

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SUI PROBLEMI SOCIO-SANITARI CONNESSI ALLA PATOLOGIA OSTEOPOROTICA

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 LUGLIO 2002

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Audizioni di un rappresentante di associazioni di categoria

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>	* GUIDA	Pag. 3, 6, 7 e <i>passim</i>
BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	9		
* FASOLINO (<i>FI</i>)	8		
LONGHI (<i>DS-U</i>)	11		
* MASCIONI (<i>DS-U</i>)	6, 7		
* TATÒ (<i>AN</i>)	7		

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

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

Interviene il professor Giuseppe Guida, presidente della Società Italiana Ortopedia e Traumatologia.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di un rappresentante di associazioni di categoria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui problemi socio-sanitari connessi alla patologia osteoporotica, sospesa nella seduta del 19 giugno 2002.

È oggi in programma l'audizione del professor Giuseppe Guida, presidente della Società italiana di ortopedia e traumatologia.

GUIDA. Desidero formulare un ringraziamento per aver voluto coinvolgere la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia relativamente a un problema particolarmente sentito da noi ortopedici qual è l'osteoporosi, con la quale, purtroppo, ci confrontiamo quando ormai la malattia è talmente avanzata che ne vediamo soltanto i gravi effetti, cioè la frattura.

Oggi l'osteoporosi rappresenta un problema sanitario, ma anche socioeconomico, enormemente importante. La riduzione delle nascite e l'aumento della durata media della vita, legata ai progressi delle branche mediche e chirurgiche, hanno provocato un incremento della popolazione anziana, che rappresenta oggi una parte importante di quella generale.

La conseguenza di tale fatto è un aumento delle patologie correlate all'età come l'osteoporosi. Si prevede che nel futuro il numero di anziani sarà sempre più alto; secondo i dati demografici ISTAT, sono già oltre dieci milioni in Italia gli ultrasessantacinquenni, vale a dire circa il 18 per cento della popolazione; il CNR e l'Istituto superiore della sanità stimano che in pochi anni si arriverà al 22 per cento. Nel 2010 la speranza di vita passerà dagli attuali 76,2 a 77,9 anni per i maschi e da 82,6 a 84,4 anni per le femmine. Nel 2050, su una popolazione che si prevede complessivamente diminuita, vi saranno dieci milioni di persone oltre i 65 anni, che rappresenteranno circa un quarto della popolazione. Pertanto, tutti gli operatori sanitari saranno chiamati a confrontarsi con l'emergere di nuovi bisogni di salute, alcuni dei quali si stanno già imponendo chiaramente all'attenzione delle Autorità preposte alla sorveglianza sanitaria.

L'associazione tra osteoporosi ed età avanzata appare ben codificata nella passata letteratura medica; in realtà, con questo termine s'intendeva proprio una progressiva porotizzazione dell'osso, con una diminuzione della sua massa totale e, quindi, una minore resistenza ai traumi. Gli studi

recenti hanno però dimostrato che non si tratta soltanto di una diminuzione della massa ossea. La diminuita resistenza dell'osso dipende in gran parte, oltre che dalla diminuzione della quantità, dall'alterazione della qualità dell'osso. S'interrompono, infatti, i sistemi trabecolari che conferiscono la tipica resistenza all'osso spugnoso il quale, essendo particolarmente preda del processo osteoporotico, è facilmente soggetto a cedimenti. L'osso spugnoso è presente in tutto lo scheletro; in teoria, quindi, si potrebbero avere fratture in tutto lo scheletro. In alcune sedi i processi osteoporotici avvengono con maggiore evidenza, e la frattura si verifica più frequentemente. Le fratture da osteoporosi più frequenti sono quelle vertebrali, dell'estremo prossimale del femore (che, naturalmente, sono le più gravi), dell'estremità distale del radio e dell'estremità prossimale dell'omero.

Il problema principale riguarda le fratture vertebrali e quelle dell'estremità prossimale del femore, in quanto la frattura dell'estremità distale del radio (nota come frattura di Colles) e quella del collo chirurgico dell'omero o della testa dell'omero di solito sono trattate ambulatoriamente per cui è difficile computarne l'incidenza dal punto di vista sia della salute (peraltro certamente meno grave rispetto alle altre fratture), sia dei costi che tali fratture comportano.

In particolare, le fratture della colonna vertebrale e dell'estremo prossimale del femore devono essere considerate fratture gravi, non soltanto per i *deficit* funzionali residui che possono residuare, ma anche in riferimento alla mortalità. Si tratta di un aspetto venuto alla luce più recentemente: sappiamo che la frattura dell'estremità prossimale del femore ha di per sé una mortalità percentuale abbastanza elevata nell'immediato, ma oggi è emerso che essa determina un rischio di mortalità, nei primi due anni, del 20 per cento superiore al rischio di morte per soggetti della stessa età e nelle stesse condizioni.

Analogamente la frattura del rachide determina un aumento del rischio di morte in un tempo più lungo, cioè nei primi quattro anni successivi all'evento. Ciò si spiega perché tale frattura comporta un'alterazione della statica del soggetto (un'ipercifosi) con disturbi della funzione di organi quali quelli respiratori, digestivi e cardiocircolatori. Si tratta pertanto di fratture gravi che, oltre al *deficit* funzionale residuo, presentano anche il rischio della mortalità immediata e a distanza.

Esiste poi il fenomeno della cosiddetta «cascata fratturativa»: è stato dimostrato che una donna su cinque con prima frattura vertebrale facilmente incorrerà in un'altra o più fratture vertebrali nel corso dell'anno successivo. Tale fenomeno prende il nome di «cascata fratturativa» ed è dovuto a vari fattori: all'immobilità e alla scarsa funzione conseguenti alla prima frattura, nonché alla cifotizzazione (cioè all'aumento di curvatura del rachide) che determina più facilmente carichi e quindi fratture di altre vertebre. Inoltre, è stato dimostrato che la frattura vertebrale è facilmente predittiva di fratture dell'estremità superiore del femore.

È quindi estremamente illogico intervenire terapeutamente soltanto quando si è verificata una prima frattura vertebrale: ormai è troppo tardi,

il processo osteoporotico è già tanto progredito e sappiamo che qualunque terapia si metta in atto è capace solamente di arrestare l'evoluzione del processo osteoporotico, ma non può assolutamente ridare massa ossea al soggetto: quello che è perso lo è definitivamente e perciò occorre intervenire più precocemente.

Occorre valutare che, in Italia, è osteoporotico il 45 per cento delle donne in età compresa tra i 70 e i 79 anni, il 32 per cento delle donne tra i 60 e i 69 anni e – dato che fa pensare – il 16 per cento delle cinquantenni.

Le conseguenze delle fratture da osteoporosi, quindi, sono gravi per il paziente, che va incontro a disturbi e a *deficit* funzionali residui, per il medico e per il mondo socioeconomico. Naturalmente questi problemi determinano una serie di ricadute negative. In Italia nei soli ultrasessantenni eseguiamo ogni anno circa 33.000 interventi di osteosintesi di frattura femorale, cui vanno aggiunte circa 19.000 sostituzioni parziali dell'anca, sempre per fratture dell'estremità superiore del femore. In quest'ambito è più difficile ottenere informazioni precise, anche se riusciamo ad avere un riscontro della situazione attraverso il dato relativo al consumo delle protesi. Considerato che nel 99 per cento dei casi un'endoprotesi viene applicata per una frattura, ne consegue che il dato di 19.000 sostituzioni parziali dell'anca prima citato corrisponde quasi totalmente a quello degli interventi per fratture, cui vanno aggiunte tutte le protesi totali che talvolta si eseguono sia in caso di artrosi, sia a fronte di fratture dell'estremo prossimale del femore. La spesa in termini di DRG è calcolata intorno ai 900 milioni di euro ai quali vanno sommati tutti i costi relativi alla riabilitazione, all'assistenza domiciliare, ai farmaci, ai *deficit* residui e alla perdita di capacità lavorativa per i soggetti che ancora lavorano. La frattura da osteoporosi, dunque, rappresenta un'evenienza grave cui debbono far fronte il paziente osteoporotico, il medico e la società.

L'obiettivo primario è rappresentato dalla prevenzione della frattura da osteoporosi, evitando di giungere a gradi di osteoporosi tali per cui il rischio di fratture è estremamente elevato. Per ottenere ciò è indispensabile attuare una prevenzione primaria della patologia mediante l'individuazione dei pazienti a rischio e la valutazione strumentale periodica della massa ossea nei pazienti a rischio e nei soggetti sopra i 65 anni. Sarebbe opportuno che tali controlli non avessero cadenza trimestrale, semestrale o annuale. Sappiamo, infatti, che i limiti di errore delle macchine, anche quelle più precise, sono tali che, se non si attua un controllo a distanza di due anni, non risulta attendibile una piccola variazione a distanza di sei mesi. È infine importante una campagna di prevenzione delle cadute nell'anziano e dei danni conseguenti. Esistono una serie di meccanismi e di possibilità che possono essere portati all'attenzione del pubblico onde evitare il verificarsi di cadute e parallelamente ridurre i danni alle stesse collegati.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Guida per la sua puntuale esposizione. Do quindi la parola ai colleghi.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, anche in quest'occasione interverrò più da politico che da tecnico.

C'è un aspetto che colpisce nella relazione del professor Guida e che risulta nuovo rispetto a quanto abbiamo ascoltato nelle audizioni precedenti. Mi riferisco all'importanza di intervenire prima che la frattura si verifichi, perché farlo dopo è già troppo tardi. Evidentemente è opportuno evitare che la prima frattura avvenga e, in tal senso, il nostro ospite ha suggerito, tra l'altro, una campagna di prevenzione.

In proposito vorrei sapere quale può essere una corretta lettura del bisogno di salute dei soggetti a rischio in termini sia di prestazioni sanitarie sia di costi economici. Attuare una campagna di questo tipo significa, a mio giudizio, opporsi in qualche modo alla naturale evoluzione delle cose.

GUIDA. Cercherò di rispondere al senatore Mascioni partendo dalla sua ultima osservazione che, in realtà, è un assunto filosofico, che noi medici non accettiamo nel modo più assoluto, essendo nostro dovere opporci alla naturale evoluzione delle cose. Non a caso cento anni fa si moriva a 50 anni mentre oggi la vita media è di circa 80 anni e credo che ciò rappresenti un vantaggio per tutti.

Essendo l'osteoporosi una patologia seria, è quanto mai importante avviare un'efficace campagna di prevenzione, non essendo concepibile estendere a tutti terapie farmacologiche mirate in tal senso. Si possono però effettuare interventi utili. Poiché le donne ultrasessantacinquenni sono sicuramente soggetti a rischio, un monitoraggio continuo e mirato su questa fascia di età sarebbe a mio avviso d'obbligo. Qualora da tale monitoraggio scaturissero elementi tali da far ritenere opportuna l'attuazione di una terapia farmacologica, sarebbe importante procedere in tal senso in misura adeguata.

Oltre a questo tipo di terapie, si può ricorrere ad una serie di altri accorgimenti che non hanno costi economici; mi riferisco ad una campagna preventiva svolta in termini di proposizione di stili di vita, di corretta alimentazione e di prevenzione delle cadute attraverso la divulgazione attraverso i *media* di alcuni accorgimenti da seguire. Oltre alle donne ultrasessantacinquenni va rivolta particolare attenzione ai soggetti a rischio quali, ad esempio, i pazienti sottoposti a terapie cortisoniche prolungate perché afflitti da artrite reumatoide o portatori di *lupus*. Si tratta dunque di soggetti a rischio che vanno tutelati, monitorati e sottoposti a terapia. Non sostengo la necessità di una prevenzione di massa o l'uso indiscriminato di farmaci, bensì l'opportunità di un'individuazione precisa dei soggetti che devono necessariamente essere sottoposti a terapia prima che intervenga il crollo. Infatti, quando si verifica quest'eventualità, la malattia è ormai avanzata e si è nella fase della cascata fratturativa, nel corso della quale facilmente interviene la frattura del femore che rende la situazione difficilmente gestibile.

Non disponendo di dati economici, non sono in grado di fornire informazioni precise; sono però convinto che se si agisse nei termini dianzi

descritti certamente la spesa non sarebbe superiore rispetto a quella necessaria per fare fronte ad eventi fratturativi, soprattutto del femore. I portatori di frattura femorale sono pazienti gravi, che molto spesso richiedono giorni di preparazione prima dell'intervento e nel postoperatorio necessitano di terapia intensiva e di degenza prolungata. In base ad alcuni rilievi effettuati, la degenza per ricovero e intervento per frattura del femore è inferiore solo a quella per malattie psichiatriche. Pertanto, dal punto di vista economico una campagna di prevenzione potrebbe risultare oltremodo vantaggiosa.

MASCIONI (*DS-U*). Anch'io sono favorevole all'allungamento della vita degli italiani. Grazie al cielo nella mia famiglia ci sono svariati centenari...

GUIDA. La familiarità è importante anche per l'osteoporosi.

MASCIONI (*DS-U*). Qual è il meccanismo organizzativo che induce i soggetti a rischio a rivolgersi al sistema? Qualora il meccanismo funzioni, il sistema è in grado di rispondere efficacemente in termini di prestazioni?

GUIDA. Io penso che il sistema sia in grado di rispondere; è però necessario un programma di divulgazione delle conoscenze. Prima nessuno faceva la mammografia o il PAP test, oggi sono diventate indagini quasi di *routine*. È necessaria la diffusione delle conoscenze.

PRESIDENTE. Anche nei campi da lei indicati, esiste ancora un ampio margine di miglioramento della diffusione delle informazioni.

TATÒ (*AN*). Essendo anch'io ortopedico, non posso che condividere le considerazioni espresse dal professor Guida che è un nome nel settore dell'ortopedia in Italia. Concordo sull'importanza della campagna di prevenzione che, a volte, non comporta particolari difficoltà, essendo sufficiente stilare un protocollo di precauzioni: in caso di persone anziane, suggerire, ad esempio, di eliminare dalla casa tutti i tappeti non ancorati al pavimento con l'antisdrucchiolo; evitare di camminare sui pavimenti bagnati; applicare gli appoggiamani nei bagni o lungo i percorsi normalmente effettuati; evitare di scendere e salire le scale o di utilizzare scale interne; di salire sulle sedie, e via discorrendo. Le cadute in casa purtroppo sono sempre più frequenti.

Oltre quest'elencazione di accorgimenti, sono valide tutte le altre misure di sicurezza che una persona anziana deve seguire. Bisogna, ad esempio, cercare di persuadere l'anziano ad usare il bastone che preferirebbe invece non utilizzare; molte persone, infatti, preferiscono non ricorrere all'ausilio del bastone per non sembrare vecchie. Purtroppo però quando s'inizia a barcollare è inevitabile avvalersi del supporto di un bastone. Ana-

logamente, quando s'inizia a non ascoltare è opportuno applicare gli apparecchi acustici perché prima dell'estetica vi è sempre la salute.

Come è stato già altre volte sottolineato in questa sede, una campagna di prevenzione mirata, associata alla diffusione di adeguati trattamenti fisioterapici, rappresenta senza dubbio uno strumento valido per evitare l'elevato numero di cadute che sono la causa prima delle fratture.

FASOLINO (FI). Cercherò di essere molto conciso. Come abbiamo sentito nel corso delle altre audizioni, l'osteoporosi è una patologia complessa che va affrontata nelle varie fasce di età. Mi auguro pertanto che con una legge *ad hoc* si arrivi alla formulazione di linee guida a partire dal primo anno di vita per giungere al momento in cui il Signore ci chiama.

Quanto costa un'operazione del genere? A mio giudizio, il sistema deve concentrarsi anzitutto sulle cure preventive che sono anche di tipo comportamentale, alimentare e di apporto dietetico particolare (calcio, vitamina D e altre vitamine da somministrare nelle diverse fasce di età). A mio parere bisogna intervenire soprattutto su questi fattori preventivi che comportano una spesa molto contenuta. Il senatore Tatò si preoccupava che la materia non fosse di competenza degli ortopedici. Ebbene, quando interviene l'età adulta, come si suol dire, più a rischio, a mio parere, la materia deve essere oggetto di una competenza multidisciplinare. Alla luce delle varie relazioni che abbiamo avuto modo di ascoltare in questa sede e che comunque risentivano della preparazione culturale specifica degli auditi, quella del professor Guida deborda verso il campo più squisitamente ortopedico.

Il problema fondamentale sarà arrivare con linee guida ai pazienti. Non mi stancherò mai di rilevare che in questo sistema il ruolo centrale dovrà essere esercitato dal medico di medicina generale, senza il quale non si potrà aggredire nel modo giusto i pazienti né quando sono malati né quando lo stanno per diventare. Vorrei poi fare una raccomandazione, visto che tutti, me incluso, stiamo parlando a ruota libera, nel senso più generale del termine. La preoccupazione dei costi: se si raffronta la spesa per la patologia postosteoporotica o da osteoporosi (fratture e altro) con quella per la prevenzione, chiaramente la prima risulta esorbitante rispetto alla seconda. Come sempre accade, però, le prime sono spese vive, mentre le seconde sono da mettere in cantiere e in aggiunta alle spese vive. Nell'immediato, è chiaro che, di fronte all'urgenza, un'ASL impiega le proprie risorse prima per la frattura e poi per la prevenzione.

La preghiera che rivolgo ai cattedratici, alla scuola italiana è di far sì che le misure di prevenzione siano inserite nei Livelli essenziali di assistenza. Il senatore Tatò ha parlato di fisiochinesiterapia che però è una forma di intervento ormai quasi del tutto eliminata. Colgo l'occasione per chiedere al presidente Tomassini lumi sulla sorte del Documento n. XXIV 3-A, approvato all'unanimità prima da questa Commissione e poi dall'Assemblea del Senato il 14 febbraio scorso; gradirei soprattutto sapere che tipo di recepimento ha riscontrato a livello ministeriale. Ciò

è importante per capire se i nostri atti contano qualcosa o non servono a nulla, se non altro o per saperlo.

Alla cultura specifica italiana, all'università del nostro Paese sollecitiamo la definizione di linee guida comportamentali, preventive e curative che costino meno. Non vorrei che anche in questo caso le aziende farmaceutiche che producono farmaci miracolosi la spuntino su quelle che ne producono di meno miracolosi, ma che sortiscono comunque il medesimo effetto. È una sollecitazione a mio giudizio importante se si vuole realmente realizzare una prevenzione che costi in maniera adeguata e corrisponda ai risultati che tutti si aspettano.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Rivolgerò solo alcuni quesiti al professor Guida, ammettendo la mia conoscenza non scientifica della patologia. Dalla discussione sin qui svolta ho capito che serve una maggiore informazione, che già di per sé costituisce prevenzione, per una fascia di popolazione che si può stimare fino all'età di 50 anni. Oggi, avvalendoci dei medici di base, è possibile fornire a costo zero per il Servizio sanitario nazionale un'informazione univoca su tutto il territorio nazionale. Tale informazione diventa, di fatto, prevenzione per la fascia di popolazione che si colloca prima dei 50 anni. Considerato che lei segue l'aspetto patologico della malattia (ossia la fase degenerativa e non solo i casi a rischio), ritiene che i medici di base dispongano degli strumenti atti a fare informazione o è necessario, attraverso corsi di aggiornamento, offrire loro le conoscenze che consentono di svolgere quest'attività di informazione? Poiché tutti si rivolgono al medico di base anche più volte nell'arco dell'anno, una soluzione del genere potrebbe rappresentare uno strumento utile a tal fine, che non comporta alcun costo per il Servizio sanitario nazionale. In tal modo si potrebbero destinare maggiori risorse alle persone che si collocano nelle fasce di età successive e hanno bisogno di prevenzione, cure e terapie.

Mi piacerebbe infine conoscere una sua considerazione scientifica, non politica, sulla collocazione di tale patologia nei Livelli essenziali di assistenza dal punto di vista sia diagnostico che terapeutico.

GUIDA. Risponderò al primo quesito che mi tocca particolarmente ovvero se sia l'ortopedico che deve interessarsi di osteoporosi. Non vi è dubbio che l'osteoporosi necessita di un approccio multidisciplinare, tuttavia gli ortopedici affrontano i problemi gravi di tale malattia, dovendosi confrontare con l'osso osteoporotico e molto spesso con notevoli problematiche che si presentano: mettere una vite o una placca in un osso che non tiene è un problema di difficile soluzione. Ad esempio, ho operato nei giorni scorsi una signora e, poiché la vite a passo largo che dovevo inserire girava a vuoto, ho dovuto effettuare alcuni adattamenti della tecnica chirurgica che – senza dilungarmi sugli aspetti tecnici – hanno richiesto altre soluzioni tecniche. Insorgono problemi talmente gravi che l'ortopedico non può che chiedersi come mai il paziente sia arrivato in quelle condizioni. Ciò rende difficile non solo l'intervento, ma anche la fase

postoperatoria: il paziente anziano dovrebbe essere rimesso in piedi due giorni dopo l'intervento, ma con ossa del genere, non è possibile farlo alzare se non dopo 20 o 30 giorni e probabilmente non ce la farà a raggiungere quel tempo. Sono queste le ragioni per cui sostengo che gli ortopedici sono coinvolti in maniera più forte.

La prevenzione, chiaramente, parte dall'informazione; come ho già detto, non bisogna assolutamente somministrare terapie farmacologiche a largo ventaglio su tutta la popolazione: lungi da me quest'idea. Oggi però si procede in maniera estremamente disordinata: ci sono signore di 90 anni che stanno benissimo e non presentano osteoporosi e signore che, alle soglie della menopausa e terrorizzate da quella malattia, si sottopongono a mineralometrie ossee ogni tre mesi e a terapie farmacologiche di continuo. È evidente che ciò non deve accadere. Prima di tutto è necessaria l'informazione, usando tutti i mezzi che non costano nulla: dal medico di base ai *media*, e via discorrendo.

Dovremmo stabilire che significato attribuiamo alla parola «fisioterapia»: se con essa intendiamo riferirci all'esercizio fisico, al camminare e al fare una modica ginnastica, va benissimo; se per fisioterapia intendiamo mezzi fisici diversi e altro, la loro efficacia nella prevenzione e terapia dell'osteoporosi è praticamente nulla.

Chiaramente, la prevenzione andrebbe attuata dall'inizio, dal momento che l'osteoporosi è una perdita di massa ossea: se il soggetto ha una massa ossea molto forte, pur perdendone una percentuale, può non avere problemi; se ha invece una massa ossea ridotta in partenza, perdendone il 30 per cento, diventa osteoporotico. Si tratta di un problema estremamente delicato perché non è facile determinare la massa ossea iniziale.

Esiste poi la problematica relativa all'ingresso in menopausa della donna a una certa età. Ho accennato poc'anzi all'evoluzione delle conoscenze mediche e all'allungamento della vita media. Duecento anni fa non si conosceva la menopausa perché le donne morivano prima; oggi, purtroppo, la conosciamo e sappiamo anche che rappresenta un momento della vita della donna caratterizzato da una perdita violenta e rapida della massa ossea. In tal caso, anche qualora si potesse effettuare una prevenzione a partire dall'adolescenza non sarebbe possibile evitare l'osteoporosi.

Occorre, pertanto, fornire informazione, porre in essere una prevenzione che consiste nella conoscenza e somministrare terapie, di qualunque genere esse siano, solo se si tratta di pazienti a rischio o di donne ultrasessantacinquenni. Tutto ciò è possibile dal momento che strumenti del genere sono già praticati in altri Paesi fra i quali la Svezia e gli Stati Uniti.

Importantissimo è l'uso dei mezzi d'informazione per evitare le cadute. Sappiamo che le donne di mole più robusta corrono meno rischi di osteoporosi rispetto a quelle magre, perché lo scheletro soggetto a carico che stimola la crescita ossea. L'assenza di carico determina invece l'osteoporosi; gli astronauti, ad esempio, poiché non sono soggetti a gravità durante la loro permanenza nello spazio, non caricano lo scheletro e

quindi presentano osteoporosi. Per ridurre i danni che un'eventuale caduta può provocare in soggetti magri in età avanzata si può ricorrere ad alcuni accorgimenti che in Italia non sono assolutamente utilizzati, mentre in Svezia trovano regolarmente applicazione. Mi riferisco ai *pad* trocanterici, ossia cuscinetti che si applicano sul trocantere in modo da attutire la caduta. Solitamente, infatti, la frattura del femore si presenta a seguito di caduta sul trocantere.

Le fratture vertebrali invece possono consistere in un cedimento dell'osso che si verifica quasi sempre senza caduta o a seguito di cadute minime (soggetto che si lascia andare sulla sedia).

Trattandosi di una patologia che presenta aspetti variegati, i sistemi d'informazione andrebbero realizzati anche attraverso l'Ordine dei medici, mediante corsi di formazione, e via dicendo. Ad ogni modo, credo si possa intervenire in questo settore e che molti siano i modi per farlo, basta volerlo.

LONGHI (*DS-U*). Queste audizioni sono interessanti per la conoscenza di chi, come me, non è medico e, penso, per l'approfondimento della materia da parte di chi invece lo è. Essendo un consesso ristretto, mi domando quali interventi potranno essere adottati dopo avere acquisito tutte le conoscenze necessarie e quali provvedimenti potrà adottare il Parlamento?

Se ho ben compreso, si è parlato di una campagna d'informazione e di prevenzione. In caso di frattura verificatasi si profila l'intervento chirurgico, che ha chiaramente un costo sia per il singolo che per la collettività.

Come rilevato poc'anzi dalla senatrice Baio Dossi, poiché in questa sede dovremmo legiferare, vorremmo sapere se i mezzi per prevenire, curare o fermare l'osteoporosi sono contenuti nei Livelli essenziali di assistenza. In sintesi, vorremmo sapere se una persona di sessant'anni che voglia sottoporsi ad alcuni esami o a fisioterapia ovvero debba assumere medicine, possa farlo gratuitamente o a pagamento. Chiedo altresì se esistono differenze di trattamento tra le varie Regioni.

GUIDA. Ogni anno in Italia si effettuano circa 80.000 ricoveri per fratture dell'estremo superiore del femore. Considerato che tra mortalità perioperatoria e quella nei primi due anni successivi all'intervento si raggiunge la percentuale del 30 per cento, il risultato è che su 80.000 ricoverati 24.000 pazienti muoiono per fratture del collo del femore. Questo è un dato che deve far riflettere: non c'è spesa che tenga rispetto alla possibilità di evitare 24.000 morti l'anno!

Ciò premesso, senza dubbio l'inserimento della patologia nell'ambito dei LEA rappresenta il punto cardine. L'assistenza garantisce la terapia farmacologica solo in caso di frattura vertebrale di un certo livello, pari almeno al 25 per cento (Nota n. 79). Questa è anche la ragione per la quale, provocatoriamente, ho richiamato la necessità di intervenire preventivamente. In tal modo non elimineremmo il problema ma ridurremmo, o perlomeno tenteremmo di ridurre, il numero di questi casi.

In conclusione, dichiaro la disponibilità della Società italiana di ortopedia e traumatologia ad offrire tutti i chiarimenti che la Commissione ritenesse necessario acquisire.

PRESIDENTE. Desideravo ricordare al collega Longhi che l'obiettivo di quest'indagine è mettere a punto il valore sociale della patologia osteoporotica e le proposte con le quali intervenire in tale ambito.

Ringrazio il nostro ospite per la sua presenza e per la puntualità delle informazioni rese.

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

I lavori terminano alle ore 16.