

## OSTEOPOROSI: UN MODELLO DI ASSISTENZA SOSTENIBILE

A colloquio con **Giovanni D'Avola**

Responsabile Servizio Reumatologia e Prevenzione Malattie Apparato Muscoloscheletrico e Osteoporosi, AUSL 3, Catania

***Dottore, in base alla sua personale esperienza, avere una duplice specializzazione, in reumatologia e in farmacologia, rappresenta un valore aggiunto nello svolgimento dell'attività professionale?***

Sicuramente sì. Avere un background scientifico-culturale composito – sia farmacologico che clinico-reumatologico – rappresenta senza dubbio un valore aggiunto per la mia attività professionale sia clinico-prescrittiva sia di consulenza tecnico-scientifica. Dal punto di vista strettamente professionale una conoscenza più tecnica di farmacologia clinica ha riscontri non indifferenti nel rapporto dell'efficacia delle cure prescritte ai pazienti che sono spesso politrattati; dal punto di vista delle consulenze istituzionali, la rilevanza di un approccio multidisciplinare e integrato è indirettamente rappresentata dalla composizione eterogenea delle diverse commissioni tecnico-scientifiche a livello regionale e/o nazionale in ambito farmaceutico/sanitario. Le due specializzazioni appunto per questo hanno dato valore aggiunto ad entrambe le funzioni professionali.

***Dal 2000 al 2007 è stato docente, presso la Scuola di Specializzazione in Reumatologia di Messina, di 'Epidemiologia e aspetti sociali delle patologie reumatiche'. Quanto è importante la dimensione sociale di queste patologie?***

L'impatto sociale di tutte le patologie reumatiche muscoloscheletriche degenerative e infiammatorie (ovvero osteoartrosi, spondilite e artriti, e osteoporosi) è senza dubbio molto alto, trattandosi di patologie fortemente invalidanti, nonostante i grandi passi avanti che si sono fatti nel trattamento farmacologico nell'ultimo decennio (si pensi ai farmaci biologici per il trattamento dell'artrite e delle spondilite o agli

anabolizzanti dell'osso per l'osteoporosi). Purtroppo, l'impatto sociale, in mancanza di un'adeguata attenzione al problema, come registriamo costantemente, è destinato inesorabilmente a crescere. Siamo in presenza di un aumento dell'aspettativa di vita media correlata a trend demografici di progressivo e sistematico invecchiamento della popolazione. Questo porterà ad una maggiore incidenza di patologie tipiche della terza età, quali per l'appunto l'artrosi e l'osteoporosi al pari delle patologie cardiovascolari e neurologiche. Ad oggi non vi è attenzione alla crescita epidemiologica di tali patologie.

***Con riferimento all'osteoporosi, qual è il quadro epidemiologico attuale e prospettico?***

Attualmente il 20% della popolazione italiana ha un'età superiore ai 65 anni, percentuale che potrebbe arrivare a cifre altissime nel prossimo decennio. Numerosi studi osservazionali hanno dimostrato che la probabilità di fratture da fragilità cresce con l'aumentare dell'età. E ciò è particolarmente vero per le donne. Si stima che in Italia l'osteoporosi colpisca circa 5.000.000 di persone, l'80% delle quali è rappresentato da donne in post-menopausa. I siti scheletrici generalmente riconosciuti come sede delle fratture da fragilità sono le vertebre, il femore prossimale e il polso. È interessante sottolineare come la frattura del polso sia quella più comune nelle donne da 45 a 60 anni, ovvero in donne estremamente attive nel mondo lavorativo. Proprio per questo, anche se questa frattura non ha un impatto preoccupante sulla qualità di vita rispetto, ad esempio, alla frattura del femore, ha invece un impatto economico e sociale altissimo, perché provoca periodi prolungati di assenza dalla propria attività di donne impegnate nel mondo del lavoro. Di qui l'urgenza di

elevare la soglia di attenzione politico-sociale nei confronti della patologia osteoporotica.

***Nella specifica realtà assistenziale in cui opera, quali sono le principali sfide quotidiane e quali le criticità maggiori nella cura e nel trattamento del paziente con osteoporosi?***

Sicuramente una delle principali sfide oggi è la mancanza di una adeguata consapevolezza della patologia osteoporotica a vari livelli: del paziente, del medico e del sistema sanitario nel suo complesso.

Sicuramente si sono fatti dei passi avanti, ma si tratta di progressi ancora inadeguati rispetto all'epidemiologia attuale e prospettica della patologia.

Direi che c'è un'insufficienza di cultura generale che riguarda sia i pazienti che la classe medica, e un'insufficiente attenzione sociale che ri-

guarda principalmente la parte pubblico-amministrativa.

Per quanto riguarda il medico, spesso è portato a considerare l'osteoporosi come una patologia meno importante di altre patologie proprie della fascia di età adulta-senile, come ad esempio quelle cardiovascolari. Questa scarsa attenzione si traduce nell'insufficiente trattamento terapeutico poiché le cure dell'osteoporosi sono impropriamente percepite come meno urgenti/importanti in un paziente anziano, che spesso è pluritrattato per altre patologie concomitanti ritenute più urgenti. Analogamente nella scalletta di priorità di affezione al farmaco, il paziente sta normalmente più attento a prendere il farmaco per la pressione, per il colesterolo, etc, anziché il farmaco per l'osteoporosi. È come se avesse meno paura della patologia osteoporotica che in qualche modo è più 'nascosta' di altre.

Su di un piano diverso – il controllo della spesa – esistono considerazioni di ordine eco-



nomico e di controllo dei budget prescrittivi che possono indurre il medico di famiglia a limitare la prescrizione di questa tipologia di farmaci perché impropriamente ritenuti non prioritari rispetto ad altre classi di farmaci.

Per quanto riguarda l'amministrazione pubblica, la legittima attenzione ad una gestione efficiente del sistema assistenziale deve opportunamente sposarsi, a mio avviso, con politiche sanitarie che abbiano una prospettiva pluriennale e che inglobino una programmazione basata sull'analisi non solo della situazione attuale, ma anche e soprattutto di quella prospettica. Con riferimento specifico all'osteoporosi, questo significa considerare i trend epidemiologici e le implicazioni socio-economiche degli stessi, valutare l'efficacia di interventi di prevenzione e di appropriatezza terapeutica nel medio-lungo periodo e, su queste basi, prevedere interventi di programmazione sanitaria ad hoc.

**Quali sono, a suo avviso, gli ingredienti fondamentali di una programmazione specifica?**

Come già detto, occorre innanzitutto una presa di coscienza a diversi livelli dell'importanza della patologia attraverso attività di formazione per il medico di medicina generale, che è il regista del SSN, sia con riferimento alle fasi di prevenzione e diagnosi, sia di trattamento farmacologico appropriato. Opportuna attività di sensibilizzazione presso i pazienti dell'importanza della patologia e del ruolo critico della persistenza alla terapia rispetto ai risultati attesi in termini di efficacia. Infine, sistemi organizzativi in grado di promuovere e garantire la persistenza terapeutica, che – ripeto – è la *conditio sine qua non* per l'efficacia attesa.

Non escluderei, ad esempio, la previsione di monitoraggi da parte del medico continuativi e sistematici della compliance e aderenza alla terapia, anche prevedendo sistemi di incentivi ad hoc per questo tipo di attività, con facoltà di interruzione della prescrizione in caso di mancato rispetto di parametri di persistenza. Un sistema che, in altri termini, supporti e promuova l'efficacia delle cure attraverso la persistenza terapeutica e per questa via eviti inutili

sprechi di risorse in un momento in cui di risorse ce ne sono sempre meno.

**Quali sono, a suo avviso, le strade per promuovere questo modello organizzativo virtuoso?**

La strada principe è quella di una progettualità condivisa tra medici, amministratori e pazienti per promuovere persistenza alla terapia, efficacia della stessa e quindi giusta allocazione delle risorse: tagliare gli sprechi e reinvestire le risorse 'liberate' per creare salute. Il coinvolgimento attivo di tutte le parti interessate, pur evidentemente per le rispettive competenze, credo sia un ingrediente essenziale per il successo.

**Una filosofia vincente in modo trasversale a diverse patologie?**

Sicuramente sì. Si tratta di una filosofia a mio avviso vincente in tutte le aree terapeutiche in cui esistono spazi di efficienza creabili naturalmente attraverso la promozione dell'appropriatezza e dell'efficacia terapeutica. Penso all'ipertensione, all'ipercolesterolemia, etc.

**Per chiudere, dottore, ha già sviluppato o intende promuovere e sviluppare progetti ispirati a questa filosofia adottando la formula della partnership che ci ha citato prima?**

Ritengo utile ed opportuno promuovere, auspicabilmente in partnership pubblico/privato, corsi di formazione per i medici di medicina generale sul tema del ruolo critico della persistenza terapeutica rispetto a obiettivi di efficacia degli interventi e di efficienza generale del sistema sanitario sia nell'area dell'osteoporosi, delle ipercolesterolemie e di altre patologie a elevato impatto sociale ed economico. Una progettualità sicuramente non nuova, rispetto ad altre già poste in essere in diverse realtà regionali, ma in cui credo molto nello specifico per poter dare un contributo al rilancio del modello assistenziale siciliano. ■ ML