

Organo ufficiale di F.I.R.M.O., Fondazione Raffaella Becagli per la sensibilizzazione e l'informazione di cittadini, pazienti e istituzioni

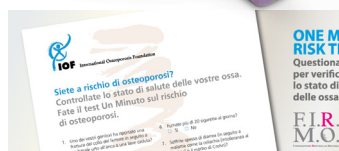
- **Intervista al professor Rodolfo Capanna: "Il punto sulla rigenerazione ossea"**
- **Il rischio osteoporosi in gravidanza**
- **Ipofosfatasia: una patologia poco nota**
- **L'ipoparatiroidismo: cause e terapie**
- **Il ruolo dell'ipovitaminosi D nell'osteoporosi e non solo**



Numero
22
Ottobre
2014
Anno VI

Editore:
Fondazione F.I.R.M.O.
Via del Pian dei Giullari, 28
50125 Firenze

Direttore Responsabile:
Brando de Leonardis
Registrazione Tribunale di Firenze
n. 5841 del 14.10.2009



Si ringraziano per il prezioso contributo:
Francesca Giusti, Riccardo Gualtieri, Laura Masi

IL NOSTRO COMITATO SCIENTIFICO

pag. 3

IL PUNTO SULLA RIGENERAZIONE OSSEA

Intervista al professor Rodolfo Capanna

pag. 4

NEWS DALLA RICERCA

Il rischio osteoporosi in gravidanza

pag. 6

Ipopofatemia: una patologia poco nota

pag. 7

L'ipoparatiroidismo: cause e terapie

pag. 8

La pasticceria Gualtieri: quando il piacere si unisce alla salute

pag. 9

Il ruolo dell'ipovitaminosi D nell'osteoporosi e non solo

pag. 10

L'osteoporosi maschile: impariamo a conoscerla

pag. 11

EVENTI F.I.R.M.O.

Pedalandò con F.I.R.M.O.

pag. 13

F.I.R.M.O. al Festival del Gelato

pag. 13

Premio Giornalistico F.I.R.M.O.

pag. 13

EVENTI FUTURI F.I.R.M.O.

Giornata Mondiale dell'Osteoporosi

pag. 14

BONE APPÉTIT!

Fusilli e zucchine al gorgonzola

pag. 15

TEST

Calcolo del rischio di fratture

pag. 16

Linee guida sui fattori di rischio

pag. 17

Test del rischio osteoporotico

pag. 18

La Newsletter è sostenuta da un contributo incondizionato di:





Maria Luisa Brandi | Presidente di F.I.R.M.O. Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso l'Università degli Studi di Firenze. Responsabile del Centro Regionale di Riferimento su Tumori Endocrini Ereditari e Direttore Unità Operativa di Malattie del Metabolismo Minerale e Osseo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi. È membro di numerose Organizzazioni e Società Scientifiche sull'osteoporosi.



Matti S. Aapro | Direttore dell'Istituto Oncologico Multidisciplinare di Genolier in Svizzera. Direttore del Dipartimento di Radiologia Medica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, attualmente è Consulente del Direttore Scientifico. Editore di importanti riviste internazionali in campo oncologico.



Roberto Bernabei | Professore Ordinario di Medicina Interna all'Università Cattolica Sacro Cuore e Direttore di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche del Policlinico A. Gemelli di Roma. È Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.



Diana Bianchedi | Campionessa olimpionica di fioretto a Barcellona e Sydney; prima donna a ricoprire la carica di Vicepresidente del CONI, dal 2001 al 2004. Presidente della Commissione Nazionale Atleti dal 2009.



Giorgio Fiorentini | Professore di Economia Aziendale e Gestione delle Imprese Sociali e Responsabile settore Imprese Sociali dell'Istituto "C. Masini", Università Bocconi di Milano. Direttore scientifico dell'OsiS e Membro del Consiglio direttivo di O.N.Da.



Andrea Genazzani | Professore Ordinario e Direttore del Dipartimento di Medicina della Procreazione e dell'età evolutiva dell'Università di Pisa. Presidente dell'Associazione Italiana di Ginecologia Endocrinologica, filiale italiana dell'International Society of Gynecological Endocrinology (ISGE), membro di varie società internazionali.



Giuseppe Guglielmi | Professore Associato di Radiologia all'Università degli Studi di Foggia; esercita presso l'IRCCS Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG). Membro della Società Italiana Radiologia Medica e della European Society of Skeletal Radiology.



Massimo Innocenti | Professore Ordinario all'Università di Firenze e Direttore del Dipartimento e della Scuola di Ortopedia e Traumatologia. Presidente del corso di Laurea in Tecniche Ortopediche e membro di società scientifiche nazionali e internazionali.



Francesca Merzagora | Fondatrice di O.N.Da. Presidente del Comitato promotore della Fondazione Umberto Veronesi, Vice Presidente di Sottovoce e membro Comitato Etico IEO, Premio Bellisario 2005 "Donna e salute" sezione manager, Ambrogino d'oro 2007, Civica benemerenza del Comune di Milano e Membro del Comitato EXPOnenti.



Francesca Moccia | Laureata in giurisprudenza e specializzata in relazioni pubbliche, è coordinatrice nazionale del Tribunale per i Diritti del Malato di Cittadinanzattiva. Ha diretto numerose campagne di tutela, tra queste quella sull'osteoporosi.



Carlo M. Montecucco | Direttore del reparto di Reumatologia dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Presidente della Società Italiana di Reumatologia.



Gualtiero W. Ricciardi | Professore Ordinario e Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Fondatore e direttore dell'Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane e direttore del Rapporto Osservasalute dal 2002. Presidente dell'European Public Health Association 2010-12.



IL PUNTO SULLA RIGENERAZIONE OSSEA

Professore, cosa può fare la chirurgia ortopedica per le grandi ricostruzioni?

Attualmente ci sono diverse tecniche, che si basano su **tre metodiche diverse**.

La prima è la ricostruzione di grandi segmenti ossei tramite **trapianti di banca**: dei veri e propri “pezzo di ricambio” anatomico. Occorrono banche molto fornite per trovare un trapianto morfologicamente identico al pezzo da sostituire. Il nuovo segmento è innestato sull'osso restante e viene inglobato da quest'ultimo. Insieme all'osso si trapiantano anche le capsule legamentose, tendinee ecc, cosicché i tendini dell'ospite si possono innestare su quelli del trapianto: questo migliora la tenuta e la funzionalità generale. Un limite di questa tecnica è la **scarsa disponibilità** dei segmenti: la donazione di ossa è quasi sconosciuta. Ci sono tre banche in Italia ma non sono sufficienti.

La seconda metodica ricorre a **megaprotesi da sostituzione**: in questo caso non esiste il problema della disponibilità, inoltre le protesi sono adattabili a ogni paziente. Questa tecnica presenta però il **problema del riaggancio delle componenti tendinee e muscolari**, perché sul metallo l'adesione è più difficile e la funzionalità risulta più limitata. Le protesi metalliche però sono molto più **resistenti** dei trapianti di banca, infatti uno dei limiti di questi ultimi è proprio la fragilità, perché l'osso trapiantato è inerte: è esperienza comune che salendo su un albero, vi troviamo i rami vivi resistenti ed elastici, mentre quelli secchi sono fragili e rigidi. Inoltre, durante il riposo notturno, l'osso vivo ripara le proprie eventuali microfratture avvenute durante il giorno, ma questo non accade nell'osso trapiantato. Inoltre l'osso di banca paradossalmente **può fragilizzarsi proprio durante il processo di riabilitazione**. Infatti l'organismo ospite prima perfora l'osso innestato, poi nei “canalini” prodotti genera nuovo osso, ma questo processo è lento e non sempre avviene in modo omogeneo, quindi dove è stato solo perforato, l'osso può essere più debole e soggetto a rompersi.

Il terzo metodo consiste nell'usare **protesi composite**: associare il trapianto di banca a una protesi. Il trapianto diventa come un rivestimento per l'anima protesica che dà resistenza, mentre il rivestimento di trapianto dà la possibilità di ancorare i muscoli e di migliorare le funzioni.

In chirurgia ricostruttiva “convenzionale” queste sono le tre metodiche tradizionali: sono **tutte e tre metodiche ingegneristiche**. Invece un'altra possibilità è lo sviluppo di **tecniche biologiche**, che sono più “fantasiose” e qui l'Italia è all'avanguardia.

Questa ultima metodica prevede **l'associazione** dei trapianti con dei *grow factors*, con piastrine, prp (plasma arricchito con piastrine), cellule staminali per **accelerare la riabilitazione ossea**. Oppure, nel caso che

manchi un segmento osseo, che lo si ricostruisca con **autotrapianti ossei microchirurgici**: si prende un segmento osseo – per esempio da un perone che non è importante per la statica, o da una cresta iliaca – con il suo peduncolo vascolare e lo si trapianta laddove manca l'osso. Il trapianto avviene insieme al vaso nutriente, facendo una microanastomosi, ossia un'unione, dei vasi del recipiente con i vasi del trapianto: diversamente dal trapianto di banca, in questo caso **si ripristina immediatamente la vascolarizzazione**, le cellule rimangono vive e possono attecchire molto più rapidamente e sotto carico crescono di dimensioni.

Con queste tecniche particolari **non solo si può ricostruire l'osso**, ma si può trasferire anche un muscolo da una sede all'altra, ripristinando la vascolarizzazione. L'importante è trasferire il muscolo con vaso e nervo nella zona recipiente, così questo servirà non solo da copertura, ma riprenderà l'innervazione e quindi la contrattilità.

Quale contributo danno le nuove scoperte sulle cellule staminali?

La tecnica che ho descritto prevede di **ricavare frustoli ossei** da altre ossa, come dal bacino o dalla cresta iliaca, e **trasferirli** nella nuova sede dove occorre. Ma in questo processo circa l'ottanta per cento delle cellule muore, **solo il venti per cento delle cellule rimane attivo** e sono quelle che promuovono la riabilitazione di questi trapianti. Come si può immaginare **c'è un limite alla quantità di prelievi** che si possono fare, inoltre ci sono casi particolari, come i bambini piccoli che hanno molta cartilagine. Inoltre questo processo è doloroso e non esente da complicazioni. Ecco allora che si è pensato di utilizzare l'osso dalla banca. La struttura fondamentale delle ossa è uguale per tutti: il materiale cristallino è identico, e così il collagene; solo le cellule sarebbero diverse, ma queste nell'osso di banca non sono più presenti, quindi non creano antigenicità. **Quello che manca sono solo le cellule vive**, quel venti per cento che sopravvive nell'autotrapianto. Ecco allora che si cerca di fare un surrogato unendo l'osso di banca, dei **grow factors** – i fattori di accrescimento che stimolano le cellule – e delle cellule staminali provenienti dal midollo osseo.

Quali sono le patologie dove più frequentemente vengono utilizzate queste tecnologie innovative?

Prima di tutti **l'oncologia**, perché la gravità della patologia impone scelte rapide e non evitabili. Infatti è proprio l'oncologia a fare da battistrada per queste tecniche poi traslate in ortopedia generale. Oggi queste tecniche si usano anche nelle **revisioni protesiche**, come nel caso di protesi all'anca riviste più volte, e nella **grande traumatologia**, dove ci sono lesioni importanti con traumi esposti pluriframmentari, perdita di sostanza ossea o fenomeni infettivi.

IL RISCHIO OSTEOPOROSI IN GRAVIDANZA

Da Maria Luisa Brandi
Università di Firenze

Sappiamo che esiste un'**accelerazione del riassorbimento osseo in gravidanza**, soprattutto nel terzo trimestre; è un fenomeno fisiologico che si accompagna alla mineralizzazione dello scheletro fetale e che deve essere bilanciato da un appropriato introito di calcio con la dieta e da adeguati livelli di vitamina D. Ma non sempre questi fattori vengono presi nella giusta considerazione.

Fortunatamente questa mancanza di attenzione nella maggioranza dei casi non causa danni, ma in alcune donne più fragili la **perdita ossea** in gravidanza e nell'allattamento possono aumentare, anche notevolmente, un **rischio di fratture già presente**.

Le fratture da fragilità non sono una complicanza frequente della gravidanza e dell'allattamento, ma la reale incidenza non è nota, anche perché i dolori causati dalle eventuali fratture vertebrali vengono spesso ritenuti una semplice conseguenza dell'aumento ponderale, della posizione assunta durante il parto o del parto stesso.

Molte donne scoprono di aver avuto fratture vertebrali a distanza di molti mesi o di anni dalla gravidanza e nel frattempo nessuno ha raccomandato loro di non sollevare pesi e di evitare i rischi di stili di vita scorretti. Peraltro **non conosciamo la reale incidenza di osteoporosi in età fertile** e considerato che essere primipare attempate è diventata la regola, il quadro viene a complicarsi ulteriormente. Sappiamo però quali sono **i fattori che possono aumentare il rischio per fratture da fragilità in donne giovani**: la ridotta massa ossea (misurabile con la densitometria ossea), un'alimentazione povera di calcio, una ridotta attività fisica, l'uso cronico di farmaci che danneggiano l'osso (come i cortisonici e l'eparina), una familiarità per fratture da fragilità, pregresse fratture da fragilità, prolungati periodi di amenorrea, disordini alimentari con importanti perdite di peso, pregresse patologie con una ricaduta sulla salute delle ossa. Ma difficilmente alle donne gravide vengono fatte domande su questi temi.

Che cosa potremmo fare? A tutte le donne in gravidanza si dovrebbe garantire un **adeguato apporto di calcio**, il cui fabbisogno in questo periodo della vita aumenta. I medici potrebbero proporre **questionari** per individuare chi è a rischio, con particolare riguardo quando si instaura una terapia antitrombotica per molti mesi. Alle **donne a rischio**, i medici dovrebbero **consigliare esami** biochimici e strumentali (calcemia, fosforemia, presenza vitamina D e ultrasonografia ossea). E a chi viene riconosciuta "fragile" si dovrebbe raccomandare di fare **attenzione a fattori di rischio** per fratture, "supplementando" eventuali deficit alimentari e ormonali e prendendo in considerazione la possibilità di parto cesareo. Infine, alle donne "fragili", si raccomanderà di limitare il periodo di allattamento.

Questo permetterà a una mamma non solo di curarsi del proprio piccolo serenamente, ma di essere di nuovo mamma, senza il timore di fratturarsi.

IPOFOSFATASIA: UNA PATOLOGIA POCO NOTA

Da Laura Masi
Università di Firenze

Il **processo di mineralizzazione dello scheletro** avviene continuamente durante tutto l'arco della vita. Il grado di mineralizzazione delle ossa dipende dall'equilibrio fra i livelli del pirofosfato (che ostacola la mineralizzazione) e del fosfato (che invece la stimola).

Nel nostro organismo il fosfato viene prodotto da un enzima detto **fosfatasi alcalina**, il quale rende disponibile il fosfato partendo dal pirofosfato, in un processo che si chiama *idrolizzazione*.

L'enzima fosfatasi alcalina è generato soprattutto dagli **osteoblasti**, le cellule che hanno il compito di elaborare il tessuto osseo.

Quando l'attività della fosfatasi alcalina è insufficiente o assente, si ha l'**ipofosfatasia**, una malattia che comporta la cattiva mineralizzazione delle ossa e dei denti. Si tratta di una malattia rara, la cui frequenza è stata stimata in circa 1/100.000 per quanto riguarda le forme gravi.

La sua espressione clinica è molto variabile e può andare dai casi più gravi, che comportano la morte neonatale per la mancata mineralizzazione delle ossa, a quelli meno gravi, che portano alla perdita prematura dei denti, senza che ci siano altri sintomi per quanto riguarda lo scheletro.

Secondo l'età alla diagnosi, sono state identificate sei forme cliniche:

- **perinatale** (mortale): i pazienti presentano gravi anomalie della mineralizzazione in utero
- **prenatale**: è una forma benigna in cui i sintomi migliorano spontaneamente
- **neonatale**: i neonati appaiono normali alla nascita e i primi segni compaiono nei primi sei mesi di vita. I bambini affetti da questa forma presentano problemi respiratori dovuti alle alterazioni rachitiche dello scheletro e alla fusione prematura di una o più suture del cranio (craniosinostosi) che comporta un conseguente aumento della pressione intracranica
- **infantile**: caratterizzata da anomalie scheletriche, bassa statura e andatura a base allargata
- **adulta**: caratterizzata da contratture da stress, dolori alle cosce, condrocalcinosi (patologia delle articolazioni causata dal deposito di cristalli di pirofosfato) e grave osteoartropatia, deficit di mineralizzazione
- **odonto-ipofosfatasia**: caratterizzata dall'esfoliazione prematura dei denti primitivi ben radicati e/o da gravi carie dentali, spesso non associate ad anomalie scheletriche.

La forma dell'adulto a volte è diagnosticata con difficoltà perché alcuni dei sintomi sono simili ad altre malattie metaboliche dello scheletro.

In tale forma è presente osteomalacia (osso non mineralizzato) o fratture (come fratture del metatarso o fratture atipiche del femore) che hanno difficoltà di consolidamento. Nella storia di tali pazienti vi possono essere perdita prematura dei denti e malattia parodontale. Altri segni della forma adulta sono: stanchezza, aumento del calcio nelle urine, insufficienza respiratoria, artropatia, condrocalcinosi.

La **terapia sostitutiva con l'enzima** ha dato ottimi risultati nel trattamento delle forme di malattia severa, aprendo nuove possibilità terapeutiche per il futuro.

L'IPOPARATIROIDISMO: CAUSE E TERAPIE

Da Francesca Giusti
Università di Firenze

L'**ipoparatiroidismo** è un'endocrinopatia dovuta a **mancata o ridotta produzione di paratormone da parte delle paratiroidi**. Il paratormone ha il compito di regolare l'assorbimento del calcio da parte dell'intestino e il riassorbimento da parte dei reni. Se il paratormone non è prodotto o è insufficiente, si ha una diminuzione del calcio nel sangue (*ipocalcemia*) e il contemporaneo aumento del fosforo (*iperfosforemia*), oltre alla riduzione dei valori ematici della forma attiva della vitamina D.

Le **cause** di ipoparatiroidismo sono molteplici, la più frequente è il **danno o l'asportazione delle paratiroidi** durante un intervento chirurgico di asportazione della tiroide, di paratiroidectomia o a causa di altri interventi nella regione del collo dovuti ad altre malattie.

Più raramente si hanno **altre cause**, che consistono in forme:

- autoimmunitarie: dovute alla presenza di anticorpi che si dirigono contro le cellule paratiroidi
- processi infiltrativi o tumori del collo che invadono e distruggono le paratiroidi
- radiazioni sul collo, che comportano la lesione permanente di tutte le ghiandole paratiroidi
- sindromi genetiche:
 - assenza congenita di paratiroidi
 - assenza di secrezione di paratormone per insensibilità delle ghiandole paratiroidi all'ipocalcemia (danno del sensore al calcio situato sulla membrana della cellula paratiroidi)
- sindromi da malassorbimento.

I **sintomi** che caratterizzano l'ipoparatiroidismo, se la carenza di calcio si manifesta con rapidità e gravità, sono:

- formicolii (parestesie) ai piedi, alle mani e alla regione intorno alla bocca
- contrazioni spastiche dei muscoli, crampi dolorosi al minimo movimento dei muscoli degli arti, fino ad una tetania diffusa che deve essere rapidamente corretta.

Quando la carenza di calcio insorge lentamente, i sintomi sono invece legati al de-

posito dei sali di fosfato di calcio nei tessuti molli, in particolare nel cervello; quelli più frequenti sono:

- problemi oculari, in particolare cataratta
- pelle secca e spessa
- capelli fragili, fino ad aree di alopecia
- unghie fragili, con creste orizzontali
- ansia, irritabilità, labilità emotiva, depressione.

La **terapia** mira a normalizzare le concentrazioni di calcio nel sangue. Le **forme acute** sono trattate con somministrazioni endovenose di calcio gluconato. Le **forme croniche** sono trattate con la somministrazione di supplementi di calcio e calcitriolo (metabolita attivo della vitamina D, perché in assenza di paratormone la vitamina D non viene attivata a livello renale) per stimolare il riassorbimento di calcio a livello intestinale e rimodellare il tessuto osseo.

Recentemente l'Ente Regolatorio Nazionale (AIFA) ha autorizzato in Italia l'uso di paratormone sintetico iniettivo per il trattamento delle forme più severe e refrattarie di malattia (L. 648) per un massimo di 24 mesi.

La terapia deve esser monitorata con controlli periodici per evitare che il paziente possa incorrere in stati di ipercalcemia e/o ipercalciuria.

LA PASTICCERIA GUALTIERI: QUANDO IL PIACERE SI UNISCE ALLA SALUTE

da Riccardo Gualtieri

La Pasticceria Gualtieri nasce a Firenze nel 1933 e, di padre in figlio, è giunta oggi alla terza generazione. Una pasticceria oggi affermata, che fin dalle origini ha già un destino segnato nel suo DNA, quello di ricercare e produrre ottimi dolci con ricette esclusive. Una delle prime specialità create dalla pasticceria è l'Iris Cake, così chiamato in onore del fiore simbolo di Firenze, un ottimo dolce *gluten free*, totalmente **senza farine**, ancora oggi prodotto e molto richiesto.

Da due anni l'attuale titolare, Riccardo, decide di approfondire questo filone e di lanciarsi in una nuova impresa, rivisitando la maggior parte delle ricette per offrire, affiancandola a quella tradizionale, una pasticceria dedicata a tutti coloro che **soffrono di allergie e intolleranze alimentari**. Un lavoro che diventa una passione, anzi una vera e propria missione: cercare una soluzione a chi, per varie patologie, era costretto a doversi privare di tante cose, tra le quali la piccola gioia di un dolce.

Ecco quindi la sperimentazione delle ricette "senza": senza glutine, senza latte, senza burro, senza uova, senza margarina, senza lievito, senza zucchero. Per ciascuno il proprio "dolce-senza", il tutto ideato e prodotto in un apposito **laboratorio dedicato alle intolleranze**.

Ma la ricerca non si ferma qui: oggi la pasticceria ha iniziato a pensare a dolci specifici anche per chi soffre di particolari patologie, come **l'osteoporosi**. Nascono così dolci a

base di alimenti particolarmente **ricchi di vitamine e minerali** utili a contrastare questa patologia, come per esempio il latte, le mandorle, le albicocche e così via.

Oggi la pasticceria presenta anche una produzione light e cruelty free, leggera e senza derivati animali, vegetale al 100%

IL RUOLO DELL'IPOVITAMINOSI D NELL'OSTEOPOROSI E NON SOLO

Nonostante l'Italia venga considerata il "Paese del sole", la **carenza di vitamina D** nel nostro paese è particolarmente frequente, specie negli anziani e nei mesi invernali.

Sarebbe importante adottare, almeno nella stagione estiva, uno stile di vita che preveda un'**esposizione regolare ai raggi del sole** per permettere alla nostra pelle di sintetizzare la quota necessaria di vitamina D.

Alle nostre latitudini, infatti, l'80% circa del fabbisogno di vitamina D è garantito dall'esposizione alla luce del sole, mentre il restante 20% circa proviene dall'alimentazione (pesci grassi, uova, latticini).

Altri fattori che condizionano la sintesi di vitamina D da parte della pelle sono per esempio l'età (a parità di esposizione solare il soggetto anziano ne produce il 30% in meno), la superficie e lo spessore della cute esposta al sole, il tempo di irradiazione, nonché l'uso di filtri solari, che possono ridurre del 97% la sintesi di vitamina D. Diversamente dai paesi del Nord Europa dove, per garantirne un adeguato apporto, i cibi sono addizionati con ormone vitamina D, in Italia, specialmente nei soggetti anziani, **la carenza di questa vitamina di solito si corregge con l'uso di farmaci.**

La vitamina D sintetizzata dalla pelle e poi attivata con meccanismi fisiologici, è capace di **ottimizzare l'assorbimento intestinale di calcio** e di **garantire la mineralizzazione ossea**. La carenza di vitamina D quindi è un fattore di rischio per la fragilità scheletrica negli anziani e per le fratture ossee osteoporotiche, specialmente del femore. Un'insufficienza di vitamina D è stata anche messa in relazione a **deficit muscolari e dell'equilibrio**, la cui correzione potrebbe ridurre il rischio di cadute e quindi anche di fratture. La carenza di vitamina D rappresenta, inoltre, una delle principali cause del fallimento della terapia con farmaci per l'osteoporosi: in particolare è stato osservato che il rischio di frattura in pazienti che seguono un trattamento con farmaci per l'osteoporosi aumenta del 77% se questi si trovano in condizione di deficit di vitamina D, rispetto ai pazienti in cui tale deficit venga corretto. È indispensabile dunque assicurare sempre un **adeguato apporto di vitamina D** ogni volta che si intraprende un trattamento specifico per l'osteoporosi, mediante l'assunzione di **supplementi farmacologici** di vitamina D, seguendo schemi prescritti dal medico e calcolati sulla base delle singole esigenze.

Oltre alla salute dello scheletro, recenti studi fanno inoltre ritenere che un corretto livello di vitamina D possa comportare anche altri benefici, il che non stupisce visto che nel nostro organismo **i recettori per la vitamina D sono presenti quasi ovunque**. In ambito **dermatologico**, per esempio, studi clinici hanno mostrato non solo le numerose funzioni cutanee in cui questa vitamina è coinvolta, ma anche la sua

carenza in molti soggetti che presentano patologie dermatologiche estese (che coinvolgono cioè vaste aree corporee), come psoriasi, dermatite atopica e vitiligine, e che bassi livelli di vitamina D trovano correlazione con la gravità delle loro manifestazioni cliniche.

È generalmente riconosciuto inoltre, che la prevenzione della carenza di vitamina D deve essere effettuata nei soggetti in trattamento con **terapie corticosteroidi** a lungo termine e, poiché questi farmaci ne aumentano la degradazione, è opportuno aumentare le dosi di vitamina D. Nei pazienti con **broncopneumopatie croniche** ostruttive o **asma** è stata recentemente osservata una relazione positiva tra livelli sierici di vitamina D, funzione respiratoria e risposta ai cortisonici, suggerendo che la supplementazione di vitamina D possa potenziare l'**effetto antinfiammatorio** dei cortisonici migliorando il controllo dell'asma.

Numerose infine sono le evidenze scientifiche che dimostrano una associazione tra bassi livelli di vitamina D ed altre **patologie extrascheletriche** (cardiovascolari, oncologiche, immunologiche, neurologiche e diabete). In attesa dei risultati degli studi clinici in corso su queste patologie, è dunque doveroso prestare una maggiore attenzione alla prevenzione del deficit di vitamina D, anche considerato il favorevole rapporto costi/benefici della supplementazione farmacologica.

11

L'OSTEOPOROSI MASCHILE: IMPARIAMO A CONOSCERLA

La Giornata Mondiale dell'Osteoporosi, il 20 Ottobre 2014, sarà dedicata all'importante tema dell'**osteoporosi maschile**. Attraverso la campagna 'I veri uomini costruiscono la loro forza dall'interno' F.I.R.M.O. e la IOF vogliono contribuire ad aumentare la consapevolezza di questa malattia silenziosa.

L'osteoporosi è spesso considerata una "malattia femminile", anche se un uomo su cinque, dopo i 50 anni è destinato a subire una frattura a causa di questa patologia. Come risultato di questo equivoco, **milioni di uomini in tutto il mondo non sanno di poter essere a rischio di osteoporosi** e di conseguenti fratture debilitanti.

Ci sono molti miti che circondano l'osteoporosi negli uomini, per questo è bene far luce su questi fraintendimenti e sfatare alcuni degli errori più comunemente diffusi.

• L'osteoporosi non è una malattia solo femminile

L'osteoporosi **colpisce anche gli uomini**: in tutto il mondo affligge un uomo su cinque e una donna su tre (di età superiore ai 50 anni).

Le fratture osteoporotiche negli uomini più anziani (dopo i 50 anni) sono comuni e associate con **notevole mortalità e morbidità**. Il risultato è una diminuita qualità della vita e perdita di indipendenza.

A seguito di frattura dell'anca, gli uomini hanno un **rischio di morte** doppio rispetto alle donne.

Nel corso della vita di un uomo il rischio di subire una frattura da osteoporosi è **più alto** di quello di sviluppare il **cancro alla prostata**.

Un terzo di tutte le fratture dell'anca in tutto il mondo si verificano **negli uomini**.

- **L'osteoporosi non è una conseguenza naturale dell'invecchiamento**

Una frattura dopo una caduta minore o un urto **non è mai normale**, a qualsiasi età.

Esistono semplici **esami** per aiutare a identificare le persone con osteoporosi e ad alto rischio di fratture. Gli uomini, come le donne, dovrebbero conoscere i loro **fattori di rischio personali** e agire quanto prima per la prevenzione. Negli uomini due dei più comuni fattori di rischio sono la carenza di **testosterone** (spesso causata da trattamento del cancro alla prostata) e l'impiego di **corticosteroidi** a lungo termine.

Gli uomini di età superiore ai 50 anni che hanno già subito una frattura hanno un **rischio doppio** di subirne ancora rispetto a coloro che non si sono mai fratturati. Chi ha subito una frattura, dovrebbe parlarne con il medico e ricevere un trattamento appropriato.

Il primo passo per la prevenzione è l'adozione di uno **stile di vita sano e corretto** per lo scheletro, a tutte le età. Questo significa assumere cibi ricchi di nutrienti per le ossa (come **calcio e vitamina D**), evitare abitudini di vita sbagliate, come bere troppo o fumare, e fare un regolare esercizio di potenziamento muscolare.

Gli uomini che hanno più di 50, o coloro che sono a rischio, dovrebbero **parlare con il medico** della salute delle proprie ossa. A seguito di una valutazione clinica, può essere loro prescritto un farmaco, ma nessun farmaco è efficace se non è assunto con **regolarità**. Aderendo al trattamento, i pazienti possono ridurre notevolmente il rischio di fratture future.

- **L'osteoporosi ha grandi ricadute sulla vita degli individui e sulle loro famiglie**

Sia come padri o figli, gli uomini hanno un ruolo fondamentale nella famiglia. In tutto il mondo, ad esempio, un numero significativo di **giornate lavorative** è perso a causa di fratture vertebrali negli uomini di età compresa tra 50-65 anni.

Mantenersi **sani e indipendenti** è importante per gli uomini anziani e per le loro famiglie. Dopo aver subito una frattura dell'anca, circa il 10-20% degli uomini avrà bisogno di cure infermieristiche a lungo termine.

Migliorare la salute degli uomini attraverso la diagnosi precoce dell'osteoporosi e il trattamento tempestivo andrà a beneficio degli uomini, delle loro famiglie e della società nel suo complesso.

Sul sito **www.fondazionefirmo.org** sono disponibili informazioni sulla Giornata Mondiale dell'Osteoporosi, sugli eventi correlati e vi si può scaricare **gratuitamente** la **brochure** informativa preparata da F.I.R.M.O. in collaborazione con IOF.

PEDALANDO CON F.I.R.M.O.



Anche quest'anno, l'11 luglio 2014, si è tenuta la **tradizionale manifestazione** promossa da F.I.R.M.O. che si svolge a Firenze, al Piazzale Michelangelo. Cinquecento biciclette alla luce del tramonto, per promuovere la cultura della salute.

F.I.R.M.O. AL FESTIVAL DEL GELATO



Una manifestazione itinerante di grande successo alla quale F.I.R.M.O. ha preso parte, che si è spostata nel corso della primavera e dell'estate toccando Firenze, quindi a Roma, poi Milano, Napoli, infine ancora Firenze per la tappa conclusiva. F.I.R.M.O., grazie al personale del suo staff, ha offerto **migliaia di consulenze** mediche gratuite, proponendo questionari e diffondendo informazioni sulla salute alimentare. Insegnando che proprio nel gelato, con il suo apporto di calcio, si può trovare un valido alleato alla salute delle ossa.

PREMIO GIORNALISTICO F.I.R.M.O.



Il 22 maggio alle ore 16.00 nella Sala di Lorenzo a Palazzo Vecchio è stato consegnato al giornalista **Romano Ciriaci**, il **Premio Giornalistico F.I.R.M.O.**, riservato ai giornalisti che si sono distinti per innovazione, creatività, correttezza e puntualità nella diffusione delle informazioni sul tema dell'osteoporosi e di tutte le altre malattie ossee. L'ambito riconoscimento è stato consegnato dal Professor Francesco Tonelli, Vice Presidente della Fondazione F.I.R.M.O..

GIORNATA MONDIALE DELL'OSTEOPOROSI



Nell'ambito delle celebrazioni della **Giornata Mondiale dell'Osteoporosi**, che si terrà in tutto il mondo il 20 ottobre, il Presidente della Fondazione F.I.R.M.O. **Maria Luisa Brandi**, insieme al professor **John A. Kanis**, Presidente della **IOF** e a una rappresentanza della F.I.R.M.O. avranno l'onore di essere ricevuti da Sua Santità Papa Francesco in un'udienza papale il **15 ottobre 2014**. Il Santo Padre riceverà una copia personalizzata della brochure preparata dalla IOF in collaborazione con Fondazione F.I.R.M.O.

Sarà un momento importante, grazie anche all'interessamento di una personalità così carismatica e così **vicina ai bisogni di chi soffre**, per richiamare ancora una volta l'attenzione dell'opinione pubblica su questa grave quanto diffusa patologia.

Quest'anno la Giornata avrà come tema principale l'**osteoporosi negli uomini**, i quali purtroppo spesso sottovalutano l'incidenza e il rischio di questa malattia. La **brochure** consegnata a Papa Francesco, sarà **scaricabile gratuitamente dal sito** della Fondazione (www.fondazionefirmo.com).



FUSILLI E ZUCCHINE AL GORGONZOLA

Ingredienti:

- 1 spicchio d'aglio e 1 scalogno tritati
- vino bianco
- olio extravergine d'oliva
- 300 g di fusilli
- 20 g di Parmigiano
- 1 limone bio
- basilico e menta freschi
- 200 ml di latte
- 100 g di gorgonzola dolce
- 1 costa di sedano, 2 carote e 2 zucchine tagliate a dadini
- sale

Procedimento:

Fate appassire in padella l'aglio e lo scalogno in 2 cucchiaini di olio e 2 di vino, poi unite sedano, carote tritati e le zucchine fatte a dadini.

Fate cuocere per 7-8 minuti, quindi salate.

Lessate la pasta, scolatela, versatela in un'unсалatiera con le verdure calde, i pomodori, il Parmigiano, un pizzico di scorza di limone e il basilico e la menta spezzettati.

Scaldare bene il latte, scioglietevi il gorgonzola, unite la fonduta alla pasta, mescolate bene e servite.



DESIDERI SAPERE QUAL È IL RISCHIO DI FRATTURARTI UN OSSO NEI PROSSIMI DIECI ANNI?

Molte fratture sono il risultato di traumi banali come una caduta dalla posizione eretta. Alcuni fattori di rischio sono associati a queste fratture da trauma lieve. Rispondendo alle seguenti domande, puoi chiedere al tuo medico di calcolare il tuo livello di rischio (o puoi farlo da te!) visitando il sito inglese www.shef.ac.uk/FRAX

1. Quanti anni hai? Anni _____
2. Quanto sei alto/a? Cm _____
3. Quanto pesi? Kg _____
4. Hai mai subito da adulto una frattura che derivasse da un modesto trauma? (ad es. una banale caduta dalla posizione eretta)

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so
5. Uno dei tuoi genitori si è mai fratturato il femore in seguito ad un trauma modesto? (ad es. una banale caduta dalla posizione eretta)

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so
6. Sei un fumatore abituale?

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so
7. Hai mai assunto corticosteroidi (ad es. prednisone) in compresse per più di qualche settimana?

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so
8. Ti è mai stata diagnosticata un'artrite reumatoide? (non artrosi)

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so
9. Hai mai sofferto di una delle patologie indicate nel foglio seguente? (ad es. osteoporosi secondaria)

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so
10. In media, bevi 3 bevande alcoliche al giorno? (3 birre da 300 ml o 3 bicchieri di vino o 3 superalcolici)

☐ Sì
 ☐ No
 ☐ Non so

Se hai risposto "Non so" ad una di queste domande, inserisci la risposta "no" sul sito web.

LINEE GUIDA SUI FATTORI DI RISCHIO

Età

FRAX funziona su soggetti tra i 40 e i 90 anni. Se vengono inserite età inferiori o superiori, il programma inserirà di default età rispettivamente di 40 o 90 anni.

Frattura precedente

Per frattura precedente si intende una frattura non da trauma che si è avuta da adulto o una frattura legata a un trauma che, in un individuo sano, non avrebbe presumibilmente causato una frattura. Il rischio risulterà sottovalutato se hai subito più di una frattura da trauma lieve.

Fumo

Inserisci "sì" se fumi abitualmente, "no" se sei un ex-fumatore. Più fumi, più alto è il tuo livello di rischio, ma ciò non è considerato nel calcolo.

Cortisonici

Inserisci "sì" se hai assunto per via orale cortisonici per più di 3 mesi, ad una dose di prednisolone di 5 mg al giorno o superiore (o dosi equivalenti di altri cortisonici). Il rischio è maggiore se aumentano le dosi, ma ciò non è considerato nel calcolo.

Artrite reumatoide

Esistono molti tipi di artrite. Ricorda che se hai l'artrosi il rischio di frattura può essere addirittura ridotto! Se non sei sicura della tua diagnosi, rivolgiti al tuo medico curante.

Osteoporosi secondaria

Diverse patologie sono associate alla perdita di massa ossea o con un più alto rischio di frattura. Tra queste: menopausa precoce (prima dei 45 anni) o assenza prolungata del ciclo (non legata a gravidanza); mobilità ridotta per lunghi periodi (ad es. in seguito a un colpo apoplettico, morbo di Parkinson o lesioni spinali); morbo di Crohn o colite ulcerosa; diabete insulino-dipendente e periodi di ipertiroidismo. Questo elenco non è esaustivo. Nel caso di altre patologie, rivolgiti al tuo medico.

Alcool

Tre o più unità al giorno sono associate a un più alto rischio di frattura. Un'unità di alcool varia leggermente a seconda del Paese (da 8 a 10 g di alcool). L'unità è equivalente a un bicchiere standard di birra (285 ml), un bicchierino di liquore (30 ml), un bicchiere di vino di media grandezza (120 ml) o un aperitivo (60 ml).

Come comportarsi una volta ottenuti i risultati

Se il tuo livello di rischio ti preoccupa, sottoponi i risultati ad un medico o ad un altro operatore sanitario (infermiera, ecc.). Potrebbero stabilire che hai bisogno di sottoporsi a un test della densità ossea (un semplice test a raggi X), per analizzare il modo più approfondito il tuo rischio di frattura. In seguito al test della densità ossea, ricalcoleranno il tuo rischio di frattura usando lo strumento FRAX.

Puoi riportare il nuovo risultato nelle caselle qui sotto:

La possibilità di incorrere in una frattura osteoporotica seria nei prossimi 10 anni è del _____ per cento

La possibilità di incorrere in una frattura di femore nei prossimi 10 anni è del _____ per cento

TEST DEL RISCHIO OSTEOPOROTICO

9 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, 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 clinici tuoi personali

Esistono fattori di rischio non modificabili con i quali nasciamo e che non possiamo cambiare, ma non per questo devono essere ignorati. È 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 adulta?

☐ Sì ☐ No

5. Cadi frequentemente (più di una volta nell'ultimo anno) o hai paura di cadere?

☐ Sì ☐ No

6. Dopo i 40 anni hai perso più di 3 cm di altezza?

☐ Sì ☐ No

7. Sei sottopeso (il tuo IMC, indice di massa corporea, è inferiore a 19 Kg/m²)?

☐ Sì ☐ No

8. Hai mai assunto corticosteroidi (cortisone, prednisone, ecc.) per oltre 3 mesi consecutivi (i corticosteroidi sono spesso prescritti per condizioni come 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 iperparatiroidismo?

☐ Sì ☐ No

11. Per le donne 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, ecc.)?

☐ 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 i risultati del 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 sul tuo stile di vita per ridurre il rischio di osteoporosi.

Compila il test e invia cortesemente la tua risposta unitamente alla tua MOC a:

F.I.R.M.O., Fondazione Raffaella Becagli

Via del Pian dei Giullari, 28 50125 Firenze

Fax. +39 055 2306919, E-mail: info@fondazionefirmo.com

Grazie per la tua collaborazione!

firma PER F.I.R.
M.O.
FONDAZIONE RAFFAELLA BECAGLI



5X1000

PER FINANZIARE LA RICERCA SCIENTIFICA
SULLE MALATTIE DELLE OSSA

CODICE FISCALE
05618410483