

»»» 20 APRILE 2024

Prima Giornata Nazionale
della Prevenzione

FADOI ANIMO

medici e infermieri internisti ospedalieri

#prenditicuradite <<<

con il Patrocinio di:

Ministero della Salute



Croce Rossa Italiana



Prevenire è meglio che curare



Philadelphia, 1736: uno dei padri fondatori degli Stati Uniti d'America, Benjamin Franklin, sta cercando di convincere i suoi concittadini a formare un corpo di vigili del fuoco volontario. In particolare, sulle pagine di un giornale locale, scrive che sarebbe molto meglio impiegare tempo e risorse nel prevenire, piuttosto che ricostruire un'intera città rasa al suolo da un incendio catastrofico. Lo fa con un'espressione che rimarrà nella storia: *"an ounce of prevention is worth a pound of cure"* che può essere tradotta come *"un grammo di prevenzione vale un chilo di cura"*. Si parlava di incendi, ma il concetto rimane anche in medicina: prevenire è di gran lunga meglio che curare.

La prevenzione è l'insieme delle azioni e delle misure volte a ridurre il rischio di insorgenza o di aggravamento di una malattia, e si divide in tre tipi. Quella **primaria**, che consiste nel prevenire l'insorgenza di una patologia (per esempio vaccinazioni, educazione alimentare, stile di vita corretto), quella **secondaria** (diagnosi e cura precoce di una malattia. Rientrano in questo gruppo tutti i test di screening come il pap-test per il tumore dell'utero, l'auto-palpazione per il tumore del seno o al testicolo, la ricerca di sangue occulto nelle feci o la colonscopia programmata ad una certa età per il tumore al colon-retto), infine quella **terziaria** che ha lo scopo di ridurre al minimo le complicanze e/o rallentare l'evoluzione di una patologia già nota.

Anche se nel presente la medicina riesce a curare la maggior parte delle patologie, l'obiettivo deve essere la prevenzione, soprattutto primaria, modificando abitudini e comportamenti errati. Fumatori, soggetti sedentari, persone sovrappeso, diabetici, ipertesi: sono principalmente questi gli individui per i quali è più utile un programma di medicina preventiva. È fondamentale adottare uno stile di vita sano e attivo che comprenda una dieta equilibrata (prediligere frutta, verdura, pesce, cereali integrali evitando zuccheri e alcol), un'attività fisica regolare, una riduzione del fumo e dello stress, un controllo periodico del peso, della glicemia, del colesterolo e della pressione arteriosa. Dati recenti evidenziano come in Italia la prevenzione non sia attuata in maniera adeguata: il 50% della popolazione è sovrappeso o obesa, il 40% è iperteso. Inoltre l'abitudine al fumo interessa il 20% della popolazione italiana ed è in crescita specialmente tra i giovani. Un fumatore di età inferiore a 50 anni ha un rischio addirittura cinque volte maggiore di infarto cardiaco rispetto ai coetanei non fumatori; ogni sigaretta ci toglie 15 minuti di vita. Secondo recenti stime prestigiosa (The Lancet), nel 2050 oltre 1,3 miliardi di persone a livello globale si troveranno a convivere con il diabete. Una crescita più che doppia rispetto ai 529 milioni di casi del 2021.

Un dato da non sottovalutare è l'esistenza di differenze rilevanti tra uomo e donna nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni delle malattie, nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici, nonché negli stili di vita e nella risposta ai nutrienti. Un approccio di genere nella pratica clinica consente di promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure.



Facciamo il punto insieme sull'ipertensione arteriosa

Cos'è l'ipertensione arteriosa?

L'ipertensione arteriosa è una condizione clinica in cui, a seguito di ripetute misurazioni ambulatoriali, i valori di pressione sanguigna nelle arterie negli adulti sono maggiori o uguali a 140 mmHg per la sistolica (detta anche "massima") e/o maggiori o uguali a 90 mmHg per la diastolica (detta anche "minima").

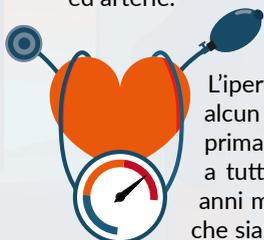
Classificazione	Pressione sistolica (mmHg)		Pressione diastolica (mmHg)
Ottimale	< 120	e	<80
Normale	120-129	e/o	80-84
Normale - Alta	130-139	e/o	85-89
Ipertensione 1° grado	140-159	e/o	90-99
Ipertensione 2° grado	160-179	e/o	100-109
Ipertensione 3° grado	≥180	e/o	≥110
Ipertensione sistolica isolata	≥140	e	<90
Ipertensione diastolica isolata	<140	e	≥90

Perché è importante conoscerla?

È molto diffusa, sia uomini e donne e diventa più comune con l'avanzare dell'età ed in presenza di fattori di rischio. Si tratta di una condizione cronica con la quale il paziente dovrà convivere per tutta la vita, seguendo con costanza le indicazioni del medico riguardo stile di vita e terapia ed effettuando i periodici controlli. È importante prevenire e curare questa condizione per evitare o contenere i danni che la pressione sanguigna costantemente elevata può provocare agli organi, soprattutto cervello, rene, cuore, occhio ed arterie.

Come posso accorgermi di avere la pressione alta?

L'ipertensione può essere un "killer silenzioso", essere presente senza dare alcun segno di sé e addirittura aver provocato danno agli organi ancora prima di venire diagnosticata. È per questo motivo che è importante che a tutti i pazienti in corso di visita ambulatoriale (in particolare dopo i 40 anni ma prima se con fattori di rischio) sia misurata la pressione arteriosa e che sia controllata periodicamente, secondo i valori riscontrati. In alcuni casi, però, possono essere presenti segni e sintomi spia, che sono aspecifici ma che non vanno ignorati: cefalea, vertigini, sensazione di ottundimento, decadimento



cognitivo, dolore toracico, affanno, palpitazioni, aritmie, diuresi abbondante, tracce di sangue nelle urine, ronzi, disturbi visivi, disfunzione erettile, fino purtroppo ai tragici segni dell'ictus.

Quali sono le cause di ipertensione arteriosa?

Nella maggior parte delle persone ipertese (circa 90-95% dei casi) l'ipertensione arteriosa non ha un'evidente causa sottostante e pertanto viene definita "essenziale".

Nella minoranza dei casi (circa 5-10% dei casi) e soprattutto in paziente giovani, è possibile identificare una causa alla base dell'ipertensione, che in questo caso viene definita "secondaria".

Le possibili cause di ipertensione secondaria sono:

- ➔ Malattie del sistema ormonale, in particolare a carico della tiroide (ipertiroidismo) e dei surreni (feocromocitoma, sindrome di Cushing, adenoma surrenalico).
- ➔ Patologie renali, in particolare il restringimento anomalo delle arterie renali, ovvero i vasi che garantiscono l'afflusso di sangue ai reni
- ➔ Assunzione di farmaci quali contraccettivi orali, farmaci antinfiammatori, cortisone ed altri oppure di altre sostanze come droghe (anfetamine, cocaina) o liquirizia

Importante attenzione va posta all'ipertensione durante una gravidanza, in quanto può essere causa di gravi complicanze (come preeclampsia od eclampsia) che possono mettere in grave pericolo la madre ed il bambino.

Quali sono i fattori di rischio?

Vi sono diversi fattori di rischio per lo sviluppo dell'ipertensione arteriosa:

- Età
- Sovrappeso ed obesità
- Alcolici
- Sedentarietà e ridotto attività fisica
- Familiarità per ipertensione
- Abbondante utilizzo di sale nella dieta
- Fumo



Purtroppo non tutti i fattori di rischio sono modificabili, ma impegnandosi nel migliorare il nostro stile di vita è possibile ridurre il rischio di diventare ipertesi!

Come misurare la pressione arteriosa

- ➔ Si raccomanda l'impiego di strumenti di misurazione elettronici completamente automatici (permettono la misurazione mediante la semplice pressione di un tasto) piuttosto che sfigmomanometri a mercurio per evitare errori di percezione dei toni durante la misurazione
- ➔ Utilizzare solo strumenti validati a bracciale e non da polso salvo diversa indicazione medico/infermieristica
- ➔ Utilizzare bracciali adeguati alle dimensioni del braccio (sono disponibili bracciali piccoli, normali e grandi) in base alla circonferenza del braccio per evitare il rischio di rilevazioni scorrette
- ➔ Utilizzare solo strumenti affidabili validati secondo protocolli standardizzati



Quali sono le cure disponibili?

Lo scopo principale di abbassare i valori pressori, per riportarli nei limiti della norma (cioè al di sotto di 140/90 mmHg) è quello di proteggere gli organi bersaglio dell'ipertensione e modulare l'eventuale danno già presente

La prima terapia per l'ipertensione arteriosa è uno stile di vita sano. Una dieta salubre (come quella mediterranea, con basso contenuto di sale ed alto apporto di fibre, legumi e pesce), eseguire regolarmente attività fisica aerobica, ridurre il proprio peso corporeo, consumare in maniera modesta alcolici e non fumare sono comportamenti virtuosi che possono ritardare o prevenire l'insorgenza dell'ipertensione arteriosa e ridurre il rischio cardiovascolare. Le modifiche dello stile di vita potenziano inoltre gli effetti della terapia farmacologica permettendone, in alcuni casi, una riduzione nell'intensità.

Quando le modifiche dello stile di vita non sono sufficienti è necessario avviare un trattamento farmacologico. Esistono farmaci diversi, con meccanismi specifici, che possono aiutare nel controllo pressorio.

Tra i farmaci ricordiamo le più importanti categorie: diuretici, beta bloccanti, calcio-antagonisti, ACE-inibitori/sartani/inibitori diretti della renina, alfa-bloccanti, clonidina. Il tuo Medico di fiducia, in base alla tua storia clinica, saprà consigliarti sulla strategia terapeutica migliore. I farmaci che regolano la pressione devono essere presi con continuità ed eventuali variazioni (sospensione, riduzione o incremento del dosaggio) vanno concordate con il Medico. Una ridotta "aderenza terapeutica" (cioè la scarsa corrispondenza tra il trattamento prescritto e quello realmente assunto) può portare, anche in assenza di qualsiasi sintomo, ad un netto peggioramento della malattia e del danno agli organi.

Per aiutarsi nel non dimenticare le “pastiglie della pressione” si possono utilizzare applicazioni digitali (come sveglie o diari elettronici), assumere il trattamento sempre alla stessa ora (in modo che diventi un’abitudine quotidiana) o utilizzare dei portapillole. Ottenere un ottimo controllo pressorio è estremamente importante, basti pensare che riduzioni di 20 mmHg della pressione sistolica (la pressione “massima”) o di 10 mmHg della diastolica (la pressione “minima”) sono associate ad un dimezzamento del rischio di patologie cardiovascolari invalidanti (come ictus cerebrale o infarto cardiaco). Indicativamente, un soggetto di età inferiore agli 80 anni, dovrebbe ambire ad una pressione domiciliare inferiore ai 130-135/80-85 mmHg.

Prevenzione

Non fumare/smettere di fumare ed evitare l’esposizione al fumo passivo: il fumo, in particolare attraverso la nicotina che provoca la costrizione dei vasi sanguigni, favorisce un aumento della pressione arteriosa

Seguire varia ed equilibrata, ricca di frutta, verdura e pesce, povera di grassi, in particolare saturi (salumi, insaccati), e con il giusto contenuto di calorie

Ridurre il consumo alimentare eccessivo di sale a meno di 5 grammi al giorno (target raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS)

Evitare o limitare il consumo di alcol

Praticare con regolarità un’attività fisica adeguata (almeno 30 minuti 5 volte/settimana) di tipo aerobico (es. passeggiare a passo svelto, andare in bicicletta, nuotare, ballare, fare le scale a piedi)

Mantenere un peso corporeo ottimale (controllo di peso, indice di massa corporea)

L'angolo della medicina di genere

L’ipertensione arteriosa è riconosciuto come fattore di rischio cardiovascolare (modificabile) in misura simile per uomini e donne, con impatto maggiore sul rischio di ictus e scompenso cardiaco, e minore su quello di infarto miocardico. Delle peculiarità di genere riguardano il fatto che le donne sviluppano generalmente ipertensione arteriosa 10 anni dopo rispetto all’uomo, contestualmente al calo del livello di estrogeni. Nelle donne l’ipertensione arteriosa è spesso non controllata. Allo stato attuale non ci sono dati che ci indichino di adottare strategie farmacologiche differenti nelle donne, ma bisogna prestare attenzione ad alcuni eventi avversi più frequenti nelle donne (tosse da ACE inibitore) e ovviamente alle diverse strategie farmacologiche raccomandate in gravidanza.

Curiosità: ma l’iperteso può andare in montagna?

La pressione arteriosa aumenta in modo significativo durante l’esposizione ad alta quota (sopra i 2500 metri), e inizia a modificarsi già ad altitudini moderate (1200-1500 m). Necessario il confronto con il tuo curante per affrontare una salita in quota.

Riferimenti bibliografici

<https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari>

Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension 2023 ESH

Facciamo il punto insieme sul diabete mellito di tipo 2



1. Che cos'è il Diabete Mellito di tipo 2?

Il diabete mellito di tipo 2 è una malattia cronica caratterizzata da valori di zuccheri (glicemia) elevati nel sangue (iperglicemia) in modo costante. Questo accade perché l'insulina, ormone prodotto dalle cellule del pancreas che permette al nostro organismo di utilizzare l'energia che gli serve per funzionare, è carente oppure non svolge in modo corretto la propria funzione.

Ecco perché la diagnosi di diabete si effettua misurando la GLICEMIA.

I sintomi del Diabete Mellito sono sete intensa, frequente bisogno di urinare, disturbi visivi, stanchezza e faticabilità, fame intensa e perdita di peso.

Spesso, nelle fasi iniziali il Diabete Mellito di tipo 2 può presentarsi con sintomi più sfumati come astenia, parestesie (alterazione della sensibilità soprattutto degli arti), e difficoltà nella guarigione delle ferite. La carenza di sintomi è la principale causa di ritardo nella diagnosi di Diabete Mellito di tipo 2. Molti pazienti ricevono la diagnosi in seguito ad uno screening o grazie ad esami di laboratorio eseguiti per altri motivi.

2. Quali sono i fattori di rischio per il diabete di tipo 2?

- ➔ **Obesità:** essere in sovrappeso o obesi aumenta significativamente il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.
- ➔ **Stile di Vita Sedentario:** la mancanza di attività fisica regolare può aumentare il rischio di sviluppare la malattia.
- ➔ **Alimentazione Sbilanciata:** un'alimentazione ricca di cibi ad alto contenuto di zuccheri e grassi può contribuire allo sviluppo del diabete di tipo 2.
- ➔ **Storia Familiare:** la presenza di parenti di primo grado con il diabete aumenta il rischio di sviluppare la malattia.
- ➔ **Età Avanzata:** il rischio di diabete di tipo 2 aumenta con l'avanzare dell'età.

Il diabete è una malattia metabolica spesso asintomatica: in presenza di uno o più fattori di rischio, parlare con il tuo medico!



3. Come si fa la diagnosi?

Per sapere se una persona è affetta da diabete, si controlla la GLICEMIA. Il diabete è confermato se:

- In presenza di sintomi tipici della malattia (*sete intensa, frequente bisogno di urinare, disturbi visivi, stanchezza e faticabilità, fame intensa e perdita di peso*) la glicemia effettuata in un momento casuale della giornata è ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo, anche in una sola occasione!)

- b) In assenza dei tipici sintomi, la glicemia in almeno due diverse occasioni è:
 - a digiuno ≥ 126 mg/dl
 - ≥ 200 mg/dl due ore dopo carico orale di glucosio (eseguito con 75g, in ambiente sanitario)
- c) In assenza dei sintomi tipici della malattia, in almeno due diverse occasioni l'emoglobina glicata è $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol)

Cos'è l'emoglobina glicata?

È un parametro che corrisponde alla media dei valori delle glicemie degli ultimi 2-3 mesi precedenti alla sua determinazione.

Il diabete mellito di tipo 2 è preceduto da una fase di alterazione dell'omeostasi glucidica classificata come alterata glicemia a digiuno, IFG (glicemia a digiuno fra i 100 e 125 mg/dl) o ridotta tolleranza glucidica, IGT (glicemia due ore dopo glucosio orale fra 140 e 199 mg/dl). Il riconoscimento di queste alterazioni della glicemia è fondamentale per la diagnosi precoce e ad oggi è stato proposto un nuovo test di screening che dosa la glicemia dopo 1 ora dal carico di zucchero (se glicemia maggiore di 155 mg/dL (8.6 mmol/L) diagnosi di iperglicemia intermedia.

4. Quali sono le cure disponibili?

La persona con diabete tipo 2 può riuscire a mantenere la glicemia sotto controllo mediante uno stile di vita salutare ovvero attraverso:

- ➔ Corretta alimentazione che deve essere equilibrata, contenere tutti i nutrienti nelle giuste proporzioni (fibre, frutta e verdura, cereali integrali, pesce e olio di oliva, carne e latticini in modeste quantità). Escludere specifici alimenti solo quando ci sono evidenze scientifiche d'accordo con il proprio medico (attenzione a google e alle fake news!)
- ➔ Attività fisica regolare (muoversi a piedi o in bici, salire le scale a piedi, fare una camminata, ecc.): migliora la sensibilità all'insulina e il compenso glicemico, favorendo il calo del peso e riduce i fattori di rischio cardiovascolari, come la pressione arteriosa e i grassi nel sangue, migliorando inoltre il benessere soggettivo della persona!



In aggiunta ad un adeguato stile di vita attualmente sono disponibili vari farmaci che si diversificano a seconda delle modalità attraverso cui ricompensano i valori glicemici:

- ➔ aumentano la sensibilità all'insulina (metformina e pioglitazone),
- ➔ stimolano il pancreas a produrne di più (sulfaniluree, repaglinide, incretine per via orale o inettiva)
- ➔ aumentano la perdita di zuccheri con le urine (glicosurici)
- ➔ rallentano l'assorbimento del glucosio a livello intestinale (acarbosio).

Infine c'è l'insulina, che viene utilizzata anche per periodi di tempo limitati in condizioni quali l'esordio della malattia o in presenza di altre patologie importanti (infarto, ictus, infezioni gravi) oppure quando gli altri farmaci non sono più in grado di mantenere i valori della glicemia a target, generalmente dopo anni di malattia.

Gli obiettivi glicemici

Gli obiettivi del controllo metabolico sono personalizzati e vengono decisi con il proprio Medico in quanto dipendono dall'età, dal tipo di terapia e dalle condizioni cliniche di ogni paziente. In generale sono i seguenti:

- 70-130 mg/dl a digiuno
- 160 mg/dl due ore lontano dai pasti
- HbA1c < 7% (53 mmol/mol)

5. Le complicanze

La persona con diabete può andare incontro alle complicanze della malattia, legate a varie cause, in primis al non corretta gestione del diabete

Le complicanze acute comprendono:

➔ l'ipoglicemia o l'iperglicemia che possono dipendere dal tipo di terapia, da errori nella assunzione della stessa, da errori alimentari e stile di vita variabile, da malattie intercorrenti. Devono essere risolte prontamente, entro minuti, come l'ipoglicemia o entro ore/pochi giorni come l'iperglicemia.

Le complicanze croniche comprendono:

- ➔ danno ai piccoli vasi sanguigni (le arteriole), in particolare alla retina, al rene e ai nervi periferici
- ➔ danni ai grandi vasi arteriosi più grossi di organi quali:
 - cuore (*coronaropatia, infarto miocardico*)
 - cervello (*ictus*)
 - arti inferiori (*arteriopatia periferica*).

Il *piede diabetico* è la manifestazione del grado più severo di complicanze arteriose e nervose a livello di un organo periferico, tanto da portare in alcuni casi all'amputazione.

Diabete e differenza di genere

La presenza di diabete mellito nelle donne, attenua il beneficio cardiovascolare conferito dagli estrogeni. Le donne diabetiche presentano, infatti, un rischio doppio di malattia cardiovascolare rispetto agli uomini, probabilmente a causa di un peggior profilo di rischio e controllo metabolico. Nonostante le evidenze ci indichino una precoce incidenza di infarto nelle donne diabetiche, è anche evidente che queste vengano sottoposte meno frequentemente a procedure di rivascolarizzazione coronarica. Inoltre, anche dopo le procedure di rivascolarizzazione miocardica, le donne diabetiche presentano un'elevata mortalità post-intervento.

Bibliografia

Harrison's Principi di Medicina Interna 20/Ed The mcGraw Hill Companies.

American Diabetes Association. (2020). Standards of Medical Care in Diabetes.

AMD. Piano di educazione (2023)

World Health Organization. (2016). Global Report on Diabetes.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). DiabetesOverview.

Diabetes Canada. (2021). Clinical Practice Guidelines.

Facciamo il punto insieme sull'obesità

Che cos'è l'obesità?

L'obesità è una malattia cronica caratterizzata dall'accumulo di grasso in eccesso a livello corporeo in grado di determinare alterazioni del funzionamento di molti organi e apparati, causando nel tempo un aumento di patologie e mortalità.

Con il progressivo aumento di peso, l'accumulo di grasso avviene non solo a livello sottocutaneo, ma anche e soprattutto a livello addominale e degli organi interni, condizione questa che determina ripercussioni ancora maggiori sul resto dell'organismo.

Epidemiologia

In Italia, tra il 2020-2021, il 43% della popolazione adulta è risultato in eccesso ponderale, il 33% (17 milioni) in sovrappeso e il 10% (oltre 4 milioni) obeso. Tale percentuale aumenta con l'avanzare dell'età (fino circa ai 75 anni) ed è più elevata fra gli individui economicamente più svantaggiati, con minore istruzione e nelle Regioni meridionali.

Quali sono i fattori di rischio?

I principali fattori di rischio riconosciuti sono i seguenti: alimentazione scorretta, eccesso di sedentarietà e fattori socio-ambientali.

Il meccanismo alla base è un eccessivo apporto energetico rispetto al consumo dell'organismo: questo squilibrio deriva principalmente da un'alimentazione eccedente e/o scorretta e da un'attività fisica insufficiente a consumare le calorie introdotte.

Le condizioni sociali, economiche, culturali, nonché i ritmi di vita e di lavoro incidono in maniera importante su entrambi i fattori: ad esempio, uno stile di vita sedentario e ritmi quotidiani serrati sottraggono tempo all'attività fisica e alla preparazione di pasti equilibrati, favorendo il consumo di cibi già pronti e industriali.

Come si fa la diagnosi?

La valutazione dell'entità dell'eccesso di peso è costituita dalla valutazione di 3 parametri principali: *indice di massa corporea, circonferenza vita e composizione corporea*.

1) INDICE DI MASSA CORPOREA

Il parametro più utilizzato per diagnosticare e valutare la gravità del sovrappeso e dell'obesità è l'Indice di Massa Corporea (BMI - Body Mass Index), che viene calcolato utilizzando il peso e l'altezza dell'individuo [IMC = peso (in kg) / quadrato dell'altezza (in metri)].

Questo parametro identifica l'entità dell'eccesso di peso definendone le categorie:



Sottopeso	IMC < 18,5 kg/m²
Peso normale	IMC da ≥ 18,5 a 24,9 kg/m²
Sovrappeso	IMC da ≥ 25 a 29,9 kg/m²
Obesità	IMC ≥ 30 kg/m²
- <i>Obesità di classe 1</i>	<i>IMC da 30 a 34,9 kg/m²</i>
- <i>Obesità di classe 2</i>	<i>IMC da 35 a 39,9 kg/m²</i>
- <i>Obesità di classe 3</i>	<i>Obesità di classe 3 - IMC ≥ 40 kg/m²</i>

2) CIRCONFERENZA VITA

Questo parametro è misura indiretta del tessuto adiposo addominale e fornisce informazioni indipendenti sul rischio che non sono prese in considerazione dall'IMC. Si parla infatti di "obesità addominale" (o viscerale) con valori di circonferenza vita > 102 cm negli uomini e < 88 cm nelle donne. Gli individui con sovrappeso o obesità relativi all'IMC con associata obesità addominale hanno un rischio maggiore di malattie cardiache, diabete, ipertensione, dislipidemia, steatosi epatica.

3) COMPOSIZIONE CORPOREA

La stima della composizione corporea (acqua corporea, massa magra, massa grassa), attraverso semplici metodiche come la plicometria e la bioimpedenziometria, rappresenta uno strumento utile per la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale. L'obesità è definita da una percentuale di massa grassa > 25% negli uomini e > 32% nelle donne.

Conseguenze dell'obesità

L'obesità si associa allo sviluppo di molteplici patologie, quali ad esempio neoplasie, diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, malattie cardiovascolari e respiratorie, problematiche ortopediche e articolari, depressione, ansia, peggioramento della qualità di vita, infertilità e aumentato rischio di complicanze durante la gravidanza.

Quali sono le cure disponibili?

La modifica dello stile di vita è il principale pilastro del trattamento di sovrappeso e obesità. Le linee guida nazionali raccomandano un calo ponderale di almeno il 10% del peso iniziale da ottenere in 4-6 mesi, e di una quota maggiore per i soggetti con obesità di III grado. Se tale calo di peso viene stabilizzato, si assiste a un miglioramento delle complicanze associate all'obesità. È opportuno correggere le abitudini alimentari errate ed eseguire un'attività fisica compatibile con le proprie condizioni cliniche.

Nello specifico, una dieta adatta al calo di peso dovrebbe essere una dieta mediterranea ipocalorica. Il 50-55% della quota calorica dovrebbe provenire da carboidrati, preferendo il consumo di cibi a basso indice glicemico, alimenti ricchi in fibra o contenenti amidi a lento assorbimento (es. cereali integrali), mentre deve essere inferiore al 10-12% dell'energia giornaliera la quota derivante da zuccheri semplici (es. succhi di frutta, zucchero, bibite etc.), favorendo il consumo di frutta e verdure. In assenza di problematiche renali, le proteine dovrebbero fornire il 15% dell'energia totale giornaliera, circa 0,8 - 1 gr/kg peso desiderabile (per peso desiderabile si intende un peso corrispondente ad un BMI di 22,5 kg/m²). Le proteine devono essere di buon valore biologico e provenire



da fonti proteiche sia animali che vegetali. Un corretto apporto proteico è utile alla conservazione della massa muscolare e di conseguenza del metabolismo basale e rallenta il turnover osseo. Una dieta equilibrata dovrebbe contenere una quota lipidica non superiore al 30% dell'introito calorico giornaliero, di cui 10% acidi grassi saturi, 10% monoinsaturi e 10% polinsaturi (contenuti nel pesce e nell'olio EVO, con effetti benefici sulla prevenzione del rischio cardiovascolare). Le fibre alimentari (contenute in frutta, verdura e cereali integrali), di cui si consiglia un apporto di 30 g/die, contribuiscono all'aumento del senso di sazietà e al miglioramento della funzionalità intestinale, oltre a ridurre il rischio di importanti

malattie cronico-degenerative (diabete, malattie cardiovascolari) e di alcuni tumori del tratto gastrointestinale.

Una sana alimentazione deve essere sempre associata all'attività fisica, in ogni fascia di età. L'Organizzazione Mondiale Sanità raccomanda nei soggetti adulti e anziani di praticare almeno 150-300 minuti settimanali di attività fisica aerobica di moderata intensità (es. camminata a passo spedito) o 75-150 minuti settimanali di attività fisica aerobica intensa (es. corso, nuoto, ciclismo). È importante, poi, ricordare tre messaggi chiave del mantenersi attivi: fare un po' di attività fisica è meglio di niente, aumentarne la quantità permette di ottenere ulteriori benefici per la salute e, infine, "every move counts", ossia qualsiasi tipo di movimento conta.

Esistono oggi anche delle terapie farmacologiche. I farmaci attualmente approvati in Italia sono liraglutide (un analogo di un ormone prodotto dall'intestino dopo i pasti, che rallenta lo svuotamento dello stomaco, riduce il senso di fame e aumenta la sazietà) e naltrexone/bupropione (un farmaco che agisce sul sistema oppioide e dopaminergico, responsabile della fame nervosa e di aspetti vicini alla "dipendenza da cibo").

I pazienti con obesità di classe II gravata da complicanze, o di classe III, hanno indicazione a essere sottoposti a intervento di chirurgia bariatrica, che è attualmente la strategia più efficace nel far perdere la maggior quota di peso e nel mantenimento del peso perso.

Sebbene esistano molte diete disponibili (anche miracolose) e numerosi "esperti" sarebbe sempre opportuno rivolgersi ad uno specialista senza intraprendere un percorso in autonomia.

Ogni strategia terapeutica va personalizzata sulla base delle caratteristiche, delle esigenze e dei desideri del paziente.



Focus sulla medicina di genere

L'incidenza di obesità nel mondo è in continuo e costante aumento. Molteplici studi hanno evidenziato come l'incremento di patologie metaboliche croniche sia legato in maniera specifica all'aumento di tessuto adiposo a livello addominale, che rappresenta il tessuto metabolicamente attivo e che correla con uno stato infiammatorio cronico. Se l'incidenza dell'obesità non vede una prevalenza di genere, essendo presente in ambedue i sessi in maniera sovrapponibile, possono essere riscontrate differenze significative nella distribuzione del tessuto adiposo corporeo. I soggetti di sesso femminile hanno un contenuto di grasso corporeo complessivamente superiore rispetto ai soggetti di sesso maschile, con una distribuzione del tessuto adiposo differente: gli uomini tendono ad accumulare maggiori quantità di tessuto adiposo viscerale (addominale), fortemente correlato a un aumentato rischio cardiovascolare. Tuttavia, il calo degli estrogeni circolanti dopo la menopausa induce un cambiamento nella deposizione di tessuto adiposo che favorisce il deposito viscerale anche nelle donne, con contestuale aumento del rischio metabolico.

Bibliografia

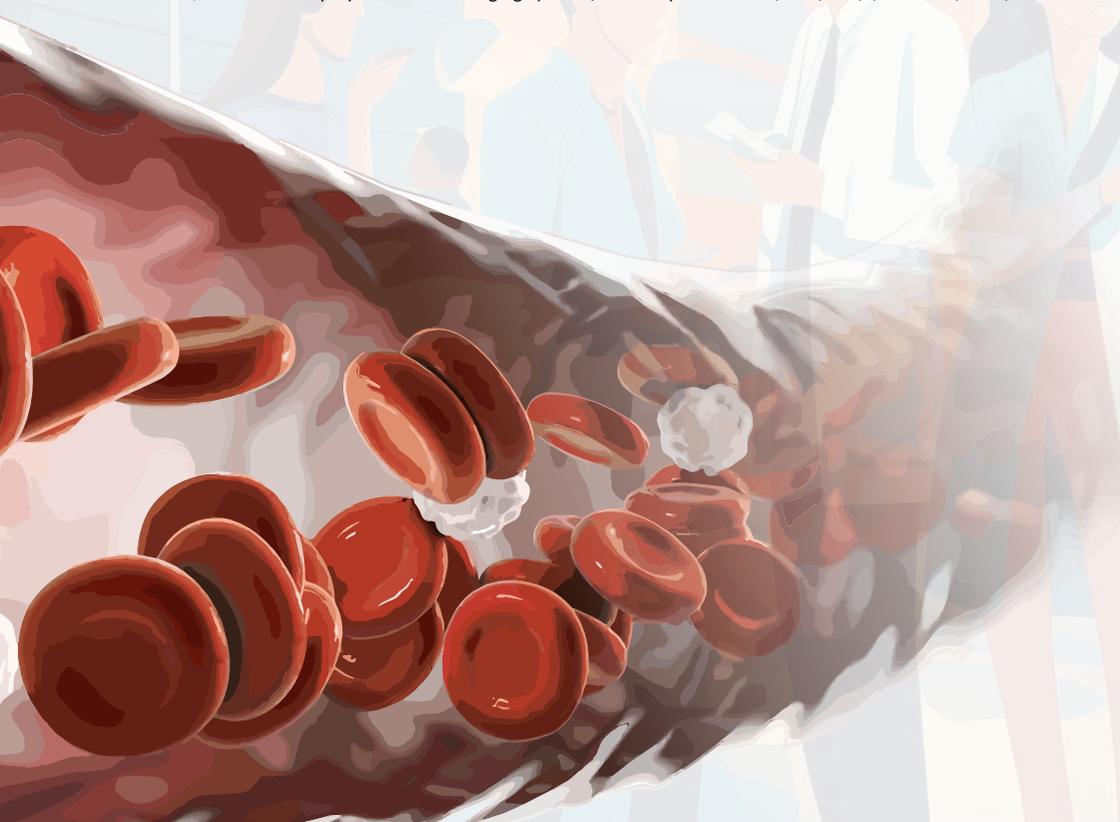
Acosta, A. et al. *Selection of Antiobesity Medications Based on Phenotypes Enhances Weight Loss: A Pragmatic Trial in an Obesity Clinic.* *Obesity* 29, 662-671 (2021).

Mahmood Safaei, Elankovan A. Sundararajan, et al, *A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity, Computers in Biology and Medicine.*

Ministero della Salute. (s.d.). *Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità.*

Sbraccia, P. et al. *Standard Italiani per la cura dell'obesità SIO-ADI 2016-2017.* (2017).

Sharma AM, Kushner RF. *A proposed clinical staging system for obesity.* *Int J Obes (Lond).* 33(3):289-95 (2009).



Facciamo il punto insieme sulla dislipidemia

Che cos'è la dislipidemia?

Con il termine “dislipidemia” si intende un’alterazione patologica della quantità di lipidi (grassi) nel sangue, in particolare colesterolo e trigliceridi. Il colesterolo è prodotto dal fegato ed è presente in tutte le cellule del nostro organismo. Risulta fondamentale per la sintesi di diversi ormoni (come gli estrogeni, il testosterone e il cortisolo) e per la produzione di vitamina D ed acidi biliari, oltre ad essere una componente indispensabile delle membrane cellulari. Se in eccesso, può essere molto dannoso per la salute, rappresentando un importante fattore di rischio per l’insorgenza di malattie cardiovascolari. Il colesterolo, oltre ad essere prodotto a livello epatico, può essere introdotto nel nostro organismo attraverso l’alimentazione: è presente, per esempio, nei cibi ricchi di grassi animali (come carne, burro, salumi, tuorlo d’uovo e formaggi), mentre è assente in frutta, verdura e cereali.

Il fegato è responsabile anche della produzione di trigliceridi che, pur rappresentando un’importante fonte di energia, se in eccesso, sono dannosi. I loro livelli nel sangue aumentano quando la dieta contiene troppi carboidrati (zucchero, pane, pasta), grassi e alcol.

Colesterolo e trigliceridi sono trasportati nel sangue da specifiche “particelle”, chiamate lipoproteine.

Le lipoproteine ad alta densità (High Density Lipoproteins, HDL), note anche come “colesterolo buono”, sono responsabili del trasporto del colesterolo in eccesso dai diversi tessuti al fegato, che si occupa di eliminarlo.

Le lipoproteine a bassa densità (Low Density Lipoproteins, LDL) hanno il compito di distribuire il colesterolo a tutti gli organi del nostro corpo.

Le LDL sono anche note come “colesterolo cattivo” poiché, se presenti in eccesso, tendono a depositarsi sulla parete delle arterie, provocandone l’ispessimento e dando avvio al processo noto come “aterosclerosi” (atero- dal greco ateroma che significa placca, sclerosi da sklerosis che vuol dire indurimento). Quest’ultimo, con il passare del tempo, può portare alla formazione di vere e proprie placche che ostacolano il normale flusso sanguigno.

Inoltre, le placche possono staccarsi (embolizzare) o formare un trombo: ciò può determinare un arresto improvviso del flusso sanguigno.

A seconda di dove è localizzata, l’ostruzione di un vaso arterioso può provocare, per esempio, infarto del miocardio (a livello cardiaco), ictus (a livello cerebrale) o “claudicatio intermittens” (a livello degli arti inferiori).

Quali sono i fattori di rischio?

La dislipidemia è legata ad un’alimentazione non equilibrata, al fumo, allo stile di vita sedentario, al sovrappeso/obesità ed al diabete. In alcuni casi, ma più raramente, può essere dovuto ad un’alterazione genetica.

Come si fa la diagnosi?

Per fare la diagnosi di dislipidemia è sufficiente un prelievo di sangue venoso.

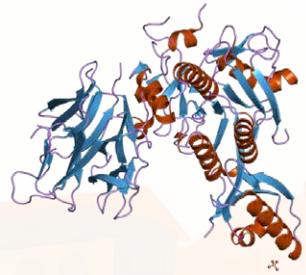
I valori considerati “desiderabili” sono i seguenti:

- Colesterolo totale < 200 mg/dL
- Colesterolo LDL (C-LDL) < 100 mg/dL
- Colesterolo HDL (C-HDL) ≥ 50 mg/dL
- Trigliceridi < 150 mg/dL

Questi valori però possono variare in base al rischio cardiovascolare; se ci sono per esempio già patologie associate (ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, pregressi problemi cardiaci, insufficienza renale) i valori di colesterolo C-LDL da raggiungere diventano molto più bassi (<55 mg/dl).

Quali sono le cure disponibili?

- ➔ **Attenzione ai fattori di rischio, attraverso modifiche dello stile di vita.** Un'alimentazione equilibrata può ridurre il colesterolo nel sangue del 5-10%. Per questo è necessaria un'alimentazione povera di grassi saturi (dieta mediterranea), privilegiando i grassi polinsaturi (contenuti nel pesce e negli oli vegetali) e monoinsaturi (olio d'oliva) che tendono ad abbassare il C-LDL. È, inoltre, importante aumentare il consumo di frutta, verdura e legumi, riducendo invece l'assunzione di zuccheri e di alcol.
- ➔ **Ad una corretta alimentazione è necessario poi associare attività fisica regolare** (attività aerobica da praticare per almeno 40 minuti 3-4 volte a settimana).
- ➔ **In caso di sovrappeso/obesità la combinazione di alimentazione ed attività fisica deve mirare ad ottenere un calo ponderale** (riduzione del peso corporeo) significativo. Fondamentale anche il controllo dei valori di pressione arteriosa e l'abolizione del fumo.
- ➔ **Terapie farmacologiche:**
 - **Statine** che inibiscono l'enzima HMG-CoA reduttasi, riducendo la produzione di colesterolo. Attualmente, in aggiunta alla statina, sono raccomandate due classi farmacologiche che hanno dimostrato una riduzione degli eventi cardiovascolari.
 - Una di queste è l'ezetimibe, che agisce inibendo l'assorbimento intestinale del colesterolo. Questo farmaco può ridurre il C-LDL di un ulteriore 25%, se associato ad una statina.
 - L'acido bempedoico, da solo o in associazione all'ezetimibe, rappresenta un'altra opzione terapeutica per le persone intolleranti alle statine. Grazie al suo meccanismo d'azione, l'acido bempedoico non è attivo sul muscolo scheletrico; per tale motivo non sembra provocare effetti indesiderati a livello muscolare (es. mialgie).
 - Un'altra categoria di farmaci è rappresentata da anticorpi monoclonali chiamati “inibitori di PCSK9”. PCSK9 (acronimo di Proproteina Convertasi Subtilisina/Kexina di tipo 9) è una proteina in grado di legarsi al recettore delle LDL esposto sulla membrana cellulare epatica; riducono i livelli di C-LDL di almeno il 50-70%, indipendentemente dalla presenza di una terapia ipolipemizzante di base. Si somministrano per iniezione sottocutanea (in genere ogni 2 settimane) e hanno un buon profilo di tollerabilità, con solo rari eventi avversi.



- Un ulteriore nuovo approccio terapeutico è rappresentato dal farmaco Inclisiran, recentemente introdotto nella pratica clinica. Questo trattamento, per il suo meccanismo d'azione (basato sul silenziamento genico) e per il suo regime terapeutico, è stato denominato “vaccino” anti-C-LDL. riduzione dei livelli di PCSK9 e di C-LDL persistente nel tempo tanto da permettere una somministrazione semestrale per via sottocutanea del farmaco.

Focus di Genere

Uomini e donne non sono uguali nemmeno sotto il profilo lipidico. Il 21% degli uomini e il 25% delle donne hanno colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl oppure sono sotto trattamento farmacologico specifico. Il 36% degli uomini e il 33% delle donne sono in una condizione di rischio (colesterolemia compresa tra 200 e 239 mg/dl).

Per quanto riguarda la percentuale di persone ipercolesterolemiche, l'81% degli uomini e l'84% delle donne non vengono trattati farmacologicamente per tenere sotto controllo il colesterolo.

Nella donna il deterioramento del metabolismo lipidico inizia con la premenopausa e progredisce con l'aumentare dell'età e compaiono le seguenti modificazioni: aumento dei livelli medi di Colesterolo Totale e C- LDL e dei trigliceridi, diminuzione dei livelli medi di C-HDL aumento dei livelli circolanti di Lp (a). Inoltre, le donne vengono più frequentemente sottoposte a trattamento farmacologico per l'ipertensione e in misura minore a quelli per iperglicemia e dislipidemia rispetto uomini.

Bibliografia e sitografia

- Karr S. *Epidemiology and management of hyperlipidemia*. *Am J Manag Care*. 2017 Jun;23(9 Suppl):S139-S148.
- Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H., Hoes, A. W., Jennings, C., Landmesser, U., Pedersen, T. R., Reiner, Ž., Riccardi, G., Taskinen, M., Tokgözoğlu, L., Verschuren, W. M. M., Vlachopoulos, C., Wood, D., & Zamorano, J. L. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 37(39), 2999–3058. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>.
- Vavlukis M, Vavlukis A. Adding ezetimibe to statin therapy: latest evidence and clinical implications. *Drugs Context*. 2018;7:212534.
- Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020; 41:111-88.
- Cooney MT, Selmer R, Lindman A, Tverdal A, Menotti A, Thomsen T, et al. Cardiovascular risk estimation in older persons: SCORE O.P. *Eur J Prev Cardiol*. 2016; 23: 1093-1103.
- Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J*. 2017; 38: 2459-2472.
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ ACC/AACVPR/AAPA/ ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2019. 73: e285-e350.
- Di Fusco, S. A. (2023, July 1). Position paper ANMCO: Inclisiran: un approccio terapeutico innovativo per la gestione dell'ipercolesterolemia. *Giornale Italiano Di Cardiologia*. <https://www.giornaledicardiologia.it/archivio/4060/articoli/40437/>
- Arca, M. (2021, April 1). Dislipidemia: i nuovi target e importanza delle terapie di associazione. *Giornale Italiano Di Cardiologia*. <https://www.giornaledicardiologia.it/archivio/3582/articoli/35670/>
<https://www.epicentro.iss.it/>
- American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease - *Endocr Pract* 2017, 23 suppl 2: 1-87

Facciamo il punto insieme sullo scompenso cardiaco

Che cos'è lo scompenso cardiaco?

Lo scompenso cardiaco è una sindrome cronica che causa elevata morbilità e mortalità. Sono oltre un milione in Italia le persone che soffrono di scompenso cardiaco, prevalentemente over 65 anni. Questa patologia è la seconda causa di morte in Italia e la prima causa di ricovero ospedaliero, rappresentando un importante problema di salute pubblica la cui dimensione aumenta con l'aumento dell'invecchiamento della popolazione. Lo scompenso cardiaco è una condizione di incapacità del cuore di pompare una quantità di sangue adeguata alle necessità dell'organismo, determinando l'accumulo di liquidi a livello degli arti inferiori, dei polmoni e degli altri tessuti.

Le cause che più frequentemente sono all'origine dello scompenso cardiaco sono:

- la cardiopatia ischemica (pregressi infarti del miocardio, talora anche silenti o con sintomatologia atipica)
- l'ipertensione arteriosa
- le malattie del muscolo cardiaco e dell'apparato valvolare

Sintomi

Negli stadi più precoci la problematica può addirittura restare asintomatica o presentare una sintomatologia quale l'affaticamento o la mancanza di respiro, che potrebbero essere scambiati per segnali dell'invecchiamento della persona. Il sintomo tipico dello scompenso cardiaco è rappresentato dalla comparsa di dispnea, ovvero affanno inizialmente in seguito a sforzi quali salire una rampa di scale, trasportare una borsa della spesa, attività queste che prima la persona effettuava normalmente senza alcun tipo di fastidio. Nelle fasi più avanzate di malattia la dispnea può presentarsi per sforzi minori sino a riposo e aumentare in posizione supina ostacolando il sonno e obbligando il paziente a mantenere una posizione semiseduta o seduta. Altri sintomi sono le palpitazioni, la comparsa di edemi declivi (gonfiore a livello degli arti inferiori), spossatezza, aumento di peso dovuto all'accumulo di liquidi, aumento della minzione notturna.

Quali sono i fattori di rischio?

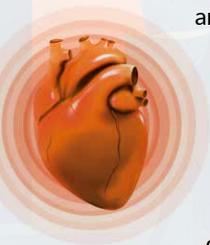
I principali fattori di rischio sono quelle condizioni croniche quali l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'obesità, la cardiopatia ischemica ma anche il fumo di sigaretta che possono predisporre allo sviluppo di questa patologia o alimentarne la progressione una volta instaurata.

Come si fa la diagnosi?

La presenza e la gravità dello scompenso cardiaco viene determinata e definita, innanzitutto con la visita medica che indaga la storia, i sintomi.

Esami specifici come l'elettrocardiogramma, l'ecocardiogramma, la radiografia del torace, specifiche analisi ematiche (tipo il dosaggio del peptide natriuretico atriale-BNP-), permettono la definizione di malattia.

La stadiazione di gravità si basa proprio sui sintomi e si definisce come CLASSE New York Heart Association (NHYA dalla I alla IV).



Stile di vita

Ai pazienti affetti da scompenso cardiaco è consigliata una leggera e regolare attività fisica; un'alimentazione sana a basso contenuto di grassi di origine animale, nonché la limitazione del sale da cucina. Altrettanto importante è il controllo della pressione arteriosa e del peso corporeo. È molto importante la cessazione del fumo di sigaretta.

Quali sono le cure disponibili?



La terapia è principalmente farmacologica e consiste nell'assunzione di farmaci che riducono la frequenza cardiaca e normalizzano la pressione arteriosa migliorando così il flusso di sangue e riducendo il lavoro del cuore. Altri farmaci utilizzati sono quelli diuretici che permettono l'eliminazione di liquidi in eccesso attraverso l'aumento della quantità di urine. Inoltre negli ultimi anni la terapia farmacologica ha fatto importanti passi in avanti aumentando l'armamentario a nostra disposizione. In particolare un farmaco nato per la cura del diabete mellito si è rivelato molto efficace nel rallentare la progressione dello scompenso cardiaco. In casi più gravi per questi malati è considerata la possibilità di impiantare un defibrillatore, un resincronizzatore cardiaco o altri dispositivi di assistenza cardiaca. Dobbiamo dire quindi che è anche molto importante che questa patologia venga diagnosticata e trattata precocemente, ponendo la massima attenzione ai primi campanelli di allarme. È chiaro che è necessario che il paziente si relazioni in modo regolare e costante con il proprio medico curante avvertendolo tempestivamente della comparsa di segni e sintomi che caratterizzano questa importante patologia.

Malattie cardiovascolari e differenza di genere

Lo scompenso cardiaco nel genere femminile presenta caratteristiche estremamente peculiari, tanto da renderlo clinicamente distinguibile da quello del sesso maschile.

Le cause del danno miocardico sono profondamente diverse, poiché nella donna prevale il danno microvascolare spesso associato a diabete mellito ed ipertensione arteriosa sistemica ad insorgenza post-menopausale. La funzione di pompa del cuore non si riduce a differenze dell'uomo ove prevale il deficit.

Anche la sintomatologia risulta differente, con caratteristiche spesso non "tipiche" dello scompenso cardiaco, aspetto che frequentemente ritarda la diagnosi e il trattamento delle pazienti. Di conseguenza, le pazienti femmine risultano avere un'età più avanzata alla diagnosi.

Bibliografia

Epidemiology of heart failure and scope of the problem *Cardiol clin.* 2014 Feb;32(1):1-8, vii. doi: 10.1016/j.ccl.2013.09.009. Longjian Liu 1 , Howard J Eisen

Studio Arno sullo scompenso cardiaco patologia invalidante anno 2015

2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure ESC Clinical Practice Guidelines 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure ESC Clinical Practice Guidelines [Advances in heart failure treatment: a summary of 50 years of evolution] *G Ital Cardiol (Rome)*

2022 Aug;23(8):571-584. doi: 10.1714/3856.38387. Marco Metra 1 , Giuliana Cimino 1 , Elisa Pezzola 1 , Nicola Saccani 1 , Lorenzo Stretti 1 , Marianna Adamo 1 Harrison's

Principi di Medicina Interna 20/Ed The mcGraw Hill Companies

Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure ESC Clinical Practice Guidelines 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure ESC Clinical Practice Guidelines [Advances in heart failure treatment: a summary of 50 years of evolution] *G Ital Cardiol (Rome)* 2022 Aug;23(8):571-584. doi: 10.1714/3856.38387. Marco Metra1, Giuliana Cimino1, Elisa Pezzola1, Nicola Saccani1, Lorenzo Stretti1, Marianna Adamo1

Facciamo il punto insieme sulla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Che cosa è la BPCO?

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia respiratoria caratterizzata da sintomi respiratori cronici (difficoltà respiratoria, tosse, produzione di catarro, bronchiti ricorrenti) che colpisce le vie aeree (bronchi e polmoni).

Si manifesta soprattutto nei fumatori o ex fumatori e in chi ha avuto un'esposizione prolungata all'inalazione di particelle nocive o gas; è caratterizzata da infiammazione con restringimento delle vie aeree e/o un'aumentata produzione di muco. Questo può causare uno stato di bassa ossigenazione.

L'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) stima che il 10.3 % della popolazione mondiale sia affetta da BPCO, in Italia il 5.3 %, e che ogni anno muoiano circa 3 milioni di persone a causa della BPCO. Si stima che la mortalità per BPCO arriverà nel 2060 a circa 5,4 milioni di persone. Oggi la BPCO costituisce uno dei principali motivi di ricovero ospedaliero in Medicina Interna.

I sintomi principali:

- tosse, cronica e più intensa al mattino con produzione di muco
- la difficoltà a respirare chiamata "dispnea" e il respiro sibilante
- infezioni croniche e acute ricorrenti dell'apparato respiratorio dette "riacutizzazioni" con possibilità di andare incontro ad eventi cardio-cerebrovascolari acuti e aumento di morte per tutte le cause.

Quali sono i fattori di rischio?

I fattori di rischio per la BPCO sono molti e possono essere classificati in tre grandi gruppi: ambientali, genetici, occupazionali.

Fattori ambientali: il fumo di sigaretta attivo e passivo; inquinamento dell'aria, sia essa atmosferica (smog e polveri sottili) e/o domestica (emissioni di stufe, apparecchi elettrici, impianti di aria condizionata ecc.)

Esistono delle "carte del rischio" per stimare la probabilità che ha un fumatore di ammalarsi di BPCO, diverse per l'uomo e la donna (figura 1 e 2).

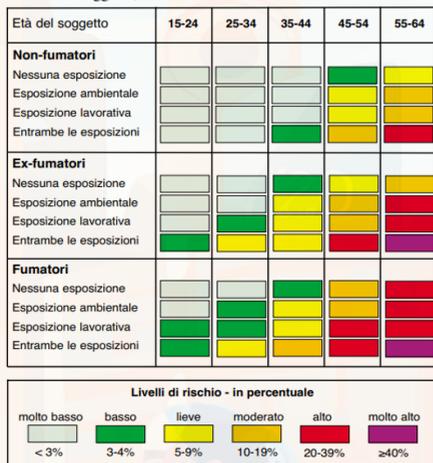
Fattori genetici: alterazioni genetiche e che solitamente si presentano in giovane età e non sono correlati all'esposizione a fattori ambientali (come fumo o inquinamento).

Fattori di rischio occupazionali: legati all'attività lavorativa, tipo inalazione di polveri organiche e inorganiche, di agenti chimici e di fumi in ambiente di lavoro.

Figura 1 e 2: Carte del rischio assoluto di BPCO

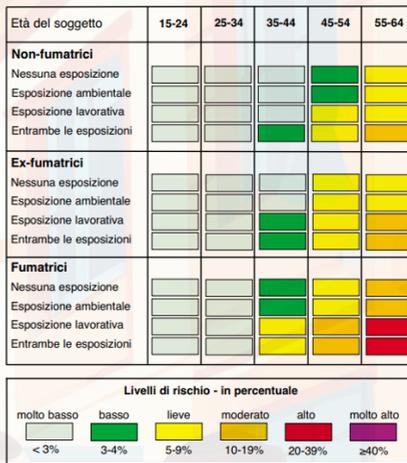
**Rischio Assoluto di BPO
nella Popolazione Maschile**

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati



**Rischio Assoluto di BPO
nella Popolazione Femminile**

Probabilità di contrarre la malattia nei 10 anni successivi all'età attuale del soggetto, in funzione dei fattori di rischio considerati



Come si fa la diagnosi?

Il medico pone il sospetto di BPCO in base ai sintomi riferiti dal paziente e all'esposizione dei fattori di rischio. La diagnosi clinica deve però essere confermata dalla spirometria, un test che valuta la funzionalità respiratoria del paziente e che evidenzia delle anomalie nella funzione respiratoria del paziente.

Quali sono le cure disponibili?

Una volta che il danno polmonare si è instaurato diventa irreversibile e non è possibile più guarire dalla malattia, che diventa cronica: pertanto la prevenzione rappresenta il primo fondamentale passo nella cura di questa patologia. Intervenire sullo **stile di vita** è fondamentale per il trattamento della BPCO:

- ➔ Smettere di fumare è strettamente e assolutamente necessario per rallentare la progressione della malattia;
- ➔ In caso di sovrappeso è utile un calo ponderale con dieta a basso contenuto di grassi e adeguata attività fisica (praticare almeno 30 minuti di camminata al giorno);
- ➔ Alcuni pazienti affetti da BPCO avanzata, invece, non si alimentano in modo sufficiente. A ciò consegue perdita di peso involontaria e malnutrizione da cui deriva un peggioramento dei sintomi e alto rischio di contrarre un'infezione;
- ➔ Prevenire e curare le infezioni per ridurre l'incidenza delle riacutizzazioni di BPCO (ad es. evitare sbalzi di temperatura ed esposizione ad ambienti affollati, qualora si frequentino teatri, cinema, aerei indossare una mascherina FFP2);
- ➔ Eseguire i vaccini raccomandati per la prevenzione delle infezioni più frequenti (Influenza, Pneumococco, Herpes zoster, COVID 19, richiamo per la Pertosse, virus respiratoria sinciziale o in particolare dopo i 60 anni).

Per quanto riguarda la **terapia farmacologica**, questa dipende da sintomi, riacutizzazioni e gravità di malattia.

Il trattamento della BPCO prevede una terapia farmacologica che va assunta con regolarità e costanza. Possono essere utilizzati diversi farmaci, a seconda della gravità dei sintomi.

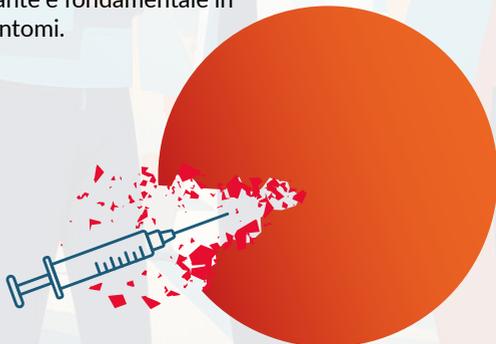
- ➔ I **broncodilatatori** determinano dilatazione delle vie aeree e riducono la quantità di muco nei polmoni. Generalmente vengono somministrati per via inalatoria. È importante seguire attentamente le istruzioni del medico e quelle riportate nel foglietto illustrativo per garantire che la dose corretta di farmaco raggiunga i polmoni. È fondamentale imparare la corretta tecnica di inalazione. Esistono diversi tipi di dispositivi inalatori e nebulizzatori e ciascuno richiede una tecnica leggermente diversa. È necessario usare in maniera corretta l'inalatore affinché il farmaco arrivi a polmoni in dosi adeguate.
- ➔ I **cortisonici** sono una classe di farmaci ad azione antinfiammatoria, possono essere assunti in diverse forme: per via inalatoria, per bocca o per via endovenosa. Esistono poi:
- ➔ **Farmaci di secondo livello**, utilizzati dagli specialisti per i quadri di BPCO persistente (come roflumilast o teofillina)
- ➔ I **sedativi della tosse** che non sono raccomandati poiché sopprimere lo stimolo della tosse può aumentare il rischio di infezioni.

Ossigenoterapia: le persone con malattia severa possono avere ridotti livelli di ossigeno nel sangue (ipossiemia) e necessitare di ossigeno. L'ossigenoterapia non deve essere mai praticata mentre si fuma in quanto può provocare esplosioni e incendi.

Un ruolo importante è anche quello della fisioterapia respiratoria polmonare che consente di migliorare i sintomi.

BPCO E COVID-19

I sintomi dell'infezione da COVID-19 possono essere febbre, tosse e talvolta dispnea, verosimile espressione di polmonite. I pazienti con BPCO corrono un maggior rischio di manifestare sintomi gravi, è dunque fondamentale la vaccinazione che rimane una delle migliori armi per evitare l'infezione severa. Se si assumono cronicamente farmaci per la BPCO, è importante continuare ad assumerli come al solito anche in caso di infezione da COVID-19. Rivolgersi al proprio medico curante è fondamentale in caso di esposizione al virus o comparsa di sintomi.

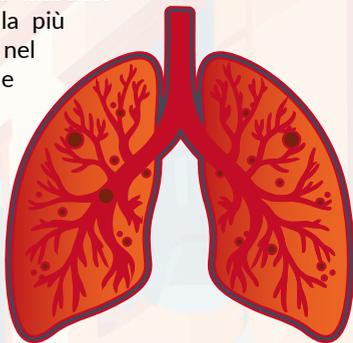


Focus medicina di genere

Storicamente la BPCO è stata considerata una patologia maschile a causa delle più elevate percentuali di fumatori e della più frequente esposizione occupazionale ad agenti irritanti nel sesso maschile. L'incremento dell'abitudine tabagica nelle donne e il loro progressivo ingresso nel mondo del lavoro hanno portato alla riduzione di queste differenze.

Le donne presentano una più grave ostruzione bronchiale suggerendo, in tal senso, una maggiore suscettibilità al fumo.

Le caratteristiche cliniche della BPCO differiscono nei due sessi: nelle donne si manifesta maggiormente la dispnea e meno frequentemente l'espettorazione mentre nel sesso maschile prevale il quadro enfisematoso.



Per quanto riguarda le riacutizzazioni, intese come cambiamento dei sintomi al di là della variabilità giornaliera, vi è da notare che per le donne le più comuni cause sono le infezioni virali delle alte vie aeree, mentre per gli uomini le infezioni dell'albero tracheobronchiale.

Al momento i farmaci utilizzati per il trattamento della BPCO, siano essi corticosteroidi per via inalatoria o broncodilatatori, sono ugualmente efficaci negli uomini e nelle donne in termini di miglioramento dei sintomi, qualità di vita, rischio di riacutizzazioni.

Bibliografia

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2024 Report*. www.goldcopd.org (Accessed on November 16, 2023)

Stolz D, Kostikas K, et al. *Differences in COPD Exacerbation Risk Between Women and Men. Analysis From the UK Clinical Practice Research Datalink Data*. *Chest* 2019. Doi: 10.1016/j.chest.2019.04.1073 <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.212985>

Facciamo il punto insieme sulle vaccinazioni nell'adulto

I vaccini proteggono a tutte le età!

I vaccini nella storia hanno permesso di salvare tantissime vite umane, di contrastare alcune gravi malattie infettive, di alzare la durata della vita media e di contrastare terribili pandemie a fronte di scarsissimi effetti collaterali (di molto inferiori anche a comuni farmaci) con un ottimo rapporto di costo/beneficio.

L'esperienza recente della pandemia da SARS COV2 ci ha fatto comprendere la rilevanza delle vaccinazioni.

Come funzionano i vaccini?

Il sistema immunitario ci protegge dalle infezioni: Quando un germe (come un batterio o un virus) entra nel nostro corpo, si moltiplica e attacca le nostre cellule; il sistema immunitario risponde creando proteine chiamate anticorpi per combattere l'infezione.

Gli anticorpi agiscono anche per evitare che ci si ammali in futuro. In alcuni casi, questa protezione dura per tutta la vita; per esempio, se avete avuto il morbillo da bambino, è improbabile che lo contragga di nuovo, anche se siete a stretto contatto con una persona infetta. In altri casi, è necessario ricevere regolarmente vaccini di richiamo per mantenere la propria immunità nel tempo.

I vaccini agiscono stimolando il sistema immunitario a produrre anticorpi, come se si avesse un'infezione. Tuttavia, a differenza di batteri e virus, i vaccini non fanno ammalare.

Esistono due tipi principali di immunità, attiva e passiva:

L'immunità "attiva" significa che sono presenti anticorpi contro un germe particolare. Ciò può accadere è stata contratta una infezione in passato oppure se è stato somministrato un vaccino che ha stimolato il sistema immunitario. La maggior parte dei vaccini induce un'immunità attiva.

L'immunità "passiva" proviene dalla globulina immunitaria del siero, che fornisce l'immunità temporanea con gli anticorpi ottenuti da un grande pool di donatori. Questo approccio offre una protezione a breve termine alle persone che sono state esposte a un determinato germe; non è abitualmente raccomandato per gli individui.

Altro concetto da ricordare è quello della immunità di gregge: per le malattie che possono diffondersi da persona a persona, l'obiettivo dei vaccini è quello di ottenere "l'immunità di gregge". Ciò avviene quando un numero sufficiente di persone è immune a una malattia che non può più diffondersi facilmente. Per ottenere l'immunità di gregge, molte persone hanno bisogno di essere vaccinate.

Come vengono somministrati i vaccini?

La maggior parte viene somministrata negli adulti sotto forma di iniezione nella parte superiore del braccio. Alcuni vaccini vengono somministrati per via orale o via nasale.

Di quali vaccini hai bisogno? E quando farli?

Influenza

L'influenza è un problema di sanità pubblica con un considerevole impatto dal punto di vista epidemiologico, clinico ed economico. Ciò è riconducibile a più fattori: l'ubiquità e la contagiosità della malattia, la variabilità antigenica dei virus, l'andamento epidemico (e periodicamente pandemico) e stagionale, la possibilità di complicanze gravi in alcune categorie di soggetti, i costi di gestione in caso di complicanze e i costi sociali (giorni lavorativi persi, perdita di produttività, ecc)

La maggior parte delle persone guarisce entro una settimana senza richiedere cure mediche e nel soggetto sano l'influenza raramente dà luogo a complicazioni. È molto importante prevenire forme gravi di influenza in particolare se appartieni a categorie a maggiore rischio di patologia complicata.

Vaccino anti-influenzale:

La tipologia di vaccino antinfluenzale verrà proposta dal medico curante in base alle attuali evidenze, in particolare oggi che abbiamo a disposizione vaccini tetravalenti ed adiuvati.

Nella tabella ritroviamo le raccomandazioni del Ministero della Salute

Età > 65 anni

Donne che all'inizio della stagione influenzale si trovano in gravidanza o postpartum.

Tra i 6 mesi di vita e i 65 anni nelle seguenti condizioni patologiche:

- malattie croniche dell'apparato respiratorio (incluse l'asma di grado severo, le displasie polmonari, la fibrosi cistica e la bronchite cronica)
- malattie dell'apparato cardio-circolatorio (incluse le cardiopatie congenite e acquisite)
- malattie metaboliche quali diabete mellito o obesità con indice di massa corporea >30 e gravi patologie associate
- soggetti affetti da patologie neoplastiche
- insufficienza renale/surrenalica cronica
- malattie epatiche croniche
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
- malattie ematologiche ed emoglobinopatie
- immunodeficienze congenite o acquisite compresa l'infezione da Hiv e le forme di immunodepressione iatrogena da farmaci
- patologie per le quali sono programmati interventi di chirurgia maggiore
- patologie associate a un incrementato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie quali le malattie neuromuscolari
- soggetti splenectomizzati
- bambini o adolescenti in terapia a lungo termine con acido acetilsalicilico a rischio di sviluppare sindrome di Reye in caso di sopraggiunta infezione influenzale
- soggetti di qualunque età residenti in strutture socio-sanitarie, in particolare anziani e disabili
- soggetti conviventi con persone appartenenti a categorie a elevato rischio

Covid 19

Se rientri nelle categorie a rischio ricordati, eventualmente nella stessa seduta del richiamo antinfluenzale, di eseguire il vaccino anti-Covid 19, che protegge dalle forme gravi della malattia.

Le attuali indicazioni alla vaccinazione per COVID 19 sono disponibili e continuamente aggiornate sulla base dei dati epidemiologici.

Tetano difterite pertosse

Tutti gli adulti necessitano di una dose di richiamo contro difterite, tetano, pertosse: l'immunità contro queste malattie si riduce nel tempo, così perfino coloro che sono stati vaccinati da piccoli o da adolescenti hanno bisogno di una dose di richiamo ogni 10 anni per essere protetti.

Per le donne in gravidanza è importante eseguire un ulteriore richiamo del vaccino all'inizio del terzo trimestre: questo conferirà immunità contro la pertosse al neonato durante i primi mesi di vita.

Papillomavirus

Il papilloma virus umano (HPV) causa una frequentissima infezione trasmessa sessualmente che può causare sia il cancro della cervice uterina sia i condilomi genitali; la vaccinazione contro questo virus è più efficace se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale, preferibilmente a 11 anni. Se si inizia il ciclo vaccinale a 15 anni, sono necessarie tre dosi invece che due.

Morbillo, rosolia, parotite e varicella

È importante anche verificare lo stato di suscettibilità per morbillo, rosolia, parotite e varicella ed eventualmente offrire attivamente 2 dosi di vaccino (anche ai soggetti suscettibili a una sola delle tre malattie) e 2 dosi di vaccino contro la varicella nei soggetti che non hanno mai avuto la malattia che non siano già stati immunizzati attivamente in precedenza.

Tutte le donne in età fertile dovrebbero assicurarsi di essere immuni alla rosolia prima di intraprendere una gravidanza.

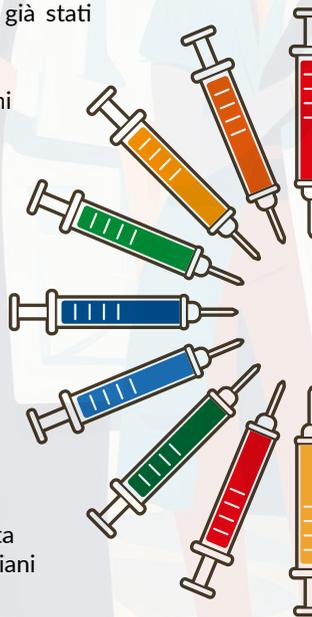
La rosolia se contratta nei primi mesi di gravidanza può danneggiare seriamente il nascituro, causando spesso l'aborto spontaneo o la sindrome della rosolia congenita con malformazioni cardiache, cecità e/o perdita dell'udito.

Epatite A e B

La vaccinazione contro epatite A-epatite B va somministrata agli adulti appartenenti a gruppi a rischio.

Infezione da Pneumococco

La vaccinazione antipneumococcica fornisce protezione nei confronti delle malattie causate dal batterio *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco), tipo polmoniti, meningiti, batteriemia, otite media, oltre che di una condizione particolarmente grave, definita malattia pneumococcica invasiva, diffusa soprattutto nei soggetti anziani e nella fascia pediatrica.



Herpes zoster

Nei soggetti a rischio (pazienti affetti da diabete mellito, patologia cardiovascolare, BPCO, soggetti destinati a terapia immunosoppressiva) a partire dai 50 anni di età, è indicata la vaccinazione contro Herpes zoster. La vaccinazione è indicata anche a partire dai 18 anni in condizioni di immunosoppressione.

Se si sviluppasse l'herpes zoster dopo aver ricevuto il vaccino, l'infezione può essere meno grave e con minor probabilità di sviluppo di nevralgia post-erpetica.

Altre vaccinazioni

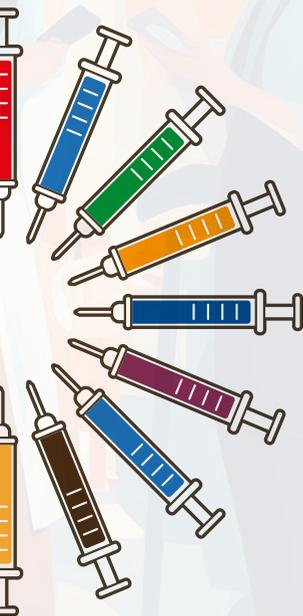
Infine, nel caso si verificano situazioni epidemiologiche di rischio anche per l'età adulta, deve essere somministrata una dose di vaccino quadrivalente meningococcico ACYW135.

Viaggiatori

Attenzione ai viaggi internazionali perché potresti aver bisogno di protezione nei confronti di malattie non comuni nel tuo paese di origine oppure potresti dover fornire prova del tuo stato di immunizzazione contro morbillo, poliomielite o febbre gialla!

Bibliografia

Calendario Vaccinale del Ministero della Salute <https://tinyurl.com/ybezgw9v> Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/> Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) <http://www.agenziafarmaco.gov.it/> Raccomandazioni del WHO sulla sicurezza della vaccinazione in gravidanza http://www.who.int/vaccine_safety/publications/safety_immunization_pregnancy/en/ Position papers WHO sui vaccini <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/>



Autori

Gruppo Prevenzione Fadoi Nazionale:

Presidente Nazionale: *Francesco Dentali*

Referente: *Sara Rotunno*

Membri del gruppo: *Tiziana Ciarambino, Maria Gabriella Coppola, Martina Guadagni, Lorenza Lenzi, Ombretta Para, Flavio Tangianu*

Hanno contribuito alla stesura della brochure

Elisa Schiavetta

Antonio Magliocca

Valentina Cocco

Arianna Puggioni

Claudia Falco

Angela Pepe

Desire Adessi

Gianluca Fontana

Marta Nardi

Marta Giacomelli

Fabio Ragazzo

Rosalba Falzone

Mutinelli Sara

Stefano Bortolotti

Giulia Fabbro

Mariarita Mastronicola

Giuseppina Vurchio

Ilaria Scionis

Ilaria Bolondi

Kristina Smitova Giraldi

Giulia Pontesilli

Marco Nitokuas

Concludendo, la prevenzione è, e resta, la miglior medicina in assoluto. Mantenere, giorno dopo giorno, uno stile di vita sano e attivo influisce positivamente su diversi aspetti della salute ed evita l'insorgenza di patologie croniche come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'arteriosclerosi, l'insufficienza respiratoria e molte altre patologie invalidanti come infertilità e demenza senile con tutte le conseguenze che ne derivano (ricoveri ospedalieri, terapie farmacologiche, peggioramento della qualità di vita, perdita di giorni di lavoro, limitazioni nelle attività quotidiane). È necessario portare pazienza, i risultati appariranno dopo anni o decenni, ma è l'unico modo per tutelare la propria vita e quella dei propri cari. Lasciamo che "la paura" della malattia sia uno stimolo a prevenirla. Il nostro consiglio è di fare affidamento al proprio curante al fine di impostare un programma di medicina preventiva completo e duraturo. La prevenzione primaria è una medicina tutto sommato economica: si basa sulla conoscenza e sull'applicazione di stili di vita, più che sull'assunzione di farmaci costosi.

Note per il medico curante

Signora/signor

Caro collega ti segnaliamo i seguenti dati, che necessitano di ulteriori approfondimenti secondo la attuali buone pratiche.

Note

A series of horizontal dotted lines for writing notes, overlaid on a background illustration of a city street scene with people in business attire.

CON LA SPONSORIZZAZIONE
NON CONDIZIONANTE DI:

Platinum

sanofi

Gold



NEOPHARMED
GENTILI



Daiichi-Sankyo

Silver



AstraZeneca 



Segreteria Nazionale FADOI

Mail: segreteria@fadoi.org

Sede: Via Rodolfo Lanciani, 62 - 00162 Roma

prevenzione.fadoi.org