O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

CONOSCERE L'OSTEOPOROSI *per* PREVENIRLA E CURARLA AL MEGLIO

O.N.Da

O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile, promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neurodegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento.

O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute.

Consiglio Direttivo:

Francesca Merzagora (Presidente), Alberto Costa (Vice Presidente), Gilberto Corbellini, Giorgio Fiorentini, Maria Antonietta Nosenzo, Ilaria Viganò

Co-fondatore:

Giorgio Viganò (1939-2010)

Comitato d'onore:

Vittoria Buffa, Gaetano Gifuni, Umberto Veronesi

Comitato Tecnico Scientifico:

Adriana Albini (Presidente), Giuliano Binetti, Maria Luisa Brandi, Vincenzina Bruni, Salvatore Carrubba, Patrizia Colarizi, Gilberto Corbellini, Flavia Franconi, Claudio Mencacci, Eva Negri, Walter Ricciardi, Nicla Vassallo, Carlo Vergani, Riccardo Vigneri

CONOSCERE L'OSTEOPOROSI *per* PREVENIRLA E CURARLA AL MEGLIO

Con la supervisione scientifica della

Professoressa Maria Luisa Brandi

Università di Firenze e Presidente F.I.R.M.O.
Fondazione Raffaella Becagli

Indice

Premesse 5

Cos'è l'osteoporosi 7

Chi è maggiormente a rischio 9

Come prendersi cura delle proprie ossa
e prevenire l'osteoporosi 10

Come diagnosticarla 13

Come curarla 15

L'indagine di O.N.Da 20

10 FAQ sull'osteoporosi 22

Premesse

La salute e il benessere femminili rappresentano da sempre gli obiettivi principali di O.N.Da, che, come Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (www.ondaosservatorio.it), è impegnato in molteplici attività e progetti, attraverso un dialogo aperto con la popolazione, le strutture afferenti al Servizio Sanitario Nazionale e le Istituzioni.

Da anni l'Osservatorio è in prima linea sul fronte dell'osteoporosi, malattia insidiosa tipicamente declinata al femminile che rappresenta una delle emergenze sociali più gravi e urgenti da affrontare in considerazione del progressivo aumento dell'aspettativa di vita e dei vertiginosi costi diretti ed indiretti correlati alle fratture da fragilità e alle complicanze conseguenti. Si stima, infatti, che nel mondo circa 200 milioni di donne soffrano di osteoporosi e che nella sola Europa avvenga una frattura ossea per fragilità ogni trenta secondi. In Italia si registrano ogni anno circa 140.000 fratture di femore per osteoporosi.

Numerose sono le attività svolte da O.N.Da con l'obiettivo di informare e sensibilizzare le donne sull'importanza della prevenzione nonché di facilitare l'accesso delle utenti al Servizio Sanitario Nazionale per prevenire, diagnosticare e curare al meglio questa malattia. Abbiamo, infatti, realizzato diverse pubblicazioni e organizzato molti eventi come convegni, conferenze stampa, incontri aperti alla popolazione, interviste live. Coinvolgiamo inoltre ogni anno, in occasione della Giornata mondiale dedicata all'osteoporosi (20 ottobre), le strutture ospedaliere del network Bollini rosa che sono state premiate dall'Osservatorio in quanto particolarmente attente alla salute femminile (ww.bollinirosa.it), organizzando un Open day che consente a tante donne di usufruire gratuitamente di servizi informativi, clinici e diagnostici.

Sul tema l'Osservatorio ha coinvolto anche le Istituzioni, portando all'approvazione nel 2009 di una Mozione in Senato, che impegna il Governo a porre in essere tutti gli strumenti più idonei alla sensibilizzazione e alla conoscenza di questa patologia, a istituire un Registro delle fratture di fragilità e a predisporre una specifica Scheda di Dimissioni Ospedaliera che permetta di vedere riconosciuti i propri diritti a una terapia adeguata.

Questa breve pubblicazione, che prende spunto da un'indagine condotta da O.N.Da nel 2012 per comprendere l'aderenza da parte delle donne a terapie croniche, tra cui anche quelle per l'osteoporosi e le difficoltà legate ai costi, si propone di dare una panoramica generale sull'osteoporosi con particolare riferimento alle strategie di prevenzione primaria e al ruolo delle terapie farmacologiche oggi disponibili.

Auspichiamo così di fornire alle donne uno strumento semplice e diretto per conoscere l'osteoporosi in modo da prevenirla e curarla al meglio.

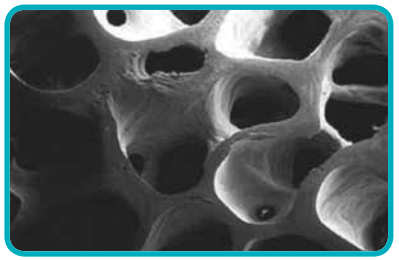
A cura di Francesca Merzagora
Presidente O.N.Da
Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

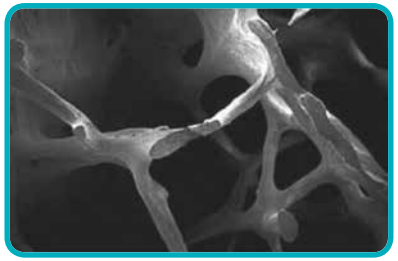
Cos'è l'osteoporosi

Il nostro scheletro ha la caratteristica di essere costituito da un tessuto dinamico, poiché sottoposto a un processo continuo di "rimodellamento" in cui si alternano e si bilanciano meccanismi di formazione e distruzione.

Quando la quota di riassorbimento osseo supera di gran lunga quella di formazione con conseguente deterioramento dell'architettura ossea e riduzione della massa minerale, si instaura l'osteoporosi.

Ecco come appaiono, messi a confronto, un tessuto osseo sano (sinistra) ed uno osteoporotico (destra):





La modificazione delle caratteristiche strutturali quantitative e qualitative del tessuto osseo che caratterizzano l'osteoporosi comportano una riduzione della resistenza meccanica dell'osso con conseguente **aumento della sua fragilità**. Ciò si traduce in un **maggior rischio di fratture** spontanee o a seguito di traumi di minima entità (cosiddette "fratture da fragilità").

L'osteoporosi è una patologia sistemica che interessa tutto lo scheletro, ma colpisce maggiormente alcuni tipi di ossa, in particolare quelle più impegnate nel sostegno del corpo o più esposte alle conseguenze di traumi.

È difficile da riconoscere perché nella maggioranza dei casi e per lungo tempo rimane **silente e asintomatica**, manifestandosi improvvisamente con una frattura non giustificata da un trauma di significativa entità. Più raramente l'osteoporosi può dare dolore osseo (in genere alla schiena) ma spesso è sottovalutato o comunque non interpretato in modo corretto.

Le sedi maggiormente interessate dai processi fratturativi sono le vertebre, l'avambraccio, il femore e il bacino.

La frattura causata dall'osteoporosi determina un maggior rischio di nuove fratture per il cosiddetto "**effetto domino**", complicanza temibile per gli effetti altamente invalidanti.

Si distinguono due forme di osteoporosi.

Osteoporosi primaria

Comprende la forma idiopatica (molto rara, colpisce bambini e giovani adulti) e quella involutiva. Quest'ultima, a sua volta, si distingue in:

- Tipo I (osteoporosi post-menopausale): interessa tipicamente le donne, in genere entro vent'anni dalla menopausa ed è dovuta principalmente alla carenza estrogenica.
- Tipo II (osteoporosi senile): colpisce entrambi i sessi ed è conseguente alle fisiologiche modificazioni che accompagnano l'invecchiamento.

Osteoporosi secondaria

È causata da malattie a carico di diversi organi/apparati o correlata a particolari condizioni che alterano i processi di rimodellamento osseo, determinando una riduzione della resistenza scheletrica.

In questi casi sono fondamentali la diagnosi eziologica per l'identificazione della causa e l'impostazione di una terapia mirata.

La forma più diffusa di osteoporosi è quella involutiva.

Chi è maggiormente a rischio

L'età avanzata espone "naturalmente" al rischio di osteoporosi in conseguenza dei fisiologici processi alla base dell'invecchiamento che portano a una riduzione della massa ossea e della resistenza scheletrica.

Le donne sono a maggior rischio di osteoporosi rispetto agli uomini, perché:

1) hanno in genere, per costituzione, minor massa ossea e quindi "partono in svantaggio";
2) vivono più a lungo e dunque perdono sostanza ossea per un maggior numero di anni;
3) entrano in menopausa: il brusco calo della produzione ormonale di estrogeni che accompagna questa fase della vita femminile determina l'alterazione del metabolismo osseo e dei processi di rimodellamento.

Noti **fattori di rischio** per l'osteoporosi sono:

- ✓ familiarità positiva per osteoporosi;
- ✓ menopausa precoce (prima dei 45 anni), spontanea o chirurgica;
- ✓ uso cronico di farmaci (corticosteroidi, anticoagulanti, anticonvulsivanti, antiacidi);
- ✓ abuso di lassativi;
- ✓ vita sedentaria;
- ✓ immobilizzazione prolungata;
- ✓ eccesso di fumo, alcol e caffeina;
- ✓ alimentazione scorretta (dieta carente di calcio, iperproteica, eccessivamente ricca di alimenti integrali).

Patologie che aumentano il rischio di osteoporosi sono:

- ✓ malattie infiammatorie croniche intestinali (morbo di Crohn);
- ✓ malattie da malassorbimento (celiachia);
- ✓ malattie endocrine (ipertiroidismo, iperprolattinemia, morbo di Cushing);
- ✓ malattie immuno-reumatiche;
- ✓ malattie ematologiche e renali;
- ✓ anoressia nervosa.

Come prendersi cura delle proprie ossa e prevenire l'osteoporosi

Lo scheletro, oltre a proteggere gli organi vitali e il midollo spinale, costituisce l'impalcatura del corpo umano: ne sostiene il peso, consentendo di mantenere la postura eretta e di eseguire i movimenti nei diversi piani dello spazio.

Disporre di ossa sane e di uno scheletro funzionante è condizione indispensabile per:

- vivere appieno la propria esistenza;
- prevenire le patologie scheletriche cronico - degenerative, che caratterizzano la terza età e che sono causa di disabilità, come artrosi e osteoporosi;
- mantenere una buona qualità di vita, preservando la propria autonomia.

Uno scheletro forte e sano si costruisce fin dalla prima infanzia e si mantiene nel tempo.

Come? Attraverso le semplici e comuni norme comportamentali con alcuni accorgimenti ...

ALIMENTAZIONE: **seguite una dieta sana, equilibrata e varia, ricca di calcio e vitamina D.**

Il **calcio** è il principale costituente delle ossa; non essendo prodotto dal nostro organismo deve essere assunto con gli alimenti. Oltre al latte e ai suoi derivati, alimenti particolarmente ricchi di questo minerale sono i legumi (ceci, fagioli, cannellini), gli ortaggi a foglia larga (carciofi, cardi, cavolo cappuccio verde, cicoria, indivia, radicchio verde, spinaci) e alcuni pesci (sardine, alici, sgombri). Altre fonti di calcio sono: mandorle, noci, pistacchi e fichi secchi.

La **vitamina D** ha un ruolo fondamentale nel mantenere un'adeguata mineralizzazione ossea, poiché promuove l'assorbimento intestinale di calcio e controlla i meccanismi di riassorbimento osseo. Questa vitamina è prodotta dal nostro organismo a livello cutaneo attraverso l'esposizione alla luce solare (è sufficiente restare all'aria aperta un'ora al giorno con almeno mani e viso scoperti, per avere a disposizione i quantitativi di cui l'organismo ha bisogno).

Poche sono le fonti alimentari di questa vitamina, che è contenuta principalmente in pesci grassi come sgombro, sardina, salmone, aringa e, in minor misura, in fegato e uovo.

Attenzione alle diete dimagranti fai-da-te e sbilanciate, che potrebbero esporvi a carenze che interferiscono con il metabolismo osseo.

Moderate l'assunzione di caffeina e sale, che, se in eccesso, favoriscono la perdita di calcio con le urine. Anche le diete iperproteiche, molto di moda negli ultimi anni, inducono una maggior perdita urinaria di calcio.

Ricordate inoltre che un consumo eccessivo di alimenti integrali, ricchi di fibre non digeribili, riduce l'assorbimento intestinale del calcio contenuto negli alimenti.

Le **donne** devono incrementare l'assunzione di calcio e vitamina D in particolari periodi della loro vita:

- **in gravidanza e durante l'allattamento**, dovendo provvedere al fabbisogno proprio e del nascituro/neonato;
- **in perimenopausa e menopausa**, poiché la caduta degli estrogeni comporta perdite accelerate di calcio e riduzione della massa ossea.

Chiedete consiglio al medico di fiducia su come soddisfare il vostro fabbisogno giornaliero di calcio e vitamina D.

ATTIVITÀ FISICA: **praticate attività fisica anche moderata, ma regolarmente.**

L'attività fisica è vitale per lo scheletro: la sollecitazione meccanica prodotta dal movimento influisce positivamente sul metabolismo osseo, favorendone il rinnovo e riducendo il rischio di fragilità.

In questo senso è importante adottare uno stile di vita attivo e dinamico, cercando di moltiplicare, nel corso della giornata, le occasioni di movimento.

ABITUDINI: **evitate di fumare e limitate il consumo di bevande alcoliche.**

Entrambe, infatti, riducono l'assorbimento di calcio.

Come diagnosticarla

Sebbene l'osteoporosi sia una malattia insidiosa, perché silente per molti anni, può essere facilmente diagnosticata attraverso gli esami strumentali oggi disponibili che sono di semplice esecuzione, non invasivi e molto accurati.

Fondamentale è "giocare di anticipo", evidenziando la presenza di processi osteoporotici in atto e dunque le condizioni a rischio prima che la patologia si manifesti con una frattura da fragilità.

Gli esami specifici per la diagnosi di osteoporosi sono:

- Ultrasonografia Ossea: consente di misurare la massa ossea e di studiarne la microarchitettura attraverso l'impiego di ultrasuoni;
- Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC): misura con precisione la massa e la densità ossea con l'impiego di raggi X;

- Esami di laboratorio (analisi su sangue e/o urine): documentano eventuali alterazioni del processo di rimodellamento osseo attraverso specifici marcatori biochimici;
- Morfometria: analizza le radiografie vertebrali permettendo di evidenziare eventuali fratture.

La MOC è un esame costoso e deve essere effettuato quando realmente necessario.

Al momento non sono disponibili evidenze scientifiche né stime del rapporto costo/beneficio che giustifichino l'impiego della densitometria come screening generalizzato, ma essa trova indicazione in presenza di specifiche condizioni cliniche individuali caratterizzate da un rischio, come ad esempio: precedenti fratture causate da trauma minimo; riscontro radiologico di fratture vertebrali o di osteoporosi; menopausa con anamnesi familiare di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni; menopausa precoce o chirurgica; post-menopausa con presenza di uno solo dei seguenti fattori di rischio: inadeguato apporto di calcio, carenza di vitamina D, fumo>20 sigarette/die, abuso alcolico; trattamento prolungato con alcuni farmaci; presenza di condizioni patologiche a rischio di osteoporosi.

È dunque fondamentale **rivolgersi al proprio medico di fiducia per valutare nel caso specifico, in relazione alla propria storia clinica e all'eventuale presenza di fattori di rischio, l'effettiva indicazione ad eseguire tale esame.**

Oggi sono inoltre disponibili le cosiddette "carte di rischio" che consentono, attraverso complessi algoritmi di calcolo, l'elaborazione di alcune variabili (epidemiologiche e cliniche) per stimare il rischio di frattura nei successivi dieci anni.

Come curarla

La terapia farmacologica trova indicazione per la prevenzione cosiddetta secondaria dell'osteoporosi, in pazienti cioè che hanno già subito una frattura e in soggetti che, pur non avendo riportato fratture, sono ad alto rischio ad esempio per familiarità positiva, menopausa precoce e condizioni di ridotta massa ossea.

Le cure disponibili non consentono di guarire dall'osteoporosi né sono in grado di fare recuperare completamente la massa ossea perduta, ma rallentano o addirittura arrestano il decorso della malattia, bloccando le perdite di calcio dall'osso e rendendo l'osso strutturalmente meno fragile con conseguente riduzione del rischio di frattura.

Per il trattamento dell'osteoporosi possono essere utilizzate diverse categorie di farmaci:

Bisfosfonati

Sono tra i farmaci più utilizzati contro l'osteoporosi poiché hanno efficacia elevata e sono molto sicuri. Agiscono sull'osso rallentando il processo di riassorbimento che causa la perdita di calcio. Sono assunti per bocca (o in alternativa somministrati per via endovenosa). L'assunzione orale può essere associata a effetti collaterali, quali esofagiti, gastriti o ulcere alla mucosa gastro-esofagea.

Evenienza molto rara è l'osteonecrosi della mandibola, osservata solo in soggetti trattati con bisfosfonati ad alte dosi per via endovenosa per metastasi ossee e sottoposti a operazioni chirurgiche odontoiatriche invasive (come estrazioni dentarie, impianti).

Si raccomandano comunque a tutti i pazienti in trattamento con bisfosfonati un'accurata igiene orale quotidiana e una valutazione specialistica del cavo orale prima di iniziare la terapia. L'opportunità di eseguire un intervento odontoiatrico importante in pazienti già in cura con bisfosfonati deve essere valutata dal medico nel caso specifico; in tal caso, è sempre raccomandata un'appropriata copertura antibiotica.

Estrogeni

Sono impiegati, in genere associati ai progestinici, nella terapia ormonale sostitutiva post-menopausale. Agiscono sull'osso riducendo il riassorbimento e determinando una stabilizzazione dei livelli di massa ossea. Sono assunti per via orale o trans-dermica. In genere la terapia viene iniziata subito dopo l'entrata in menopausa e viene protratta per qualche anno, trovando indicazione nella cosiddetta "sindrome climaterica" (quadro clinico che accompagna la menopausa e che comprende, oltre all'aumentato rischio di osteoporosi, altri sintomi molto fastidiosi come vampate di calore, depressione, insonnia, secchezza vaginale). Numerosi studi hanno confermato che il rapporto rischio - beneficio è vantaggioso quando la terapia non è protratta a lungo poiché oltre i cinque anni di utilizzo gli estrogeni determinano un aumento del rischio di tumori dell'endometrio e della mammella.

SERM

L'acronimo sta per "modulatori selettivi dei recettori per gli estrogeni". Si tratta, infatti, di farmaci che, molto simili agli estrogeni, ne condividono il meccanismo d'azione che viene però esercitato esclusivamente a livello dell'osso. Si assumono per bocca. L'assunzione di SERM è associata a un aumentato rischio di eventi tromboembolici venosi e al peggioramento di alcuni sintomi della menopausa, in particolare delle vampate di calore.

Ranelato di stronzio

Agisce in parte bloccando la fase di distruzione dell'osso e in parte stimolando la fase di formazione, riequilibrando i due processi a favore della formazione. Si assume per bocca.

Paratormone

È l'ormone normalmente secreto dalle ghiandole paratiroidi in risposta a una concentrazione troppo bassa di calcio nel sangue. È il più potente stimolatore del riassorbimento osseo e permette una rapida mobilizzazione di calcio dallo scheletro, riportando rapidamente la calcemia a livelli normali. Da alcuni anni, la ricerca scientifica ha dimostrato che nel nostro organismo, in condizioni normali, a ogni stimolazione del riassorbimento osseo, corrisponde una risposta di neoformazione di osso e per questo motivo il paratormone è stato introdotto nella terapia dell'osteoporosi. Il farmaco da somministrare per iniezione sottocutanea, deve essere impiegato con estrema cautela limitatamente alle forme più gravi di osteoporosi.

Calcitonina

È uno degli ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea che ha la funzione di abbassare i livelli di calcio nel sangue, riducendo il riassorbimento osseo. È stato uno dei primi farmaci per la cura dell'osteoporosi ma oggi è poco impiegato poiché è risultato meno efficace rispetto alle molecole introdotte successivamente.

Vitamina D

È normalmente prodotta dal nostro organismo e ha la funzione di favorire l'assorbimento intestinale del calcio e assicurare la corretta mineralizzazione dell'osso. La vitamina D nativa o i suoi derivati attivi possono essere prescritti ai soggetti a rischio di carenza come gli anziani.

Calcio

È sempre raccomandato un adeguato apporto di calcio che deve essere prescritto, in associazione alla vitamina D, solo nei casi in cui la dieta quotidiana non è in grado di fornirne il quantitativo necessario.

Denosumab

Si tratta di un farmaco biologico, da pochi anni disponibile in Italia, che riduce il riassorbimento osseo. È prescrivibile, in associazione con adeguato supplemento di calcio e vitamina D, solo sulla base di un "piano terapeutico" redatto da un centro specialistico ospedaliero o da un medico specialista. Il farmaco deve essere iniettato una volta ogni 6 mesi. In casi molto rari, è stata segnalata, come complicanza, l'osteonecrosi della mandibola, per cui si raccomandano le medesime precauzioni indicate per i bisfosfonati.

La terapia per l'osteoporosi deve essere personalizzata: tra le categorie di farmaci disponibili deve essere individuato quello/i che meglio risponde/ono alle caratteristiche del paziente, alla pregressa storia clinica e alla ricorrenza di specifici fattori di rischio.

Come per tutti i medicinali, l'efficacia dei farmaci per l'osteoporosi dipende dalla loro corretta assunzione.

Trattandosi di malattia cronica è fondamentale l'**aderenza al programma terapeutico nel tempo in termini di costanza e continuità: tanto più la terapia è eseguita con precisione e senza sospensioni, tanto maggiore sarà la sua efficacia.**

Per molte donne è difficile mantenere nel tempo la compliance ai farmaci per l'osteoporosi. Diverse sono le ragioni.

Uno degli ostacoli maggiori **è rappresentato dall'asintomaticità della malattia che non consente alla donna di avere una reale percezione** della serietà del problema né dell'effettiva necessità di una terapia, il cui successo viene spesso misurato sulla riduzione del dolore che, tuttavia, non è una diretta conseguenza dell'osteoporosi bensì di altre patologie concomitanti.

Altri aspetti rilevanti sono rappresentati dal timore di possibili effetti collaterali nel breve e lungo termine, spesso fomentato da fonti di informazione prive di reale attendibilità e facilmente accessibili come internet.

Anche i costi sono un aspetto critico.

Al riguardo si segnala che **sono disponibili per la cura dell'osteoporosi anche farmaci equivalenti (cosiddetti "generici") che, pur avendo efficacia e sicurezza del tutto sovrapponibili ai medicinali "di marca", hanno il vantaggio di costare meno e dunque di consentire un significativo risparmio economico considerata la durata, a lungo termine, che in genere prevedono questi trattamenti.**

Ad oggi **è riconosciuta** la rimborsabilità di alcuni farmaci solo per la prevenzione secondaria (nel caso di specifiche condizioni di rischio) o terziaria (quindi per quei soggetti che già hanno avuto una frattura femorale o vertebrale da fragilità al fine di prevenire eventuali recidive). I farmaci per l'osteoporosi a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono elencati, con le relative indicazioni di impiego, nella Nota 79 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) conosciuta dai medici di famiglia.

È molto importante che tutti questi aspetti siano sempre discussi con il proprio medico prima di iniziare il programma terapeutico: una spiegazione accurata sulle implicazioni e le manifestazioni della malattia osteoporotica, una rassicurazione emotiva sulla necessità e possibilità terapeutiche, aumentano il senso di attenzione e di fiducia nelle cure con una miglior aderenza alle stesse.

ATTENZIONE!! Nel caso di trattamento farmacologico in atto, consultate sempre il vostro medico prima di modificare il dosaggio o di interrompere la cura.

e non dimenticate che ...

... oltre alla terapia farmacologica, è importantissimo nella cura dell'osteoporosi anche l'esercizio fisico poiché:

- rafforza l'osso e lo rende più resistente, riducendo il rischio di fratture da fragilità;
- migliora il tono muscolare e il senso di equilibrio, riducendo il rischio di cadute.

L'approccio deve essere diverso a seconda dei casi e basato su un programma personalizzato di attività fisica sicura, definito con l'ausilio di esperti.

In particolare, nel caso di osteoporosi grave con pregresse fratture, si dovrà prevedere attività fisica con una lenta gradualità, senza carico eccessivo e con esercizi dolci basati sullo sfruttamento della forza di gravità e della resistenza corporea.

L'indagine conoscitiva di O.N.Da 2012
"Donne e compliance: l'influenza dei costi associati alla terapia sul suo proseguimento"

La ricerca è stata condotta con l'obiettivo di esplorare l'aderenza delle donne alle terapie intraprese per malattie croniche, nello specifico depressione, patologie cardiovascolari, diabete e osteoporosi a fronte dei costi che esse comportano.

La compliance del paziente alla terapia, essenziale per la sua efficacia, dipende, infatti, da molteplici fattori: oltre a quelli ampiamente noti e strettamente legati alle cure (come ad esempio gli effetti collaterali), giocano un ruolo importante anche altri aspetti che spesso si tendono a sottovalutare tra cui i costi associati alla terapia.

Nella ricerca sono state intervistate oltre 1000 donne di età compresa tra i 35 e i 75 anni in terapia per almeno una delle patologie di interesse (in corso o pregressa nell'arco degli ultimi due anni).

Ecco quali sono gli aspetti salienti emersi:

- La maggior preoccupazione è rivolta all'effettiva efficacia e alla sicurezza del farmaco nel breve e lungo termine, ma per 1 donna su 5 i costi delle terapie croniche a cui si deve sottoporre rappresentano un limite importante alla compliance.
- Le problematiche che la donna incontra nella prosecuzione delle terapie, fra cui i costi, inducono 1 donna su 3 ad apportare modifiche al programma terapeutico in atto.
- Questo aspetto riguarda principalmente le donne alle quali la terapia non viene rimborsata dal SSN, in particolare le pazienti in trattamento per la depressione e per l'osteoporosi che, rispettivamente nel 48% e nel 39% dei casi, pagano interamente i propri farmaci arrivando a spendere in media tra i 25 e i 35 euro al mese.

- Nella maggior parte dei casi le donne che decidono di modificare la terapia in corso si rivolgono al medico o al farmacista. 1 donna su 4 però prende queste decisioni in assoluta autonomia (sospensione della terapia, assunzione in modo non continuativo, riduzione del dosaggio …) senza prendere in considerazione i potenziali rischi.
- Le donne intervistate si sentono mediamente poco informate riguardo al farmaco generico e solo la metà di loro lo utilizza, seppure quasi tutte ne abbiano sentito parlare.
- Da parte di coloro che non lo usano, si riscontra una posizione positiva tant'è che 7 donne su 10 si dichiarano aperte al passaggio dal farmaco "di marca" a quello generico, ammesso che sia il medico a consigliarlo (58%), mentre oggi il principale canale di conoscenza e informazione sul farmaco equivalente rimane il farmacista (71% dei casi).

Il medico si delinea come la figura con un ruolo chiave nella promozione non solo della conoscenza, ma soprattutto di un vissuto di fiducia verso questa categoria di farmaci con un'immagine ancora non ben definita, fondamentale per garantire la 'sicurezza emotiva' che ancora non si è sufficientemente sedimentata e di cui le donne hanno un forte bisogno.

10 FAQ sull'osteoporosi

1. L'osteoporosi è una malattia curabile?

L'osteoporosi è una malattia cronica e pertanto non esistono cure che ne consentono la guarigione. Abbiamo però a disposizione preziose strategie comportamentali e farmacologiche in grado di prevenirla o comunque rallentarne la progressione.

2. Cosa si intende per "frattura da fragilità"?

È la frattura che si verifica spontaneamente o a seguito di traumi di modesta entità in soggetti affetti da osteoporosi. In molti casi rappresenta la prima manifestazione evidente della patologia.

3. L'attività fisica è importante nella prevenzione dell'osteoporosi?

È importantissima non soltanto nella prevenzione, ma anche nella cura, poiché la sollecitazione meccanica prodotta dal movimento influenza positivamente il metabolismo osseo e rinforza lo scheletro oltre a migliorare il tono muscolare e le capacità di equilibrio. Pertanto risultano efficaci tutte le attività che comportano un carico sulle ossa, come ad esempio camminare, correre, fare le scale, pedalare … Tipologia, frequenza e intensità dell'attività fisica devono essere adeguate all'età del soggetto, alle condizioni fisiche generali e allo stato di salute dello scheletro. Nel caso di osteoporosi devono essere evitate attività che comportano sforzi eccessivi o che aumentano il rischio di cadute.

4. Qual è il miglior regime alimentare per prevenire l'osteoporosi?

È sufficiente una dieta equilibrata e bilanciata, ricca di calcio e vitamina D.

5. Nei caso di intolleranza ai latticini o di regimi alimentari vegetariani, come si può assicurare il corretto apporto quotidiano di calcio?

Gli alimenti vegetali e l'acqua sono ricchi di calcio ma la quantità contenuta non è sufficiente a soddisfare la dose quotidiana necessaria, soprattutto nelle fasi di maggior richiesta. Al di là dell'eventuale utilizzo di acque minerali calciche o di alimenti arricchiti, dovrà essere valutata con il medico l'opportunità di assumere integratori di calcio.

6. La MOC comporta rischi?

Assolutamente no: si tratta di un esame di semplice esecuzione, non invasivo, che prevede l'impiego di una dose bassissima di raggi X. Ciò posto, deve essere eseguito solo nei casi in cui trova effettiva indicazione.

7. I farmaci calcio-antagonisti impiegati nella terapia dell'ipertensione arteriosa interferiscono con il bilancio del calcio?

No, poiché non interferiscono con il metabolismo osseo e con il bilancio del calcio avendo come bersaglio la muscolatura liscia dei vasi arteriosi.

8. Quando deve essere impostata una terapia farmacologica per l'osteoporosi?

I farmaci trovano indicazione per i soggetti ad alto rischio (ad esempio per familiarità, menopausa precoce, terapia prolungata con corticosteroidi …) o in caso di pregressa frattura da fragilità.

9. I farmaci per l'osteoporosi hanno effetti collaterali?

Certamente sì, come tutti i farmaci. Fondamentale è la personalizzazione della cura e dunque la valutazione, nello specifico caso, dei benefici e dei rischi.

10. I farmaci per l'osteoporosi sono totalmente a carico del cittadino?

Alcuni farmaci sono prescrivibili in classe A (con pagamento del ticket, qualora applicabile) limitatamente a specifiche condizioni di rischio (ad esempio, soggetti di età superiore ai 50 anni in cui sia previsto un trattamento per più di 3 mesi con dosi superiori a 5 mg/giorno di prednisone; soggetti che hanno avuto in passato fratture osteoporotiche vertebrali o di femore).

Realizzato con il contributo incondizionato di

www.docgenerici.it

O.N.Da
Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna
Foro Buonaparte 48 • 20121 Milano • Tel. 02 29015286 • Fax 02 29004729
E-mail: info@ondaosservatorio.it • www.ondaosservatorio.it