella di altri Paesi. Discrete sono le variazioni di tipo regionale tenuto conto che le donne che vivono, ad esempio, in aree rurali fanno molto più movimento. Ebbene, in Italia soprattutto nell'età più avanzata si rilevano condizioni peggiori rispetto alla media europea. Ai fini della patologia osteoporotica assume particolare importanza il basso peso corporeo: per la prima volta chi è obeso non ha problemi mentre sono i magri ad averne. L'attività fisica ha un impatto indipendente anche in termini di prevenzione delle cadute. L'atrofia muscolare aumenta il rischio. Nell'indagine da noi condotta il basso peso corporeo riguardava solo l'8,8 per cento del campione. La magrezza ha però un impatto notevole sulla massa ossea; esiste una relazione diretta tra massa ossea e massa corporea globale, in particolare massa grassa.

Un altro fattore di rischio in donne in menopausa è legato all'apporto di calcio e di vitamina D. In base ai dati raccolti l'apporto di calcio è insufficiente in circa il 30 per cento del campione di soggetti analizzati. Non mancano discrete differenze a livello regionale e infraregionale, a seconda che si tratti di soggetti che vivono in aree rurali o cittadine. Su tale fattore si può comunque incidere attraverso mirate campagne di informazione.

Nel nostro Paese emerge invece in maniera più drammatica la carenza di vitamina D. Abbiamo sempre ritenuto di essere esenti da questo problema perché siamo il «Paese del sole». Dimentichiamo però che le persone anziane non si espongono affatto al sole e, contrariamente a molti Paesi europei, i nostri alimenti non sono addizionati di vitamina D. Il risultato è che il 43 per cento del campione presenta una carenza di vitamina D, il che non significa soltanto più rischio di osteoporosi; potrebbero, ad esempio, verificarsi miopatie prossimali, che determinano cadute e comportano rischi in termini di impatto sulla qualità della vita. La percentuale emersa dal nostro studio non solo è preoccupante ma è stata anche confermata da due studi che hanno posto a raffronto la carenza di vitamina D in varie parti del mondo. Sia nello studio «Seneca», pubblicato su «Lancet» del 1995, sia in un altro studio, pubblicato sei mesi fa, emerge come l'Italia sia il Paese al mondo con la maggiore incidenza di ipovitaminosi D, seguito, subito dopo, da Spagna e Grecia. E ciò proprio perché abbiamo dimenticato che gli anziani hanno una carenza di vitamina D. Ad ogni modo affronterò questo aspetto specifico successivamente, soffermandomi sull'approccio dettagliato che abbiamo seguito nello svolgimento del nostro studio.

Essendo il vostro tempo limitato non mi dilungherò illustrando ulteriori dati.

Innanzitutto riteniamo utile razionalizzare, a livello nazionale, l'accesso alla densitometria secondo linee guida condivise. Le LEA sono una grande opportunità e il vostro aiuto è di fondamentale importanza ai fini di un migliore utilizzo delle risorse piuttosto che procedere a tagli di spesa alla cieca. Altrettanto importante è accreditare alcuni centri in grado di guidare l'utilizzo sia delle risorse sia dei farmaci nelle varie aree in cui si opera. Essendo l'osteoporosi poco nota, è necessario che le informazioni, che stiamo divulgando in questa sede, possano essere diffuse anche a livello di medici di base attraverso un'educazione medica continua.

Riguardo alla strumentazione è poi necessario modificare la legge che attualmente rende la gestione degli strumenti densitometrici disponibili soltanto ai radiologi. A nostro avviso, bisogna estendere anche ai maggiori esperti la possibilità di utilizzare tali strumenti anche a chi si occupa di osteoporosi. A differenza dei centri universitari un centro ospedaliero, pur essendo ampiamente qualificato, non può gestire la densitometria perché la legge lo vieta.

Come rilevava la dottoressa Maggi, è necessario avviare un osservatorio nazionale per verificare se quello che facciamo ha un impatto sulla salute della popolazione. Se non disporremo di dati costantemente aggiornati sull'evoluzione della patologia, non sapremo se quello che stiamo realizzando ha un impatto sulla salute. È necessario avviare una campagna di sensibilizzazione che abbia per oggetto alcuni obiettivi, fra i quali, ad esempio, l'ipovitaminosi D, che rappresenta un problema drammatico. A Verona, con l'Azienda sanitaria locale 20 abbiamo provato a somministrare, a tutte le persone che si sottoponevano al vaccino antinfluenzale un buono di vitamina D che costa solo un euro. Ebbene, è bastato questo piccolo intervento per ridurre il numero delle fratture, come si evince dai dati più recenti a nostra disposizione, il tutto con un costo per frattura risparmiata inferiore a mille euro. Se un intervento del genere fosse applicato in campo nazionale, si potrebbe risparmiare una quantità considerevole di denaro misurabile in termini sia di ospedalizzazione sia di qualità della vita.

È necessario richiamare l'attenzione soprattutto degli anziani sull'uso e sull'apporto di calcio. Bisogna indurre le persone ad eseguire l'esame dopo i 65 anni di età (fascia di età veramente a rischio), attraverso una campagna di sensibilizzazione sulle prevenzioni delle cadute, nel contesto di un'operazione di sanità che riguardi tutti gli anziani.

CREPALDI. Vi ringrazio per aver deciso di affrontare questo problema. Quando ho studiato medicina non esisteva sui libri di testo alcun capitolo dedicato all'osteoporosi, come non ve n'era alcuno sull'Alzheimer e su tutte le patologie che emergono a seguito dell'invecchiamento della popolazione e che sono responsabili dell'aumento marcato della spesa sanitaria. Gli Stati Uniti sono il Paese che ha raggiunto oggi il mas-

simo livello di spesa (15 per cento) rispetto al prodotto nazionale lordo. Tra spesa pubblica e privata l'Italia si attesta sensibilmente al di sotto, ovvero a circa il 6,5 per cento.

Tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione, non è pensabile che negli anni a venire sia possibile coprire in maniera globale tutte le richieste d'assistenza sanitaria. Diventa dunque fondamentale la prevenzione, che però oggi quasi tutti i Servizi sanitari nazionali ignorano. Come dapprima rilevava il professor Adami, anche nel campo dell'osteoporosi si può trattare chi ha avuto una frattura vertebrale ma non un ammalato che prende da anni il cortisone perché affetto da bronchite asmatica e che, per tale motivo, è cinque volte più a rischio di frattura, in quanto questo caso non è contemplato nella NOTA 79.

Fatta questa premessa, illustrerò alcuni dati relativi agli Stati Uniti, non perché non esistano riscontri nel nostro Paese, ma perché gli stessi dati sono resi noti dall'ISTAT con grande ritardo. I dati forniti dalla *National Heart Lung and Blood Institute*, dalla *National Osteoporosis Foundation* e dall'*American Heart Association* evidenziano come i costi annuali diretti relativi alla spesa per osteoporosi ammontino a circa 14 miliardi di dollari (l'importo in euro è abbastanza vicino) rispetto ai 20 miliardi di dollari spesi per lo scompenso cardiaco. La spesa sostenuta per la patologia osteoporotica è peraltro doppia rispetto a quella relativa alla terapia dell'asma. Ciò significa che l'osteoporosi sta diventando una tra le malattie più costose per il Servizio sanitario nazionale. L'osteoporosi è legata all'invecchiamento della popolazione e solo prevenendola sarà possibile ridurre i costi.

Per quanto riguarda i giorni di degenza ospedaliera per le fratture da osteoporosi, mi accingo ad illustrare dati che provengono da *Osteoporosis International*, rivista internazionale altamente qualificata. Essi mostrano come le giornate di degenza per frattura siano quasi il doppio delle giornate di degenza per broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) e almeno tre volte le giornate di degenza per infarto del miocardio. La Francia e la Spagna sono gli unici Paesi in Europa in cui la percentuale di donne a conoscenza dei rischi legati all'osteoporosi è all'incirca 50 per cento. Negli altri Paesi la percentuale di donne cosciente dei rischi che l'osteoporosi comporta è più bassa e in Italia tale percentuale è solo del 20 per cento. Questi dati sono molto preoccupanti perché indicano la mancanza di consapevolezza della patologia e dei rischi che la stessa comporta in termini di invalidità.

In Italia il 65 per cento delle persone con colesterolo alto sanno di averlo e circa un terzo di essi si sottopongono a trattamento; l'80 per cento dei malati di diabete sa di averlo, quasi il 70 per cento si cura. Nel caso dell'osteoporosi, invece, le donne sottoposte a trattamento sono un'infima minoranza. In testa alla classifica si collocano stranamente Paesi come il Libano, il Messico e la Francia, dove circa il 15 per cento delle pazienti viene trattato. Nel nostro Paese solo il due per cento delle donne affette da osteoporosi si sottopone a trattamento.

Drammatico – e non fa onore a noi medici – è che questa patologia non è neanche riconosciuta nell'ambiente clinico. I risultati di uno studio molto interessante e rigoroso, condotto da due radiologi, hanno evidenziato che, su circa un migliaio di donne ricoverate, in 132 è stata identificata una frattura vertebrale ad una verifica radiologica, contro solo 65 fratture segnalate nel referto radiologico dell'ospedale e, addirittura, solo 23 riportate nella cartella clinica. Di queste 132 donne che presentavano una frattura solo 25, in altre parole meno del – 20 per cento, ricevevano una terapia per osteoporosi. Questa situazione è abbastanza drammatica rispetto ad altre patologie croniche quali, ad esempio, l'iperlipidemia o il diabete.

Oggi esistono farmaci che possono essere prescritti in presenza di una frattura. Mi riferisco, ad esempio, ai farmaci quali i bisfosfonati, che riducono il riassorbimento dell'osso consolidandolo laddove sta perdendo calcio. Fra di essi vi è l'alendronato (nome chimico e non commerciale), che può ridurre le fratture vertebrali multiple del – 90 per cento se assunto per più di tre anni, il che non è poco.

Si è riscontrato attraverso uno studio che anche un altro bisfosfonato, il risedronato, se assunto per 36 mesi, riduce il rischio di nuove fratture di più del 40 per cento. Quindi, esistono farmaci ed esiste la possibilità di curare l'osteoporosi.

A seguito di terapie a base di risedronato in pazienti che avevano già avuto una frattura vertebrale si è registrata dopo tre anni di trattamento una riduzione significativa di nuove fratture, che si mantiene anche dopo cinque anni. La possibilità di ridurre di un terzo le nuove fratture vertebrali prolungando il trattamento rappresenta indubbiamente un dato importante.

Recentemente abbiamo introdotto in terapia anche il raloxifene, farmaco abbastanza simile a quello prescritto alle donne operate per tumore alla mammella: il Nolvadex, a base di tamoxifene. Questo farmaco non ha avuto molta fortuna perché accentua i disturbi della menopausa, però è molto importante in quanto riduce i rischi di frattura, di tumore della mammella e probabilmente anche di patologie cardiovascolari.

Secondo gli studi condotti, somministrando uno di questi bisfosfonati si registra una significativa riduzione del rischio di fratture del femore. Prima abbiamo parlato di fratture vertebrali. Come ha segnalato la dottoressa Maggi, a parte la mortalità ad un anno del – 15-20 per cento, la frattura del femore è importante perché comporta un aumento del rischio di disabilità di circa il – 50 per cento nel giro di pochi anni. Il fratturato al femore è fra i pazienti più costosi per il Servizio sanitario nazionale. Tutti i farmaci che vi ho elencato agiscono riducendo anche il rischio di fratture del femore (del 30 per cento se si tratta di risedronato). Nei pazienti trattati con cortisone, dopo un anno di trattamento con risedronato, si registra una riduzione del – 70 per cento del rischio di nuove fratture. Fra tutti i pazienti con fratture cliniche già in atto almeno il 50 per cento ha ricevuto trattamenti a base di cortisone. Purtroppo, lo specialista, che non è a conoscenza di questi problemi – non per ignoranza ma perché

stanno emergendo in maniera drammatica soltanto in questi anni – prescrive generalmente il cortisone, anche a piccoli dosaggi, perchè apparentemente sembra non modificare in alcun modo la densitometria; in realtà, la fragilità dell'osso aumenta in maniera drammatica.

Come mostrato prima dal professor Adami, il rischio di incorrere in nuove fratture per chi ha già avuto una frattura è di almeno due-tre volte maggiore del normale.

In base ai dati a nostra disposizione nel Dipartimento di Medicina interna di Padova, su 326 pazienti con frattura del femore, alle dimissioni solo il 20 per cento ha ricevuto un trattamento per osteoporosi. A meno che non si sia trattato di gravi eventi traumatici derivanti, ad esempio, da incidenti automobilistici, il 99 per cento di tali fratture era di origine osteoporotica. Ebbene, alle dimissioni solo al 20 per cento di tali pazienti è stato prescritto il necessario trattamento farmacologico (calcio, vitamina D, bisfosfonati o estrogeni): solo un quinto è stato sottoposto a cura, e questo è senza dubbio un dato abbastanza significativo. Lo stesso avviene per le fratture vertebrali, anche se, vista la componente dolorosa che le stesse comportano, a volte è lo stesso paziente a sollecitare l'intervento farmacologico; in tal caso la percentuale dei trattati sale al 40-50 per cento.

L'osteoporosi è sottodiagnosticata e sottotrattata; non trattata comporta dolore e sofferenze evitabili, aumenta la mortalità e ha pesanti conseguenze economiche e sociali. È perciò necessario attuare programmi di sensibilizzazione e di informazione diretti prima di tutto ai medici.

Come ho prima rilevato, solo la metà di queste fratture è segnalata nelle cartelle cliniche ospedaliere dei pazienti e, sull'intera popolazione, solo un numero infimo di donne è cosciente dei rischi connessi a tale patologia.

Vorrei citare un ultimo dato: negli Stati Uniti da anni si conduce una campagna per far bere più latte. Si è constatato, infatti, che l'osteoporosi non esisteva nelle popolazioni primitive perché la quantità di calcio che si assumeva era talmente alta che la perdita di calcio nell'osso raggiungeva soglie di frattura solo dopo i cento anni: e nessuno viveva fino a quell'età. Il picco di massa ossea che si raggiunge oggi a trent'anni è particolarmente basso e comporta un elevato rischio di frattura. Infatti, la quantità di calcio assunta, soprattutto dai bambini e dagli adolescenti, è circa il 60-70 per cento di quella necessaria (qualche volta è addirittura inferiore al 50 per cento). Occorre una campagna di sensibilizzazione. Non voglio suggerire il noto *slogan* di un vecchio film: «Bevete più latte», ma certamente andrebbe creata un'immagine televisiva che induca a bere più latte fin dall'infanzia. Basterebbe, ad esempio, diffondere l'informazione che il latte scremato, che è senza colesterolo, contiene tutto il calcio necessario per prevenire l'osteoporosi.

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi che hanno reso chiarissimo quanto l'osteoporosi sia una patologia importante ma sottostimata, sottodiagnosticata e quindi non trattata per nulla o curata poco rispetto alle dia-

gnosi effettuate. Con altrettanta chiarezza sono emersi gli alti costi sociali ed economici della malattia per tutte le complicità che ne discendono. Credo che la sensibilità di tutti noi abbia colto questi aspetti.

Do quindi la parola ai colleghi che intendono intervenire.

CARELLA (*Verdi-U*). Di là dalle campagne di sensibilizzazione richiamate nell'ultimo intervento, il professor Adami nell'elencare le politiche da seguire – più che entrare negli aspetti scientifici che sono interessanti anche per chi non è medico – ha indicato l'opportunità di istituire i Centri di riferimento regionali di secondo livello, percorso a mio giudizio vecchio. Abbiamo verificato il fallimento della politica finalizzata a creare tali centri per le malattie cosiddette rare o meno rare per difficoltà non tanto nell'organizzare queste strutture quanto nell'offrire i servizi al cittadino utente. Mi sovviene una particolare patologia per la quale nel nostro Paese esiste una legge specifica: la fibrosi cistica.

Professore, la Commissione è impegnata ad affrontare un tema che ha senz'altro una rilevanza biologica inferiore rispetto alle patologie rare. In questo caso è soprattutto la donna ad essere colpita da osteoporosi. In sintesi, lei ritiene che la strada da seguire sia quella dei Centri di riferimento regionali di secondo livello, che a volte corrispondono ai policlinici universitari? L'assenza sul territorio di strutture specializzate è un problema serio da affrontare, ebbene, è questo il modello da seguire?

ADAMI. Sono d'accordo sulla difficoltà di generare specifici centri di riferimento regionali di secondo livello. Una delle difficoltà maggiori che incontra oggi la diffusione della cultura dell'osteoporosi è la non facile identificabilità di tali centri. Prevedere formalmente centri dedicati a questo tipo di patologia consentirebbe l'individuazione di precisi punti di riferimento. Pur rendendomi conto delle difficoltà a ciò connesse, potrebbe tradursi anche in uno strumento per identificare i pazienti da sottoporre ai trattamenti particolarmente costosi. Purtroppo, i costi della sanità aumentano continuamente; tra poco sarà inserito sul mercato un farmaco particolarmente costoso: dieci dollari al giorno. Ebbene, a chi si prescriverà questa terapia?

L'idea di questi centri nasce dal progetto ANTARES già in fase d'applicazione; i farmaci per curare l'artrite reumatoide, ad esempio, sono distribuiti esclusivamente da alcuni centri. Non è proponibile, perché discutibile, la creazione di centri di *élite* per una patologia diffusa: lei ha sicuramente ragione. Ad ogni modo, la mia proposta è riconoscere innanzi tutto l'esistenza di questi centri, assicurando agli stessi alcune garanzie quale, ad esempio, la possibilità di utilizzare la densitometria. La legge oggi non autorizza persone qualificatissime ad effettuare questo tipo d'indagine diagnostica. In secondo luogo, sarebbe opportuno identificare centri autorizzati a prescrivere terapie che, avendo costi enormi, possono essere inevitabilmente prescritte ad un numero ristretto di persone.

BETTONI BRANDANI (*DS-U*). Dall'esposizione ho colto che la somministrazione di vitamina D oltre una certa età è a basso costo. Vorrei sapere se è efficace e quindi prescrivibile da sola o in associazione per la prevenzione delle fratture successive. Vorrei infine conoscere l'efficacia e i costi del raloxifene e dei bisfosfonati.

MAGRI (*UDC:CCD-CDU-DE*). In riferimento alla prevenzione, vorrei rilevare due aspetti specifici: l'apporto di calcio e l'esposizione solare. Conosciamo ormai la quantità media di calcio assorbita giornalmente da ogni persona a livello intestinale e che, come abbiamo riscontrato negli istogrammi, rappresenta la barriera al di sotto della quale si verificano problemi. La scarsa assunzione di calcio però è collegabile molto spesso alla trascuratezza e all'incompletezza dell'alimentazione dell'anziano. La calcemia è un parametro abbastanza stabile: se s'introduce si assorbe. Da questo punto di vista si tratta di un problema d'educazione. L'esposizione al sole è una norma comportamentale. Accanto al discorso dell'alta specializzazione, che va fatto con le dovute cautele, bisognerebbe propagandare norme di vita sane e d'alimentazione corretta.

Purtroppo l'anziano che vive solo in casa tende ad essere trascurato nell'alimentazione, mentre molto spesso nelle strutture protette (sempre meno) il regime alimentare è inadeguato e l'anziano si abitua a mangiare solo verdure cotte, minestrine, e via discorrendo.

FASOLINO (*FI*). Condivido in parte quanto rilevato dal senatore Magri. In definitiva l'osteoporosi è una malattia che solo apparentemente è evidente nell'età senile, le sue radici forse si possono far risalire all'età pediatrica. Una prevenzione giusta dell'osteoporosi va realizzata in tutte le fasce d'età, a partire da quell'infantile, attraverso una corretta alimentazione e un corretto stile di vita. Sarebbe opportuno seguire delle linee guida che partano dall'età pediatrica e giungano, attraverso l'età adulta, alla vecchiaia.

L'osteoporosi conclamata va curata poi con medicinali che hanno un costo elevato. Anche in questo caso sollevo un problema di cui dobbiamo farci carico una volta per tutte. Esistono farmaci il cui prezzo è sovrastimato. Attraverso la creazione di Centri di riferimento per l'osteoporosi il farmaco costa perlomeno la metà rispetto a quello venduto in farmacia. Ai Centri di riferimento però arriva meno gente, mentre una diffusione farmacologica attraverso il medico convenzionato renderebbe più capillare l'operazione profilattica nei confronti dell'osteoporosi.

A mio giudizio, si dovrebbe procedere su due strade parallele: da un lato, valutare il costo reale dei farmaci, non solo paragonandolo con quello di altri Paesi ma cercando anche di spuntare il minor costo possibile, onde rendere protagonista in modo significativo la medicina generale; dall'altro lato, consentire ad alcuni centri l'erogazione di tali farmaci. Si tratta in ogni modo di due meccanismi che devono procedere di pari passo.

SALZANO (*Aut.*). Signori professori, dove sono finite le calcitonine tanto usate ed abusate in passato? All'epoca, si conosceva o no l'osteoporosi? Senza criminalizzare nessuno, però quando si somministravano le calcitonine i medici di famiglia, gli ortopedici e quant'altri, si davano da fare. Per carità, non voglio minimizzare il problema, ma sono incuriosito: la calcitonina, una volta utilizzato in caso di dolori vertebrali, a volte anche di origine artrosica e remautica, è oggi scomparsa, probabilmente perché sono stati prodotti farmaci meno costosi.

Dai dati illustrati si ha l'impressione che si tratti di un argomento addirittura sconosciuto, che nessuno sappia che esiste l'osteoporosi. Per la verità, sono sconcertato e vorrei per questo conoscere il vostro parere al riguardo.

TREDESE (*FI*). Saluto i nostri auditi che, tra le altre cose, sono della mia terra. Mi fa piacere che l'osteoporosi sia studiata soprattutto nell'Università di Padova. Ai tempi delle calcitonine noi medici di base facevamo gli esami bioumorali che sembravano importantissimi: l'osteocalcina, il calcio eccetera. A mio parere, la grande diatriba fra i vari sistemi possibili per fare la densitometria, dal *total body* a quella su dito, crea molta confusione tra i pazienti.

La prevenzione: in Giappone, si è iniziato a dare il latte alle bambine perché, non essendo previsto nella loro alimentazione, crescevano tutte con le gambe storte. Ciò posto, esistono studi che dimostrano che l'assunzione di calcio in quantità sufficiente, a partire dall'età evolutiva e in modo continuato nel tempo, elimina il rischio di osteoporosi o si tratta di due fenomeni diversi?

I costi delle terapie possono essere molto diversi: la terapia di base (calcio e vitamina D) ha un costo irrisorio, altre terapie invece costano tantissimo.

Sono un ginecologo e, pensando ad una eventuale campagna di prevenzione, mi preoccupa che in Italia le donne sottoposte a terapia estrogenica sono pochissime, come quelle che prendono la pillola. In effetti è un vero e proprio *gap* culturale difficile da superare. Per essere incisiva, la Commissione dovrebbe assumere la decisione importante di svolgere una campagna di prevenzione che consenta di raggiungere tutti, dall'alta Italia ai luoghi più reconditi. Una campagna del genere potrebbe essere realizzata, ad esempio, in modo analogo a quella seguita per i *pap test*, attraverso l'invio di una lettera alle persone interessate. Se si riuscisse a stabilire che un apporto di calcio superiore o uguale alla media, assunto dall'età evolutiva sino ad una certa età, è sufficiente a ridurre il rischio, forse tra qualche anno i problemi da affrontare sarebbe minori e la cultura alimentare sarebbe finalmente diversa. Da bambino le suore mi facevano bere l'olio di fegato di merluzzo che, anche se non mi piaceva, prendevo come tutti gli altri bambini.

TATÒ (*AN*). Ringrazio gli auditi per il contributo dato ai fini di una maggiore chiarezza sulla patologia osteoporotica. Vi siete posti il pro-

blema della branca specialistica entro cui deve rientrare lo studio dell'osteoporosi? Tale patologia, da sempre trattata dagli ortopedici, è stata poco alla volta rosicchiata da altre branche mediche. E' stato così che, 15 anni fa, i reumatologi prima, poi i ginecologi hanno iniziato a prescrivere ormoni e altri farmaci tipici. A mio giudizio, essendo l'osteoporosi una patologia specialistica, il suo studio deve afferire all'ortopedia e traumatologia, come da sempre è stato. Occorre quindi potenziare le risorse di questa branca specialistica, senza escludere che altri comparti specialistici possano contribuire con propri studi e valutazioni. Il paziente oggi è veramente disorientato: non sa se rivolgersi all'ortopedico o al reumatologo che spesso, prima di pronunziarsi, chiede un consulto ginecologico.

Analoghe considerazioni valgono per l'uso della densitometria ossea, che dovrebbe essere appannaggio esclusivo dei radiologi, essendo apparecchi che emettono radiazioni ionizzanti.

MASCIONI (*DS-U*). Presidente, vorrei innanzi tutto rivolgere un invito alla relatrice, che dovrà poi «condurre la partita» in prima persona. Per quanto riguarda la risposta organizzativa che è di competenza delle regioni, il nostro obiettivo deve essere volto al conseguimento di una certa omogeneità di interventi. E' quindi auspicabile che a livello ministeriale siano indicate delle linee guida affinché nessuno possa affermare di non saperne nulla.

Professor Crepaldi, lei ha illustrato alcuni dati che evidenziano una differenza numerica tra le fratture rilevate e quelle segnalate nelle cartelle cliniche. Poiché come cittadino questo dato mi preoccupa, vorrei maggiori precisazioni.

BOLDI (*LP*). Presidente, per non sottrarre tempo alle risposte, farò solo una breve notazione rispetto a quanto rilevato dal senatore Mascioni. All'inizio dei nostri lavori, quando ho illustrato il progetto da realizzare, che può anche apparire ambizioso, tra gli scopi prioritari dell'indagine conoscitiva ho indicato proprio la definizione di linee guida alle quali potere rifarsi.

Ritorno ad un discorso fatto all'inizio sia dal professor Adami che dal professor Crepaldi. In una fase di razionamento delle prestazioni, credo sia importantissimo riuscire a dare delle linee guida, ossia dei parametri di aggiornamento medico continuo per chi si trova quotidianamente faccia a faccia con questi problemi; e ciò, affinché il punto terminale del nostro lavoro, cioè il cittadino paziente, possa usufruire di tutto quello che gli spetta in termini diagnostici e di cura.

MAGRI (*UDC:CCD-CDU-DE*). Attenzione: noi non abbiamo alcun compito o diritto in materia di linee guida che sono elaborate dalle società medico-scientifiche. Guai se volessimo intrometterci: quello che le società medico-scientifiche affermano deve andar bene per forza. Sta poi a noi sollecitare la sensibilità di Ministero e delle regioni affinché sia quanto più aderenti alle linee guida.

MASCIONI (*DS-U*). Le linee guida sono ministeriali.

MAGRI (*UDC:CCD-CDU-DE*). Le società medico-scientifiche le propongono.

ADAMI. La prima domanda sulla vitamina D attiene anche alla prevenzione pediatrica e all'apporto di calcio e di vitamina D in associazione. La carenza di vitamina D si associa ad un'aumentata incidenza delle fratture, come documentato da moltissimi studi. Pochi studi, ma tutti positivi, evidenziano che se si somministra vitamina D si prevencono le fratture. Poiché si parla di vitamina D tradizionale, ossia quella contenuta nell'olio di fegato di merluzzo, si può somministrare anche una volta l'anno. Considerato che una fiala di vitamina D costa un euro, per fare prevenzione e compensarne il fabbisogno bastano due euro l'anno.

Ovviamente le persone maggiormente a rischio sono gli anziani che non si espongono al sole per una serie di ragioni e seguono un'alimentazione generalmente povera di calcio. La vitamina D è contenuta nei grassi animali, quindi un apporto di vitamina D nel rispetto delle regole indicate e a bassissimo costo, ha un impatto sulla salute decisamente importante. Ciò è stato dimostrato da uno studio pilota svolto a Verona, nel corso del quale sono state sottoposte a trattamento 25.000 persone alle quali è stata somministrata vitamina D. A seguito di tale sperimentazione si è riscontrato qualche effetto sull'incidenza delle fratture. Forse sarebbero necessari studi maggiormente estesi.

Non necessariamente la somministrazione di vitamina D deve essere associata alla somministrazione del calcio. Per quanto riguarda l'apporto di calcio, la realtà è ben più complicata: l'efficacia è documentata solo per i pazienti con reale carenza di calcio e non per chi presenta un apporto adeguato di calcio. Si può insistere soltanto sull'educazione all'uso del calcio.

La prevenzione pediatrica è sicuramente necessaria, anche se mancano dati chiarificatori al riguardo. È ragionevole ritenere che nelle popolazioni in cui l'apporto di calcio nell'infanzia è insufficiente, il patrimonio scheletrico che si costruisce è tendenzialmente inferiore. Pertanto, far passare l'adolescente dalla Coca-Cola al latte può produrre benefici a costo zero.

Senatore Tatò, non ritengo che l'ortopedico sia lo specialista che si deve occupare di osteoporosi, anche se devo evidenziare la necessità di «educare» l'ortopedico a curare tale patologia. Se in questo momento si dovesse attribuire all'ortopedico la cura dell'osteoporosi si riscontrerebbe una situazione deludente. Converrà con me che l'educazione e il livello di conoscenza e di sensibilizzazione dell'ortopedico verso tale patologia è piuttosto scarso.

Un altro problema è quello della densitometria. L'attuale legge consente solo ai radiologi di utilizzare la densitometria. Il dettato normativo vigente non consente neanche al centro di osteoporosi più specializzato di gestire la densitometria. Questa non è una regola universale ma solo

italiana: in molti altri Paesi le persone che hanno superato un esame di radio protezione gestiscono questi strumenti. L'estensione ai centri per l'osteoporosi di questa prerogativa può essere opportuna e aiutare la comunicazione di cui prima si parlava. Il coordinamento di ginecologo, pediatra e internista, potrebbe essere fatto da questi centri che hanno spesso guadagnato un riconoscimento sul campo, con pubblicazioni scientifiche ed esperienze specifiche.

MAGGI. Condivido la preoccupazione del senatore Fasolino. Come accennavo prima, in Italia solo l'otto per cento delle donne sa di essere affetta da osteoporosi contro un 23 per cento che, di fatto, lo è. Ciò avviene perché il medico di medicina generale non è sensibile a questa patologia che spesso non identifica, non diagnostica e non tratta e, quindi, ai centri di riferimento regionale di 2° livello arriverebbe solo una parte delle pazienti che in realtà necessitano di essere curate.

Circa la disomogeneità regionale esiste un registro nazionale delle fratture del femore, dal quale risulta che l'intervento chirurgico è effettuato nel 98 per cento in alcune regioni e nel 65 per cento in altre regioni. Avere una differenza di quest'entità: due per cento di persone non trattate chirurgicamente in alcune regioni, contro un 35 per cento in altre regioni è assolutamente inaccettabile in un Paese dove l'assistenza dovrebbe essere omogenea. Ciò comporta percorsi assistenziali, e quindi disabilità conseguente, completamente diversi. La prevenzione della patologia deve partire alla nascita ed accompagnare tutta la vita dell'individuo, in termini di nutrizione adeguata e di attività fisica costante. Tutto questo è sicuramente vero, ma bisogna anche considerare che adesso circa il 20 per cento della popolazione è già ad altissimo rischio di frattura, perché affetto da osteoporosi. Unitamente all'approccio preventivo, non si può non considerare la necessità di interventi per la moltitudine di soggetti a rischio o già affetti da fratture conseguenti all'osteoporosi.

CREPALDI. L'osteoporosi non è un problema specialistico. Come tutte le patologie croniche dell'invecchiamento, che saranno quelle più frequenti nel futuro, è un problema «geriatrico», quindi una specialità omnicomprensiva della complessità e della polipatologia del paziente anziano. Sarei particolarmente cauto nel creare centri specializzati in questo settore, se non con finalità precise e linee guida emanate dalle società scientifiche.

Oggi l'osteoporosi può essere prevenuta nell'infanzia aumentando l'apporto di calcio nella popolazione, in modo da far sì – come sottolineava prima il collega Adami – che il picco di massa ossea a trent'anni sia il più alto possibile, in modo da raggiungere per la donna ad ottant'anni il rischio di frattura che oggi essa raggiunge a 50 anni circa. Tutto ciò è possibile attraverso una politica intelligente che stimoli – dal punto di vista alimentare e non farmacologico, a consumare, nell'infanzia e nell'adolescenza, più latte o prodotti ricchi di calcio; quindi, formaggi, come il parmigiano reggiano. Bisogna inoltre assumere un contenuto adeguato di vitamina D che potrebbe, ad esempio, essere addizionato al latte.

Le calcitonine sono meno efficaci dei bisfosfonati, anche se esistono studi sulla documentata efficacia negli Stati Uniti con somministrazione per via nasale sulla massa ossea. Poiché le calcitonine hanno rappresentato, in tempi passati, un momento della generica corruzione farmacologica, nessun medico le prescrive più. Oggi, comunque, esistono sul mercato farmaci più attivi nel ridurre le fratture da fragilità mentre anni fa le calcitonine erano probabilmente gli unici farmaci in commercio.

ADAMI. Presidente, in merito ad una specifica domanda della senatrice Bettoni Brandani, faccio presente che sia gli alendronati che il raloxifene hanno un effetto equivalente sulle fratture vertebrali. Il raloxifene non ha efficacia documentata su alcuni tipi di fratture; in compenso, però, ha alcuni vantaggi, seppure non ancora documentati, nel campo della prevenzione del cancro al seno. Ciò posto, il rapporto costi-benefici è di difficile valutazione, in quanto nella scelta tra i due farmaci occorre tener conto dei diversi aspetti.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per le preziose informazioni che hanno dato alla Commissione, salutandoli anche da parte del presidente Tommasini, assente per improrogabili impegni.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

