

Osteoporosi: una malattia sociale. Epidemiologia, costi assistenziali, interventi terapeutici

L'osteoporosi rappresenta attualmente uno dei maggiori obiettivi per la salute dell'Unione Europea.

La storia naturale di questa malattia trascurata è causa di un numero elevato di fratture femorali e vertebrali.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che influenza la prevalenza e l'incidenza dell'osteoporosi in Italia come in tutti i Paesi occidentali. Per prevenire il costo sociale della malattia, un notevole contributo è dato dalla messa a punto di attività di promozione alla salute basate sull'evidenza e dalla gestione del livello di accessibilità di terapie specifiche il cui uso si è dimostrato utile a ridurre il numero di fratture e i conseguenti livelli di disabilità e di dipendenza fisica che colpisce un numero sempre crescente di persone anziane.

Solo una donna su due affetta da osteoporosi sa di esserlo. La stessa mancanza di consapevolezza su questa patologia riguarda un uomo su cinque. Il 50% delle persone che pensano di essere ammalate di osteoporosi non lo sono, mentre la metà di quelli realmente affetti dalla malattia non sa di esserlo.

E'quanto emerge da uno studio pilota condotto nell'area di Firenze dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con la ARS della Toscana, la ASL di Firenze e l'ISTAT. I primi dati sono stati presentati il 7 febbraio 2003 all'ISS nell'ambito del convegno "Osteoporosi: una malattia sociale. Epidemiologia, costi assistenziali, interventi terapeutici". Lo studio ha coinvolto individui di entrambi i sessi di età compresa fra 35 e 74 anni, appartenenti a 476 famiglie che rientravano nel campione dell'indagine ISTAT.

Le indicazioni che emergono, se proiettate alla realtà nazionale, sono abbastanza lontane da quelle fornite dall'ultima indagine Multiscopo ISTAT secondo cui si dichiara malato di osteoporosi il 4,7% della popolazione totale e il 17,5% delle persone con oltre sessantacinque anni. Il risultato, ottenuto attraverso un'integrazione delle domande poste dal questionario ISTAT con una serie di specifiche indagini strumentali e cliniche volte a oggettivare quanto autodichiarato o percepito dal soggetto, è risultato sovrapponibile al recente studio epidemiologico multicentrico nazionale sull'osteoporosi, ESOPPO, secondo cui il 23% delle donne di oltre 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi. Ciò a confortare la sensazione, sempre più frequentemente espressa dai ricercatori del settore, che le osservazioni derivate dalle Health Interview Survey (HIS) necessitano di un'indispensabile integrazione delle informazioni raccolte attraverso le Health Examination Survey (HES), in particolare quando alla lettura e interpretazione dei dati segue l'identificazione e implementazione di azioni di salute pubblica.

L'osteoporosi è una condizione caratterizzata dalla progressiva diminuzione della massa ossea e dal deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo: questo fenomeno, legato prevalentemente al processo di invecchiamento, porta a un aumento della fragilità ossea e conseguente aumento del rischio di fratture, che si verificano soprattutto nelle zone del polso, delle vertebre e del femore prossimale.

Le conseguenze legate alle fratture del femore sono molto pesanti. La mortalità è del 15-25%, la disabilità motoria colpisce più della metà dei pazienti nell'anno successivo alla frattura e solo il 30-40% di queste persone riprende autonomamente le attività quotidiane. Un problema simile è costituito dalle fratture vertebrali, spesso spontanee, la metà delle quali non sono diagnosticate e la cui incidenza è paragonabile a quelle del femore. È facile capire che i costi sociali ed economici di questa patologia siano rilevanti. Nei prossimi anni, si stima che queste fratture aumenteranno di oltre la metà. L'Italia è la nazione europea con la massima percentuale di ultrasessantacinquenni: 18,3% contro il 15,7% della Gran Bretagna e il 16,6% della Germania; dati e stime della situazione europea mostrano che il numero di fratture del femore previste è in costante aumento e si calcola che nelle donne si passerà dalle oltre 300 000 fratture nel 2000 a quasi 800 000 nel 2050. Per questo, le raccomandazioni dell'Unione Europea del 1998 sottolineano che la lotta all'osteoporosi debba essere considerata come uno dei maggiori obiettivi per la salute. Dati, questi, che fanno riflettere sulla necessità di un incremento delle azioni di prevenzione dell'osteoporosi quale priorità da conseguire attraverso iniziative di sanità pubblica nazionale, regionale e locale. Contrariamente a quanto si possa presumere, gran parte dei costi sociali e sanitari conseguenti all'osteoporosi e alle sue complicanze (ad esempio, fratture) non sono legati ai costi farmacologici (all'incirca pari al 20% dei costi totali), ma alle conseguenze di osteoporosi misconosciuta (invalidità transitoria e/o permanente, mortalità precoce e quindi evitabile, cura e riabilitazione, ecc.).

Per tentare di ridurre l'impatto sanitario e sociale di una patologia per lo più asintomatica, progressiva e potenzialmente invalidante quale è l'osteoporosi, appare prioritario perseguire un approccio di promozione della salute e di sensibilizzazione della popolazione sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani in una visione che abbracci l'intero corso della vita (Tabella).

Prevenzione, che, nel caso dell'osteoporosi deve cominciare in età precoce e comunque quanto più precocemente possibile, soprattutto nell'adolescenza quando, ad esempio, l'apporto di calcio attraverso gli alimenti viene assorbito efficacemente dall'organismo e contribuisce attivamente al consolidarsi della massa ossea. Ciò è in particolare necessario per le donne che presentano il maggior rischio e la maggiore probabilità dello sviluppo di osteoporosi.

È opportuno, a tale riguardo, segnalare che l'evidenza scientifica sottolinea che i bambini e le bambine e i giovani e le giovani possano avvantaggiarsi di una migliore performance della struttura ossea vertebrale e femorale attraverso la partecipazione alle attività fisiche (quali quelle già previste scolaramente e/o quelle non agonistiche facoltative) dalla scuola materna fino alla fine della scuola secondaria e, ove possibile, attraverso la pratica quotidiana dell'esercizio fisico e muscolare non necessariamente sportivo.

Relativamente alle raccomandazioni nutrizionali emerge evidente dalla letteratura scientifica che le adolescenti, in particolare, e più in generale le donne specialmente nel periodo critico

menopausale, dovrebbero assicurarsi un apporto costante regolare degli alimenti ricchi di calcio e di vitamina D (in caso contrario supplementare secondo le indicazioni mediche) e praticare regolarmente un'attività fisica per le articolazioni portanti, al fine di consolidare la struttura ossea in età giovanile (la compattezza dell'osso si raggiunge in età giovanile grazie all'apporto di calcio) e di rallentare, di bloccare e auspicabilmente invertire la perdita di massa ossea che inevitabilmente si accompagna all'invecchiamento.

Assumere regolarmente cibi che contengono calcio (ad esempio, il latte a colazione) garantisce una migliore performance dell'osso del soggetto adulto. L'eccessiva magrezza va evitata, in quanto alla perdita eccessiva di peso si accompagna anche la rarefazione dell'osso con conseguente minore resistenza ed elasticità agli stimoli esterni, anche accidentali. Parimenti andrà evitato il sovrappeso, in particolare nelle donne anziane, che sottopone a un incrementato rischio di frattura (anche spontanea, più frequentemente vertebrale e femorale) la struttura ossea indebolita dalla perdita di calcio, anche fisiologica, che si osserva in vecchiaia.

Le donne più anziane dovrebbero comunque essere incoraggiate a partecipare a sedute di attività fisica e muscolare moderata (ginnastica dolce, piscina).

Occorre ricordare che un'esposizione ai raggi solari nei periodi primaverili ed estivi, momenti in cui la pelle è più esposta ai raggi solari, incrementa la produzione e la disponibilità di vitamina D utile per il fissaggio del calcio alimentare alla massa ossea.

L'evidenza scientifica dimostra inoltre che l'abuso di alcol e il fumo nuocciono alla massa ossea e sono fattori di rischio per lo sviluppo dell'osteoporosi.

In conclusione, se da un lato appare opportuno mantenere costante l'attenzione e favorire l'attuazione di interventi di tutela della salute pubblica che garantiscano, ad esempio, l'identificazione precoce del processo osteoporotico (minarolmetria ossea computerizzata) e l'accessibilità alla terapia dell'osteoporosi antecedentemente al primo episodio di frattura anche attraverso l'adozione di appropriati livelli di rimborsabilità del farmaco che possono rappresentare un elemento di criticità e discriminante rispetto all'evoluzione e alla storia naturale della patologia, dall'altro è importante che gli individui svolgano attivamente il proprio ruolo nell'assicurarsi adeguati stili di vita comprensivi delle raccomandazioni che è dimostrato possono incrementare la probabilità di conservazione di adeguati livelli di massa ossea e con essa di incrementati livelli di qualità della vita libera da disabilità, dipendenza fisica, cronicità evitabile.

Tabella - Fattori predisponenti e corretti stili di vita

Fattori predisponenti (difficilmente modificabili)	Fattori modificabili legati agli stili di vita
Menopausa precoce	Garantire nel periodo della crescita un apporto adeguato
Comparsa tardiva del primo ciclo mestruale	alimentare di calcio (alimenti ricchi in calcio sono, ad esempio, latticini, broccoli, spinaci, fagioli, soia, salmone conservato, mandorle, ecc.)
Periodi prolungati di scomparsa del ciclo conseguenti ad alimentazione o nutrizione inadeguate (anorressia)	Favorire uno stile di vita non sedentario e praticare regolarmente attività fisica (anche leggera)
Età avanzata	Prevenire possibili cause di fratture (ad esempio, domestiche)
Trattamento prolungato con alcune categorie di farmaci (ad esempio, diuretici, cortisonici, ormoni tiroidei, lassativi, antiacidi contenenti sali di alluminio)	che possono incrementare la probabilità di sviluppo di osteoporosi su ossa già "fragili" (in particolare del femore)
Prolungata immobilizzazione conseguente a ricoveri	Evitare di fumare
Asportazione chirurgica in età fertile delle ovaie	Favorire un'alimentazione adeguata in modo tale da evitare una struttura corporea gracile e un'evitabile eccessiva magrezza
	Garantire adeguati introiti alimentari di vitamina D
	Evitare l'abuso di alcol e/o caffè