

Inquadramento del rischio di fratture. Problematiche clinico-assistenziali in Medicina Generale

Stefano Giovannoni

Medico di Medicina Generale, Prato

“Il salutismo è una nevrosi dilagante, una delle peggiori nel nostro ego narciso e fifone, ossessionato dalla malattia. Ci si bonifica di innocua gramigna avvelenandosi fino al midollo, per la maggior gloria dell'industria e della nostra stupidità di cavie.”

Michele Serra, *Tutti i santi giorni*, Feltrinelli 2006

Quando mi sono laureato, nel finire degli anni '70, non esisteva il “problema” osteoporosi: generalmente si arrivava alla laurea in Medicina e Chirurgia senza aver mai fatto esami (anche quelli di Ortopedia e Endocrinologia) che prevedessero nozioni sul metabolismo minerale e sulla fragilità ossea.

Poi, la disponibilità da parte dell'industria farmaceutica di una molecola che poteva avere una qualche azione sugli osteoclasti ha dato il via a uno dei più formidabili processi di *disease mongering* del secolo scorso, riuscendo a creare un bisogno di salute planetario (forse anche fra le tribù Masai del centro Africa, ancora più importante della fame e della mortalità infantile di quella parte di mondo), rappresentato dalla necessità di avere sempre ossa forti e resistenti a tutte le età della vita per prevenire le fratture. Questo perché il processo osteoporotico, anche se insito nel fisiologico processo di invecchiamento, è stato collegato da subito non tanto a un generico rischio di frattura, ma direttamente al determinismo della stessa: quindi osteoporosi uguale malattia, uguale frattura.

Negli anni a seguire, gli investimenti privati nel settore non si sono certo fatti attendere e hanno portato a sintetizzare molecole sempre più attive sul metabolismo dell'osso, assieme alla disponibilità di apparecchiature in grado di misurarne la densità, il peso, che, ancorché determinato dalla componente minerale, faceva gioco legarlo automaticamente alla perdita proteica (specialmente se il paragone veniva fatto con l'età giovanile), cioè all'osteoporosi. Si arriva così a dire che una donna in menopausa su tre ha una “malattia” che, in modo oltremodo arbitrario, viene legata alla frattura.

L'epidemia silenziosa ha così preso piede nella moderna cultura medica costituendo un giro di affari mostruoso per *big pharma* e con l'indotto che ne è conseguito; dalle società scientifiche *ad hoc*, ai così detti “centri specialistici”, passando dalle associazioni di malati (?), alle giornate mondiali dell'osteoporosi ... Il circo mediatico ha poi fatto il resto, amplificando la necessità di proteggersi dal terribile *male*, complice l'invecchiamento anagrafico della popolazione nel mondo occidentale, legato alla necessità di *non* invecchiare, al concetto edonistico di rimanere sempre sani, giovani, potenti, belli e in forma perfetta.

Molte migliaia di medici di famiglia (MdF) come me, pur criticandole, hanno dovuto subire per anni queste dubbie necessità assistenziali, che non si limitano ovviamente alle problematiche legate all'osteoporosi ma investono la maggior parte delle discipline mediche, dalla prevenzione cardiovascolare, all'ipertensione arteriosa, al diabete, agli screening oncologici e così via.

Leggiamo, infatti, sempre più articoli e editoriali delle più blasonate riviste scientifiche che cominciano a chiedersi dove potrebbe portare questo eccesso di medicalizzazione, con quali obiettivi veri e misurabili di salute da parte dei Servizi Sanitari Nazionali (SSN) o per le tasche dei cittadini. Specialmente in tema di prevenzione, nuove malattie, diagnosi precoce e fattori di rischio, con valori soglia sempre più bassi a fronte di una palesata necessità di ricorrere sempre e comunque al farmaco per medicalizzare gruppi di individui in buona salute con fattori di rischio.

Il *British Medical Journal* fa un numero unico nel 2002 sulla “troppa” medicina. Un fondo del *The New York Time* del 2006 a firma di Stephanie Saul parla di “esperti autoreferenziali e finanziati dall'industria che definiscono le nuove soglie che discriminano i *sani* dagli *ammalati*”. Marcia Angell, già direttrice del *New England Journal of Medicine*, sul *Journal of American Medical Association* nel 2008 afferma che “l'inaffidabilità permea l'intero sistema della ricerca e che i medici non potranno più a lungo fidarsi della letteratura medica per disporre di valide e affidabili informazioni scientifiche” ... David Sackett sul *Canadian Medical Association Journal* nel 2002 definisce la medicina preventiva arrogante perché *aggressivamente assertiva* (si rivolge a persone asintomatiche dicendo loro cosa devono fare per restare in salute), *presuntuosa* (sicura che gli interventi che propone fanno più bene che male nei soggetti che li mettono in pratica), *prepotente* (poiché aggredisce coloro che mettono in dubbio la validità delle sue raccomandazioni) ... In questo scenario la diagnosi precoce viene percepita come “guarigione assicurata” (Domenighetti).

Sul portale “Partecipa Salute”, promosso dall'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e dalla Società Editoriale Zadig ci si chiede se l'osteoporosi sia una malattia e leggiamo: “se la malattia è definita come un'altera-

zione del proprio stato di benessere, l'osteoporosi è piuttosto un fattore predisponente al reale disagio, cioè la frattura ossea. La campagna di sensibilizzazione sull'osteoporosi proclama di fatto la prevenzione di un fattore di rischio".

WONCA, l'organizzazione internazionale dei Medici di Famiglia (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), nel 2003 inserisce come caratteristici del medico di medicina generale gli "interventi che mirano a identificare i pazienti a rischio di sovra-medicalizzazione per proteggerli dalla nuova invasione medica e proporre loro interventi eticamente accettabili"...

È davvero arrivato il tempo della riflessione e non è più possibile rimandare la lettura della fenomenologia degli eventi che hanno contraddistinto ricerca e assistenza medica degli ultimi venti, trenta anni per arrivare a condividere progetti di salute più verosimili, etici e realistici per noi e i nostri pazienti.

Quali possono essere, quindi, obiettivi assistenziali perseguibili e praticabili nella prevenzione delle fratture da fragilità?

In questo cominciamo a essere aiutati da dati di letteratura che si fanno più credibili con disegni degli studi più corretti ed etici, con *end point* forti (la riduzione di frattura) e non surrogati (l'aumento di densità ossea).

Il target assistenziale è da sempre un fattore di confondimento e di attrito fra medici di medicina generale ed esperti di settore; ricordiamo a tal proposito che non esiste l'"osteoporologo" nel nostro ordinamento universitario e fra le specializzazioni post laurea, ma, accanto a medici che si proclamano esperti solo perché gestiscono un servizio densitometrico o perché sono semplicemente responsabili di un "centro", ci sono colleghi reumatologi e endocrinologi che si sono dedicati da sempre a praticare ricerca seria e sono diventati punti di riferimento nazionali e internazionali nel settore.

Noi MdF ci riferiamo sempre alla popolazione generale, ecco perché parliamo di osteoporosi come *condizione* e non come malattia; condizione legata al naturale processo di senescenza, che nella stragrande maggioranza si giova di quei provvedimenti che si riconoscono in uno stile di vita sano sotto il profilo alimentare, dell'attività motoria e della cessazione di comportamenti a rischio come il fumo, oltre alla somministrazione di vitamina D, vera terapia sostitutiva della terza età!

L'osteoporosi secondaria

Diversa è l'attenzione che dà lo "specialista" a quelle persone a grave rischio osteoporotico e di frattura, persone che a volte erroneamente non sono state valutate con la dovuta attenzione dal MdF. Mi riferisco ai pazienti con osteoporosi secondarie per artrite reumatoide, ipertiroidismo, iperparatiroidismo, malassorbimento intestinale per malattie infiammatorie croniche o per celiachia, ecc, a coloro che devono assumere cortisone per mesi o, più semplicemente, a coloro che hanno già riportato una frattura da fragilità. Specialmente in queste persone i dati di letteratura

sull'uso di farmaci sono positivi con bassi valori di NNT (*number needed to treat*) per dimostrazione di riduzione statistica importante del rischio relativo di seconde fratture e l'Agenzia italiana per il Farmaco (AIFA) con la nota 79 ne ha sempre permesso la rimborsabilità da parte del SSN.

Il medico di medicina generale (MMG), quindi, è tenuto a identificare fra i suoi pazienti quelli a rischio di osteoporosi secondaria e mettere in atto il percorso assistenziale personalizzato più adatto ed è chiamato al trattamento di chi ha già subito una frattura da fragilità, anche in questo caso, dopo valutazione delle condizioni cliniche associate, dell'aspettativa di vita, ecc.

Il rischio di frattura: è utile la densitometria?

Contrasti e contraddizioni emergono però nell'individuazione del rischio di frattura nella popolazione generale, in quelle persone non palesemente e prontamente identificabili a rischio di frattura, se non per età.

Una visione semplicistica del passato (ma che ancora troppi ginecologi portano avanti creando non pochi attriti con la medicina generale e sperpero di risorse) era quella di praticare la densitometria ossea come screening: oggi sappiamo con certezza che non è né efficace né efficiente. Forse lo poteva essere sopra i 65 anni, se l'epidemiologia delle fratture da fragilità non ci avesse dimostrato che si fratturano di gran lunga di più gli osteopenici o addirittura chi ha normale densità ossea, rispetto agli osteoporotici. La spiegazione degli "osteofili" (leggi: coloro che attribuiscono all'osso la sola causa di rischio di frattura) è che, oltre la densità, sia la qualità dell'osso ad essere importante anche se di non facile misurazione... Angela Chung sul *Journal of American Medical Association* nel 2008 dice che "la qualità dell'osso è una vaga entità che è difficile misurare clinicamente e che la BMD (*bone mineral density*) è un *outcome* surrogato per lo sviluppo di farmaci per ridurre il rischio di frattura".

Le carte di rischio FRAX

Un aiuto importante per il medico forse sarebbe potuto venire dalla definizione delle carte di rischio FRAX dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che tengono in considerazione 6 fattori di rischio che vanno a incidere sulla fragilità dell'osso come il fumo, le fratture materne e le pregresse fratture, l'alcol, eventuali cause di osteoporosi secondaria e l'uso di cortisone. Questi fattori di rischio possono essere rapportati con la densità ossea o con l'indice di massa corporea e danno una stima statistica del rischio di frattura a 10 anni, in analogia con la stima del rischio cardiovascolare di Framingham. Il loro uso è chiaramente raccomandato come guida alla terapia farmacologica. Ma se il rischio di frattura è dovuto a fattori diversi dalla riduzione di BMD, già Mc Clung e poi McCloskey ci dicono che il trattamento con bisfosfonati non riduce il rischio di frattura di femore...

Questa lapalissiana considerazione in realtà svela il limite delle carte

FRAX, che sicuramente sono un passo avanti dalla valutazione del rischio con la sola BMD, ma che non considerano fattori di rischio importantissimi nel determinismo delle fratture, specialmente per quelle di femore, legati alla riduzione della forza muscolare, alla sarcopenia dell'anziano, ai disturbi dell'andatura e dell'equilibrio, alla storia di cadute e ai fattori di rischio intrinseci ed estrinseci di caduta, per i quali esistono solo pochi studi prospettici validi, come afferma Angela Chung sul *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* nel 2008. Alla Chung fa eco Teppo Jarvinen che in un editoriale del 2008 sul *British Medical Journal (BMJ)* "Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls" afferma che "dovremmo porre i nostri sforzi nel frenare le cadute e non nel trattare la bassa densità ossea".

L'importanza di prevenire le cadute

Ci sembra infatti corretto poter dire che l'evento caduta nell'anziano è il momento cruciale nel determinismo della frattura di femore e, se non se ne riduce il rischio, possono valere a poco i tentativi di agire con farmaci sulla densità dell'osso. Secondo Moynihan e Cassels, in *Farmaci che ammalano*, Nuovi Mondi Media editore

"la diminuzione della densità ossea rappresenta poco più del 15% del rischio totale di un'eventuale frattura di femore, mentre molto più importanti sono altri fattori come la forza dei muscoli e tutte le condizioni personali e ambientali di rischio di caduta: i farmaci, quindi, che agiscono positivamente sulla densità dell'osso, possono contribuire in maniera limitata alla riduzione del rischio di frattura, per lo più in età avanzata, con osteoporosi molto accentuata e quando si sono già instaurate fratture".

Già Black nel 2001 in uno dei primi esempi di carta di rischio di frattura di femore nelle donne sopra 65 anni con o senza la BMD, insieme ai soliti fattori di rischio ossei aveva introdotto come ulteriore indicatore "l'uso delle braccia per alzarsi": la carta di rischio rilevò quasi lo stesso potere predittivo di frattura con o senza valutazione della densità ossea.

Ancora, i risultati dell'*European Prospective Osteoporosis Study*, pubblicato da Kaptoge su *Bone* nel 2005, riportano che "la bassa densità ossea è meno predittiva delle cadute nel determinare il rischio di frattura degli arti nelle donne, in Europa".

Il candidato alla frattura, allora, non è altro che *l'anziano fragile*, ben conosciuto nel setting della Medicina Generale. È colui che presenta disturbi della memoria; malattie neurologiche come il morbo di Parkinson; artropatie con disturbo algo-funzionale a ginocchia, caviglie, piedi, anche; andatura lenta, instabile, con base allargata; magrezza, disappetenza; disturbi visivi e uditivi; ridotta forza muscolare, specialmente agli arti inferiori; episodi di cadute e comorbilità.

In conclusione

È importante ricordare la sintesi finale delle "Linee Guida sul management dei pazienti con osteoporosi", fatta nel giugno 2009 dal Sistema Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, dopo aver confrontato le principali raccomandazioni della letteratura internazionale, dove si afferma che "con l'eccezione dei pazienti che hanno già subito una frattura e dei candidati a una terapia corticosteroidica protratta, non esiste concordanza tra le varie linee guida sui criteri per individuare le persone che beneficerebbero di un trattamento farmacologico preventivo e soprattutto sull'entità del beneficio prospettabile".