

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SUI PROBLEMI SOCIO-SANITARI CONNESSI ALLA
PATOLOGIA OSTEOPOROTICA

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 18 LUGLIO 2002

Presidenza del vice presidente DANZI

INDICE**Audizioni di rappresentanti di associazioni di categoria**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 7	* BRIGNOLI	Pag. 3, 7
MAGRI (UDC:CCD-CDU-DE)	6		
* MASCIONI (DS-U)	5		
TREDESE (FI)	5		

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 Ovidio Brignoli, vice presidente della Società italiana di medicina generale.

I lavori hanno inizio alle ore 8,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di rappresentanti 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 3 luglio scorso.

È in programma oggi l'audizione della Società italiana di medicina generale presente nella persona del vice presidente, il dottor Brignoli, che ringrazio a nome di tutti i colleghi della Commissione e del presidente Tomassini.

BRIGNOLI. Signor Presidente, ho ricevuto dal presidente della Società italiana di medicina generale solo due giorni fa l'incarico di rappresentarlo in questa Commissione parlamentare. Non sono stato quindi in grado di stendere una memoria scritta che spero di consegnarvi al più presto.

Per prima cosa, faccio presente di essere rappresentante non di un sindacato medico ma di una società scientifica, che è sparsa uniformemente su tutto il territorio nazionale e raggruppa circa 6.000 medici di medicina generale, quindi medici di famiglia o di base. La Società si occupa esclusivamente o prevalentemente di aspetti scientifici, di formazione e di ricerca in medicina generale. Ho preso visione della documentazione che ci avete fatto pervenire e vorrei esprimere solo due considerazioni di tipo epidemiologico e clinico sulla patologia osteoporotica e sulle fratture, nonché un'osservazione generale sui trattamenti attualmente seguiti in Italia.

Avanzerò alla fine qualche proposta in quanto ritengo che la mia presenza oggi sia tesa proprio alla formulazione di idee nell'ambito del problema di cui ci si sta occupando.

Da un punto di vista epidemiologico, desidero ribadire, anche se ne avrete già sentito abbondantemente parlare, che attualmente mancano dati italiani sull'osteoporosi e sulle fratture alla stessa collegate. I lavori cui facciamo riferimento e da cui ricaviamo le stime sono prevalentemente stranieri. Questo è un punto importante anche perché nel nostro Paese l'osteoporosi si presenta in modo differente nel Nord, nel Sud e nel Centro. È necessario, quindi, disporre di elementi solidi per una programmazione

degli interventi. Come ho rilevato, non disponiamo del dato relativo alle fratture correlate all'osteoporosi.

In questo momento in Italia sono stati rilevati e diffusi due dati che significano quanto sia alta la confusione su tale patologia. Vi è chi parla di 1.200.000 fratture annue femminili, il professor Adami ne indica addirittura 1.800.000. Altri dati recenti, forse poco attendibili ma più correlati al territorio, indicano invece 180.000 fratture. Mi riferisco ai dati risultanti dalla ricerca «Esopo», che avete avuto occasione di visionare, condotta dalla Procter and Gamble, in parte anche in collaborazione con la nostra Società.

Vanno poi espresse alcune considerazioni sui dati di rischio, tenuto conto che le Istituzioni devono intervenire anche nei confronti dei soggetti a rischio. Attualmente, dal punto di vista scientifico, non vi è un'evidenza solida sui dati di rischio correlati alla frattura. Non si è ancora in grado di indicare su carta, in maniera concreta, gli elementi che giustificano il passaggio dall'osteoporosi alla frattura. In base alla letteratura diffusa in materia, le linee guida inglesi prevedono 14 punti, i dati dell'OMS ne indicano 8. Fatta questa premessa, rilevo l'assoluta necessità che specialisti, medici generali e istituzioni, presenti sul territorio nazionale, cerchino di stilare congiuntamente una tabella di rischio che sia la più solida possibile.

La nostra società ha formulato una valutazione che vorrei sottoporvi: le misure assunte dalla Commissione unica del farmaco in relazione ai trattamenti, non solo farmacologici ma anche diagnostici, per i pazienti con osteoporosi sono sufficientemente tutelanti, alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente acquisite sulla popolazione. Desideravo rilevare con forza quest'aspetto perché, facendo il medico di frontiera, assisto tutti i giorni a pressioni di diversa natura da parte di pazienti convinti di avere un problema (magari perché indirizzati a specialisti) la cui esistenza non è riscontrata nella pratica clinica.

Le proposte praticabili sono di due tipi. Nel settore esiste un forte disorientamento. Innanzi tutto bisogna comunicare maggiori informazioni alla popolazione. Le Istituzioni, gli specialisti e i medici generali devono puntualizzare il tema, facendo chiarezza sui rapporti che intercorrono fra osteoporosi e fratture. Occorre diffondere i dati sui rischi valutabili e su quelli prevenibili, non essendo opportuno procedere per ora ad uno *screening* generalizzato. Al momento si può solo intervenire compiendo uno sforzo congiunto che veda coinvolti soprattutto i medici di medicina generale che sono un buon canale di informazione dei possibili rischi.

La seconda proposta coinvolge i nostri 6.000 medici che, operando bene, potrebbero trainare altri medici: valutare la possibilità di creare oggi un gruppo strutturato di medici che possa svolgere vera e propria attività di ricerca. In altre parole, proponiamo di costituire un gruppo di medici informati che conoscono il problema, che sono in grado di diffondere i dati a loro disposizione anche attraverso reti informatiche, che sono disposti a collaborare con gli specialisti del settore per colmare le lacune di conoscenza dei pazienti e che sanno affrontare le controversie esistenti in materia di osteoporosi.

In tal senso, occorre procedere in modo diffuso sul territorio nazionale o localizzato in alcune regioni, per affrontare in modo condiviso le problematiche attinenti a questa patologia. Per il diabete e per il rischio cardiovascolare sul territorio nazionale sono già in atto iniziative del genere che iniziano peraltro a produrre qualche risultato.

PRESIDENTE. Ringrazio, anche a nome del presidente Tommassini che non ha potuto essere presente, il professor Brignoli che ha contribuito con una sintesi felice ad arricchire le nostre conoscenze. Grazie alle varie audizioni che si sono susseguite è stato possibile un ripasso scientifico della patologia osteoporotica. Ritengo che la Commissione abbia colto il senso anche politico dell'indagine conoscitiva avviata in materia. Dalle audizioni fin qui svolte è emerso che l'osteoporosi è, a tutt'oggi, sottostimata e che i relativi costi non sono ancora adeguatamente quantificati, rispetto alle conseguenze che tale patologia comporta.

La senatrice Boldi, che oltre ad essere la relatrice sul disegno di legge è anche medico, ha sicuramente colto meglio di noi la necessità di evidenziare gli aspetti evidenziati, proponendo politicamente norme che consentano di recuperare il tempo perduto.

MASCIONI (*DS-U*). Non voglio ordinare gerarchicamente le varie audizioni, ritengo tuttavia che quella di oggi sia di straordinaria importanza. Siamo di fronte al rappresentante di una realtà che – se bene organizzata, motivata e in raccordo con le istituzioni (credo che questo sia un compito della collega Boldi) – può sicuramente mettere sotto controllo la patologia osteoporotica, senza limitarsi a dare semplici indicazioni numeriche. L'obiettivo che perseguiamo sarà raggiungibile solo se i medici di medicina generale saranno sensibilizzati e preparati sull'argomento. Mi limito ad esprimere questa considerazione affinché da essa possa scaturire qualche iniziativa da parte della senatrice Boldi.

TREDESE (*FI*). Tra tutte le audizioni – molte delle quali onestamente ripetitive essendo a tutti nota la patologia in discussione – ritengo opportuno segnalare positivamente quell'odierna. Pur sapendolo essendo medico di base, ho oggi avuto l'ulteriore conferma che la prevenzione e l'educazione, non solo per questa ma per tutte le patologie, passano attraverso il terminale sanitario oggi rappresentato in Italia dal medico di base, che ha maggiore possibilità di incidere sul territorio ma ha anche la necessità di acquisire notizie chiare e non divergenti.

Per anni siamo stati bombardati da una pubblicità, anche farmaceutica, che presentava l'osteoporosi come l'unico problema esistente in Italia al solo scopo di vendere la calcitonina. Allora, si riusciva a fare una MOC sei mesi o addirittura un anno dopo la presentazione della richiesta. Vi è stato anche chi ha scritto, per protesta, al Ministro, pensando che una densitometria fosse un esame importante quanto una TAC o una risonanza magnetica per individuare il tumore; nell'immaginario del paziente era questo il valore attribuito all'esame. In qualità di medici sappiamo bene

che anche se si effettua questo tipo d'indagine in ritardo nulla cambia; dare però questa spiegazione ai pazienti non è poi così facile. Anche se ciò accadeva due o tre anni fa, l'attualità del problema permane, perché manca comunicazione.

Come associazione, ma questo vale per tutti i medici di base, una volta individuate le linee guida che v'indicheremo, dovrete portare avanti quest'opera di sensibilizzazione che rientra in un progetto di prevenzione che, essendo legato solo alla diffusione delle informazioni, è poco costoso e altamente utile. La parte finale, che è quella della terapia, spaventa tutti stante l'elevato costo dei farmaci. In questo caso però si tratta solo di un atto, peraltro non unico, di un'operazione più complessa e articolata.

Non dobbiamo passare per coloro che hanno condotto quest'indagine per giungere alla conclusione – onde evitare una catastrofe – che tutti i farmaci per l'osteoporosi devono essere inseriti in fascia A. Innanzi tutto, non vi sarà catastrofe alcuna! Una considerazione personale che credo condivisa: dobbiamo puntare su un progetto di prevenzione che passi attraverso l'informazione del medico di base, che deve essere aiutato in questa opera divulgativa, contrariamente a quanto oggi accade. Di regola un paziente si presenta oggi in ambulatorio con una pagina, ritagliata da uno dei tanti giornali sulla salute, su cui è riportata la pubblicità di un farmaco di cui chiede la prescrizione; ebbene, il medico che non prescrive il farmaco richiesto, magari anche banale, o un esame, che non serve a nulla, non solo non è ritenuto bravo ma, anzi, è contestato e «violentato» al punto che, alla fine, pur di accontentare il paziente, si vede costretto a prescrivere quell'analisi o quel farmaco. Questa sono le difficoltà che normalmente incontrano i medici di base, che devono essere aiutati fornendo loro un'informazione corretta, non deviata e non strumentale che gli consenta di lavorare meglio.

MAGRI (*UDC:CCD-CDU-DE*). Mi congratulo con la relatrice per l'ottima distribuzione dei tempi, dei modi, degli interventi e delle audizioni, merito ovviamente da condividere con la Presidenza. Ottima la scelta dei consulenti. Da tutto questo l'auspicio che si abbia sempre più l'abitudine di rispettare e di considerare l'opinione delle società medico-scientifiche. Mi spiego meglio. Non siamo in alcun modo autorizzati ad indicare delle linee guida, a fornire consigli terapeutici, ad esprimere valutazioni che ledano l'autonomia professionale del medico. Abbiamo bensì il dovere morale, laddove ne esista la possibilità, ed è il nostro caso, da un lato di segnalare una patologia di rilevanza sociale, dall'altro di sottolineare che esistono buone abitudini e comportamenti nutrizionali che possono prevenire efficacemente la patologia. Paradossalmente si passa dal rischio, che qualche istante fa si paventava, di un'amplificazione della risonanza della patologia, con qualche ripercussione a valle sull'impiego dei farmaci, al tentativo di dare maggiore importanza alle norme educazionali e comportamentali per ridurre, ove possibile, l'impiego del farmaco. Infatti, laddove la prevenzione è efficace, anche quando la patologia è in fase avanzata, si può evidenziare una minore necessità di utilizzo di far-

maci. Da questo punto di vista il nostro compito è doveroso per dare il giusto risalto alle indicazioni autonome delle società medico-scientifiche.

BRIGNOLI. Signor Presidente, poichè non avrò più una palestra di questo tipo, approfitterò dell'occasione che mi offre per ribadire che in Italia oggi esiste la possibilità, nell'ambito della medicina generale (che è quella che presiede il territorio, che vede i pazienti veri e non quelli degli studi epidemiologici che conosciamo), di strutturare nuovi percorsi di cura e di avere dati solidi. Non è pubblicità, ma la Società italiana di medicina generale ha un *data base*, simile a quello degli inglesi, che contiene 1.000.000 pazienti di questo Paese sparsi in modo uniforme sul territorio nazionale. Dichiaro ufficialmente che questo *data base*, e le informazioni che contiene, una volta verificate scientificamente, sarà messo a disposizione delle istituzioni.

Non credo di avere altro da aggiungere se non che la nostra categoria è disposta a collaborare con le istituzioni e con gli specialisti per effettuare operazioni di nuova gestione sanitaria delle varie patologie sul territorio. Se ritenete questa nostra disponibilità utile ai vostri fini, siamo pronti a metterci a vostra disposizione.

PRESIDENTE. Professor Brignoli, la ringrazio. Sono convinto che la costanza, la qualità e la perseveranza della senatrice Boldi saranno in grado di garantire una proposta assolutamente rivoluzionaria per recuperare il tempo perduto. Anch'io sono medico di medicina generale e, non per partigianerie ma per convinzione, condivido tutto quanto è stato da lei rilevato.

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

I lavori terminano alle ore 8,55.

