



*Organo ufficiale di Fondazione F.I.R.M.O. e di O.N.Da  
Per la sensibilizzazione e l'informazione di cittadini, pazienti e Istituzioni*



*Anno I – numero 1 – dicembre 2009*

*Comitato scientifico: Maria Luisa Brandi, Francesca Merzagora,  
Roberto Bernabei, Giorgio Fiorentini, Andrea Genazzani, Giuseppe Guglielmi, Massimo Innocenti,  
Apro Matti, Francesca Moccia, Carlo Montecucco, Walter Ricciardi*

*Editore: Intermedia per la Comunicazione Integrata  
Via Malta, 12/b – 25124 Brescia  
Direttore Responsabile: Mauro Boldrini  
Registrazione Tribunale di Firenze n. 5741 del 14.10.2009*



## GRAZIE A TUTTI I NOSTRI LETTORI

Il numero 1 di NOI vede la luce a due mesi dal lancio del numero “zero”. I numerosi messaggi ricevuti dai nostri 850.000 lettori ci rendono consapevoli di quanto si sia già realizzato già nel proporre questo nuovo mezzo di comunicazione, uno strumento utile, veloce, immediato. Il mondo dell'osteoporosi è vivace e le notizie da comunicare non mancano di certo! Siamo fiduciosi che anche questo numero natalizio porti al pubblico nuovi spunti di riflessione e soprattutto informazioni pratiche di cui fare tesoro.

Buona lettura e buone feste

*Maria Luisa Brandi*  
Presidente Fondazione F.I.R.M.O.



*Francesca Merzagora*  
Presidente Osservatorio O.N.Da



## L'ITALIA NON È UN PAESE PER VECCHI...

Ma è vero che in Italia non abbiamo attenzione alla qualità di vita dei nostri anziani? In un Paese in cui il numero di anziani aumenta, il tasso di natalità precipita (tra 25 anni sarà anziano un italiano su tre) ci aspettiamo di vantare per il 2035 un esercito di 60.000 centenari fragili. Fragili anche nel loro scheletro. Potremo coccolarli come accade ora? Forse nemmeno i centenari saranno un'eccezione, eppure la loro fragilità è certa. Non è un Paese per vecchi, con servizi minimi, assistenza solo per pochi e risorse sempre più limitate.

L'invecchiamento della popolazione italiana è oramai una tendenza consolidata. Infatti, dal 1950 ad oggi, nel nostro Paese, la speranza di vita alla nascita è aumentata di 4 mesi all'anno (grazie al miglioramento delle condizioni economiche e sociali), con il risultato che nel 2010 un cittadino italiano potrà attendersi di vivere in media fino a 77,9 anni se maschio o fino a 87,4 anni se donna. Il 20% della popolazione italiana ha più di 65 anni. Si tratta di 10 milioni di italiani: 1 donna su 5 e 1 uomo su 7 sono ultrasessantacinquenni. Per avere un'idea di quanto sia rapido il trend dell'invecchiamento in Italia, basti pensare che gli ultrasessantacinquenni erano appena il 13% nel 1982. Inoltre, stanno già emergendo una “quarta ed una quinta età”, visto che nel nostro Paese il 5% della popolazione ha più di 80 anni (ma gli ultraottantenni saliranno all'11% nel giro di pochi decenni) e circa il 4% dei decessi si registrano oltre i 90 anni. In questo contesto, non sorprende che molte proiezioni sanitarie si spingano a parlare dell'inizio di “un'era della disabilità”, visto che all'aumento della vita media corrisponde anche una maggiore fragilità degli anziani. Oltre i 75 anni di età l'aspettativa di vita in buona salute è inferiore a 2 anni. Nel 1999 un sessantacinquenne poteva attendersi di vivere ancora 16,3 anni, dei quali 2,5 da trascorrere in disabilità se maschio oppure 20,3 anni, di cui ben 5,2 da disabile se donna.

In questo scenario di apocalittica gerontocrazia, emergeranno ancora più potenti le differenze tra Nord e Centro-Sud. Ma anche al Nord esiste disomogeneità e le differenze sono tra città e città.

Così mentre le Regioni Toscana e Veneto lanciano un progetto di prevenzione di frattura negli anziani che hanno sofferto di una frattura femorale, altre Regioni sono ancora indecise sul da farsi. Questo porterà a prevenire le fratture in una Regione ma non in quella confinante!

NOI propone di informare la cittadinanza per aumentare la consapevolezza di quanto si potrebbe fare per rendere possibile una qualità di vita adeguata, quando saremo troppo fragili per occuparcene.

## DALLE ISTITUZIONI

### 1. PRIMO PIANO: INTERVISTA AL NEO-MINISTRO PROF. FERRUCCIO FAZIO



#### **I cittadini sono sufficientemente informati sul tema osteoporosi?**

L'osteoporosi è un tema di cui tutti parlano, i ricercatori, i medici, l'industria farmaceutica, i mezzi di comunicazione. Purtroppo spesso l'informazione sembra più disinformare che informare il cittadino.

Ma che l'osteoporosi sia un problema da affrontare è chiaro al mondo istituzionale, che ha però la responsabilità di informare correttamente gli uomini e le donne d'Italia e che ha anche il dovere di pianificare i programmi sanitari in un'area emergente della Medicina.

#### **Si tratta di una patologia forse sottovalutata?**

Per dare risposte a questo problema è necessario prima di tutto quantificarlo. Quante sono le fratture da osteoporosi, o meglio da fragilità, nel nostro Paese? Paradossalmente, nonostante si parli molto di questo problema, una domanda così semplice, apparentemente banale, non trova ancora una risposta e questo rende più difficile all'Istituzione destinare risorse che possono farci raggiungere

degli obiettivi concreti.

#### **Quali possono essere le soluzioni?**

E' in questo scenario che si colloca la nascita di un Registro delle Fratture da Fragilità in Italia. Questo Registro, unico al mondo, permetterà di fotografare la situazione italiana e di poter prendere provvedimenti commisurati al problema reale. A tale scopo, è necessario rendere possibile il riconoscimento della fragilità che sta alla base delle fratture quando queste vengono diagnosticate nel Pronto Soccorso, anche se questo è un passo che altri Stati europei non hanno ancora fatto. Ho fiducia che un approccio nuovo al problema osteoporosi permetterà un riconoscimento delle fratture che ne conseguono ed una presa in carica della fragilità che ne è alla base.

### 2. INTERVISTA AL PROF. CLAUDIO CRICELLI, PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE (SIMG)



#### **Nel corso dell'ultimo Congresso nazionale della SIMG che si è svolto a Firenze dal 26 al 28 novembre, ha avuto grande rilevanza il tema dell'osteoporosi.**

L'osteoporosi rappresenta un'area di interesse importante per la SIMG che, a partire dalla base dati di HealthSearch si propone di comprendere quale sia la prevalenza dei fattori di rischio identificati nei pazienti, quale il comportamento diagnostico e terapeutico del medico in caso di una persona a rischio e quale la compliance del malato al trattamento, elemento determinante per verificarne l'efficacia. In particolare, l'obiettivo è valutare se e in quali condizioni vengano utilizzati i medicinali previsti dalla nota 79 per la prevenzione delle fratture prima che queste si verifichino.

#### **Quali risultati sono emersi dai progetti in corso?**

L'analisi preliminare ha evidenziato una sottostima e un comportamento inadeguato da parte dei medici di famiglia. Solo al 18% delle persone con due o più fattori di rischio in base al FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) vengono prescritti i farmaci per la prevenzione. Ma vengono utilizzati poco anche nei pazienti che hanno già ricevuto una diagnosi, solo nel 21% dei casi.

#### **Uno dei problemi più importanti è l'adesione alle terapie. Lo confermano anche i vostri dati?**

Sono estremamente preoccupanti i dati sulla compliance, che viene riscontrata appena nel 30% dei pazienti, con una durata media di trattamento di 80 giorni. La nostra prospettiva è sviluppare, attraverso HealthSearch, un modello di prevenzione del rischio che possa facilitare i medici nella loro pratica quotidiana.

### 3. IL PROGETTO TARGET PER UNA CORRETTA GESTIONE DELL'OSTEOPOROSI

La Regione Toscana ha in programma di attivare un progetto integrato per la gestione dell'osteoporosi: si chiamerà **TARGET** (Trattamento Appropriato delle Rifratture Geriatriche in Toscana). Nella sola regione si sono verificate infatti oltre 7.200 fratture nel 2007 per una spesa di circa 96 milioni di euro. Nei 4 anni successivi alla prima frattura un paziente su 5 va incontro ad un secondo episodio, con un rischio di disabilità e mortalità più

elevato. Tuttavia, in Toscana, **solo il 10%** dei pazienti viene attualmente avviato verso una terapia con farmaci antifrattura e, anche quando accade, **nel 60% dei casi** non viene completato nemmeno un anno di trattamento. Per questo è nato TARGET, un progetto che mira a garantire un trattamento efficace e tempestivo attraverso un percorso strutturato che prevede il coinvolgimento di medici di famiglia, ortopedici e altri specialisti che si occupano di osteoporosi. Per questi pazienti è anche previsto un accesso facilitato alle terapie antifratturative oggi riconosciute dalla Nota 79. Il progetto è stato approvato con delibera regionale e partirà a breve, NOI vi terrà informati dei prossimi sviluppi.

## **NOVITÀ DALLA RICERCA**

### **1. IMPAURITA E DISINFORMATA: ECCO LA DONNA CON L'OSTEOPOROSI IN ITALIA**

In occasione della Giornata Mondiale dell'Osteoporosi la Federazione Internazionale per l'Osteoporosi (IOF) ha reso pubblici i risultati dell'indagine internazionale condotta tra pazienti e medici (*vedi NOI n. 0*).

Il sondaggio ha preso in esame anche l'Italia dove sono state intervistate 80 donne e 80 specialisti.

**Le pazienti italiane sono molto più preoccupate degli effetti che ha l'osteoporosi sulla loro qualità di vita di quanto pensino i medici:**

- l'88% teme di fratturarsi/rompersi un osso mentre i medici pensano che solo la metà circa (49%) abbia tale timore
- l'84% teme che non potrà continuare ad essere attivo come vorrebbe, mentre i medici ritengono che tale percentuale sia solo del 45%
- il 51% si preoccupa di diventare più dipendente dagli altri mentre i medici stimano tale percentuale ad un mero 42%

**Le pazienti italiane credono di essere informate sull'osteoporosi ma i dati rivelano quanto sia superficiale e insufficiente questa conoscenza:**

- il 98% descrive l'osteoporosi come una patologia che "rende fragili le ossa, che quindi si rompono/fratturano facilmente", tuttavia più della metà (64%) continua a credere erroneamente che questa malattia faccia "parte dell'invecchiare"
- una paziente su 3 non è in grado di identificare un fattore di rischio per l'osteoporosi

**Le pazienti italiane temono le fratture, tuttavia l'aderenza al trattamento è scarsa. Sebbene ammettano di essere state informate sull'importanza di assumere i medicinali prescritti, le donne non sono pienamente coscienti del fatto che seguire in maniera scrupolosa la terapia consente di incrementare in maniera significativa il livello di protezione dalle fratture:**

- l' 88% teme di fratturarsi/rompersi un osso
- il 90% dichiara di essere stato informato dal proprio medico sull'importanza di assumere regolarmente i medicinali prescritti
- il 25% non ritiene sia un problema perdere una somministrazione una volta ogni tanto
- una paziente su quattro (25%) ammette di aver interrotto il trattamento per l'osteoporosi

**Queste pazienti dichiarano un'interruzione del trattamento per l'osteoporosi di circa 6 mesi in media: 2,5 mesi in più rispetto a quanto stimato dai medici**

"Le attuali strategie per l'educazione dei pazienti ad un'efficace gestione dell'osteoporosi non forniscono in maniera adeguata le informazioni e il supporto di cui hanno bisogno le persone affette da questa patologia per ridurre il rischio di frattura e mantenere la qualità della vita che desiderano" spiega Patrice McKenney, CEO della Fondazione Internazionale per l'Osteoporosi. "Nel quadro della nostra lotta continua per migliorare la gestione dell'osteoporosi, l'IOF lancia ora Osteolink, un programma basato sul territorio fondamentale per sviluppare reti di comunicazione destinate a migliorare la comprensione e gli esiti della terapia".

Sovvenzionato da Amgen (EUROPE) GmbH, Medtronic Foundation e altri partner potenziali, OsteoLink fornirà reti dinamiche di contatto personale e online destinate a migliorare la comunicazione sull'osteoporosi con strumenti che rispondono alle attuali esigenze insoddisfatte.

<http://www.iofbonehealth.org/about-iof/iof-programs/outreach-education/osteolink.html>

**Zoomare al 200% per visualizzare le principali conclusioni dell'indagine:**

1. Le pazienti **ritengono di sapere molto di più** sulla loro osteoporosi di quanto non rivelino i dati

Nonostante le pazienti dichiarino di essere ben informate sulla loro condizione l'indagine rivela che:

Le pazienti non sono in grado di identificare correttamente i **fattori di rischio** dell'osteoporosi

Le pazienti descrivono la condizione di osteoporosi come **'parte del naturale invecchiamento'**

Le pazienti non capiscono l'**importanza dell'aderenza** alla terapia per l'osteoporosi



12

2. Le pazienti sono significativamente **più preoccupate** dell'impatto che l'osteoporosi ha sulle loro vite di quanto pensino i medici

Le pazienti sono preoccupate di incorrere in fratture a causa dell'osteoporosi

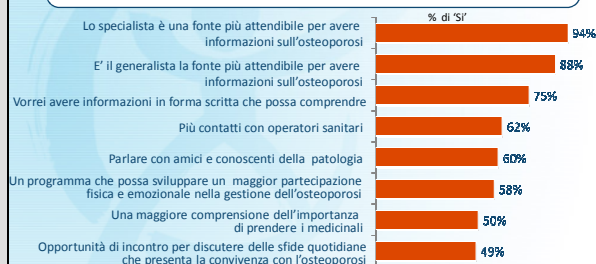
Le pazienti hanno il timore di non avere la possibilità di vivere **una vita attiva** come vorrebbero a causa della loro patologia

Le pazienti sono, inoltre, preoccupate di diventare sempre più dipendenti da altri come risultato dell'osteoporosi



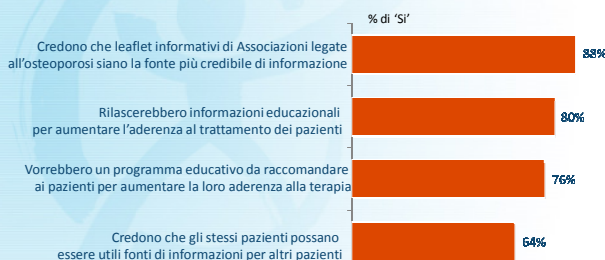
18

3. Le pazienti, per imparare a gestire al meglio l'osteoporosi, vogliono **strumenti semplici e una maggiore interazione** con i medici e altri pazienti



20

4. I medici sostengono **programmi per pazienti** e sono a favore di **strumenti che possano aiutarli a comunicare meglio con loro**



23

## Conclusioni

- Le pazienti non sono così informati come hanno la sensazione di essere. Ne consegue una **gestione non ottimale della patologia**
- Le pazienti hanno il timore di fratture ma ammettono di non seguire con costanza la terapia. Questo comportamento suggerisce che non hanno chiaro il **legame tra l'aderenza alle terapie e il rischio di fratture**
- Un programma di 'condivisione dell'esperienza' per pazienti è necessario per aiutarle a gestire l'impatto psico-fisico della propria condizione e condurre a **una migliore comprensione dell'osteoporosi**. Il programma per essere efficace dovrebbe coinvolgere amici, parenti e medici
- Più strumenti**, in linguaggio facilmente comprensibile e un **maggior dialogo con il medico** sono fattori importanti per comprendere a fondo l'importanza a seguire con continuità il trattamento prescritto, prevenire fratture e mantenere la propria qualità di vita



25

## 2. ORTOMED, LE OSSA ROTTE SI CURANO MEGLIO IN DUE

Nasce OrtoMed, nuova società scientifica (con sede a Firenze), che unisce l'eccellenza raggiunta da due realtà che collaborano da tempo, gli ortopedici del Centro Traumatologico CTO di Firenze e gli specialisti di malattie ossee del vicino ospedale di Careggi. È una combinazione di Ortopedia e Medicina e testimonia la necessità di un approccio interdisciplinare, sia per le fratture più comuni, sia nelle patologie dello scheletro che affliggono milioni di persone. "A Firenze", spiegano il presidente, l'ortopedico **Marco Italo Gusso**, primario emerito del

CTO, e il direttore esecutivo, l'endocrinologa **Maria Luisa Brandi**, "ortopedici ed endocrinologi hanno imparato a lavorare fianco a fianco già da alcuni anni e formano ormai un'equipe affiatata capace di venire a capo di problemi altrove insormontabili. OrtoMed colma un vuoto nella pratica clinica italiana. L'ortopedico è infatti comunemente concepito come medico o chirurgo dell'osso. E quando si parla di metabolismo, di vita dell'osso, ecco che sparisce. Come se la cosa non lo riguardasse. Invece lo riguarda eccome. Il suo ruolo centrale viene anzi valorizzato se ha accanto qualcuno capace di capire se dietro una frattura c'è una malattia che ha alterato il metabolismo dell'osso rendendolo più fragile". E' appunto quanto accade con l'osteoporosi (5 milioni i casi in Italia) e con le circa 200 patologie considerate rare, che poi così rare non sono, se è vero che nel nostro Paese i malati sono circa 250 mila. Se dunque ci si limita a riparare la frattura senza ulteriori cure specifiche, un osso rotto inevitabilmente si rompe di nuovo. "OrtoMed", sottolineano i due esperti, "nasce da queste considerazioni e da un'esperienza sul campo che ha dato risultati importanti. Il nostro obiettivo è che l'esempio del CTO non resti isolato, ma che il mondo dell'ortopedia nel suo complesso recepisca queste idee e questo modo di operare. La cultura del lavoro di equipe deve diventare patrimonio condiviso". Il nucleo iniziale è di 300 iscritti ed è prevista una rapida crescita numerica, tenendo conto che la sola *Società Italiana di Ortopedia* ha 8.000 soci e che non ci sono limiti a eventuali doppie appartenenze. È importante ricordare la caratura scientifica del consiglio direttivo (i 18 elementi sono tutti noti docenti e ricercatori), la dimensione interdisciplinare (oltre a ortopedici ed endocrinologi ne fanno parte reumatologi, genetisti, fisiatri, pediatri, dentisti) e la vasta diffusione geografica (i 6 membri di Firenze sono affiancati da 3 specialisti di Roma, 2 di Napoli, 1 di Milano, Verona, Bologna, Pisa, Bari, Palermo e Sassari). Caratteristica importante di OrtoMed è che, mentre il presidente resta in carica un anno, il consiglio è a scadenza decennale. Il motivo è molto pratico: assicurare la continuità di indirizzo che le società scientifiche, con le loro cariche biennali, in genere non hanno. Il consiglio salirà peraltro a 19 membri con l'inclusione di un rappresentante del Club dei Masteristi, gli 80 specialisti in malattie metaboliche dell'osso formatisi negli ultimi sei anni al master dell'Università di Firenze. Tra le varie iniziative in cantiere una serie di corsi itineranti, di regione in regione, per sviluppare la cultura della collaborazione e la pubblicazione della rivista *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, edita da CIC Edizioni Internazionali.

#### IL CONSIGLIO DIRETTIVO DI ORTOMED:

##### **Presidente**

Marco Italo Gusso Prof. Ordinario ortopedico Firenze

##### **Direttore Esecutivo**

Maria Luisa Brandi Prof. Ordinario endocrinologo Firenze

##### **Consiglieri**

Anna Maria Colao Prof. Ordinario endocrinologo Napoli  
 Francesco Conti Prof. Associato internista Roma  
 Alberto Falchetti Ricercatore Genetista Firenze  
 Sandro Giannini Prof. Ordinario ortopedico Bologna  
 Giulio Guido Prof. Ordinario ortopedico Pisa  
 Massimo Innocenti Prof. Ordinario ortopedico Firenze  
 Giovanni Iolascon Prof. Associato fisiatra Napoli  
 Roberto Civinini Ricercatore Firenze  
 Salvatore Masala Prof. Associato radiologo Roma  
 Sergio Ortolani Prof. a contratto reumatologo Milano  
 Vittorio Patella Prof. Ordinario ortopedico Bari  
 Giovan Battista Rini Prof. Ordinario interventista Palermo  
 Umberto Tarantino Prof. Ordinario ortopedico Roma  
 Paolo Tonelli Prof. Associato odontoiatra Firenze  
 Paolo Tranquilli Leali Prof. Ordinario ortopedico Sassari

##### **Segretario Generale**

Laura Masi Ricercatrice Firenze

## LA PREVENZIONE

### 1. MINERALI E OSSO

Il tessuto osseo è la nostra “banca” di minerali: 99% di **calcio**, 85% di **fosforo**, 60% di **magnesio** e 35% di **sodio** contenuti nel nostro corpo sono depositati nello scheletro. Qual è il motivo? Certamente i minerali conferiscono resistenza e rigidità al tessuto osseo, ma servono anche per mantenere costanti i livelli circolanti di ioni, quali calcio, fosforo e magnesio, indispensabili per il normale funzionamento di cellule nervose, cardiache e muscolari. Se i livelli ematici di calcio scendono sotto certi livelli di guardia una miriade di sistemi ormonali si attiva per rimuovere il calcio dal tessuto osseo e trasferirlo nel torrente sanguigno. Le cellule ossee deputate a questa funzione di rimozione sono note come osteoclasti, cellule distruttrici del tessuto osseo. Questo meccanismo di rimozione del calcio dallo scheletro avviene fisiologicamente ogni giorno, con un prelievo quotidiano nell'adulto sano di circa 550 milligrammi di calcio e con un ricambio annuale del calcio presente complessivamente nello scheletro di circa il 20%. Il tessuto osseo rimosso ogni giorno è riposto da cellule note come osteoblasti, le cellule costruttrici del tessuto osseo. Attraverso questo meccanismo nell'adulto sano 550 milligrammi di calcio sono depositati nel tessuto osseo giornalmente. Inoltre ogni giorno circa 360 milligrammi di calcio vengono assorbiti a livello intestinale in un individuo adulto normale e la stessa quantità viene eliminata complessivamente nelle feci e nelle urine. Il fisiologico processo di costruzione e di distruzione ossea che quotidianamente si perpetua nel nostro apparato scheletrico è noto come rimodellamento osseo e riflette il turnover del tessuto osseo.

Per costruire e conservare delle ossa sane sono necessarie decine di sostanze nutritive. Dopo il calcio, il fosforo, le **proteine** e il magnesio sono le più importanti. Il **manganese**, il **rame**, lo **zinco** e il **silicio** sono stati identificati come oligoelementi indispensabili, ma non è chiaro il loro ruolo specifico per quanto riguarda lo stato di salute delle ossa nell'adulto. Lo stesso dicasi per la **vitamina K**, la cui somministrazione è comunque raccomandata in pazienti con cirrosi epatica. Ogni volta che si è in presenza di uno stato di malnutrizione, la crescita e il rimodellamento osseo sono messi a repentaglio, così come la crescita e la riparazione di altri tessuti.

Oltre al calcio, anche il fosforo risente di una dieta non adeguata. Il fosforo, con il calcio, compone il cristallo di idrossiapatite, il minerale dell'osso. Non sorprende che una carenza di fosforo, come una carenza di calcio, possa influire negativamente sul tessuto osseo. Il fosforo è molto abbondante nella dieta degli esseri umani. E se la quantità raccomandata da introdurre giornalmente è per gli esseri umani sovrapponibile a quella di calcio, il consumo di fosforo è generalmente da 2 a 4 volte superiore ogni giorno a quella di calcio. Solo in presenza di bassi livelli di vitamina D non riusciamo ad assorbirne a sufficienza a livello intestinale. Le conseguenze sono una ridotta crescita ossea ed una insufficiente mineralizzazione ossea, con conseguente rachitismo nel bambino e osteomalacia nell'adulto. Nel paziente osteoporotico l'osteomalacia produce quadri di osteoporomalacia, la condizione più grave che porta a fratture multiple con maggiore facilità.

Per quanto riguarda l'introito proteico è certo che una minima quantità di proteine è necessaria per la crescita e il mantenimento del tessuto osseo, ma troppe proteine, soprattutto se di origine animale, producono un'eccessiva perdita di calcio nelle urine e danneggiano pertanto il metabolismo osseo.

Tra gli oligoelementi utili all'osso merita menzione il magnesio che controlla il metabolismo della vitamina D e la secrezione di paratormone. Alcuni studi hanno dimostrato che, nella popolazione anziana, introiti di magnesio più alti sono associati ad una maggiore massa ossea.

### 2. L'OSTEOPOROSI NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

#### *A quale età è importante cominciare a occuparsi di osteoporosi?*

L'età di transizione (quella comprende il periodo dalla nascita all'età adulta) è fondamentale per prevenire l'osteoporosi dell'adulto. È importante cominciare a pensare all'osteoporosi fin da bambini; infatti le corrette abitudini alimentari (che permettono di ricevere un adeguato apporto di minerali, in particolare di calcio e proteine) si apprendono fin dall'infanzia, e così l'abitudine ad evitare la sedentarietà. Certamente è importante occuparsi dell'osteoporosi nell'adolescenza e nella giovinezza. Infatti il nostro patrimonio scheletrico comincia a costruirsi già in utero, e la massa ossea continua ad accrescersi per tutta l'età di transizione, raggiungendo i valori dell'età adulta verso i 25 anni (“picco di massa ossea”). Fondamentale è il periodo dello sviluppo puberale, in cui oltre alle modificazioni dei caratteri sessuali si verifica una redistribuzione della massa grassa e muscolare, diversa nei due sessi, che avrà profonda influenza anche sulla maturazione ossea e sulla massa ossea definitiva. Alla fine dell'adolescenza pertanto un adulto ha accumulato la maggior parte dell'osso che lo porterà al massimo picco di resistenza ossea. Questo picco determina il punto di partenza per il declino della

resistenza ossea in età anziana e, in associazione alla conseguente perdita ossea, determinerà il rischio di soffrire di osteoporosi di una persona in tarda età. Maggiori sono i livelli del picco di massa ossea e maggior 'capitale' avremo messo da parte per poter essere consumato lentamente andando avanti con gli anni. Se invece il capitale è molto ridotto, sarà più facile nel corso degli anni scendere sotto il livello di normalità, e avere un aumentato rischio di frattura. Pertanto la prevenzione dell'osteoporosi dell'adulto deve cominciare nei bambini. L'età di transizione è quindi di vitale importanza per la prevenzione di una malattia della età adulta. Esistono poi forme di osteoporosi, per fortuna rare, che si presentano in questa fascia d'età. Inoltre tutte le malattie sistemiche con un potenziale danno osseo che insorgono in questa età si accompagnano ad osteoporosi.

### ***Quali sono nei giovani le situazioni a rischio di osteoporosi in età adulta?***

Uno stile di vita sano è la chiave per un buon sviluppo della massa ossea. Tutte le situazioni in cui non viene assicurato un apporto di nutrienti adeguato sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo (partendo dalle diete 'fai da te' delle ragazzine, fino a situazioni di anoressia); i casi di attività sportiva esagerata, che può interferire con la funzione degli ormoni sessuali, e portare ad alterazioni della funzione mestruale e ripercussioni sulla funzione che questi svolgono sulla massa ossea; la sempre più diffusa abitudine degli adolescenti all'assunzione di alcolici e al fumo, entrambi cause di osteoporosi negli adulti e a maggior ragione importanti nel periodo in cui l'osso si sviluppa. Passando dalle abitudini di vita alle patologie, è da ricordare che alcune malattie talvolta 'silenti' ma con effetto negativo sulla massa ossea possono essere riconosciute nell'età di transizione: in particolare la presenza di celiachia frustra, altre condizioni di malassorbimento, le forme frustre di fibrosi cistica, possono venire sospettate dal pediatra sulla base di alterazioni della velocità di crescita staturale e ponderale (è sufficiente una valutazione semestrale). Se diagnosticate in tempi precoci gli effetti negativi sulla massa ossea possono essere prevenuti o minimizzati. Importante è anche la valutazione degli stati di ritardo puberale, o di alterazioni del ciclo mestruale, in cui la carenza per tempi lunghi di ormoni sessuali impedisce l'ottenimento di un picco di massa ossea ottimale.

### ***Quali sono le forme di osteoporosi presenti nell'età di transizione?***

Fortunatamente la presenza di osteoporosi nei bambini e negli adolescenti è estremamente rara, se non associata a altre malattie o terapie che interferiscono con il regolare sviluppo della massa ossea. Tuttavia, la bassa frequenza di questo problema non costituisce un buon motivo per non valutare la possibilità di questa malattia anche nei piccoli pazienti; è importante invece che venga riconosciuto un adeguato accesso alla diagnosi e alle terapie per la fragilità ossea nell'età di transizione. Nei bambini con condizioni (malattie, terapie come cortisonici o antiepilettici) che determinano fragilità ossea si stima che il 30% delle fratture vertebrali non venga riconosciuto, confuso con dolori e malesseri generici. Solo tenendo conto di questa possibile manifestazione di osteoporosi e solo con le opportune indagini si può verificare la presenza di questa situazione. I disordini che causano osteoporosi in età pediatrica vengono distinti in primari, dipendenti da un disordine del metabolismo osseo, e secondari, causati cioè da un'altra malattia cronica e/o dai farmaci utilizzati per trattarla. Nella maggior parte dei casi l'osteoporosi primaria interessa l'intero scheletro, più raramente le lesioni ossee possono essere localizzate (ad esempio nella displasia fibrosa). Le forme primarie di osteoporosi sono in genere distinte in due gruppi: i difetti da cause genetiche del tessuto connettivo, l'impalcatura proteica dello scheletro (come ad esempio l'osteogenesi imperfetta), e l'osteoporosi giovanile idiopatica. In quest'ultima situazione non si conosce ancora la causa. Si presenta in genere due-tre anni prima della pubertà, spesso con fratture vertebrali da compressione; spesso si assiste ad un miglioramento spontaneo della situazione. La lista dei disordini associati con osteoporosi secondaria è aumentata negli ultimi anni, con l'uso della densitometria ossea nei bambini; i fattori di rischio comuni ai vari disordini includono, la malnutrizione, il deficit di ormoni sessuali, la presenza di fattori infiammatori, l'eccesso di cortisonici, la carenza di ormone della crescita, e l'uso di altri farmaci con potenziale tossicità ossea. La risposta dello scheletro a questi 'insulti' è verosimilmente dipendente da fattori genetici; inoltre lo stadio dello sviluppo del bambino in cui il problema si manifesta è di cruciale importanza per le ripercussioni sull'osso. Poco si sa ancora sulla prevalenza, la severità e la storia naturale dell'osteoporosi in molti di questi disordini, per la difficoltà e la carenza di studi in questa fascia di età.

### ***Come si valuta la presenza di osteoporosi nei bambini?***

La diagnosi di osteoporosi nei bambini è considerata ancora più difficile che negli adulti; le fratture si verificano più raramente che negli anziani, e l'entità del trauma che ha determinato la frattura è spesso difficile da valutare. Gli esami ematici che sono indici dell'attività dello scheletro sono mal valutabili fino all'età adulta, perché variabili in correlazione con l'accrescimento corporeo, a sua volta dipendente dalla fase dello sviluppo puberale. La determinazione della densità ossea con la metodica DEXA è la più utilizzata nei bambini, per la disponibilità di dati di riferimento specifici per l'età pediatrica, la rapidità di esecuzione, e la scarsa esposizione a radiazioni. Tuttavia anche questa metodica ha importanti limitazioni, legate al fatto che il contenuto minerale

osseo e la densità ossea sono correlate alle dimensioni dell'osso, più piccolo in soggetti piccoli, e soggetto a variazioni nel tempo per i meccanismi di accrescimento. I dati devono poi essere interpretati alla luce di importanti variabili cliniche presenti in tutti i soggetti fra cui importante la variabilità nella comparsa della pubertà, che si accompagna allo scatto di crescita staturale, e di maturazione dell'osso. Si può dire pertanto che la valutazione specifica di una condizione di malattia dell'osso nell'età di transizione deve essere affrontata da specialisti del settore, con buona conoscenza delle variabili endocrinologiche proprie di questo periodo.

### ***Cosa fare per affrontare l'osteoporosi nell'età di transizione?***

Assolutamente fondamentale è l'opera dei pediatri di incoraggiamento nelle famiglie ad adottare un corretto stile di vita e alla valutazione di un normale accrescimento della statura, del peso corporeo, e di una normale progressione della pubertà. Altrettanto importante è la sensibilizzazione del pediatra e dei medici che curano i bambini affetti da patologie con potenziale danno osseo al riconoscimento dei fattori di rischio e alla diagnosi e all'intervento precoci. E' necessario utilizzare quando necessario la supplementazione di calcio e vitamina D (ad esempio nei bambini che assumono cortisonici per lunghi periodi, o in terapia con anticonvulsivanti) e il ricorso a specialisti per eventuale utilizzo di farmaci. L'efficacia e la tollerabilità dei bifosfonati nei bambini e negli adolescenti sono state negli anni confermate da un uso sempre più diffuso. Il campo di studio della osteoporosi pediatrica è enorme, e costituisce una sfida non solo per gli addetti del settore: infatti un fallimento nello sviluppo di adeguati mezzi per affrontare e minimizzare difetti scheletrici precoci potenzierebbe il rischio di complicanze osteoporotiche nell'arco della vita del giovane paziente.

## **3. A SCUOLA DA MISTER BONE**

Il Progetto Mr. Bone lanciato dalla Fondazione F.I.R.M.O. è oggi disponibile per la parte giochi a chi vorrà collegarsi al sito della Fondazione ([www.fondazionefirmo.com](http://www.fondazionefirmo.com)).

Il Corriere della Sera ha pubblicato un articolo dedicato all'argomento domenica 13 dicembre 2009 e contemporaneamente ne ha dato visibilità su [corriere.it](http://www.corriere.it).

[http://www.corriere.it/salute/reumatologia/09 dicembre 13/bambini-futuro-ossa-firmo-mr-bone\\_c781266e-e7a0-11de-8657-00144f02aabc.shtml](http://www.corriere.it/salute/reumatologia/09_dicembre_13/bambini-futuro-ossa-firmo-mr-bone_c781266e-e7a0-11de-8657-00144f02aabc.shtml)

Siamo molto fiduciosi che questa apertura ai bimbi possa promuovere l'intero progetto nel nostro Paese. Perché da questo emerge una collaborazione con le scuole che sarà indispensabile.

## **LA FORMAZIONE**

### **AL VIA ALL'UNIVERSITÀ DI FIRENZE IL MASTER SULL'OSTEOPOROSI**

Il Master di II livello in "Malattie Metaboliche dell'Osso: dal Gene alla Cura" costituisce il primo esempio di specializzazione nel settore del metabolismo scheletrico e dell'osteoporosi in Italia e si propone di fornire una visione clinica integrata, con un approfondimento delle conoscenze di biologia cellulare e molecolare, di genetica, di biochimica, di anatomia patologica, di diagnosi e di terapia rendendo possibile l'alta formazione di medici che possano poi spendere il titolo acquisito in campo clinico, di ricerca di base e di rapporti con istituzioni pubbliche e private.

Il Master, che ha durata di 12 mesi, avrà inizio il **19 gennaio 2010**

Coordinatore del master è la Prof.ssa **Maria Luisa Brandi**

*Per maggiori informazioni:*

Prof. Annalisa Tanini

Dipartimento di Medicina Interna

Tel. 055 4271503; Fax: 055 4271506

e-mail: [a.tanini@dmi.unifi.it](mailto:a.tanini@dmi.unifi.it)

M. Grazia Cabras

Tel. 055 4271505; Fax: 055 4271506

e-mail [grazia.cabras@unifi.it](mailto:grazia.cabras@unifi.it)

Sito: [www.med.unifi.it/CMpro-v-p-37.html](http://www.med.unifi.it/CMpro-v-p-37.html)



## PREMI

### **PREMIO ONDA Borsa di Studio “Isa Coghi” 2010**

La borsa di studio istituita da O.N.Da e Amgen Dompé, in ricordo di Isa Coghi, ginecologa e membro del Comitato Scientifico di O.N.Da, ha l'obiettivo di migliorare le conoscenze nel campo dell'osteoporosi e di aiutare la ricerca italiana a condurre studi di qualità sull'osteoporosi post-menopausale. La Commissione esaminatrice, composta dalla Prof.ssa Maria Luisa Brandi, dal Prof. Gilberto Corbellini e dalla Dott.ssa Adriana Albinì, attribuirà la borsa di studio, alla sua seconda edizione, al miglior progetto proposto da una ricercatrice italiana. Il Premio del valore di 15.000 euro verrà assegnato il 26 gennaio a Roma, durante una cerimonia pubblica presso la Sala Zuccari del Senato della Repubblica. L'anno scorso il riconoscimento è andato a Francesca Marini, ricercatrice dell'Università di Firenze, grazie a uno studio sul ruolo dei geni nella compliance alle terapie contro l'osteoporosi. Le conoscenze acquisite attraverso la ricerca potranno essere applicate in studi clinici di farmacovigilanza per identificare precocemente le persone che potranno trarre beneficio dalla terapia con amino-bisfosfonati, evitando di sottoporre a trattamento coloro che non ne beneficerebbero o addirittura potrebbero sviluppare reazioni avverse.

## APPUNTAMENTI

### **SPECIALE GIORNATA MONDIALE OSTEOPOROSI**

**WorldOsteoporosisDay**  
October 20, 2009

Parola d'ordine della Giornata Mondiale dell'Osteoporosi 2009, che si è celebrata in tutto il pianeta martedì 20 ottobre, è stata “*Identificare i Soggetti ad Alto rischio di Frattura*”, slogan che sottolinea la necessità strategica di individuare per tempo le persone maggiormente sottoposte al pericolo di fratture da fragilità delle ossa. In Italia l'appuntamento ha visto protagoniste FIRMO e ONDa, che hanno presentato la nostra Newsletter nel corso di una cerimonia (nella sala capitolare del Senato della Repubblica) che ha coinvolto una qualificata e folta rappresentanza istituzionale. Promosso per la prima volta dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'evento è stato aperto dal Ministro della Salute Ferruccio Fazio e ha avuto come relatori presidenti e membri di varie Commissioni dei due rami del Parlamento (Igiene e Sanità, Politiche Sociali, Politiche dell'Unione Europea) e i rappresentanti delle principali organizzazioni italiane e internazionali che operano nell'area delle malattie delle ossa. Il Ministro Fazio ha annunciato l'istituzione del Registro di fratture da fragilità in Italia e l'International Osteoporosis Foundation (IOF) ha presentato FRAX, la carta del rischio di fratture da osteoporosi, un nuovo strumento clinico che consente di prevenire e curare con maggior facilità. L'IOF insiste infatti sull'importanza della prevenzione, perché i costi sociali ed economici dell'osteoporosi obbligano a correre ai ripari subito per non esporre le generazioni future a drammatiche pandemie. La cerimonia ha avuto tra i protagonisti anche Patrice McKenney, amministratore delegato di IOF, e Jane Lian, presidente della American

Society for Bone and Mineral Research (ASBMR), oltre a vari rappresentanti di associazioni e società scientifiche (Croce Rossa Donne medico, Osservatorio della Terza Età, Cittadinanza attiva, reumatologi, pediatri, gerontologi, ginecologi ecc.), che con FIRMO e ONDa hanno dato vita alla Coalizione Italiana per l'Osso. L'osteoporosi e le fratture da fragilità che ne conseguono trovano oggi finalmente un posto di rilievo nella considerazione delle Istituzioni del nostro Paese. E' l'inizio di una nuova pagina della Medicina italiana. Come ha sottolineato il Presidente della Camera dei Deputati, Gianfranco Fini, nel messaggio inviato alla prof.ssa Brandi, "questa iniziativa può contribuire ad un approfondimento delle tematiche relative a questa diffusa patologia ed alla promozione di una cultura della salute, nel segno di una società sempre più all'avanguardia sul piano della ricerca, della prevenzione e del rispetto della dignità dell'individuo e della qualità della sua esistenza".

Visualizza il filmato: [http://www.youtube.com/watch?v=xX3u\\_jszVM4](http://www.youtube.com/watch?v=xX3u_jszVM4)

## L'ANGOLO DELLA LETTURA

### 1. "RICETTARIO PER L'OSTEOPOROSI: CONSIGLI E ALIMENTAZIONE PER LA SALUTE DELLE NOSTRE OSSA"

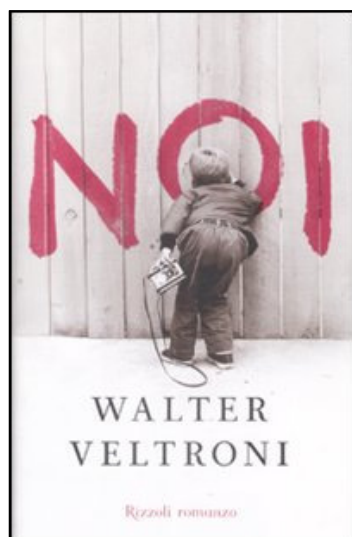


Disponibile nelle librerie dal 30 settembre 2009, il ricettario si pone l'obiettivo di consigliare una alimentazione per i malati di osteoporosi. La diminuzione della vulnerabilità delle ossa passa anche attraverso una dieta ricca di calcio, vitamina D e altri elementi fondamentali. Nel libro potrete trovare tanti gustosi e sani piatti per combattere una malattia che colpisce oggi milioni di persone nel mondo. Per rispondere a tutte le esigenze prevede anche ricette adatte a vegetariani e vegani.

Il Libro è sostenuto da F.I.R.M.O., scritto dalla prof.ssa Maria Luisa Brandi e da Carla Marchetti.

Editore Giunti Demetra, prezzo euro 8.90

### 2. UN'OMONIMIA DA UTILIZZARE... "NOI" DI WALTER VELTRONI



Il nuovo romanzo di Walter Veltroni, "Noi", ha come protagonisti quattro ragazzi, della stessa famiglia ma di generazioni diverse. Quattro periodi storici che, a circa vent'anni di distanza l'uno dall'altro, testimoniano passaggi fondamentali storia d'Italia. Il mondo che è intorno a Giovanni nel 1943 è tormentato dalla guerra e l'esperienza del bombardamento del quartiere San Lorenzo a Roma, il vedere l'applicazione disumana delle leggi razziali (e Giuditta, la bambina ebrea rifugiata per salvarsi in casa sua) rappresentano momenti che lasciano tracce indelebili nell'animo di quel ragazzino. Quello che circonda Andrea, il figlio tredicenne di Giuditta e di Giovanni, vent'anni dopo, è quello del boom economico, tutto è più facile, anche se i problemi personali non mancano: l'assenza della madre ricoverata per un esaurimento nervoso (il peso della Storia a volte è insopportabile per chi è stato perseguitato) è per il ragazzino e per tutta la sua famiglia un dolore, ma il viaggio che Andrea affronta per andarla a trovare attraversando in macchina l'Italia con il padre sulla neonata autostrada del sole è un'esperienza indimenticabile: "Quel viaggio stava diventando anche una conquista di nuove frontiere di conoscenza e di consapevolezza". Eccoci negli anni Ottanta, la crisi coniugale di Andrea nasce dalla difficoltà di conciliare ciò che è cambiato negli anni: nei suoi valori poco, molto in quelli della donna

con la quale aveva condiviso sogni giovanili, la contestazione del Sessantotto, e l'esperienza precoce di un figlio, Luca, che ora ha undici anni. La passione del ragazzino è registrare le voci e i suoni che lo interessano sul suo registratore. Ma quegli anni sono funestati da terribili eventi: il terremoto in Irpinia, il terrorismo brigatista, l'assassinio di John Lennon e tutto è molto vicino alla vita dei nostri protagonisti. 2025, gli inverni sono sempre più rigidi, la famiglia è disgregata, ma c'è una ragazzina, Nina, la figlia di Luca che non rinuncia a

tenere saldi i ricordi del passato, le memorie delle generazioni che l'hanno preceduta, la grande Storia e la piccola storia della sua famiglia. Un nuovo gioco che mette in contatto le persone, un incontro e... la storia, come la vita continua. Noi accompagna le vicende con la colonna sonora delle canzoni di ogni momento descritto e con le riflessioni sui film che hanno segnato la nostra storia culturale e sociale, capolavori o no, sono stati importanti nella vita di ogni ragazzo. C'è molto in questo libro del Veltroni che tutti conoscono, il Veltroni dei buoni sentimenti e della "pacificazione", ma c'è anche il rispetto profondo per certi passaggi cruciali della nostra storia e il bisogno del tenere desta la memoria per essere in grado di affrontare il futuro.

Editore Rizzoli (Rizzoli Best), prezzo euro 19.00

## **BONE APPÉTIT!**

### **POLPETTINE DI FAVE E SEITAN**

#### Ingredienti:

100 g di fave secche  
 200 g di broccoli  
 Qualche cucchiaino di latte di riso con vitamina D e calcio  
 100 g di seitan  
 1 spicchio d'aglio  
 2 cipollotti  
 Salvia e peperoncino in polvere  
 1 cucchiaino di lievito in polvere per pizza  
 Farina 0 q.b.  
 sale marino integrale  
 olio extravergine di oliva

#### Preparazione:

- 1- Sciacquate le fave e mettetele a bagno per 24 ore
- 2- Montate e lavate le verdure
- 3- Cuocete a vapore i broccoli tagliati a cimette per 8 minuti, poi frullateli con il mixer a immersione unendo latte di riso sufficiente per ottenere una crema semiliquida e salate
- 4- Tritate le fave nel mixer con seitan, l'aglio, i cipollotti, 1 foglia di salvia, un pizzico di peperoncino, qualche cucchiaino di latte di riso e appena un po' di sale
- 5- Aggiungete il lievito, uno o due cucchiaini di farina mescolate bene e fate riposare per un'ora in frigorifero
- 6- Con le mani inumidite formate delle palline piccole come nocciole e fate riposare ancora per 30 minuti in frigorifero coprendo il tutto con una pellicola
- 7- Passate le palline nella farina e fatele friggerle subito in olio caldo e profondo finché prendono colore asciugatele bene su carta assorbente in modo che perdano l'olio in eccesso
- 8- Scaldate la crema di broccoli e servitela con le polpettine calde

Preparazione : 40 minuti + ammollo e frigo

Difficoltà: facile/media

Stagione: autunno/inverno

### **FONTI DI CALCIO NEGLI ALIMENTI VEGETALI**

Mg in 100 g di alimento al netto negli scarti

<b>Alimenti</b>	
<b>Cereali</b>	
○ Panini al latte, latte di riso addizionato di calcio	130-120
○ Pane al malto, grano saraceno, crusca di frumento, muesli, pangrattato, biscotti per l'infanzia	110-104
○ Croissant, farina d'avena, pane di segale,	

cornflakes, biscotti wafer, germe di frumento	80-72
○ Riso parboiled crudo, fette biscottate, fiocchi d'avena	60-54
○ Farro, farina d'orzo, frumento tenero	43-35
○ Riso integrale crudo, frumento duri, farina di frumento integrale	32-28
○ Pane di tipo integrale, riso brillato crudo, pizza con pomodoro biscotti secchi, pasta di semola cruda, pasta all'uovo secca e dura pane formato rosetta, pizza bianca	25-20
○ Riso parboiled cotto, farina di frumento tipo 0, pane di tipo 0, farina di frumento tipo 00, miglio decorticato	19-17
○ Mais, pane di tipo 0, orzo perlato, grissini	15-13
<b>Legumi</b>	
○ Soia secca	257
○ Farina di soia	210
○ Tofu	159
○ Ceci secchi e crudi, fagioli crudi, fagioli cannellini crudi	142-132
○ Latte di soia addizionato con calcio	120
○ Fagioli borlotti secchi crudi, tempeh, fave secche sgusciate crude	102-90
○ Ceci secchi cotti, lenticchie secche crude, fagiolini surgelati cotti	58-56
○ Piselli secchi, fagioli cannellini secchi, fagioli borlotti secchi e crudi, lupini ammollati, piselli freschi e crudi, fagioli borlotti freschi crudi, ceci in scatola scolati	48-43
○ Piselli in scatola scolati, fagiolini cannellini in scatola scolati, fagioli dall'occhio secchi	42-37
○ Fagiolini freschi crudi, fagiolini borlotti in scatola scolati, lenticchie secche cotte, lenticchie in scatola scolate	35-27
○ Fave fresche cotte, fave crude, piselli surgelati	26-20
<b>Verdure e spezie</b>	
○ Salvia	600
○ Pepe nero	430
○ Rosmarino	370
○ Tarassaco o dente di leone, rughetta o rucola	316-309
○ Basilico, prezzemolo, menta	250-210
○ Spinaci surgelati, foglie di rapa, cicoria da taglio	170-150
○ Agretti, bietta cotta, radicchio verde	131-115
○ Broccoletti di rapa crudi, cardi crudi, indivia, carciofi crudi	97-86
○ Spinaci crudi, cicoria di campo cruda, cavolo verde ramoso crudo	78-72
○ Bietta cruda, cavolo cappuccio verde, cavolo cappuccio rosso	67-60
○ Porri crudi, lattuga a cappuccio, sedano rapa, cipolline crude, cavolini di bruxelles crudi	54-51
○ Germogli di soia, lattuga da taglio, finocchi crudi, cavolfiore crudo, carote crude	48-40
○ Rape crude, ravanelli, fiori di zucca, radicchio rosso	40-36
○ Sedano crudo, patatine fritte in busta, broccolo a testa crudo, pomodori conserva, vegetali misti surgelati (piselli, mais, carote, fagioli) asparagi di campo crudi, asparagi di bosco, cipolle crude, tartufo nero, funghi porcini, zucchine crude, barbabietole rosse crude zucca gialla	31-24
○ Peperoncini piccanti, cicoria witloof o indivia belga, peperoni, funghi ovuli, cetrioli, passata di pomodori	18-16
○ Aglio, melanzane crude, pomodori da insalata, succo di pomodori	14-10
<b>Frutta fresca, seccata e frutta secca</b>	
○ Tahin di sesamo	816
○ Mandorle dolci secche	240
○ Fichi secchi	186
○ Nocciole secche	150
○ Crema di nocciole (Rapunzel), noci e pistacchi	133-131

○ Albicocche disidratate, noci secche	86-83
○ Uva secca, olive da tavola conservate	78-70
○ Albicocche secche, arachidi tostate, olive verdi	67-64
○ Olive nere, pesche disidratate, prugne secche, ciliegie candite castagne secche	62-56
○ Arance, lamponi, pesche secche	49-48
○ Fichi mirtili, mele disidratate, pinoli	43-40
○ More di rovo, fragole, clementine, mandaranci, castagne, ciliegie	36-30
○ Uva, kiwi, cocco essiccato	27-23
○ Pompelmo, ananas, albicocche, limoni, nespole	17-14

*Fonte: Istituto Nazionale di Ricerca per gli alimenti e la nutrizione (IRAN)*

La ricetta e la tabella sono contenute nel Libro “Ricettario per l’Osteoporosi: consigli e alimentazione per la salute delle nostre ossa”, scritto dalla prof.ssa Maria Luisa Brandi e da Carla Marchetti (Editore Giunti Demetra)

## VERIFICA SE SEI A RISCHIO!

### Carta di Rischio FRAX®

Dieci anni orsono la European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease (successivamente denominata International Osteoporosis Foundation) pubblicò le linee guida per la diagnosi e la gestione clinica dell’osteoporosi. Da allora, sono stati raggiunti importanti progressi nel settore dell’osteoporosi, riconoscibili nelle nuove tecniche per la misurazione della densità minerale ossea, nel miglioramento delle metodiche di valutazione dei fattori di rischio per le fratture da fragilità e nello sviluppo di numerosi interventi farmacologici capaci di ridurre il rischio di frattura in regioni vulnerabili. Su queste basi, la European Society for Clinical and Economic Evaluation of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO), in collaborazione con la International Osteoporosis Foundation, ha revisionato le linee guida originali. Gli algoritmi per la gestione clinica dell’osteoporosi postmenopausale sono basati su analisi economiche applicate all’epidemiologia delle fratture nel Regno Unito e devono essere adattati e validati in altri Paesi Europei.

**Per calcolare il tuo rischio compila il test: ti chiediamo poi di inviarlo alla Fondazione Firmo per aiutarci a raccogliere dati e informazioni utili. Grazie per la tua collaborazione!**

Viale G. Milton, 49 50129 Firenze, Fax.+39 055 468 44 40, E-mail [info@fondazionefirmo.org](mailto:info@fondazionefirmo.org)

## TEST DI RISCHIO PER L'OSTEOPOROSI: BASTA UN MINUTO!

### Sei a rischio di osteoporosi?

#### 19 semplici domande per aiutarti a conoscere lo stato di salute delle tue ossa

##### Quello che non puoi modificare – la tua storia familiare

1. A uno dei tuoi genitori è mai stata diagnosticata l'osteoporosi, o ha mai subito una frattura dopo una semplice caduta (una caduta dalla stazione eretta o anche da un'altezza minore)?  sì  no
2. Uno dei tuoi genitori ha una "cifosi" (modesta gibbosità)?  sì  no

**Fattori di rischio tuoi personali:** esistono fattori di rischio non modificabili con i quali nasciamo e che non possiamo cambiare, ma non per questo devono essere ignorati. E' importante essere consapevoli dei fattori immutabili, in modo da prendere provvedimenti per ridurre la perdita minerale ossea.

3. Hai 40 anni o più?  sì  no
4. Hai mai subito una frattura per una caduta minore da adulto?  sì  no
5. Caduti frequentemente (più di una volta nell'ultimo anno) o hai paura di cadere perché ti senti fragile?  sì  no
6. Dopo i 40 anni hai perso più di 3 cm di altezza?  sì  no
7. Sei sottopeso (il tuo BMI è inferiore a 19 Kg/m<sup>2</sup>)? (vedi "Come si calcola il BMI")  sì  no
8. Hai mai assunto pasticche di corticosteroidi (cortisone, prednisone etc.) per oltre 3 mesi consecutivi (i corticosteroidi sono spesso prescritti per condizioni quali l'asma, l'artrite reumatoide e alcune malattie infiammatorie)?  sì  no
9. Ti è mai stata diagnosticata l'artrite reumatoide?  sì  no
10. Ti è mai stato diagnosticato un ipertiroidismo o un ipoparatiroidismo?  sì  no
11. **Per le donne:** Per le over- 45: sei andata in menopausa prima dei 45 anni?  sì  no
12. Il tuo ciclo mestruale ha mai subito un arresto per 12 mesi consecutivi o più (escludendo gravidanza, menopausa, isterectomia)?  sì  no
13. Hai subito l'asportazione delle ovaie prima dei 50 anni, senza assumere la terapia ormonale sostitutiva?  sì  no
14. **Per gli uomini:** hai mai sofferto di impotenza, mancanza di libido, o altri disturbi correlati a bassi livelli di testosterone?  sì  no

**Quello che puoi cambiare – il tuo stile di vita.** Fattori di rischio modificabili attribuibili principalmente alla dieta e alle abitudini di vita.

15. Bevi regolarmente alcolici in dose superiore ai limiti di sicurezza (2 unità al giorno)?  sì  no
16. Fumi attualmente, o hai mai fumato?  sì  no
17. La tua attività fisica quotidiana è inferiore a 30 minuti al giorno (faccende domestiche, giardinaggio, passeggiate, palestra etc.)?  sì  no
18. Eviti o sei allergico al latte e latticini e non assumi alcun supplemento di calcio?  sì  no
19. Trascorri meno di 10 minuti all'aria aperta (con una parte del corpo esposta al sole), e non assumi supplementi di vitamina D?  sì  no

Se hai risposto "sì" a una di queste domande non significa che hai l'osteoporosi. La diagnosi di osteoporosi può essere posta solo mediante la misurazione della densità minerale ossea. Ti raccomandiamo di mostrare questo questionario al tuo medico, che ti consiglierà ulteriori indagini, se necessario. La buona notizia è che l'osteoporosi può essere facilmente diagnosticata e trattata. Rivolgiti agli specialisti locali dell'osteoporosi circa i cambiamenti da operare nel tuo stile di vita per ridurre il rischio di osteoporosi. Puoi contattare le organizzazioni Italiane che si occupano di osteoporosi.

Ti chiediamo di compilare il test e rimandare la tua risposta alla **Fondazione FIRMO**,  
Viale G. Milton, 49 50129 Firenze, Fax.+39 055 468 44 40, E-mail [info@fondazionefirmo.org](mailto:info@fondazionefirmo.org)  
Grazie per la tua collaborazione!

Editore Intermedia - Via Malta 12/b Brescia Tel. 030.226105 e-mail: [intermedia@intermedianews.it](mailto:intermedia@intermedianews.it)

Per contattare la redazione e commentare le notizie e-mail: [info@fondazionefirmo.com](mailto:info@fondazionefirmo.com)

Questa pubblicazione è resa possibile da un educational grant di Amgen Dompè (Main Sponsor), Novartis, Nycomed, Warner Chilcott