

Giornata Nazionale
della Prevenzione

FADOI ANÍMO

medici e infermieri internisti ospedalieri

#prenditicuradite <<<

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:

- ➔ **Primaria:** consiste nel prevenire l'insorgenza di una patologia (per esempio vaccinazioni, educazione alimentare, stile di vita corretto).
- ➔ **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'autopalpazione 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.
- ➔ **Terziaria:** 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 prestigiose (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?

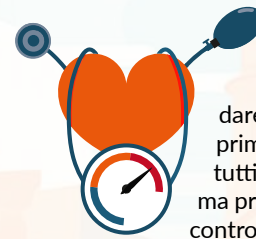
L'ipertensione arteriosa è una condizione clinica in cui, a seguito di ripetute misurazioni ambulatoriali o domiciliari, i valori di pressione sanguigna nelle arterie negli adulti sono maggiori o uguali a 140 mmHg per la sistolica (detta anche "massima") e/o maggiori o uguali a 90 mmHg per la diastolica (detta anche "minima") per le rilevazioni in visita ambulatoriale e maggiori o uguali a 135/85 mmHg per le misurazioni a domicilio.

Metodica	Pressione arteriosa non elevata	Pressione arteriosa elevata	Ipertensione
PA clinica	PAS < 120 mmHg e PAD < 70 mmHg	PAS 120-139 mmHg o PAD 70-89 mmHg	PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg
HBPM	PAS < 120 mmHg e PAD < 70 mmHg	PAS 120-134 mmHg o PAD 70-84 mmHg	PAS ≥ 135 mmHg o PAD ≥ 85 mmHg
ABPM	PAS diurna < 120 mmHg e PAD diurna < 70 mmHg	PAS diurna 120-134 mmHg o PAD diurna 70-84 mmHg	PAS diurna ≥ 135 mmHg o PAD diurna ≥ 85 mmHg
Indicazioni	Evidenze insufficienti a conferma dell'efficacia e della sicurezza della terapia farmacologica antipertensiva	Stratificare il rischio per identificare le persone ad alto rischio cardiovascolare che necessitano di terapia farmacologica antipertensiva	Il rischio cardiovascolare è tale da rendere necessaria la terapia farmacologica antipertensiva

Anche una pressione elevata pur non essendo ancora ipertensione, merita attenzione perché rappresenta un rischio aumentato per lo sviluppo di malattie cardiovascolari. Se hai altri problemi di salute come diabete, malattie del cuore o dei reni, il medico potrebbe decidere di iniziare una terapia farmacologica già a questi valori, dopo aver provato per alcuni mesi a migliorare lo stile di vita.

Perché è importante conoscerla?

È molto diffusa, sia negli uomini che nelle 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 pazienti 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, iperaldosteronismo primario)
- ➔ 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 ridotta 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

La misurazione periodica della pressione a casa è oggi considerata fondamentale per una corretta diagnosi e gestione dell'ipertensione.

- ➔ 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 medica/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

Istruzioni per la misurazione:



Quali sono le cure disponibili?

Lo scopo principale di abbassare i valori pressori 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, o in presenza di rischio cardiovascolare aumentato, è necessario avviare un trattamento farmacologico. Esistono farmaci diversi, con meccanismi specifici, che possono aiutare nel controllo pressorio come: calcio-antagonisti, ACE-inibitori/sartani, diuretici (tiazidici, inibitori del recettore dei mineralcorticoidi), beta-bloccanti, alfa-bloccanti, alfa 2-agonisti, SGLT2-inibitori. Spesso il medico prescriverà combinazioni di farmaci in un'unica compressa per rendere più semplice l'assunzione. 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: 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). Un soggetto di età inferiore agli 80 anni in trattamento dovrebbe ambire ad una pressione compresa tra 120/70 e 130/80 mmHg. Il tuo medico definirà insieme a te l'obiettivo più adatto alla tua situazione specifica, considerando età, condizioni di salute e tollerabilità della terapia.

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 riconosciuta 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). È necessario il confronto con il tuo medico per affrontare in sicurezza una salita in quota, valutando l'aggiustamento della terapia e le precauzioni da adottare.

Riferimenti bibliografici

<https://www.salute.gov.it/portale/alleanza/CardioCerebrovascolari>
Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension 2023 ESH
2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

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 definito: iperglicemia. 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. La diagnosi di diabete si effettua misurando la GLICEMIA. Esistono due forme principali di Diabete Mellito: tipo 1 e tipo 2.

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 attraverso l'aumento della resistenza delle cellule all'azione dell'insulina.
- ➔ **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, parlane 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:

- ➔ l'emoglobina glicata (HbA1c) è uguale o superiore a 6,5% ovvero 48 mmoli/moliHb (confermata in due circostanze);
- ➔ la glicemia misurata in laboratorio è uguale o superiore a 126 mg/dl (al mattino, dopo 8 ore di digiuno, in due circostanze);

- ➔ la glicemia è uguale o superiore a 200 mg/dl alla seconda ora dopo un carico orale di glucosio (in due circostanze);
- ➔ la glicemia è uguale o superiore a 200 mg/dl in un momento qualsiasi della giornata in presenza di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia, dimagrimento).

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 100 e 125 mg/dl) o ridotta tolleranza glucidica, IGT (glicemia due ore dopo assunzione di glucosio fra 140 e 199 mg/dl). Nel primo caso essa è facilmente riconoscibile attraverso esami routinari di laboratorio. Il riconoscimento di queste alterazioni della glicemia è fondamentale.

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, verdura, cereali integrali, pesce e olio di oliva, carne e latticini in modeste quantità). Consigliato limitare il consumo di frutta a 200g al giorno infatti essa contiene Fruttosio, uno zucchero semplice che porta ad un rapido aumento della glicemia. Escludere specifici alimenti solo quando ci sono evidenze scientifiche e in 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!. Si consiglia di praticare almeno 150 minuti di attività fisica (circa 30 minuti 5 volte a settimana).



Con l'utilizzo di farmaci, ma ancor più attraverso modifiche dello stile di vita, è possibile ridurre di circa il 60% il rischio di sviluppare la malattia.

I farmaci utilizzati si diversificano a seconda delle modalità attraverso cui influenzano i valori glicemici:

- ➔ aumentano la sensibilità all'insulina (metformina e pioglitazone),
- ➔ stimolano il pancreas a produrre insulina in modo "glucosio-dipendente" (incretine per via orale o inettiva)
- ➔ aumentano la perdita di zuccheri con le urine (glicosurici)
- ➔ rallentano l'assorbimento del glucosio a livello intestinale (acarbiosio).

Infine, c'è l'insulina che viene utilizzata per determinati fasi della malattia quali l'esordio, con glicemie particolarmente elevate 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, o in caso di controindicazioni.

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:

- 80-130 mg/dl a digiuno
- 180 mg/dl due ore dopo inizio del pasto
- HbA1c < 7% (53 mmoli/moliHb)

5. Le complicanze

La persona con diabete può andare incontro alle complicanze della malattia, legate a varie cause, in primis alla 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. L'ipoglicemia deve essere risolta prontamente, entro minuti, mentre l'iperglicemia entro ore/pochi giorni.

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 di grado più severo di complicanze arteriose e nervose a livello di un organo periferico, tanto da portare in alcuni casi all'amputazione. In caso di lesioni a livello del piede recarsi subito a valutazione dal proprio Medico!!

Diabete e differenza di genere

Il diabete gestazionale è una patologia che si sviluppa durante la gravidanza, generalmente durante e dopo il secondo trimestre, e che riguarda circa il 6-7% delle future mamme.

Si manifesta con un aumento della glicemia al risveglio e dopo i pasti dovuto a una carenza di insulina. Il diabete gestazionale è una condizione che nella maggior parte dei casi non persiste dopo il parto, ma che va tenuta sotto controllo per evitare possibili complicazioni della gravidanza e garantire le migliori condizioni per la donna e il feto.

La presenza di diabete mellito, in ogni sua forma, 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. (2024). *Standards of Medical Care in Diabetes*.
Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD).
World Health Organization. (2022). *Global Report on Diabetes*.
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Diabetes Overview*.
Diabetes Canada. (2021). *Clinical Practice Guidelines*.
Gruppo di lavoro Gravidanza AMD-SID (2023).

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 l'approvazione definitiva del disegno di legge n. 1483, l'Italia diventa il primo Paese europeo (e uno dei primi al mondo) a riconoscere ufficialmente l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. Una svolta epocale che ridefinisce la prevenzione, la cura e i diritti dei pazienti, inserendo l'obesità nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e istituendo un programma nazionale di intervento. In Italia, tra il 2022-2023, il 40% della popolazione adulta è risultato in eccesso ponderale, il 30% in sovrappeso e il 10% (oltre 4 milioni) obeso. Inoltre, sempre in Italia, 1 bambino su 5 è sovrappeso e 1 su 10 è obeso. Il tasso di obesità è più elevato fra gli individui economicamente più svantaggiati, con minore istruzione e nelle Regioni meridionali.

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. L'obesità, infatti, 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.

Vi sono poi alcune circostanze (ad esempio invecchiamento, inattività fisica, malattia acuta e cronica) che possono determinare, oltre all'aumento della massa grassa, anche la perdita di massa e di funzione muscolare. Questa condizione, denominata obesità sarcopenica, si associa a una maggiore fragilità della persona con aumento della mortalità e peggiore decorso di malattie concomitanti e invecchiamento. Trattandosi di una condizione estremamente diffusa e con pesanti ripercussioni sulla salute di ciascuno, è fondamentale conoscere, prevenire e curare questa malattia e che ognuno sia consapevole e partecipi attivamente alla tutela del proprio benessere.

Quali sono i fattori di rischio?

L'obesità è considerata una malattia cronica complessa, causata dall'interazione di fattori genetici, ambientali e sociali. 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:

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

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.



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. corsa, 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 anche delle terapie farmacologiche. Fino a pochi anni fa le terapie a disposizione erano limitate e gravate da effetti collaterali importanti. Nuovi farmaci sono stati recentemente approvati in Italia per la cura dell'obesità, Semaglutide e Tirzepatide; questi

farmaci agiscono in modo mirato su specifici meccanismi ormonali legati al metabolismo e al controllo dell'appetito e permettono di ottenere un calo ponderale significativo, pari quasi a quello ottenibile con gli interventi di chirurgia bariatrica. È importante sottolineare che i farmaci per l'obesità devono essere sempre somministrati su indicazione medica, dopo un'attenta valutazione specialistica e richiedono un monitoraggio nel tempo.

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

- Francesco Rubino David E Cummings Robert H Eckel Ricardo V Cohen John P H Wilding Wendy A Brown et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* Vol. 13 No. 3 P221-262 (2025)
- 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*. (2021)
- 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):289-0. (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.

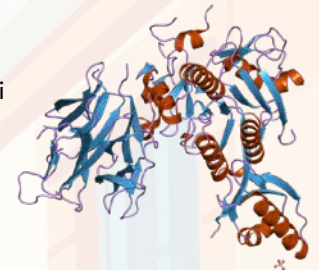
I valori considerati "desiderabili" sono i seguenti:

- 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. Determina una 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., et al. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 37(39), 2999-3058.

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, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *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*.

Arca, M. (2021, April 1). *Dislipidemia: i nuovi target e importanza delle terapie di associazione*. *Giornale Italiano Di Cardiologia*.
<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 (o insufficienza cardiaca) è una sindrome clinica complessa e cronica che si verifica quando il cuore non è più in grado di pompare una quantità di sangue sufficiente a soddisfare le esigenze dell'organismo determinando l'accumulo di liquidi a livello degli arti inferiori, dei polmoni e degli altri tessuti.

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.

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 (cardiomiopatie) e dell'apparato valvolare.

Sintomi

Nelle fasi iniziali, lo scompenso cardiaco può essere asintomatico o presentare sintomi lievi, come affaticamento o mancanza di respiro, che possono essere erroneamente attribuiti al normale invecchiamento.

Il sintomo più caratteristico è la dispnea (affanno o mancanza di respiro), che inizialmente si manifesta solo sotto sforzo (ad esempio, salire le scale o portare la spesa). Con il progredire della malattia, la dispnea può presentarsi per sforzi minimi o persino a riposo. Un segnale tipico delle fasi avanzate è la necessità di dormire in posizione semi seduta o con molti cuscini, poiché la posizione supina ostacola la respirazione.

Altri sintomi importanti da non sottovalutare includono:

- Edemi declivi: Gonfiore, specialmente a livello delle caviglie e delle gambe.
- Aumento di peso rapido: Dovuto all'accumulo di liquidi.
- Spossatezza e debolezza (astenia).
- Palpitazioni (sensazione di battito cardiaco irregolare o accelerato).
- Aumento della minzione notturna (nicturia).

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 gravità dei sintomi viene classificata secondo la Classe Funzionale della New York Heart Association (NYHA), che va dalla Classe I (nessuna limitazione dell'attività fisica) alla Classe IV (sintomi a riposo).

Stile di vita

La prevenzione è cruciale e si concentra sulla gestione dei fattori di rischio e sull'adozione di uno stile di vita sano:

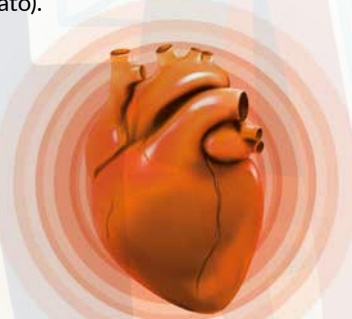
Consigli Pratici

Alimentazione	Seguire una dieta sana, a basso contenuto di grassi di origine animale. Limitare drasticamente il consumo di sale, poiché favorisce la ritenzione idrica e affatica il cuore.
Attività Fisica	Mantenere una leggera e regolare attività fisica da concordare con il medico sulla base della causa dello scompenso.
Fumo	Cessazione assoluta del fumo di sigaretta.
Alcool	Astinenza da alcolici.
Controllo Peso corporeo	Dopo aver urinato e prima di colazione. Un aumento di >2 kg in 3 giorni indica spesso accumulo di liquidi prima ancora che compaia l'affanno.
Controllo Medico	Monitorare e mantenere sotto controllo la pressione arteriosa, i livelli di zucchero nel sangue (se diabetici) e il peso corporeo.

Quali sono le cure disponibili?

Nel corso di uno scompenso acuto, i primi farmaci a essere utilizzati sono i diuretici, che favoriscono l'eliminazione dei liquidi in eccesso aumentando la quantità di urine.

Oltre a gestire i sintomi immediati, è fondamentale affrontare le cause che hanno portato il cuore ad affaticarsi. Per questo motivo, sono centrali i farmaci che trattano le patologie di base, come l'ipertensione arteriosa. Questi farmaci contribuiscono a normalizzare la pressione arteriosa, con un doppio beneficio: migliorano il flusso di sangue in tutto l'organismo e, soprattutto, riducono lo sforzo che il cuore deve compiere a ogni battito.



Per i pazienti con ridotta funzione cardiaca, negli ultimi anni sono stati introdotti nuovi approcci terapeutici basati sulla combinazione di quattro classi di farmaci, che agiscono in sinergia per proteggere e rafforzare il cuore:

- **Ace-inibitori e sartani:** agiscono sull'asse renina angiotensina
- **Sacubitril/Valsartan (ARNI):** riduce lo stress sulle pareti cardiache e favorisce l'eliminazione di sodio e acqua in eccesso, diminuendo il lavoro del cuore.
- **Beta-bloccanti:** rallentano la frequenza cardiaca, consentendo al cuore di lavorare con minore sforzo e maggiore efficienza.
- **Antagonisti dei mineralcorticoidi:** bloccano l'azione di ormoni che, nel tempo, possono causare fibrosi del muscolo cardiaco; in questo modo aiutano a preservarne la struttura e a ridurre la ritenzione di liquidi.
- **SGLT2-inibitori:** farmaci inizialmente sviluppati per il diabete, si sono rivelati particolarmente efficaci nel proteggere il cuore. Migliorano il metabolismo cardiaco, rallentano la progressione della malattia e riducono il rischio di ricoveri e mortalità.

Per i pazienti con ridotta funzione contrattile che, nonostante trattamento massimale, presentino nuovi episodi di scompenso, può essere aggiunto un farmaco come il Vericiguat, che contribuisce a migliorare ulteriormente la funzione cardiaca.

Anche nei pazienti in cui la funzione di pompa è conservata, la terapia moderna si è evoluta. Oltre al controllo delle cause sottostanti (come l'ipertensione), gli SGLT2-inibitori rappresentano oggi un'opzione terapeutica fondamentale per migliorare la prognosi.

Nei casi più complessi, quando i farmaci non sono sufficienti, si può ricorrere a trattamenti avanzati:

- **Dispositivi impiantabili:** come il defibrillatore (per prevenire arresti cardiaci improvvisi) o il resincronizzatore cardiaco (un pacemaker che coordina le contrazioni delle camere del cuore).
- **Trapianto cardiaco:** rappresenta l'opzione finale per i pazienti con scompenso in fase terminale.

Monitoraggio e follow up

È fondamentale che lo scompenso cardiaco venga diagnosticato e trattato precocemente. Il paziente deve prestare attenzione ai primi segnali di allarme e mantenere un rapporto costante e trasparente con il proprio medico curante, informandolo tempestivamente di ogni variazione dei sintomi.

Il monitoraggio dello scompenso cardiaco si basa su un approccio multidisciplinare che include la misurazione regolare a casa di peso, pressione e frequenza cardiaca, affiancata da esami periodici.

Questa collaborazione è la chiave per una gestione efficace della malattia e per una vita più serena e sicura.



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, 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, Giuliana Cimino, Elisa Pezzola, Nicola Saccani, Lorenzo Stretti, Marianna Adamo.
- Harrison's Principi di Medicina Interna 20/Ed* The McGraw Hill Companies.

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.

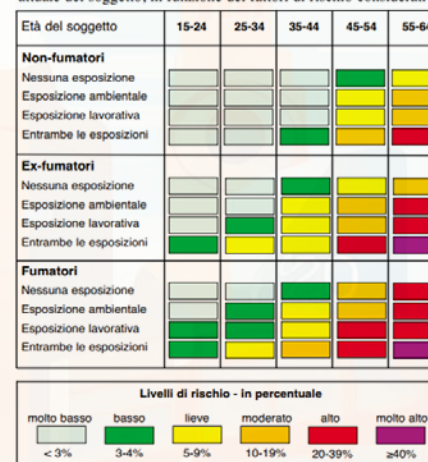
Fattori ambientali: il fumo di sigaretta attivo e passivo; inquinamento dell'aria, sia essa atmosferica (smog e polveri sottili) e/o domestica (emissioni di stufe, apparecchi elettrici, impianti di aria condizionata ecc.). Esistono delle "carte del rischio" per stimare la probabilità che ha un fumatore 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).

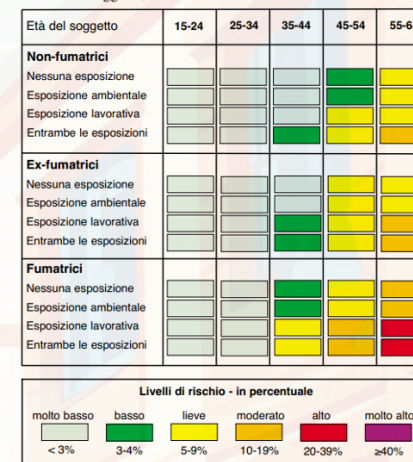
Fattori di rischio occupazionali: legati all'attività lavorativa, tipo inalazione di polveri organiche e inorganiche, di agenti chimici e di fumi in ambiente di lavoro.

Figura 1 e 2: Carte del rischio assoluto di BPCO

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



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 respiratorio 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:

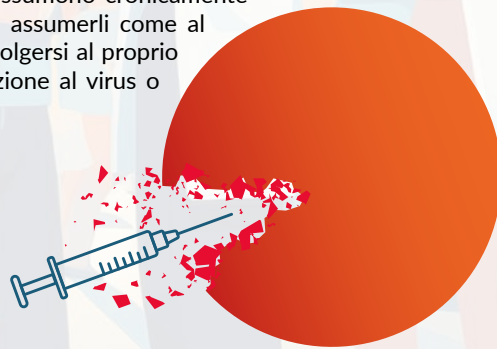
- ➔ **I broncodilatatori** determinano dilatazione delle vie aeree e riducono la quantità di muco nei polmoni. Generalmente vengono somministrati per via inalatoria. È importante seguire attentamente le istruzioni del medico e quelle riportate nel foglietto illustrativo per garantire che la dose corretta 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 ai 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.

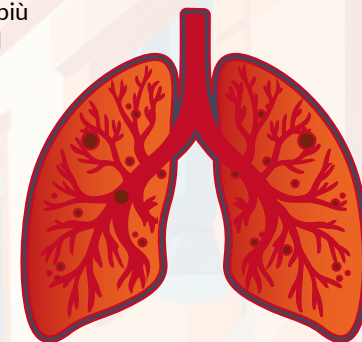
BPCO E COVID-19

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>

Malattia Renale Cronica



1. Cos'è la malattia renale cronica?

La Malattia Renale Cronica (MRC) è una malattia sistemica definita come una condizione di ridotta funzione renale o di evidenza di danno renale che persiste per più di 3 mesi. La malattia è caratterizzata da un progressivo danno renale con progressiva riduzione del filtrato glomerulare fino alla fase terminale con necessità di dialisi.

Per valutare la funzionalità renale, sono necessari due parametri che si ottengono con prelievo ematico ed esame delle urine:

- ➔ Creatinemia e calcolo del filtrato glomerulare (eGFR), con prelievo ematico.
- ➔ Rapporto albuminuria/creatininuria (ACR): su esame delle urine del primo mitto.

Va ricordato che il valore della creatinemia è inficiato da vari fattori. In primis, si ha una sottostima della funzionalità renale nei pazienti anziani, defedati, con ridotte masse muscolari e, pertanto, va valutato caso per caso.

In base ai due parametri viene stadiata la malattia renale, individuando 5 stadi in base all'eGFR (da G1 a G5) e 3 stadi in base all'albuminuria (A1-A2-A3) (vedi tabella - riferimento 1).

		Categorie di albuminuria		
		A1 <30 mg/g <3 mg/mmol	A2 30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	A3 ≥300 mg/g ≥30 mg/mmol
Categorie di eGFR (mL/min/1.73 m ²) Descrizione e intervallo	≥90 G1	Monitorare (1)	Trattare (1)	Trattare e consultare nefrologo (3)
	60-89 G2	Monitorare (1)	Trattare (1)	Trattare e consultare nefrologo (3)
	45-59 G3a	Trattare (1)	Trattare (2)	Trattare e consultare nefrologo (3)
	30-44 G3b	Trattare (2)	Trattare e consultare nefrologo (3)	Trattare e consultare nefrologo (3)
	15-29 G4	Trattare e consultare nefrologo (3)	Trattare e consultare nefrologo (3)	Trattare e consultare nefrologo (4+)
	<15 G5	Trattare e consultare nefrologo (4+)	Trattare e consultare nefrologo (4+)	Trattare e consultare nefrologo (4+)

■ Rischio basso
 ■ Rischio moderato
 ■ Rischio alto
 ■ Rischio molto alto

2. Perché è importante conoscerla?

La Malattia Renale Cronica (MRC) è oggi considerata, a livello mondiale, una priorità per la salute pubblica, secondo le stime, entro il 2040 diventerà la quinta causa di morte nel mondo. La sua prevalenza è in costante aumento, sia per l'invecchiamento della popolazione che per la prevalenza di malattie cardiovascolari e metaboliche caratterizzata da danno renale a lungo termine (diabete mellito, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, obesità). Inoltre, vi è una maggiore sopravvivenza di pazienti affetti da cardiopatia ischemica, soggetti ad alto rischio di sviluppare danno renale.

Si stima che oggi la MRC interessi circa 850 milioni di persone nel mondo, il 95% delle quali non in fase dialitica, con una prevalenza del 7,5% negli uomini e del 6,5% nelle donne. La maggior parte dei casi si concentra negli stadi iniziali (G1-G2), rispetto agli stadi avanzati (G3-G5). Per la sua elevata incidenza, prevalenza e impatto economico e sociale, la MRC è oggi riconosciuta come una vera emergenza di salute pubblica, oggetto di screening, prevenzione e ricerca. D

Diventa quindi fondamentale individuare i pazienti a rischio di sviluppare MRC come prevenzione primaria, ma risulta ancora più importante la prevenzione secondaria, per rallentare la progressione verso la fase dialitica della malattia, associata ad elevato rischio cardiovascolare, elevata mortalità, ridotta qualità di vita ed elevato impatto socioeconomico.

3. Come posso accorgermi?

Nonostante il crescente interesse nella MRC, ad oggi non vi è un programma di screening della popolazione generale. Per la valutazione della funzionalità renale è sufficiente dosare la creatinemia nel sangue e l'albuminuria (ormai più in uso il rapporto ACR) nel primo mitto delle urine del mattino. È compito del Medico di Medicina Generale (MMG) individuare i pazienti a rischio di sviluppare la MRC e/o individuare segni e sintomi di una malattia già conclamata e indirizzare il paziente verso una visita specialistica nefrologica. I pazienti affetti da ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, malattia cardiovascolare, sono ad elevato rischio di sviluppare la MRC, pertanto devono eseguire screening annuali per una diagnosi precoce.

Quali sono i pazienti più a rischio:

- Diabete mellito, obesità, ipertensione arteriosa
- Malattie cardiovascolari
- Malattie sistemiche autoimmunitarie
- Calcolosi renali
- Infezioni urinarie ricorrenti
- Anomalie strutturali dei reni
- Storia familiare di MRC
- Assunzione abituale di farmaci nefrotossici (FANS)
- Pazienti Monorene
- Pregressi episodi di insufficienza renale acuta

4. Quali sono i fattori di rischio?

- Età avanzata
- Obesità
- Ipertensione arteriosa
- Diabete Mellito
- Malattia cardiovascolare
- Fumo

5. Quali sono le cure disponibili

Durante le prime fasi della malattia, è fondamentale agire sui fattori di rischio e sulle comorbidità. Trattando la patologia di base, si riduce il danno renale e si previene o si rallenta l'insulto renale. Allo stato attuale abbiamo a disposizione farmaci per la cura e la prevenzione dei fattori di rischio che risultano utili anche per evitare la progressione della MRC. Tra i farmaci più utilizzati ci sono SGLT2i, MRA non steroidei, RAAS-i, Calcio antagonisti, GLP1-RA. Nelle fasi più avanzate, bisogna prendere in considerazione le complicanze della MRC quali l'anemia, i disturbi del metabolismo osseo e disturbi elettrolitici. Nella fase terminale, o fase end stage, è necessario ricorrere alla terapia dialitica e contestuale valutazione per trapianto renale.

6. Prevenzione

Una diagnosi precoce permette un'adeguata gestione del paziente al fine di rallentare l'evoluzione verso gli stadi più avanzati.

Nella **prevenzione primaria** l'obiettivo è quello di prevenire l'insorgenza della MRC agendo sullo stile di vita:

- Riduzione del peso con dieta ed esercizio fisico
- Ottimizzazione del controllo glicemico, lipidico, pressorio
- Ridurre il consumo di sale
- Evitare fumo di sigaretta
- Profilassi vaccinale

Nella **prevenzione secondaria** l'obiettivo è rallentare la progressione della MRC alla dialisi e ridurre il rischio cardiovascolare:

- Attività fisica strutturata
- Controllo dei fattori di rischio
- Dieta (affidarsi ad un dietista specializzato in nefronutrizione)

Nella **prevenzione terziaria** l'obiettivo è di ridurre la mortalità nelle fasi avanzate di MRC (stadio 5-dialisi)

Tra tutti anche la riduzione dell'uso di farmaci nefrotossici e ridurre l'uso di mezzi di contrasto se non altamente necessari.

7. Focus medicina di genere

La prevalenza della MRC è maggiore nel sesso maschile rispetto al sesso femminile. Si è visto che negli uomini la MRC ha un andamento più rapido rispetto alle donne, con progressione verso la fase terminale della malattia associata ad un'aumentata mortalità. Le donne, invece, tendono a sviluppare una malattia a lenta progressione che talvolta non viene individuata precocemente dallo specialista.

Bibliografia

1. Documento di indirizzo per il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) della Malattia Renale Cronica (MRC) - Ministero della Salute (2025).
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr, 105(4S): S117-S314.

Facciamo il punto insieme sull'alcool

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute; bere è una libera scelta individuale e familiare, ma è necessario essere consapevoli che rappresenta comunque un rischio per la propria salute e, spesso, anche per quella degli altri.

A differenza del fumo, i cui effetti negativi sulla salute si possono subire dopo decenni di uso abituale di sigarette, l'alcol può esporre a forti rischi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come moderato. In termini di sicurezza stradale è infatti noto che possono essere sufficienti appena due bicchieri di una bevanda alcolica per incrementare notevolmente il rischio di incidenti causati dall'inevitabile rallentamento della capacità di reagire prontamente agli stimoli acustici, luminosi e spaziali.

L'ultimo report dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sull'impatto dell'alcol nel mondo ("Global status report on alcohol and health", 2018) attribuisce al consumo delle bevande alcoliche il decesso di 3 milioni di persone ogni anno a causa di oltre 200 patologie, incidentalità e sei tipi di cancro. Le più recenti valutazioni dell'OMS nel merito del consumo di alcol come fattore di rischio, mortalità prematura e disabilità indicano esplicitamente che non è possibile individuare quantità di alcol sicure per la salute e che anche a quantità moderate, indipendentemente dalla bevanda di riferimento.

Per questo motivo non è possibile sulla base delle conoscenze attuali identificare quantità di consumo alcolico raccomandabili o "sicure" per la salute.

Sarebbe peraltro improprio "raccomandare" l'assunzione di una sostanza tossica (lo stato di ebbrezza non a caso si definisce "intossicazione alcolica") o capace di indurre dipendenza, essendo una droga.

Oggi è considerato più adeguato per la tutela della salute dell'individuo parlare di quantità a basso rischio, evidenziando che il rischio esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate.

Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml), un aperitivo (da 80 ml) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40 ml) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr.

È da considerare a basso rischio una quantità di alcol giornaliera da assumersi durante i pasti principali (non fuori pasto) che non deve superare i 20 grammi per gli uomini e i 10 grammi per le donne.

SE IL CONSUMO DI ALCOOL è ZERO NON CORI ALCUN RISCHIO!



La regola generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è:

Alcol? Meno è meglio!

Cos'è l'alcool

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e capace di indurre dipendenza (alcol-dipendenza) superiore rispetto alle sostanze o droghe illegali più conosciute. I giovani (al di sotto dei 16 anni), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche a causa di una ridotta capacità dell'organismo a metabolizzare l'alcol. L'alcol, pur apportando circa 7 Kcalorie per grammo, non è un nutriente (come le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni; risulta invece fonte di danno diretto delle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.

Sulle etichette di qualsiasi bevanda alcolica è riportato il contenuto di alcol, ma è espresso in gradi, cioè in volume su 100 ml. Per ottenere i grammi di alcol in 100 ml bisogna moltiplicare tale valore per 0.8.

L'apporto calorico è riferito alla quantità riportata in *tabella* e tiene conto anche di eventuali calorie apportate da altri componenti, principalmente zucchero.

Bevanda alcolica	Misura standard alcoliche (U.A.)	Quantità (ml)	Contenuto di alcol (g)	Apporto calorico (kcal)	Unità
Vino da pasto (12 gradi)	1 bicchiere	125	12	84	1
Vino da pasto (11 gradi)	1 bicchiere	125	11	77	0.9
Vino da pasto (13.5 gradi)	1 bicchiere	125	13	91	1.1
Birra normale (4.5 gradi)	1 lattina	330	12	100	1
Birra doppio malto (8 gradi)	1 boccale	200	12	170	1
Vermouth dolce (16 gradi)	1 bicchierino	75	10	113	0.8
Vermouth secco (19 gradi)	1 bicchierino	75	11	82	0.9
Porto, aperitivi (20 gradi)	1 bicchierino	75	12	115	1
Brandy, Cognac, Grappa Wisky (40 gradi)	1 bicchierino	40	13	94	1.1

L'alcol viene assorbito per il 20% dallo stomaco e per il restante 80% dalla prima parte dell'intestino. Se lo stomaco è vuoto, l'assorbimento sarà più rapido. L'alcol assorbito passa nel sangue e dal sangue al fegato, che ha il compito di metabolizzarlo. Finché il fegato non ha completato la digestione enzimatica attraverso l'alcoldeidrogenasi, l'alcol continua a circolare diffondendosi nei vari organi.

Circa il 90%-98% dell'alcol ingerito viene rimosso dal fegato e torna in circolo attraverso la circolazione del sangue. Il restante 2-10% viene eliminato attraverso l'urina, le feci, il respiro, il latte materno, le lacrime, il sudore, la traspirazione.

Le quantità di alcol che vengono metabolizzate dall'organismo variano da 60 a 200 mg/kg/ora. Questo significa che un soggetto di 70 kg può metabolizzare circa 7 g di alcol ogni ora.

In alcuni individui, in alcuni gruppi etnici negli adolescenti e nei giovani in genere, negli anziani e nelle donne l'efficienza di questo sistema è molto ridotta: queste persone sono quindi più vulnerabili all'alcol.

A causa dei citati tempi fisiologici di metabolismo dell'alcol è raccomandabile non concentrare in breve tempo il consumo di bevande alcoliche onde evitare di "saturare" il sistema di rimozione dell'alcol dal sangue determinando la libera diffusione dell'alcol immodificato negli organi e nei tessuti dell'organismo; tali conseguenze sono evitabili a fronte di una modifica delle abitudini e dello stile di consumo.

Quanto alcool usi?

Fai il breve test: se il consumo è zero non corri alcun rischio!

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi, e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcol. Per tutelare la propria salute è consigliabile, in questo caso, parlarne con il proprio medico.

Per non mettere a rischio la tua salute è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsti dalle linee guida nutrizionali.

A.U.D.I.T.-C

ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Nei giorni in cui bevi, quante bevande alcoliche consumi in media?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza ti è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

Facciamo il punto insieme sulle vaccinazioni nell'adulto

Vaccini: protezione per tutte le età!

Perché vaccinarsi?

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi di sanità pubblica più efficaci mai sviluppati. Nel corso della storia ha consentito di prevenire milioni di decessi, ridurre drasticamente l'incidenza di numerose malattie infettive, aumentare l'aspettativa di vita e a contribuire a controllare epidemie e pandemie, con un profilo di sicurezza elevato e un favorevole rapporto costo/beneficio.

Nell'adulto, la protezione vaccinale non si esaurisce con l'età pediatrica, ma richiede una rivalutazione periodica nel corso della vita. Cambiamenti legati all'età, allo stato immunitario, alla presenza di patologie croniche o a specifiche condizioni di rischio rendono necessario un approccio dinamico e personalizzato alla prevenzione vaccinale. La recente pandemia da SARS-CoV-2 ha ulteriormente evidenziato il ruolo cruciale delle vaccinazioni nella protezione della salute individuale e collettiva.

Come funzionano i vaccini?

Il sistema immunitario protegge l'organismo dalle infezioni. Quando un batterio o un virus entra nel corpo, si moltiplica e può danneggiare le cellule. Il sistema immunitario reagisce producendo anticorpi e cellule specifiche in grado di eliminare il patogeno e di prevenire infezioni future. I vaccini stimolano il sistema immunitario a sviluppare una risposta protettiva senza causare la malattia.

In questo modo l'organismo è preparato a difendersi rapidamente in caso di esposizione reale all'agente infettivo. In alcuni casi l'immunità dura per tutta la vita (per esempio: se avete avuto il morbillo da bambini, è improbabile possiate contrarre di nuovo l'infezione, anche se siete a stretto contatto con una persona infetta). In altri può ridursi nel tempo rendendo necessari richiami periodici (per esempio: Tetano, il cui richiamo è previsto ogni 10 anni).

Esistono due tipi principali di immunità:

- **Immunità attiva:** l'organismo produce autonomamente anticorpi dopo infezione naturale o vaccinazione. È il meccanismo indotto dalla maggior parte dei vaccini.
- **Immunità passiva:** consiste nella somministrazione di anticorpi già formati (immunoglobuline), offre una protezione temporanea ed è utilizzata in situazioni specifiche.

LO SAPEVI CHE... L'IMMUNITÀ DI GREGGE PROTEGGE ANCHE CHI NON PUÒ VACCINARSI?

Quando una grande parte della popolazione è vaccinata, la circolazione di virus e batteri si riduce o interrompe, proteggendo anche le persone più fragili o non vaccinabili come i neonati. La vaccinazione nell'adulto assume pertanto un valore che va oltre la protezione individuale, contribuendo alla tutela delle persone più fragili e alla sostenibilità del sistema sanitario. Vaccinarsi è dunque un gesto di responsabilità verso se stessi e la comunità.

Come sono somministrati i vaccini?

La maggior parte dei vaccini in età adulta viene somministrata con una iniezione per via intramuscolare (di solito nella parte superiore della regione deltoidea). L'unico vaccino orale previsto dal PNPV è il rotavirus per i neonati. L'unico vaccino intranasale è pediatrico, indicato fino a 18 anni https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/fluenz-epar-product-information_it.pdf

Vaccinazioni raccomandate nell'adulto

Le vaccinazioni seguono il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV 2023-2025) del Ministero della Salute devono essere considerate parte integrante della valutazione clinica complessiva. Alcune vaccinazioni sono raccomandate lungo tutto l'arco della vita per mantenere un adeguato livello di protezione, mentre altre assumono particolare priorità in presenza di fragilità cliniche o con l'avanzare dell'età. Le vaccinazioni indicate nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) sono **gratuite** e rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questo significa che sono garantite dallo Stato per tutelare la salute pubblica e individuale, senza alcun costo per il cittadino.

Vaccinazioni di base

1. Difterite - Tetano - Pertosse (dTpa)

Richiamo ogni 10 anni per tutti gli adulti. In gravidanza, un richiamo nel terzo trimestre, protegge il neonato dalla pertosse nei primi mesi di vita.

2. Vaccino anti Morbillo, parotite, rosolia (MPR)

La vaccinazione è indicata per soggetti suscettibili, con anamnesi negativa per la malattia e che non siano stati precedentemente vaccinati. In particolare, è raccomandata per:
- Donne in età fertile che non hanno una documentazione di vaccinazione o di storia naturale di malattia. È consigliato posticipare una possibile gravidanza per almeno un mese dopo la vaccinazione. Puerpere suscettibili alla varicella nel corso del ricovero o nel periodo immediatamente successivo al parto, per evitare una successiva gravidanza a rischio di esposizione.

3. Vaccino anti varicella

La vaccinazione è indicata per soggetti suscettibili, con anamnesi negativa per la malattia e che non siano stati precedentemente vaccinati. In particolare, è raccomandata per:
- Donne in età fertile che non hanno una documentazione di vaccinazione o di storia naturale di malattia. È consigliato posticipare una possibile gravidanza per almeno un mese dopo la vaccinazione. Puerpere suscettibili alla varicella nel corso del ricovero o nel periodo immediatamente successivo al parto, per evitare una successiva gravidanza a rischio di esposizione.

Vaccinazioni stagionali

Influenza

L'influenza è una malattia infettiva ad elevato impatto sanitario e sociale. Nella maggior parte dei casi è lieve ma può causare complicanze gravi, soprattutto nei soggetti più fragili.

La vaccinazione antinfluenzale è raccomandata e offerta attivamente a:

- tutte le persone di età maggiore ai 60 anni
- donne in gravidanza, in qualsiasi trimestre
- donne nel periodo postpartum
- soggetti a partire dai 6 mesi di vita, se affetti da condizioni patologiche che aumentano il rischio di complicanze, tra cui: malattie croniche dell'apparato respiratorio (asma severo, displasie polmonari, fibrosi cistica, bronchite cronica), malattie dell'apparato cardiovascolare (incluse cardiopatie congenite e acquisite), malattie metaboliche (diabete mellito, obesità con BMI >30 e patologie associate).
- patologie neoplastiche
- insufficienza renale o surrenalica cronica
- malattie epatiche croniche
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
- malattie ematologiche ed emoglobinopatie
- immunodeficienze congenite o acquisite, inclusa l'infezione da HIV e l'immunodepressione iatrogena
- patologie per le quali sono programmati interventi di chirurgia maggiore
- patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (es. malattie neuromuscolari)
- soggetti splenectomizzati o con asplenia funzionale
- bambini e adolescenti in terapia a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di sindrome di Reye
- soggetti di qualunque età residenti in strutture socio-sanitarie, in particolare anziani e disabili
- conviventi e caregiver di persone appartenenti a categorie ad alto rischio, operatori sanitari e socio-sanitari.

La vaccinazione va eseguita ogni anno, preferibilmente prima dell'inizio della stagione ottobre/novembre di ogni anno.

Invecchiare in salute - Vaccinazioni con l'avanzare dell'età

Con l'età il sistema immunitario diventa meno efficiente. Le vaccinazioni aiutano a prevenire infezioni che possono causare ospedalizzazione, disabilità e perdita di autonomia.

Per tutte le persone di età ≥ 65 anni:

1. **Pneumococco:** protegge da polmoniti, meningiti e infezioni gravi del sangue.
2. **Herpes zoster (Fuoco di Sant'Antonio):** riduce il rischio di una malattia dolorosa e di complicanze come la nevralgia post-erpetica.

Calendario Nazionale Vaccinale per età

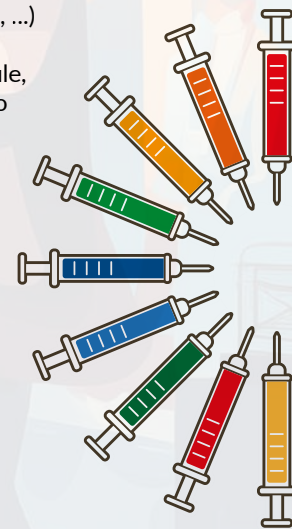
	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	13/14 mesi	5 anni	6 anni	11 anni	12-18 anni	19-59 anni	50-64 anni	60 anni	65 anni	66 anni e più
Esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus influenzae di tipo b (DTaP-IPV-HBV-Hib)																	
Rotavirus (RV)			1														
Pneumococco coniugato (PCV)																	2
Meningococco B (MenB)			3														
Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MMRV o MMR-V)							4										
Meningococco ACWY (MenACWY)							5										
Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite (DTaP-IPV/dTap-IPV)									6				7				
Papillomavirus (HPV)											8						
Difterite, Tetano, Pertosse adulto (dTAP)																9	
Influenza (FLU)								10									11
Herpes Zoster (HZV)																	12

Nota Bene: i mesi e gli anni di vita si intendono compiuti. Esempi: la prima dose DTaP-IPV-HBV-Hib può essere offerta a partire da 2 mesi compiuti, ovvero a partire dal 61° giorno di vita; la dose di richiamo DTaP-IPV-HBV-Hib a 10 mesi, ovvero a partire dal 301° giorno di vita, ecc.

Vaccini per persone con condizioni di rischio

Alcune condizioni (diabete, malattie cardiache o respiratorie croniche, difese immunitarie basse) rendono più vulnerabili alle infezioni. In questi casi il medico può raccomandare: Pneumococco, Herpes zoster, Epatite A e B, Meningococco. N.B.: Alcune condizioni croniche (...) aumentano la vulnerabilità alle infezioni. In caso di malattia, il decorso può essere più severo oppure aumentare il rischio di riacutizzazione della patologia sottostante, con un peggioramento della qualità della vita. Tuttavia, sono già disponibili raccomandazioni nazionali e internazionali a favore della vaccinazione contro l'RSV nei gruppi a maggiore rischio. Tra queste, di rilievo sono quelle statunitensi CDC (Center of Disease Control and Prevention) che indicano che la vaccinazione per anziani di almeno 75 anni e per quelli di 50-74 anni con condizioni croniche. In Italia, il "Board del Calendario per la Vita" ha pubblicato a fine 2024 raccomandazioni analoghe, suggerendo la vaccinazione per anziani di almeno 75 anni e, dai 60 anni, per coloro con elevato rischio di malattia severa (es. Patologie cardiache, respiratorie, diabete, ...)

Le linee guida internazionali, come il CDC Adult Immunization Schedule, raccomandano la vaccinazione anti RSV per specifici gruppi ad alto rischio: anziani di età maggiore di 75 anni; adulti di età maggiore di 60 anni con patologie croniche (es. malattie respiratorie, cardiache, diabete). In Italia, AIFA ha approvato e autorizzato la vaccinazione contro il virus respiratorio sinciziale (RSV), ma l'inclusione nei calendari vaccinali nazionali per tutte le categorie a rischio non è ancora disponibile, a titolo gratuito, in tutte le regioni.



Altri vaccini importanti

Papillomavirus umano (HPV)

L'HPV è molto diffuso e può causare tumori e lesioni verrucose genitali sia nei soggetti di sesso maschile che femminile. La vaccinazione anti-HPV è ottimale se somministrata prima dell'inizio dell'attività sessuale.

Vaccino anti-encefalite da morso di zecca

La meningoencefalite da zecche (tick-borne encephalitis - TBE) è una patologia causata da un virus appartenente alla famiglia Flavivirus trasmessa tramite il morso di zecca. La trasmissione avviene specialmente nelle aree rurali o durante attività all'aria aperta nei boschi. Altra possibile via di infezione consiste nell'ingestione di latte e latticini non pastorizzati. La vaccinazione può essere praticata a qualsiasi età, a partire dai 12 mesi compiuti. L'indicazione alla vaccinazione nei bambini sotto i sei anni deve essere valutata individualmente in base al rischio di esposizione.

Chi vaccinare?

La vaccinazione è raccomandata nei soggetti ad alto rischio per morso di zecca, quindi coloro che vivono o si recano in aree endemiche boschive e rurali.

In Italia, le aree a maggiore rischio sono le Prealpi e Alpi del nord-est, in particolare Veneto (Alpi Bellunesi), Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige (province di Trento e Bolzano). Inoltre, la patologia è endemica nelle regioni temperate dell'Europa e dell'Asia.

Viaggi internazionali

In alcuni Paesi possono essere richiesti vaccini specifici (es. febbre gialla, tifo, epatite A). È consigliabile informarsi con anticipo prima di partire.

Messaggio finale

Vaccinarsi in età adulta significa proteggere se stessi, le persone più fragili e l'intera comunità. Un calendario vaccinale aggiornato e personalizzato rappresenta uno strumento fondamentale di prevenzione e salute pubblica. "Il paziente adulto in condizioni di vulnerabilità spesso non è completamente consapevole del maggiore rischio di infezioni a cui è esposto. È responsabilità del medico specialista non solo raccomandare la vaccinazione come parte integrante della gestione clinica, ma anche spiegare in modo chiaro e personalizzato il valore di questa scelta, traducendo il rischio generico in implicazioni concrete come complicanze severe, ospedalizzazioni o perdita di qualità della vita. Solo attraverso una comunicazione che renda evidenti sia i benefici della vaccinazione sia i rischi legati alla loro omissione, il paziente fragile può compiere una scelta realmente consapevole e attiva, proteggendosi efficacemente dal pericolo di infezioni gravi.



Fonti ufficiali e letteratura di riferimento

I contenuti della brochure sono allineati alle più recenti evidenze scientifiche e alle raccomandazioni nazionali e internazionali in ambito vaccinale.

- Ministero della Salute Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 **Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025**
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Epicentro: Vaccinazioni e malattie infettive **Vaccini e vaccinazioni - EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità**
- Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) - Immunization, Vaccines and Biologicals **Vaccines and immunization**
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) - Vaccine schedules and guidance **Immunisation and vaccines**
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Adult Immunization Schedule **Healthcare Professionals: Adult Immunization Schedule by Age | Vaccines & Immunizations | CDC**

Autori

Gruppo Prevenzione Fadoi Nazionale:

Presidente Nazionale: *Andrea Montagnani*

Presidente Fondazione Fadoi: *Francesco Dentali*

Referente: *Sara Rotunno*

Membri del gruppo: *Maria Gabriella Coppola, Martina Guadagni, Lorenza Lenzi, Ombretta Para, Federica Lorenzi, Elena Cerutti, Antonio Vainieri*

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

Sara Mutinelli

Stefano Bortolotti

Giulia Fabbro

Mariarita Mastronicola

Giuseppina Vurchio

Ilaria Scionis

Ilaria Bolondi

Kristina Smitova Girdali

Giulia Pontesilli

Marco Nitokuas

Tiziana Ciarambino

Flavio Tangianu

Matteo Morandi

Stefano Bortolotti

Claudia Brigato

Alessandro Borghesi

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.



Segreteria Nazionale FADOI

Mail: segreteria@fadoi.org

Sede: Via Rodolfo Lanciani, 62 - 00162 Roma

prevenzione.fadoi.org