

Osteoporosi nelle donne: ne parla la responsabile della Riabilitazione al Cof

di Maria Bianchi

Qui sotto:
La dott.ssa Patrizia Zanotta



L'organizzazione mondiale della sanità ha di recente identificato l'osteoporosi come uno dei principali problemi sanitari insieme ad altre malattie non trasmissibili. Dallo studio Esopo (Epidemiology study of the prevalence of osteoporosis in Italy) condotto nel 2001 risulta che in Italia ci sono circa 4.000.000 di donne osteoporotiche, contro la stima maschile che è di circa 800.000 uomini. Stiamo parlando di una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative della microarchitettura che si accompagnano ad un aumento del rischio di frattura. Su prevenzione e cura dell'osteoporosi abbiamo sentito la dottoressa Patrizia Zanotta, specialista in fisioterapia e ortopedia, responsabile

dell'Unità Operativa di Riabilitazione 1 del Cof Lanzo Hospital, Clinica Ortopedica fisiatrica a Lanzo d'Intelvi (Como), casa di cura privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale.

Dottoressa Zanotta, che cos'è l'osteoporosi e come viene diagnosticata?

«L'osteoporosi definisce la situazione in cui lo scheletro è soggetto ad un maggior rischio di fratture in seguito a una diminuzione della massa ossea e della microarchitettura. Il primo sintomo di questa malattia, spesso, è la frattura. E se la diagnosi di osteoporosi viene fatta quando già la frattura è presente diventa, ovviamente, necessario intervenire con la terapia medica o chirurgica. Si deduce da ciò quanto, in ambi-



to osteometabolico, sia importante "prevenire"».

Perché solo una donna su due sa di soffrire di osteoporosi?

«La prevenzione va fatta a largo raggio, così come la diagnosi precoce che si avvale di esami morfologici, quantitativi e qualitativi dell'osso. Nel paziente osteoporotico una caduta accidentale può determinare una frattura da fragilità, secondaria non all'evento traumatico in sé, ma alla minor resistenza dell'osso al trauma. Una banale frattura di polso in un soggetto ultrasessantenne di sesso femminile dovrebbe indurre il medico del pronto

soccorso a consigliare alla paziente di eseguire un'indagine specifica del quadro osteometabolico onde evitare ulteriori e più gravi fratture, evento certo se non si inizia precocemente un'adeguata terapia medica. È anche doveroso che il medico di medicina generale induca la donna in menopausa o con fattori di rischio elevati, ad eseguire indagini specifiche volte ad evitare il sintomo chiave dell'osteoporosi».

A quali esami specifici ci si deve sottoporre per avere una diagnosi di osteoporosi?

«Ci si deve sottoporre ad una MOC (Mineralometria ossea

Qui sopra:

Il Cof Lanzo Hospital, Clinica Ortopedica e Fisiatrica a Lanzo d'Intelvi (Como), casa di cura privata convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale



computerizzata) per valutare la *densità* minerale dell'osso raffrontata a quella media di soggetti adulti sani dello stesso sesso. L'unità di misura è la deviazione standard dal picco medio di massa ossea (T-score). Il rischio di frattura aumenta in maniera esponenziale con valori densitometri-

ci, di T-score inferiore a -2,5 (meno 2,5), soglia, secondo l'Oms, per diagnosticare la presenza di osteoporosi. La resistenza dell'osso alle fratture è la somma della densità (rilevata con la Moc) e della qualità del medesimo. È utile, quindi, in determinati pazienti, per meglio definire il quadro osteometabolico qualitativo eseguire esami di secondo livello. Va sottolineato il concetto di "rimodellamento osseo", processo ciclico che comporta la distruzione e la produzione di osso durante tutta la nostra vita. Quando il bilancio diventa negativo (cioè non viene prodotto tanto osso quanto gli osteociti ne distruggono) inizia il processo osteopenico e/o osteoporotico».

Quali sono i fattori di rischio dell'osteoporosi?

«Ci sono fattori di rischio *mo-*

dificabili, altri *parzialmente modificabili* e altri ancora *non modificabili*. Solo sulle prime due categorie si può intervenire: si può controllare il peso, affrontare una menopausa precoce con la terapia ormonale sostitutiva o l'assunzione di raloxifene, associare ai farmaci specifici per le malattie endocrine e reumatologiche una terapia osteometabolica. È doveroso, a mio avviso, evitare i fattori di rischio modificabili, quali il fumo, l'assunzione di alcool e di caffè, la vita sedentaria. Fondamentale è l'adeguato apporto proteico e calcico. Se il paziente non beve latte, non mangia yogurt, non prende dei cibi ricchi di calcio è necessario fornirgli un supplemento artificiale. La vitamina D, indispensabile per l'assorbimento intestinale del calcio, viene metabolizzata esponendosi al sole nel periodo estivo e, nel periodo invernale, può essere introdotta con una terapia supplementiva».

Qual è lo stile di vita ideale per prevenire l'insorgere dell'osteoporosi?

«Introdurre, innanzitutto, un'adeguata dose di calcio e di vitamina D, fare attività fisica (andare in bicicletta, ballare, camminare, eseguire semplici esercizi a casa), non fumare e non bere o farlo nei limiti della normalità, controllare il peso: osservando queste semplici regole si riduce la possibilità di avere l'osteoporosi».



Quali alimenti sono ricchi di calcio oltre al latte?

«Lo yogurt, la ricotta di mucca, i panini al latte, il polpo, la foglia di rapa, la bieta e l'acqua minerale. Il fabbisogno ottimale di calcio al giorno varia con l'età: negli adolescenti è di 1200-1500 mg, in premenopausa è di circa un grammo, oltre i sessantacinque anni si presuppone che sia di 1500 milligrammi, sia nell'uomo che nella donna».

