

Migliora l'aspettativa di vita,  
ma è più difficile curare la  
cronicità pag. 9

Nuova vita  
per l'Ospedale Forlanini pag. 23

2100, Odissea della natalità:  
crollo nel 97% dei Paesi,  
malissimo l'Italia pag. 29

# RESPIRO

ANNO XVII  
N° 66

ESTATE  
2024

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE  
**RESPIRO.NEWS**



**Ragazzi, non siete soli!  
Dalla rete sociale un aiuto  
per la salute mentale**



## IL CONTROLLO DELLA BPCO ATTRAVERSO IL TELEMONITORAGGIO

L'impegno di AIPO-ITS: la tecnologia al servizio del paziente per la prevenzione delle riacutizzazioni e la riduzione delle ospedalizzazioni

### TELEMONITORAGGIO

Tecnologia basata su intelligenza artificiale che migliora la gestione della malattia.

### SEMPLICE E IMMEDIATO

- Scaricare e attivare l'App
- Rilevare i parametri respiratori regolarmente
- Controllare l'App quotidianamente
- Seguire le indicazioni terapeutiche prescritte



### PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA CURA CON EFFETTI POSITIVI SULL'ADERENZA



Dispositivo medico certificato\*  
specifico per la BPCO

**VISITA IL SITO**  
[www.telemonitoraggio.aiponet.it](http://www.telemonitoraggio.aiponet.it)

\* Ministero della Salute. Certificato CE 0477 dispositivo medico di classe IIa n. 0477\_MDD\_19\_3188\_1  
Identificativo di registrazione BD/RDM 1830076



Approvato da



N° 66

ESTATE 2024

Periodicità trimestrale

RESPIRO.NEWS

# RESPIRO

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

#### Direttore Responsabile

Claudio Micheletto (VR)

#### Redazione

Achille Abbondanza (RA)

Bruno Balbi (NO)

Simona Barbaglia (MI)

Gennaro D'Amato (NA)

Salvatore D'Antonio (RO)

Marco Dottorini (PG)

Raffaele Scala (AR)

Antonella Serafini (IM)

#### Direzione, redazione e amministrazione

Sintex Editoria

Via Vitruvio 43, 20124 Milano

Tel. +39 02 36590350

editoria@sintexservizi.it

#### Segreteria di Redazione

editoria@sintexservizi.it

#### Progetto grafico e immagine

Sintex Editoria

grafica@sintexservizi.it

#### Relazioni esterne e pubblicità

Via Vitruvio 43, 20124 Milano

Tel. +39 02 36590350

editoria@sintexservizi.it

#### Stampa

Roto3, Industria Grafica, Castano Primo (MI)

#### Pubblicazione di SINTEX SERVIZI S.r.l. - Milano

© 2024 Sintex Servizi S.r.l. - Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'Editore.

www.sintexservizi.it

#### Per acquistare copie di RESPIRO

Prezzo copia: € 2,50

Abbonamento annuale: € 10,00

RESPIRO è spedita in abbonamento postale.

#### Garanzia di riservatezza

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati, sia in modalità cartacea sia in modalità elettronica. È possibile richiedere gratuitamente la cancellazione o rettifica ai sensi dell'art. 7 del D. lgs 196/2003 (e successive modificazioni), scrivendo a [privacy@sintexservizi.it](mailto:privacy@sintexservizi.it)

#### Registrazione

Periodico iscritto al Tribunale di Trieste

11 aprile 2014 al n. 1274 - 1559/2018 V. G.

Chiuso in Redazione nel mese di luglio 2024

# RESPIROnews



/respironews



+39 333 88 22 666

## RESPIROnews



HOME PREVENZIONE ALIMENTAZIONE AMBIENTE SPORT RICERCA LA VOCE DEI PAZIENTI EDITORIALI LA REDAZIONE

### Mangiar male danneggia la salute e svuota il portafogli

21 luglio 2024 [View all](#)



Ogni anno quasi 200 mila pari faccettate (20% in meno dalle tasche di ogni italiano a causa di carte di credito e metodi di pagamento poco salutarì) è quanto sostiene il Rapporto appena presentato dalla Fondazione Ashtoria, che quantifica i costi sanitari ed economico-sociali del fenomeno in una riduzione del 3,3% annuo sul valore del Pil, eur 2024.

5 Leggi tutto...



**sintex**  
Un modo nuovo di comunicare in Sanità

# RESPIROnews

spazio web pieno di notizie per stare bene  
e di servizi per il cittadino



Notizie sempre aggiornate su  
prevenzione, alimentazione,  
ambiente, sport e ricerca



Schede informative di patologia



Una mappa per cercare  
l'associazione pazienti  
più vicina a te



**Visita Respiro.News,  
un faro nel vasto panorama  
dell'informazione scientifica**

 /respironews

**sintex**  
Un modo nuovo di comunicare in Sanità

www.respiro.news  
redazione@respiro.news



+39 333 88 22 666  
LINEA DIRETTA CON I LETTORI

## Editoriale

07

Lavoriamo insieme per una rivista ad ampio *Respiro* | A. Rozzi

## Gli articoli

09

Migliora l'aspettativa di vita,  
ma è più difficile curare la cronicità | C. Micheletto

Ragazzi, non siete soli! Dalla rete sociale  
un aiuto per la salute mentale | S. De Filippis

Comorbidità cardiovascolari  
nelle malattie ostruttive bronchiali | I. Delfino, P. Giuliano

Obesità e sindrome metabolica come fattori aggravanti  
delle patologie respiratorie | G. D'Amato

Nuova vita per l'Ospedale Forlanini | S. D'Antonio

2100, Odissea della natalità:  
crollo nel 97% dei Paesi, malissimo l'Italia | A. Rozzi

## La salute della pelle

32

I danni del diabete mellito | L. De Rose

## La voce dei pazienti

35

La celebrazione della consapevolezza:  
il *Global Day* nella lotta contro la SLA | E. Longo

AMMP ODV e ANED Sport alla 27<sup>a</sup>  
Granfondo Via del Sale di Cervia | M. Buccioli

Il ruolo della dieta nella prevenzione e nel trattamento della  
Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) | M. Giambattista, S. Pesolo

PerCORSA di salute: un percorso lungo sei Regioni per conoscere  
e utilizzare meglio i servizi sociosanitari del territorio | S. Barbaglia

Realtà virtuale e disabilità | A. Piva

I T S  
ITALIAN  
THORACIC  
SOCIETY



A I P O  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PNEUMOLOGI  
OSPEDALIERI



# CAMPIONE DI APNEE NOTTURNE?

**Rivolgiti ad un esperto  
certificato AIPO-ITS**



**REGISTRO NAZIONALE ESPERTI IN  
DISTURBI RESPIRATORI NEL SONNO**

Se i disturbi del sonno sono il tuo incubo e stai cercando un esperto che ti aiuti a risolvere il problema, rivolgiti ad un professionista certificato.



## DOVE CI TROVI

RESPIRO, trimestrale di informazione, prevenzione e benessere, si rivolge ai cittadini, alle Associazioni dei Pazienti, ai medici e a tutti gli operatori sanitari quale strumento di educazione e di diffusione per un corretto e positivo stile di vita.

Nella rivista ampio spazio viene dedicato ai contributi delle **Associazioni di Pazienti**, da sempre impegnate, attraverso diverse iniziative e progetti anche in collaborazione con Istituzioni e Società Scientifiche, nella lotta per la salute e nel dare voce ai pazienti.

I cittadini possono trovare gratuitamente RESPIRO negli ospedali e negli ambulatori medici. Copie di RESPIRO possono essere acquistate da qualsiasi soggetto, pubblico o privato, che, volendo collaborare a diffondere l'informazione e la prevenzione contro le malattie respiratorie, decidesse di offrire questo servizio gratuito ai cittadini.

Per procedere all'acquisto è possibile scrivere a [editoria@sintexservizi.it](mailto:editoria@sintexservizi.it) o visitare il sito [www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)



/ Respiro News



# Lavoriamo insieme per una rivista ad ampio *Respiro*

**Alessandra Rozzi**



Cari lettori, il primo numero di *Respiro* del 2024, per me – arrivata a gennaio a coordinare la rivista e a tenere le fila di articoli e collaboratori – è stato, per così dire, di rodaggio. Ora che il motore è più sciolto, ed è possibile aumentare gradualmente il numero di giri, ecco una breve descrizione di come vorremmo che *Respiro* potesse evolversi, a medio e a lungo termine, per rispecchiare sempre più da vicino le esigenze dei lettori e un concetto più ampio di salute e di benessere.

La rivista, di suo, può già contare su diversi punti di forza: una redazione solida e tenace, composta da professionisti della Pneumologia (e non solo) che generosamente, a ogni numero, mettono la loro sapienza clinica a disposizione dei

lettori; una rete altrettanto solida e forte di Associazioni Pazienti, attivissime sul territorio e pronte a travasare la loro linfa vitale, le loro iniziative e le loro rivendicazioni sulle pagine della rivista; e un robusto “dietro le quinte”, tanto invisibile quanto presente e prezioso, fatto di impaginatori, stampatori e distributori, senza i quali il nostro lavoro non potrebbe vedere la luce né arrivare a destinazione. A tutti loro va, innanzitutto, il mio grazie.

Veniamo alle intenzioni e ai progetti. Ambiziosi, anche se necessariamente da collocare in un orizzonte temporale lungo. L'idea di fondo prevede, per prima cosa, che *Respiro* possa ampliare progressivamente i suoi contenuti ai temi del benessere, senza abbandonare gli argomenti più tradizionalmente medico-sanitari che lo caratterizzano, ma tenendo conto di quanto ampia possa (e debba) essere la rosa tematica collegata a un concetto di “benessere” che non è solo fisico, ma che spazia dalla sfera corporea a quella emotiva, spirituale e sociale. E vorremmo che ►►

Giornalista, Senior Communication Manager, Sintex Servizi Srl

► la rivista sapesse informare i suoi lettori con trasparenza e mente aperta, e con un occhio sempre attento all'attualità, dando conto dei cambiamenti che ci circondano senza preconcetti di sorta, ma osservando e raccontando lealmente una realtà sempre più complessa, che oltretutto non si è mai evoluta tanto velocemente.

Un altro obiettivo importante, tra i tanti, è quello di rafforzare il filo diretto con i lettori, raccogliendo suggerimenti di temi e argomenti anche da loro, e coinvolgendo altre associazioni pazienti, che con la loro carica di energia e la loro progettualità potranno certo arricchire la rivista. Il mio indirizzo *e-mail* è a disposizione per questo, con la promessa che ogni proposta dotata di fondamento, e trasferibile effettivamente sulla pagina scritta, sarà presa in seria considerazione.

Le intenzioni, insomma, vedono *Respiro* come uno strumento agile, serio, godibile e acuto, in grado di fare la sua parte per trasmettere quelle conoscenze e quella consapevolezza che sole pos-



freepik

sono renderci davvero partecipi di un benessere a tutto tondo. Che poi questo si traduca – col tempo – in un nuovo formato della rivista, e magari in un nuovo titolo in grado di rispecchiarne meglio le peculiarità, è un corollario quasi inevitabile.

Per ora, però, occorre puntare al contenuto, e in questo il vostro contributo di lettori sarà prezioso, perché un lavoro di squadra ben fatto dà quasi sempre buoni risultati. È tutto ciò senza dimenticare, naturalmente, il volto *digital* di *Respiro*, quel *Respiro.News* che vive esclusivamente *online* (all'indirizzo [www.respiro.news](http://www.respiro.news)) e che rappresenta l'*alter-ego* "leggero" della rivista cartacea, dove confluiscono in tempo reale le tante *news* di più stretta attualità che i tempi editoriali della rivista stampata non renderebbero praticabili. Per questo *Respiro.News* contiene, rispetto a *Respiro*, temi diversi, e tal-

volta più lievi, ma affrontati sempre con rigore, attenzione e un'accurata verifica delle fonti. Si tratta, per così dire, del lato B di *Respiro*, che lo integra e lo rende davvero uno strumento completo di indagine nel segmento della Pneumologia, della Medicina, della Ricerca e – sempre più spesso – di una *wellness* a 360°.

Quanto a me, solo un cenno: scrivo "da sempre", e sono giornalista professionista dal 1992. Ho lavorato nella redazione Cronaca di due grandi quotidiani nazionali, nelle redazioni di diversi periodici, e infine in tre grandi Uffici Stampa. Ora metto la mia professionalità e il mio amore per questo mestiere a disposizione di *Respiro*, sperando di fare un buon lavoro.

E adesso, rimbocchiamoci le maniche. C'è bisogno anche di voi. ■

[alessandra.rozzi@sintexservizi.it](mailto:alessandra.rozzi@sintexservizi.it)



AllaSerebrina per Depositphotos

# Migliora l'aspettativa di vita, ma è più difficile curare la cronicità

**Claudio Micheletto**



Il Rapporto sul Benessere Equo e sostenibile (BES), che recentemente ha pubblicato la sua undicesima edizione, offre un ritratto multidimensionale della situazione attuale dell'Italia, fedele e rispettoso della ricchezza e della complessità del Paese. La consultazione di questo Rapporto fornisce una visione complessiva di come si vive in Italia, per poterne studiare i cambiamenti nel tempo e nelle varie Regioni, per comprendere progressi, sviluppi e arretramenti, e per orientare le decisioni politiche e i successivi interventi. Dopo il pesante periodo pandemico, il Rapporto BES e la sua documentazione statistica ci consentono di valutare gli aspetti fondamentali della nostra società: ambientale, economico, sociale e culturale. I 12 domini fondamentali che ne costituiscono dal 2013 il quadro di riferimento, e i 152 indicatori che sono proposti in questa edizione, mettono a disposizione dei lettori una moltepli-

*Direttore Responsabile di Respiro*

cià di tratti significativi della società italiana.

Per gli indicatori del dominio Salute, il dato più recente a disposizione documenta una situazione di stabilità, o di miglioramento, per la maggior parte degli indicatori, se confrontati sia con il dato riferito all'anno immediatamente precedente, sia con quanto osservato nel 2019, l'anno precedente la pandemia.

Nel 2023 si mantiene stabile la quota di persone in eccesso di peso tra la popolazione dai 18 anni in su (44,6%), sia rispetto all'anno precedente sia nel confronto con il 2019, sebbene nel tempo l'indicatore abbia subito un peggioramento relativamente alla componente dell'obesità, che si conferma in aumento nel medio e lungo periodo. Anche la quota di popolazione con un consumo a rischio di bevande alcoliche si è mantenuta stabile nel 2023 rispetto all'anno precedente (15,6% delle persone di 14 anni e più) e su livelli simili al 2019 (15,8%). Tra gli indicatori che hanno mostrato

un miglioramento nell'ultimo anno, la speranza di vita alla nascita passa da 82,6 a 83,1 anni nel 2023, recuperando quasi del tutto il livello di 83,2 anni del 2019, sebbene con differenze sul territorio e per genere; e la vita media attesa senza limitazioni a 65 anni sale a 10,6 anni, contro i 10 sia del 2022 sia del 2019.

Sul fronte degli stili di vita, diminuisce la quota di popolazione sedentaria (34,2% delle persone di 14 anni e più nel 2023), con un deciso miglioramento rispetto sia al 2022 (36,3%), sia al 2019 (35,5%). Si riduce lievemente rispetto al 2022 anche la percentuale di fumatori di 14 anni e più (19,9%), che tuttavia ha fatto registrare una tendenza alla crescita costante negli anni precedenti (nel 2019, la quota di fumatori era il 18,7%).

La speranza di vita alla nascita si avvicina ai livelli pre-pandemia. Secondo le ultime stime provvisorie del 2023 la speranza di vita alla nascita si attesta in Italia a 83,1 anni, con un incremento stimato di circa ►►

► 6 mesi rispetto al 2022 (era 82,6 anni). Nel 2023 tale indicatore mostra un ulteriore miglioramento, recuperando quasi del tutto la perdita degli anni di vita attesa dovuta alla pandemia (83,2 anni nel 2019). Gli uomini con 81,1 anni di vita media attesa tornano allo stesso livello del 2019, anno in cui si era raggiunto il valore più elevato mai registrato prima, mentre per le donne (85,2 anni) mancano ancora 0,2 anni rispetto al livello massimo del 2019 (era 85,4). Nel contesto europeo il dato più aggiornato disponibile, relativo al 2022, consente di comparare la misura del recupero degli anni persi durante la pandemia tra i diversi Paesi Ue (Figura 1). Nel 2019, anno che precede la pandemia, nella graduatoria dei Paesi Ue l'Italia, con una speranza di vita alla nascita pari a 83,6 anni, si collocava al secondo posto dopo la Spagna (84,0); nel 2022

risultava invece al quarto posto con 82,8 anni, dopo Spagna (83,2), Svezia (83,1) e Lussemburgo (83,0); mentre ai livelli più bassi della graduatoria si confermava anche nel 2022 la Bulgaria (74,2 anni), seguita da Lettonia (74,5) e Romania (75,1).

La speranza di vita senza limitazioni a 65 anni risulta in lieve aumento nel 2023, anche rispetto al periodo pre-pandemico. Nel 2023 la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni si attesta a 10,6 anni, senza sostanziali differenze di genere (10,8 anni per gli uomini e 10,5 per le donne). Mentre la speranza di vita a 65 anni ha quasi recuperato gli anni persi nel periodo pandemico (-0,1 anni), l'indicatore che analizza la sopravvivenza in piena autonomia, ossia relativa agli anni che una persona di 65 anni si aspetta di vivere senza limitazioni nelle atti-

vità, è invece migliorato sia rispetto all'anno precedente (era 10,1 anni), sia rispetto al 2019 (era 10,0). Permane però il divario territoriale: nel Nord nel 2023 la vita attesa in piena autonomia a 65 anni si attesta a 11,5 anni, nel Mezzogiorno scende a 9,4 anni, con un differenziale di 1,9 anni per gli uomini e di 2,3 anni per le donne. Durante la pandemia, per le donne il divario territoriale Nord-Sud si era di molto ridotto (da 2,5 anni nel 2019 a 1,7 nel 2020 e nel 2021), invece per gli uomini era più contenuto nel 2019 (1,3 anni), ma raggiunge circa i 2 anni nel 2023 (in leggera flessione rispetto al 2022).

### Prevenzione delle malattie: sedentarietà, eccesso di peso, consumo quotidiano di frutta e verdura

Ombre e luci si segnalano nella prevenzione delle malat- ►►

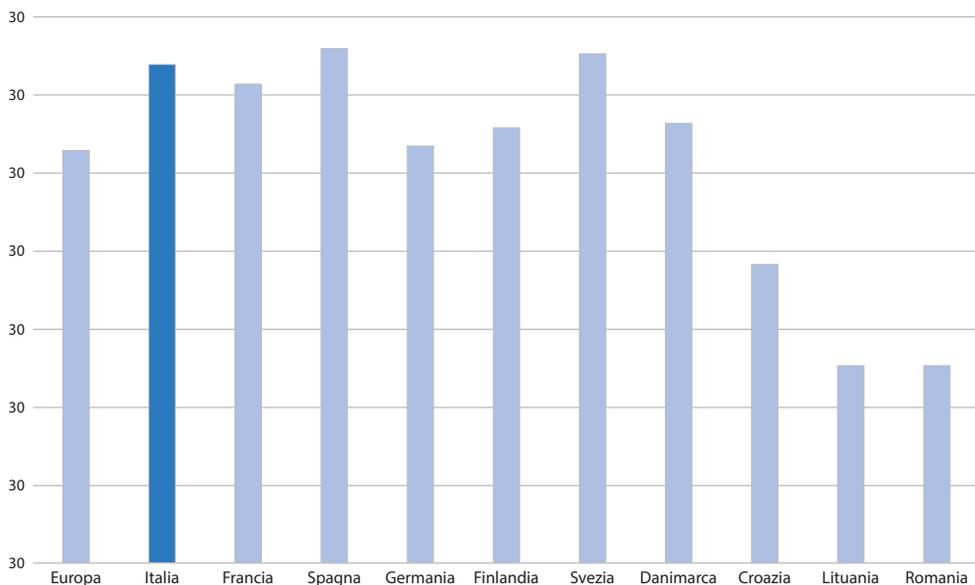


Figura 1. Aspettativa di vita alla nascita in alcuni Paesi europei (in anni).

► tie, in particolare per la promozione dei comportamenti virtuosi. Nel 2023 la quota di persone sedentarie, che dichiarano di non svolgere né sport né attività fisica nel tempo libero, è pari al 34,2%. Le donne presentano livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini (37,1% contro 31,2%), anche se nel tempo il *gap* di genere è andato riducendosi (era pari a 7,8 punti percentuali nel 2010, e scende a 5,9 punti percentuali nel 2023). La sedentarietà aumenta al crescere dell'età: riguarda 2 persone su 10 tra gli adolescenti e i giovani fino a 24 anni, fino a interessare quasi 7 persone su 10 tra la popolazione di 75 anni e più. Nel 2023 l'indicatore di sedentarietà mostra un significativo miglioramento rispetto al 2022, quando aveva raggiunto il 36,3% (-2,1 punti percentuali) e si attesta su valori inferiori anche rispetto a quanto registrato nel periodo pre-pandemico (nel 2019 la sedentarietà caratterizzava il 35,5% delle persone dai 14 anni in su). La riduzione della sedentarietà osservata nel 2023 ha riguardato entrambi i sessi, ma in misura maggiore gli uomini (-2,5 punti percentuali contro -1,7 punti percentuali), e si è osservata in quasi tutte le fasce di età, con punte di riduzione maggiore tra i ragazzi di 14-19 anni (-2 punti percentuali), ma soprattutto tra la popolazione adulta e anziana di 60-74 anni (circa -4,2 punti percentuali). L'andamento decrescente registrato per la sedentarietà nel 2023, si accompagna parallelamen-

te a un aumento della pratica sportiva (specialmente di tipo continuativo), che si era molto ridotta, in modo particolare nel 2021 (quando era scesa al 22,5%), e che nel 2023 riguarda, invece, più di una persona su quattro (il 25,5%). Tale valore supera i livelli di pratica sportiva raggiunti nel periodo pre-pandemico (nel 2019 era pari al 23,4%). L'aumento della pratica sportiva è stato osservato in modo trasversale in tutte le fasce di età, pur con punte di crescita più elevate (pari a circa 3 punti percentuali) nella popolazione di 55-74 anni. Anche nel 2023 si conferma un forte gradiente territoriale Nord-Mezzogiorno, con tassi di sedentarietà che si attestano al 25,4% nelle Regioni del Nord e arrivano al 48,5% nelle Regioni del Mezzogiorno. Rispetto al 2022, tuttavia, la riduzione della sedentarietà ha riguardato maggiormente proprio le Regioni del Mezzogiorno (-3,7 punti percentuali, contro quasi un punto percentuale nelle Regioni del Nord), e tale andamento ha ridotto lievemente il forte *gap* esistente.

Nel 2023 il 44,6% delle persone di 18 anni e più sono in eccesso di peso. Il dato è stabile rispetto a quanto registrato nel 2022 (44,5%). Gli uomini presentano livelli di eccesso di peso superiori alle donne (53,5% contro il 36,1%). Questo andamento si osserva in tutte le fasce di età, ed è particolarmente elevato nelle età centrali, in cui la quota degli uomini in eccesso di peso è circa del 40% superiore a quella delle donne.

L'eccesso di peso è più elevato al crescere dell'età (già a partire dalla fascia d'età 45-54 anni riguarda quasi 5 persone su 10), ed è particolarmente marcato nelle regioni del Sud (49,9% contro il 41% delle regioni del Nord-Ovest). Analizzando le due componenti di sovrappeso e obesità di cui è composto l'indicatore, nel 2023 si osserva un lieve aumento della proporzione di persone in condizione di obesità (11,3%), il che conferma la tendenza all'aumento che ha caratterizzato questo indicatore nel corso del lungo periodo (la quota di obesi era pari al 10% nel 2005). Rispetto al 2022, aumenta leggermente la quota di eccesso di peso nelle regioni del Centro e del Nord-Est, e viceversa si riduce leggermente nelle regioni del Sud (da 51,1% a 49,9%); la situazione si mantiene invece pressoché stabile nel Nord-Ovest.

Anche nel 2023 si conferma la forte associazione tra sedentarietà ed eccesso di peso: tali fattori di rischio, da soli o in associazione, riguardano, infatti, il 61,3% della popolazione adulta, con una quota di circa il 20% in cui si sovrappongono entrambe le caratteristiche. Inoltre, le quote di persone in eccesso di peso e di quelle sedentarie sono molto allineate per le donne che presentano livelli simili su entrambi i fattori di rischio, mentre tra gli uomini si osservano generalmente livelli più elevati di eccesso di peso a fronte di livelli più ridotti di sedentarietà. Sul territorio, invece, le quote di eccesso di ►►

► peso sono sempre superiori a quelle relative alla sedentarietà, fatta eccezione per il Mezzogiorno dove eccesso di peso e sedentarietà raggiungono analoghi livelli elevati.

### Consumo di alcol e abitudine al fumo

La rinuncia all'abitudine al fumo è fondamentale per prevenire le malattie respiratorie, in particolare la BPCO. Nel 2023, la proporzione di fumatori di 14 anni e più è pari al 19,9%. Tale quota è in lieve diminuzione rispetto al 2022, ma con un *trend* in marcato aumento se confrontata con il 2019 (18,7%). L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini che tra le donne (23,6% contro 16,4%); nel tempo la distanza di genere si è significativamente ridotta (era pari a 11,2 punti percentuali nel 2010, e arriva a 7,2 punti percentuali nel 2023), per la maggiore contrazione nel lungo periodo dei fumatori rispetto alle fumatrici (-4,9 punti percentuali tra gli uomini e -2,8 tra le donne tra il 2010 e il 2023). Quote più elevate di fumatori si osservano a partire dalla fascia di età dei giovani di 20-24 anni, fino a raggiungere il livello più elevato tra le persone di 25-34 anni (26,9%). Le prevalenze diminuiscono leggermente nelle fasce di età successive, mantenendosi tuttavia abbastanza stabili fino alle persone di 60-64 anni, e riducendosi in maniera più marcata tra la popolazione ultrasessantatreenne. Nel 2023, si osservano quote analoghe di fumatori nelle diverse aree del Paese, con valori che

si attestano al 19,7% nell'Italia Settentrionale, al 20,1% nel Mezzogiorno e al 20,2% nell'Italia Centrale. Tra il 2022 e il 2023 si evidenzia una riduzione della quota di fumatori nelle regioni dell'Italia Centrale, mentre la situazione risulta pressoché stabile nelle aree del Nord e del Mezzogiorno. C'è da dire che gli andamenti registrati già a partire dal 2019 nelle diverse Regioni hanno ridotto la distanza con il Centro, uniformando sul territorio i comportamenti nell'abitudine al fumo.

L'abitudine al consumo a rischio di bevande alcoliche ha riguardato nel 2023 il 15,6% della popolazione superiore ai 14 anni.

L'abitudine al fumo e il consumo non moderato di alcol sono fattori di rischio spesso associati. Si osserva come quasi una persona su quattro, oltre ad avere un comportamento di consumo di bevande alcoliche a rischio, sia anche fumatore (il 23,8% della popolazione di 14 anni e più), valore che si dimezza tra i non fumatori (10,8%). Se si considerano i forti fumatori, che fumano cioè almeno 20 sigarette al giorno, il valore risulta ancora più elevato (31,3%).

### Migliora l'aspettativa di vita ma si rinuncia a curarsi

La correzione dei fattori di rischio (attività fisica, dieta, consumo di alcolici, fumo) sarà la sfida per migliorare nei prossimi anni non solo l'aspettativa di vita, ma la qualità di vita nella popolazione anziana. Un altro aspetto

riguarda l'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare per coloro che sono affetti da gravi patologie croniche. Il rapporto BES analizza anche il fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie, per riconoscere il livello di equità nell'accesso ai servizi sanitari. L'indicatore esamina il mancato accesso a visite mediche - escluse quelle odontoiatriche - o agli accertamenti diagnostici ritenuti necessari in un anno, dovuto a problemi economici o legati alle caratteristiche dell'offerta, come le lunghe liste di attesa, o la difficoltà nel raggiungere i luoghi di erogazione del servizio. La quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta nel 2023 al 7,6% sull'intera popolazione, in aumento rispetto al 7,0% dell'anno precedente. Con 372 mila persone in più si raggiunge un contingente di circa 4,5 milioni di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di lista di attesa o di difficoltà di accesso. Tale incremento può attribuirsi a conseguenze dirette e indirette dello *shock* pandemico, come il recupero delle prestazioni in attesa differite per il COVID-19, o la difficoltà di riorganizzazione efficacemente l'assistenza sanitaria, tenuto conto dei vincoli a coprire l'aumento della domanda di prestazioni con un adeguato numero di risorse professionali e, non ultima, la spinta inflazionistica della congiuntura economica, che ha peggiorato la facoltà di accesso ai servizi ►►

## FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE IN ITALIA

### ► Sedentarietà

Il 34,2% della popolazione afferma di non svolgere alcuna attività fisica

### ► Eccesso di peso

53,5% nei maschi contro il 36,1% delle femmine

### ► Consumo giornaliero di 4 porzioni di frutta e/o verdura

Solo il 16,5 ha una dieta bilanciata

### ► Abitudine al fumo sopra i 14 anni

23,6% nei maschi contro 16,4% delle femmine

► sanitari. La quota della rinuncia a prestazioni sanitarie cresce all'aumentare dell'età. Nel 2023, partendo dall'1,3% rilevato tra i bambini fino ai 13 anni, la quota mostra un picco nell'età adulta tra i 55-59enni, dove raggiunge l'11,1%, per restare elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%). Tuttavia, l'incremento tra il 2022 e il 2023 riguarda solo la popolazione adulta (18-64 anni), che passa dal 7,3% all'8,4%. Si confermano le ben note differenze di genere: la quota di rinuncia è pari al 9,0% tra le donne e al 6,2% tra gli uomini, con un divario che si amplia ulteriormente nell'ultimo anno per l'aumento registrato tra le donne adulte. Sul territorio, l'incremento del 2023 rispetto all'anno precedente si concentra soprattutto al Centro (dal 7,0% all'8,8%) e al Sud (dal 6,2% al 7,3%), cosicché riemergono i differenziali geografici delle macroaree, che si erano attutiti tra il 2020 e il 2021 e completamente annullati nel 2022: nel Centro si registra la più alta quota di rinuncia (8,8%), segue il Mezzogiorno con il 7,7%, mentre il Nord con 7,1% mantiene lo stesso livello del 2022. Sono

poche le Regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019, sebbene qualcuna sia anche riuscita a ridurli ulteriormente. Nel Mezzogiorno spicca la Calabria, che ha ridotto la quota di persone che rinunciano a prestazioni rispetto al 2019 (-3 p.p.), con livelli di consumo di servizi sanitari già molto più contenuti rispetto al resto delle Regioni (nel 2019 era seconda solo alla Sardegna). La Sardegna, con i più alti tassi di rinuncia già nel 2019 (11,7%), continua ad aumentarli (13,7% nel 2023), pur avendo parzialmente recuperato il livello più elevato mai raggiunto da nessuna Regione nel 2021, ossia il 18,3%. Tra le Regioni del Centro, a parte la Toscana che torna al valore del 2019, il Lazio raggiunge il 10,5% (era al 6,9% nel 2022 e al 7,6% nel 2019) e le Marche il 9,7% (erano circa al 7% sia nel 2022 sia nel 2019). Nel Nord il tasso di rinuncia maggiore si registra in Piemonte, con l'8,8%, seguito dalla Liguria, con il 7,8% (entrambe le Regioni aumentano di 3 p.p. rispetto al 2019).

Nel 2023 il 4,5% della popolazione complessiva dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste d'attesa,

mentre il 4,2% lo fa per motivi economici. Rispetto al 2019, la quota di rinuncia causata dai tempi di attesa raddoppia quasi (era 2,8%), mentre si riallinea la rinuncia alle prestazioni per motivi economici (era infatti 4,3%). Rispetto al 2022, si consolidano quindi i noti problemi delle liste di attesa (+0,7 p.p.), ma cresce soprattutto la quota di chi rinuncia per motivi economici, che aumenta di 1,3 punti percentuali in un solo anno. Diventa invece residuale la quota di chi rinuncia alle prestazioni per problemi dovuti al COVID-19 (0,1%, era 5,9% nel 2021). Nel 2023, le disuguaglianze sociali nella rinuncia a prestazioni mostrano differenziali minori rispetto al periodo pre-COVID, e si annullano del tutto tra gli adulti di 45-64 anni: 10,4% tra coloro che hanno solo il titolo di studio della scuola dell'obbligo e 10,6% tra chi ha conseguito almeno una laurea. ■

*claudio.micheletto@univr.it*

# Ragazzi, non siete soli! Dalla rete sociale un aiuto per la salute mentale

**Sergio De Filippis**



**G**li adolescenti, sottoposti a parecchie pressioni anche a livello scolastico, sono inclini a sviluppare problemi di salute mentale: interazioni sociali ridotte, mancanza di supporto sociale e nuovi fattori di stress associati possono influire negativamente sulla salute mentale degli studenti e spingerli a sviluppare dipendenze. La rete sociale è allora un fattore importante per tamponare lo stress, e per aiutare i ragazzi a chiedere aiuto e a farsi ascoltare e capire dai propri genitori.

La depressione è una malattia comune, ed è tra le principali cause di disabilità in tutto il mondo. Le stime attuali suggeriscono che ogni anno la patologia colpisca il 5,4% della popolazione italiana di età pari o superiore a 15 anni, con una percentuale che arriva all'11,6% negli anziani (età ≥ 65 anni). La depressione occupa, tra le condizioni

che determinano disabilità, rispettivamente il terzo e il secondo posto nelle fasce d'età 10-14 e 15-24 anni.

Esiste infatti una sorta di terra di mezzo fra l'infanzia e l'età adulta, che è stata a lungo compresa nell'una o nell'altra categoria, senza che le fosse riconosciuta una propria specifica identità: l'adolescenza. Vi sono ovviamente ragioni culturali alla base di un così clamoroso non riconoscimento: nella cultura tribale, l'adolescenza è per così

dire "sdoganata" attraverso specifici rituali di passaggio, che spesso assumono l'aspetto di vere e proprie cerimonie religiose che hanno lo scopo di traghettare il giovane all'età adulta nel breve spazio richiesto per compiere e superare il rituale stesso.

Le moderne società hanno invece in qualche modo eliminato i propri rituali, forse per il decadere di una cultura religiosa, politica e sociale forte, o forse per la crescente attitudine degli adulti a voler ►►



► “spianare la strada” ai propri cuccioli; o ancora, perché l’accesso al mondo adulto è divenuto per i giovani sempre meno appetibile, quando non addirittura spaventoso.

La stessa cultura medica ha tardato ad attribuire una specificità a quest’età di mezzo: questo ritardo si evidenzia ancora oggi con una scarsissima diffusione di strutture sanitarie dedicate agli adolescenti.

Condizioni psicologiche gravi, come maggiore irritabilità, disattenzione, comportamento di attaccamento, disturbi del sonno, incubi, scarso appetito, agitazione, disattenzione e ansia da separazione, uso di sostanze, sono riportati da tutti i ragazzi, indipendentemente dalla loro età.

A questo dobbiamo aggiungere che la presenza della depressione in Italia è ulteriormente aumentata dall’inizio della pandemia di COVID-19, con un impatto senza precedenti sulla vita dei nostri ragazzi. Le chiusure nazionali delle scuole hanno infatti avuto un impatto negativo su oltre il 91% della popolazione studentesca mondiale. Questi ragazzi sono diventati fortemente irritabili, più morbosi nel rapporto coi propri genitori, e più dipendenti da essi a causa del cambiamento a lungo termine nella loro *routine*.

Inoltre, in seguito al confinamento prolungato in casa, l’aumento dell’utilizzo di Internet e dei *social media* da parte dei ragazzi li ha predisposti a utilizzare la rete in modo compulsivo, ad accede-



re a contenuti discutibili aumentando la vulnerabilità, e a subire atti di bullismo o abusi. Lo *smartphone* è diventato una parte essenziale della vita quotidiana, e alcuni ragazzi sviluppano un attaccamento al proprio dispositivo tale da provare ansia da separazione quando non è con loro, sviluppando così una vera e propria dipendenza.

Queste evidenze, unite alla varietà sintomatologica della depressione in senso lato (ansia, irritabilità, somatizzazioni, insonnia, suicidalità) sottolineano la necessità di un approccio precoce, multidisciplinare e personalizzato, che includa l’intervento farmacologico, ma che comprenda anche interventi psicosociali, psico-educazionali e psicoterapici atti a permettere di personalizzare la terapia in base alle necessità del paziente.

Il disagio psicologico può influenzare la motivazione, la concentrazione e le interazioni sociali negli adolescenti, fattore cruciale per il successo dei ragazzi nell’istruzione superiore. L’ansia continua a

essere la diagnosi più comune per tutti gli studenti di scuola superiore o dell’università. In particolare, le ragazze e gli individui che prima della pandemia mostravano un profilo psicologico più debole, hanno evidenziato un aumento del disagio.

Le giovani donne, in particolare, hanno riferito livelli più elevati di sintomi depressivi e stress percepito, e una minore capacità di gestire lo stress rispetto ai giovani uomini. I livelli pre-pandemici di sintomi depressivi, stress percepito e capacità di gestione dello stress, inoltre, sono risultati essere tra i più forti predittori di questi risultati durante la pandemia.

L’insorgenza di disturbi dell’umore in giovane età eleva il rischio di uso successivo di cannabis, con rischio di slatentizzare in età evolutiva disturbi psicotici e un decorso degli stessi in direzione di una compromissione cognitiva, ma anche di un aumento dell’impulsività e dell’ideazione suicidaria, con fenomeni sempre maggiori di *self-cutting*. ►►

► Anche il tasso di consumo di sostanze stupefacenti da parte degli adolescenti è attualmente in aumento: il monitoraggio del consumo di sostanze tra gli studenti consente di acquisire elementi importanti sugli attuali comportamenti a rischio dei giovani, e costituisce un indicatore delle potenziali tendenze future.

Si stima che nell'ultimo anno, in Europa, 18 milioni di persone di età compresa fra i 15 e i 34 anni abbiano fatto uso di cannabis, che 2,9 milioni abbiano assunto cocaina, che 2,3 milioni abbiano utilizzato MDMA, e che 1,4 milioni abbiano invece preso anfetamine ed eroina.

In Italia, il consumo *lifetime* riferito dagli studenti della stessa età si colloca a una percentuale del 28% per le sostanze illecite, con il 27% per l'uso di cannabis, mentre il 58% del campione ha fumato sigarette almeno una volta nella vita, e il 37% lo ha fatto nell'ultimo mese. A incidere negativamente sulla gravità di questo fenomeno



Freepik

sono altri due aspetti, ovvero: l'inizio precoce del consumo da un lato, e la disponibilità delle sostanze stesse dall'altro. Nel nostro Paese il 45% degli adolescenti ha già fatto uso di alcol all'età di 13 anni o prima, il 21% di sigarette, il 4% di cannabis e l'1% di ecstasy, amfetamina/metamfetamina e cocaina.

La diffusione del problema potrebbe mascherare la sua serietà. Ma è importante ricordare che l'uso di sostanze può compromettere la capacità dei giovani di soddisfare in modo adeguato i compiti evolutivi, e mettere in grave

pericolo lo sviluppo dell'identità, un tema centrale dell'adolescenza.

Campagne di informazione come "Non Sono Solo" mirano a sfatare tabù e pregiudizi sulla salute mentale che, ancora oggi, non consentono di parlare liberamente di patologie mentali, soprattutto tra i più giovani. Il progetto è stato ideato da Viatrix con lo scopo di affrontare la discussione sulla salute mentale attraverso l'informazione e l'educazione, sfruttando canali digitali, *web* e *social* capaci di raggiungere un ampio *target* di popolazione.

In questo contesto l'arte, la musica, la letteratura, e altre forme di cultura possono aiutare a gestire la salute mentale e il benessere di tutti. E oggi che la maggior parte dei messaggi viene trasmessa tramite *social*, personaggi conosciuti possono essere davvero in grado di svolgere un ruolo fondamentale nella promozione del benessere psicologico tra i giovani. ■

*sergio.deflippis@me.com*



iComp per freepik

# Comorbilità cardiovascolari nelle malattie ostruttive bronchiali

Ilaria Delfino<sup>1</sup>  
Paola Giuliano<sup>2</sup>



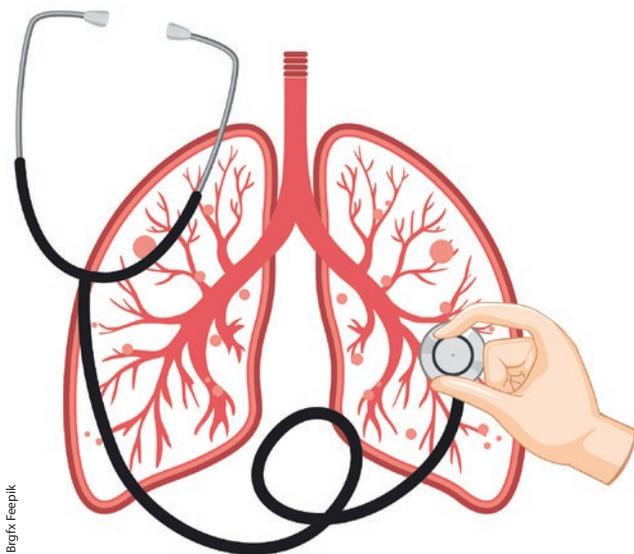
La letteratura sottolinea che le patologie cardiovascolari (CVD) costituiscono il primo fattore di rischio nelle donne, anche se negli ultimi dieci anni sono state scoperte molte differenze di genere clinicamente significative nei diversi fenotipi: numerosi studi hanno dimostrato, ad esempio, che dopo un evento cardiovascolare acuto le donne hanno un tasso di mortalità maggiore e una prognosi peggiore rispetto agli uomini. Un dato allarmante è dato dal fatto che la maggior parte delle donne ignora completamente il significato di “rischio cardiovascolare”, sia perché spesso gli operatori sanitari non le informano sufficientemente al riguardo, sia perché le donne sembrano essere meno consapevoli rispetto agli uomini del proprio pro-

filo di rischio cardiovascolare (si sottolinea: la letteratura segnala, ad esempio, che una donna su due potrebbe andare incontro ad *exitus* per disturbi cardiaci o ictus)<sup>1</sup>. È fondamentale valutare il proprio profilo di rischio cardiovascolare anche in assenza di sintomi o campanelli d'allarme, ed è pertanto opportuno fare una prima visita cardiologica dopo i 40 anni di età. I fattori di rischio modificabili (l'ipertensione arteriosa, il fumo, il colesterolo alto, l'obesità e il diabete) sono simili in entrambi i generi, e considerando la maggiore aspettativa di vita delle donne e il ruolo degli ormoni, le CVD si sviluppano negli uomini circa 5-10 anni prima. Esistono peraltro alcune notevoli differenze tra uomini e donne nell'entità degli effetti avversi cardiovascolari conferiti da questi fattori di rischio: mentre il diabete

è ad esempio un forte fattore di rischio per l'infarto del miocardio (IM) sia nelle donne che negli uomini, l'entità dell'eccesso di rischio conferito dal diabete è quasi del 50% maggiore nelle donne che negli uomini. Allo stesso modo, il fumo attivo, rispetto al non fumatore, è associato a un rischio in eccesso di infarto miocardico maggiore del 55% nelle donne. Deve essere comunque sottolineato che la prima manifestazione delle CVD è diversa tra i generi: le donne hanno maggiori probabilità di avere come primo evento un ictus, mentre gli uomini hanno maggiori probabilità di avere una malattia coronarica (CHD). Anche i sintomi di presentazione della malattia coronarica e dell'ictus possono essere diversi tra donne e uomini, il che può compromettere una diagnosi e una gestione tempestive. ►►

<sup>1</sup>Medico di Medicina Generale, Imperia

<sup>2</sup>Specialista in Geriatria, Sanremo (IM)



Bigfx Feepik

► Inoltre, sebbene le attuali linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari non distinguano generalmente tra donne e uomini, le donne spesso ricevono trattamenti inferiori<sup>2</sup>. Le patologie ostruttive bronchiali, asma bronchiale e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), condividono alcuni fattori di rischio con le CVD, come il fumo di sigaretta, l'inattività fisica, lo stile di vita non salutare e l'età avanzata, e sono caratterizzate da un'alta prevalenza di complicanze cardiovascolari, che si esprimono in modo differente nei due generi. È stato dimostrato che l'asma è significativamente associato al rischio di comorbilità cardiovascolari: in una recente metanalisi in cui sono stati inclusi un totale di 18 studi, è stato evidenziato in termini epidemiologici il possibile rischio di associazione tra asma bronchiale e quattro specifiche malattie cardiovascolari

(malattia coronarica, infarto miocardico, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco), e relativa probabilità di mortalità cardiovascolare. Rispetto al gruppo non asmatico, i pazienti asmatici avevano inoltre un rischio significativamente maggiore di successive malattie cardiovascolari (CHD, RR 1,33; 1,19-1,50, I<sup>2</sup>=80,3%;  $p<0,001$ ) e CVM (RR 1,35; 1,15-1,59, I<sup>2</sup>=0%;  $p<0,001$ ). Allo stesso modo, i rischi di insufficienza cardiaca (HF, RR 2,10; 1,98-2,22, I<sup>2</sup>=17,4%;  $p<0,001$ ) e di infarto miocardico (MI, RR 1,39; 1,16-1,66, I<sup>2</sup>=59,3%;  $p<0,001$ ) erano più elevati nella popolazione asmatica. Tuttavia, il rischio più elevato di fibrillazione atriale (RR 1,70; 1,45-2,00, I<sup>2</sup>=0%;  $p<0,001$ ) è stato osservato solo nella popolazione asmatica attiva. Le malattie cardiovascolari costituiscono pertanto importanti comorbilità nei pazienti asmatici rispetto ai pazienti

non asmatici; le donne hanno inoltre un rischio maggiore di malattia coronarica rispetto agli uomini, mentre i pazienti asmatici attivi hanno un rischio maggiore di mortalità cardiovascolare rispetto ai pazienti asmatici non attivi<sup>3</sup>.

Da un punto di vista epidemiologico, i pazienti affetti da BPCO sono particolarmente vulnerabili alle malattie cardiache. I dati epidemiologici indicano che le malattie cardiovascolari sono frequenti nei pazienti con BPCO e viceversa: ad esempio, la prevalenza di cardiopatia ischemica nei pazienti con diagnosi di BPCO varia dal 4% fino al 60%, mentre la BPCO viene riportata nel 30% dei pazienti con malattia coronarica, e tali dati di prevalenza sono in generale significativamente più elevati rispetto al gruppo di controllo. Fattori di rischio comuni (il fumo di sigaretta, l'inattività fisica, lo stile di vita non salutare e l'età avanzata) possono giustificare la loro correlazione epidemiologica, oltre ad altri meccanismi come un'alterata risposta infiammatoria sistemica e insulto endoteliale, possono spiegare il *link* tra i due organi<sup>4</sup>. I sintomi della BPCO quantificati dai singoli *item* CAT e della mMRC hanno infine mostrato correlazioni con lo stato funzionale e clinico della patologia cronica bronchiale evolutiva, così come con le comorbilità CV, che differivano tra gli uomini e le donne. Ne emerge, ad esempio, come potenziale applicazione, che nella diagnosi di BPCO la rilevazione ►►

▶ di punteggi elevati della scala CAT dovrebbe suggerire un *iter* diagnostico sul versante cardiovascolare<sup>5</sup>. Disfunzione ventricolare sinistra, ipertensione polmonare, disfunzione ventricolare destra, aritmie e malattia coronarica ischemica sono conseguenze note legate alla progressione della malattia BPCO. La mortalità dovuta a malattia cardiaca nei pazienti con BPCO moderata è superiore alla mortalità correlata all'insufficienza respiratoria. In occasione del XLII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM) svoltosi a Parma il 26, 27 e 28 aprile 2024 (il cui titolo "Curare il cuore e custodire il cervello - Dalla Medicina di Genere alla Medicina Integrata dei Sistemi" sottolinea come la complessità di un organismo vivente non sia limitato alle

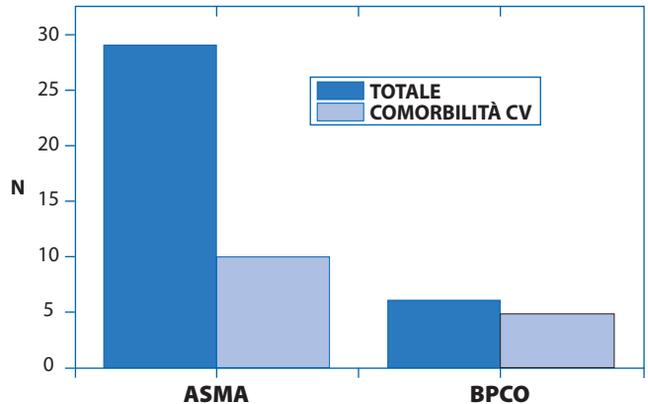
sole caratteristiche delle sue singole parti o organi, ma da un insieme di sistemi complessi e reti biologiche sottostanti le cui dinamiche sono alla base dello stato di salute) la sezione A.I.D.M. di Sanremo - Imperia ha presentato e discusso un *abstract* il cui obiettivo era portare all'attenzione come le pneumopatie croniche ostruttive rientrano in un *network* complesso "polmone-cuore" con reti biologiche "disregolate" che possono comportare ripercussioni a distanza sul versante cardiovascolare. In questa complessa rete l'interleukina-33 (IL-33), uno dei componenti della superfamiglia interleukina-1 (IL-1), gioca un ruolo importante nella fisiopatologia sia dell'asma bronchiale, anche allergico, sia della BPCO, ma anche dello

scenno cardiaco. Il recettore ST2 [isoforma solubile (sST2) circolante nel sangue, e una legata alla membrana cellulare (ST2 L)] dell'IL-33 è coinvolto nella patogenesi delle patologie ostruttive bronchiali, ma anche nella fibrosi cardiaca interstiziale riparativa post-ischemia acuta e nel conseguente *remodelling* cardiaco disfunzionale; in particolare, l'aumento della sST2 nello scompenso cardiaco è un *biomarker* prevedibile di rischio di scompenso cardiaco<sup>6</sup>. Ci si è posti il quesito se l'asma bronchiale e la BPCO possano essere considerati possibili fattori di rischio di CVD: l'*abstract*, frutto del lavoro multidisciplinare tra Medico di Medicina Generale (MMG), Pneumologo, Cardiologo e Geriatra, ha avuto l'obiettivo di raccogliere dati relativi a comorbilità cardiovascolari in ▶▶



► un campione di donne affette da asma bronchiale o BPCO che afferivano allo studio del MMG. Il campione analizzato (database 2023 *Millewin* dei Medici di Medicina Generale), sia pur limitato a fronte delle restrizioni ancora vigenti all'atto del reclutamento verso l'esecuzione degli esami spirometrici conseguenti alla pandemia SARS-CoV-2, è costituito da 36 pazienti donne affette da patologia ostruttiva bronchiale, età media 57,8 ( $\pm 20,3$ ), di cui 29 con asma bronchiale, età media 53,6 ( $\pm 19,6$ ), 6 con BPCO, età media 74,8 ( $\pm 13,4$ ).

Nel campione con asma bronchiale si riscontravano differenti fenotipi di CVD: 9 ipertensione arteriosa, 1 cardiopatia ipertensiva, 2 sindrome apnee ostruttive (OSA) con ipertensione arteriosa. Nel campione con BPCO: 3 ipertensione arteriosa, 1 cardiopatia ipertensiva, 1 scompenso cardiaco cronico con fibrillazione atriale cronica. L'83% delle pazienti affette da BPCO presentano dunque comorbidità cardiovascolari a fronte del 34% delle pazienti affette da asma bronchiale (Figura 1). L'analisi dei dati effettuata con il test esatto di Fisher mostra che la differenza fra le percentuali di pazienti asmatiche e pazienti BPCO con comorbidità cardiovascolari non è significativa ( $p = 0.064$ ), ma la limitatezza del reclutamento fa sì che la potenza del dato sia bassa (0,55) e suggerisce la necessità di un aumento della numerosità del campione per avere una risposta dirimente da confrontare con i dati di letteratura. A



**Figura 1.** Confronto tra comorbidità CV in pazienti donne affette da asma bronchiale e BPCO.

fronte del comprovato rischio di comorbidità cardiovascolare nei pazienti con asma bronchiale e BPCO, il lavoro presentato conferma come tale associazione sia da tenere in dovuta considerazione nella *real life*, suggerendo la necessità di un possibile lavoro in rete al fine di poter disporre di dati oggettivi, da confrontare con studi precedenti. ■

ilaria.delfi@gmail.com

paola.dott.giuliano@gmail.com

### Bibliografia

- 1) SUMAN S, PRAVALIKA J, MANJULA P, FAROOQ U. *Gender and CVD – Does it really matters?* Curr Probl Cardiol 2023; 48:101604.
- 2) PETERS SAE, WOODWARD M. *Sex and gender matter in cardiovascular disease and beyond.* Heart 2022;108:994-5.
- 3) HUA ML, LI L, DIAO LL. *Bronchial asthma and risk of 4 specific cardiovascular diseases and cardiovascular mortality: a meta-analysis of cohort studies.* Eur Rev Med Pharmacol Sci 2022;26:5081-91.
- 4) ROVERSI S, FABBRI LM. G. *Interazioni cuore-polmoni: la broncopneumopatia cronica ostruttiva e la cardiopatia ischemica.* Ital Cardiol 2018;19:153-60.

5) TRUZINSKI FC, KELLERER C, JÖRRES RA. *Gender-specific differences in COPD symptoms and their impact for the diagnosis of cardiac comorbidities.* Clin Res Cardiol 2023;112:177-86.

6) NASAB EM, MAKOEI RH, AGHAJANIET H, ET AL. *IL-33/ST2 pathway as upper-hand of inflammation in allergic asthma contributes as predictive biomarker in heart failure.* ESC Heart Fail 2022;9:3785-90.

# Obesità e sindrome metabolica come fattori aggravanti delle patologie respiratorie

Gennaro D'Amato



La pandemia di COVID, con l'obbligo e la necessità di restare in casa per ridurre il rischio di infettarsi, ha certamente indotto un aumento generalizzato del peso corporeo, e ciò a sua volta ha portato a una maggiore difficoltà respiratoria e, in alcuni casi, anche ad un aumento dell'OSA (*Sleep Apnea*), visto che questa patologia è spesso correlata all'obesità. Ma cosa si intende per obesità?

La diagnosi di sindrome metabolica, la cui prevalenza aumenta man mano che l'età avanza, è in costante crescita.

La sindrome metabolica è una condizione clinica caratterizzata dalla presenza contemporanea di più malattie e/o fattori predisponenti, quali ipertensione arteriosa, dislipidemia, iperglicemia e obesità addominale. Essa viene diagnosticata sulla base della presenza di almeno tre dei seguenti criteri diagnostici forniti, nel 2001, dal National Cholesterol Edu-

*Pneumologo e Allergologo, Napoli*

## OBESITÀ E SOVRAPPESO SECONDO L'OMS

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), una persona è in sovrappeso se ha un indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9 Kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori di peso ed altezza. Una persona è invece obesa se ha un indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0 Kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori di peso e altezza.

Le cause principali che portano all'obesità sono un'alimentazione ipercalorica e l'inattività fisica, che generano uno squilibrio tra le calorie assunte e quelle bruciate. L'attività fisica consente infatti non solo di bruciare calorie durante l'attività, ma anche di incrementare il metabolismo basale a riposo.

In Italia i dati ISTAT relativi all'anno 2023 rilevano che la quota in sovrappeso nella popolazione adulta è pari al 36,1% (maschi 43,9%, femmine 28,8%) mentre gli obesi sono l'11,5% (maschi 12,3%, femmine 10,8%).

cation Program (NCEP) Adult Treatment Panel (ATP) III:

- ▶ circonferenza vita  $\geq 102$  cm negli uomini e  $\geq 88$  cm nelle donne;
- ▶ glicemia a digiuno  $\geq 100$ ;
- ▶ pressione arteriosa  $\geq 130/85$ , ipertensione;

- ▶ trigliceridi a digiuno  $\geq 150$  mg/dL, ipertrigliceridemia;
- ▶ colesterolo HDL (il colesterolo cosiddetto 'buono')  $< 40$  mg/dL per gli uomini e  $< 50$  mg/dL per le donne.

Le cause della sindrome metabolica sono da ricercare ►►

## LA SINDROME METABOLICA

Con il termine "Sindrome metabolica" s'intende una combinazione di sintomi legati all'obesità, che determina il rischio d'insorgenza di diabete di tipo 2, di malattie cardiovascolari e di ictus. Essa interessa quasi la metà della popolazione adulta sopra i 50 anni, ma la sua incidenza negli ultimi anni è in continuo aumento anche tra gli adolescenti e i giovani adulti, proprio in seguito al dilagare dell'obesità.

▶ soprattutto in stili di vita non corretti, dove prevalgono la sedentarietà e un'alimentazione non equilibrata, ma è anche possibile che il paziente presenti familiarità con una presenza di fattori genetici come il diabete, che possono predisporre al suo sviluppo. Più alto è il numero di condizioni correlate di cui si soffre, maggiore è la probabilità di sviluppare la sindrome metabolica.

Tra i principali campanelli d'allarme vi sono:

- ▶ l'incremento dell'indice di massa corporea (BMI  $\geq$  30);
- ▶ la presenza di una circonferenza addominale eccessiva.

La sindrome metabolica, però, si caratterizza per l'assenza di sintomi specifici; quindi, è di fondamentale importanza porre attenzione ai fattori di rischio che possono predisporre l'insorgenza di tale condizione, quali:

- ▶ obesità addominale;
- ▶ ipertensione;
- ▶ familiarità per diabete;
- ▶ resistenza insulinica (il che comporta che alcune cellule del nostro organismo, soprattutto muscolari e adipose, siano meno sensibili all'azione dell'insulina, l'ormone rilasciato dal pancreas per abbassare la glicemia);
- ▶ ipertrigliceridemia;
- ▶ bassi valori di colesterolo HDL.

In generale, una persona con sindrome metabolica ha un rischio aumentato di incorrere in:

- ▶ patologie cardiovascolari, quali aterosclerosi, infarto del miocardio, ictus;
- ▶ patologie metaboliche, come ad esempio diabete di tipo 2,



dislipidemia, steatosi epatica e steatoepatite-cirrosi metabolica;

- ▶ patologie oncologiche, come tumore al seno, al colon, all'esofago, e altre.

### **Prevenzione e cura**

Innanzitutto è bene ricordare che i pazienti a rischio devono rivolgersi al proprio medico o a centri specializzati, in modo da essere correttamente presi in carico e indirizzati. Prevenire la sindrome metabolica è in parte possibile:

- ▶ mantenendo un peso adeguato;
- ▶ evitando sovrappeso e obesità;
- ▶ adottando un regime dietetico equilibrato;
- ▶ smettendo di fumare;
- ▶ svolgendo regolarmente attività fisica.

Il trattamento della sindrome metabolica, quindi, si basa sulla riduzione/controllo del peso corporeo attraverso:

- ▶ una restrizione calorica derivante da una dieta bilanciata;
- ▶ un aumento del dispendio energetico ottenuto tramite un'attività fisica prevalentemente aerobica.

L'attività fisica, infatti, consente un maggiore controllo dei valori di pressione arteriosa, glicemia, trigliceridi e di aumentare il colesterolo "buo-

no", HDL. Per questo, è raccomandabile eseguire quotidianamente almeno 30 minuti di attività fisica aerobica, come una camminata a passo veloce.

Anche la dieta del paziente dev'essere modificata, perché sia:

- ▶ ricca in verdura, frutta, cereali integrali, proteine vegetali, carni magre, pesce;
- ▶ povera in grassi saturi, carni rosse, insaccati, sale, zuccheri aggiunti.

Se le modifiche delle norme dietetico-comportamentali non saranno sufficienti per trattare adeguatamente questa sindrome, il medico potrà ricorrere a farmaci specifici per il trattamento della pressione arteriosa, dell'iperglicemia e della dislipidemia.

Per il trattamento dell'iperglicemia di bassa entità, generalmente è sufficiente l'ipoglicemizzante metformina a dosi da 500 o 1.000 mg una o due volte al giorno. Recentemente, in funzione di antidiabetici, sono stati introdotti farmaci prodotti in Danimarca e molto utilizzati negli USA per effetti dimagranti come la semaglutide, la cui prescrizione in Italia è tuttora limitata dall'AI-FA nel contesto della terapia del diabete mellito di tipo 2. ■

*gdamatomail@gmail.com*

# Nuova vita per l'Ospedale Forlanini

**Salvatore D'Antonio**



A distanza di 10 anni dalla chiusura definitiva, si apre una nuova prospettiva per quella che è stata per decenni la più bella struttura ospedaliera al mondo: il Forlanini di Roma.

Già nel 1925 nasceva l'esigenza di affrontare una delle piaghe sociosanitarie più importanti in Italia: la Tuberculosis (TBC). La situazione si era particolarmente aggravata dopo il primo conflitto mondiale, quando dai campi di detenzione austriaci furono rimpatriati 11.000 prigionieri affetti dalla malattia tubercolare, che si aggiunsero alla popolazione civile affetta dalla patologia. Nel 1918 la mortalità in Italia per TBC, che prima del 1915 si attestava a circa 50.000 decessi/anno, toccò la cifra di 73.000 decessi, determinando evidenti sofferenze umane e notevoli ripercussioni sociali ed economiche.

*Pneumologo, già Dirigente medico Ospedale San Camillo-Forlanini, Roma*

Fu il professor Eugenio Morelli a ideare e a farsi promotore di un programma di assistenza che prevedeva l'edificazione di una catena di sanatori provinciali per curare e isolare i malati in modo che non contagiassero le persone sane, ottenendo per il suo progetto un enorme sforzo economico e tecnico per una Nazione ancora a prevalente struttura agropastorale, provata dalla guerra, e messa in difficoltà anche da un'altra problematica sanitaria: la malaria. Fu quindi stanziato un contributo iniziale di ben 3 milioni di lire per la costruzione, a Roma, di un grandioso sanatorio affidato agli ingegneri Ugo Giovannozzi per l'estetica, e a Giulio Marconigi e Ferdinando Poggi per la parte tecnica. Il 30 marzo 1939 il comitato esecutivo deliberò l'erogazione di 11 milioni di lire per completare gli aggiuntivi lavori di costruzione. Oltre a ciò, ci fu anche

un premio di accelerazione di 5.000 lire per ogni giorno di anticipo sul termine di ultimazione contrattuale assegnato alla Ditta Bassanini.

In meno di quattro anni, quindi, dal 1930 al 1934, il Forlanini fu costruito. Era una struttura immensa, con la sua originale forma a ferro di cavallo chiaramente visibile nelle foto dall'alto, esteso per 280.000 m<sup>2</sup> (pari a 15 campi di calcio) su una superficie di 18 ettari, circondato da parchi e giardini per 20.000 m<sup>2</sup>: qui erano stati piantati migliaia di alberi ad alto fusto, tra i quali diverse essenze esotiche che rendevano l'aria balsamica, con esemplari di Ginkgo Biloba e rare specie di palme, tanto che secondo diversi naturalisti il parco del Forlanini costituisce ancor oggi un palinsesto storico-botanico di altissimo pregio, che per un certo periodo è stato possibile anche visitare.

All'interno di questo parco ci sono 10 km di viali (illumi- ►►



Veduta aerea del Forlanini

Copyright A.O. San Camillo Forlanini

▶ nati di notte), dove per alcuni anni si sono svolte gare di ciclocross valide per il circuito del campionato mondiale.

Le strutture di degenza a padiglioni rispondevano ai più moderni criteri di architettura ospedaliera per un'epoca pre-antibiotica, al fine di evitare la propagazione di infezioni. Nelle stanze di degenza, i circa 2.000 degenti previsti (che in certi periodi arrivarono al numero record di 4.000) avevano a disposizione cuffie per ascoltare musica e programmi trasmessi da una centrale radiofonica situata nei sotterranei; a loro era assicurato un adeguato ricambio d'aria grazie alla generosa metratura, a infissi dotati di sistemi vasistas e a lunghe e larghe balconate, tutte orientate a ponente, sulle quali si poteva passeggiare prendendo aria, e soprattutto

riposare sdraiati al sole, come descritto da Thomas Mann nella *Montagna incantata*, riparati da un sistema di tapparelle meccanizzate elettricamente posizionate sia in alto che lateralmente, per riparare dal vento.

All'interno dei fabbricati sono state evitate tutte le possibilità di accumulo di polvere e quindi di microorganismi: non esiste infatti alcuna anngolazione, grazie agli accorgimenti nella smussatura di tutte le mura di tramezzatura e al posizionamento di apposite maioliche e mattonelle arrotondate nelle zone terminali di rivestimento. Inoltre non esistono caloriferi, ma il riscaldamento è assicurato da un sistema di serpentine sistemate sotto i pavimenti e all'interno delle murature.

Per la costruzione degli edifici fu estratto tufo da una

cava realizzata all'interno del cantiere stesso, forse ampliandone una già esistente in precedenza. Da questi scavi è risultato un enorme ambiente sotterraneo di 7.000 metri quadrati, alto circa 10 metri, il che rese necessaria la costruzione di pilastri per assicurarne la stabilità: qui si creò un grande serbatoio di acqua di falda che sgorga da una fonte naturale, potabilissima e paragonabile, per purezza, a quella di un lago appenninico, per cui inizialmente è stata utilizzata per le necessità dell'ospedale, e successivamente per innaffiare i giardini. Inoltre all'interno della cava trovarono posto, grazie alla temperatura che si mantiene costante durante tutto l'anno attorno a 13 gradi, il magazzino per le derrate alimentari, scorte di vino e orci per l'olio. ▶▶



Copyright A.O. San Camillo Forlani

Cortile interno



Copyright A.O. San Camillo Forlani

Balconata



Copyright A.O. San Camillo Forlani

Il Reparto pediatrico nel 1940

▶ Oltre a quanto descritto, particolare importanza era data alla necessità di assicurare un adeguato apporto calorico nutrizionale a pazienti per cui l'insufficiente alimentazione era una delle cause della malattia. Al Forlanini c'erano sei cucine, di cui una – la centrale – immensa, di circa 1.800 mq, maiolicata, con attrezzature di prim'ordine, dotata di grandi fuochi, tavole calde a vapore, pentoloni per la bollitura del latte, e varie colonne aerotermiche che potevano espellere 30.000 metri cubi di fumi provenienti dalla cottura del cibo giornaliero: negli anni Quaranta del Novecento si parlava di circa 600 kg di pasta, 200 kg di verdure, 100 kg di carne, un quintale di condimenti, duecento chili di grassi, oltre a un quintale di pelati e pomodoro, 750 chili di pane, 650 litri di vino dei Castelli Romani, più di 1.000 litri di acqua minerale, 100 chili di biscotti, 30 chili tra cacao e cioccolato, 12 chili di caffè, 700 litri di latte, oltre 100 chili di zucchero e un quintale e mezzo di frutta.

Straordinario era anche il sistema del trasporto del vitto, grazie a carrelli che viaggiavano al soffitto con un sistema aereo di nastri trasportatori lungo circa 3 km, controllati su pannelli luminosi, che assicuravano alle vivande una traiettoria pulita senza ostacolare le normali attività di reparto fino all'arrivo nelle varie postazioni. Questa soluzione venne imitata in vari ospedali nel mondo, con tanto di targa

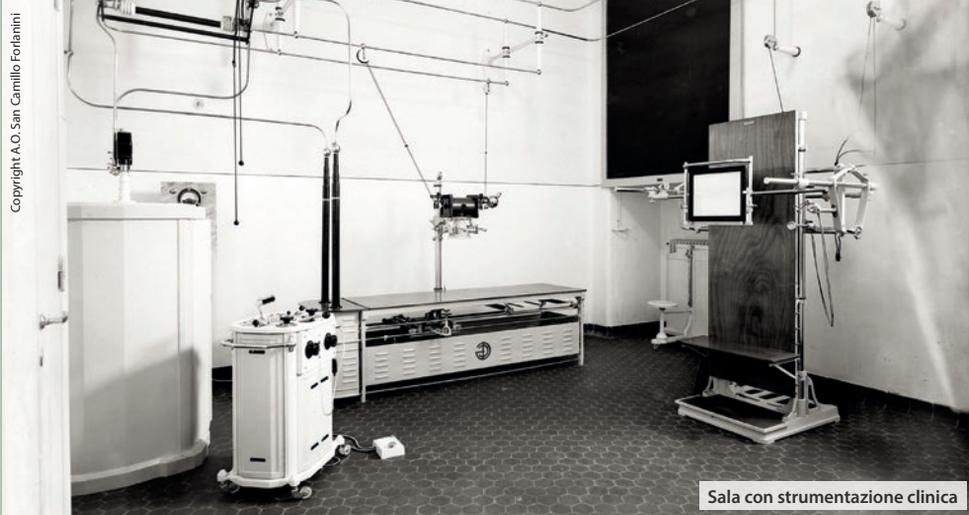
che riconosceva all'Ospedale Forlanini questa invenzione.

In un'epoca in cui non era neanche immaginabile la dotazione di telefoni cellulari o cercapersone, era stato inoltre attuato un ingegnoso sistema di allarme, che grazie a una segnalazione acustica associata a una combinazione visiva illuminata da vari colori in appositi segnalatori distribuiti lungo i corridoi dell'immensa struttura, consentiva all'interessato – tra 100 medici, 17 tecnici, 30 caposala, 82 infermieri e altri 900 fra cuochi, giardinieri, elettricisti, falegnami, artigiani, operai e guardie armate – di contattare il centralino per avere disposizioni.

All'interno del sanatorio vi era anche un teatro da 800 posti, dotato di un moderno impianto di luci graduabili capaci di simulare aurore e tramonti, di pannelli fonoassorbenti, di camerini e di una sofisticata cabina di regia. Oltre che per spettacoli teatrali – qui ricordiamo che iniziò a recitare un giovane Nino Manfredi, degente nel nosocomio – l'ampio salone era utilizzato tre volte la settimana per proiezioni cinematografiche destinate ai ricoverati, per cerimonie celebrative e per concorsi d'arte. Nel 1950 vi si tenne il quinto Congresso Italiano di Tisiologia, il primo a carattere internazionale di medici specialisti delle malattie del torace sull'argomento della tubercolosi, che registrò anche la partecipazione di Alexander Fleming, famoso per la scoperta della penicillina.

L'Ospedale Carlo Forlanini fu la prima grande struttura al mondo dedicata esclusivamente alla cura della tubercolosi; in esso, infatti, fu scoperto e messo a punto nel 1960 da parte di numerosi medici e ricercatori guidati dal Prof. Attilio Omedei Zorini, il metodo di "Chemio-Profilassi Anti-tubercolare mediante Isoniazide", risultato molto efficace e perciò in seguito applicato in tutto il mondo per la prevenzione della tubercolosi nelle persone ancora sane ma esposte al contagio (ad esempio in ambienti familiari, miniere, manicomi, carceri). Proprio per tale motivo l'Ospedale Carlo Forlanini fu scelto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come sede di formazione dei medici, provenienti dai vari Stati, destinati a organizzare la lotta antitubercolare nel proprio Paese. Il Forlanini fu anche sede dell'IFA (International Forlanini Association), associazione costituita tra i medici stranieri che lì si erano perfezionati: oltre 600 ex-allievi di tutte le nazioni, che hanno diffuso nel mondo il nome e le conquiste scientifiche dell'Ospedale. La Cattedra Universitaria di Roma con sede al Forlanini fu seconda nel mondo, dietro soltanto a quella della Sorbona di Parigi.

Particolare interesse e rilievo scientifico va riconosciuto a un'altra eccezionale realtà: il "Museo anatomico Eugenio Morelli dell'Ospedale Forlanini" con la sua straordinaria raccolta di significativi reperti che rendono la collezione un *unicum* nel panorama ▶▶



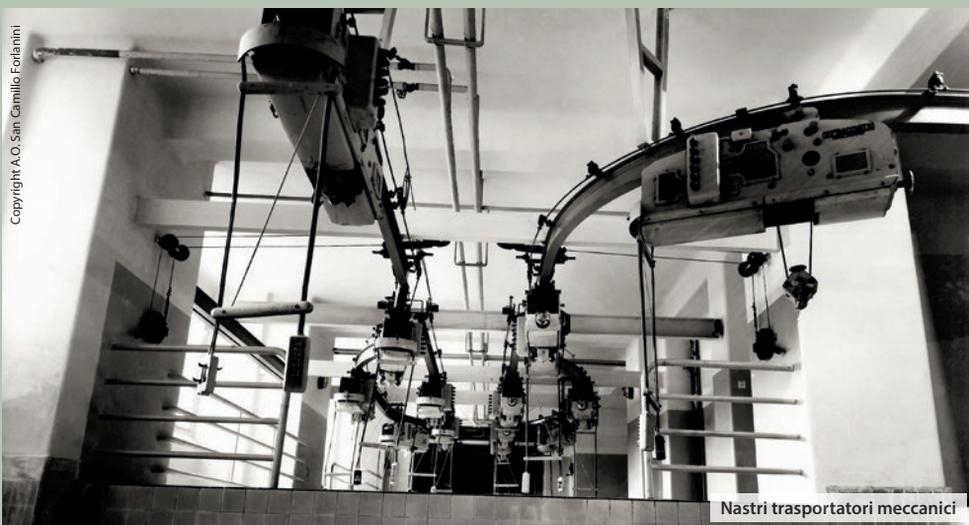
Copyright A.O. San Camillo Forlanni

Sala con strumentazione clinica



Copyright A.O. San Camillo Forlanni

Il refettorio

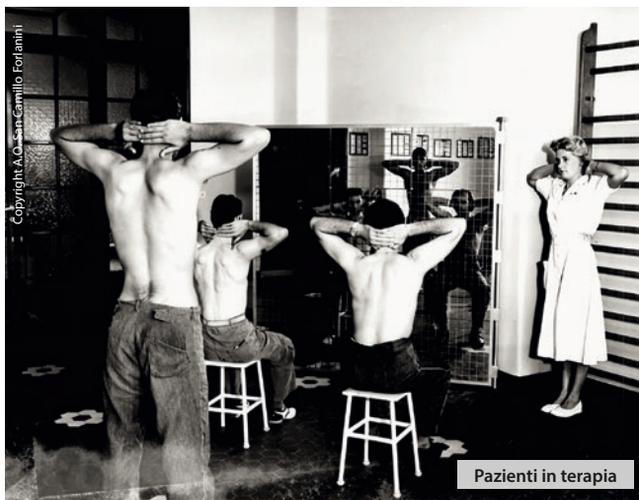


Copyright A.O. San Camillo Forlanni

Nastri trasportatori meccanici

▶ ma italiano, europeo e forse mondiale. Organizzato in diverse sale espositive, estese per 1.200 metri quadrati, il Museo, nato nel 1941 per volere dell'omonimo allievo di Carlo Forlanini, si articola in quattro sezioni: Anatomia umana normale, Anatomia patologica, Anatomia radiologica e Anatomia chirurgica. Considerato l'alto valore storico, didattico e scientifico, è oggi inserito nel circuito del Museo della Scienza e dell'Informazione Scientifica (MUSIS). L'esistenza di preparati relativi a quadri patologici non più riscontrabili attualmente, specie in campo tubercolare, ne sottolinea il valore di irripetibile testimonianza.

Ma che ne è del Forlanini oggi? Ebbene, questo enorme patrimonio architettonico, storico e scientifico è stato chiuso nel 2015, e lasciato in balia dell'abbandono e del degrado. Abbiamo purtroppo assistito all'infiltrazione di sbandati e tossicodipendenti, registrando anche la morte di una giovane per



Pazienti in terapia

*overdose* nelle strutture ormai fatiscenti. Da alcuni anni l'Arma dei Carabinieri ha istituito un presidio in una delle palazzine, assicurando un controllo, anche se parziale, della struttura, e riducendo le spese della vigilanza assicurata dall'Italpol.

Recentemente, una nuova prospettiva sembra però riportare finalmente il Forlanini alla sua vocazione assistenziale, grazie alla proposta di permettere all'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma di spostare la sua sede

centrale in una struttura – il Forlanini, appunto – adeguata alla rilevanza internazionale che riveste, e che attualmente risulta sacrificata nella sede del Gianicolo, ampiamente sottodimensionata rispetto alle esigenze scientifiche e assistenziali riconosciute alla struttura.

Questa prospettiva non è però scevra da problemi, considerata innanzitutto la necessità di dare alla nuova sede una veste extraterritoriale, in quanto il Bambin Gesù è di proprietà della Città del Vaticano. L'istituzione di un Centro di assistenza pediatrica si troverebbe poi a competere con l'attività del Reparto di Pediatria dell'Ospedale San Camillo, situato a pochi metri di distanza. Non risulta inoltre chiaro a chi spetterebbero le spese di ristrutturazione, e quale capacità e programmazione di degenza dovrebbe avere una struttura concepita originariamente per circa 2.000 posti letto. ■

[skip50@libero.it](mailto:skip50@libero.it)



La sala operatoria

# 2100, Odissea della natalità: crollo nel 97% dei Paesi, malissimo l'Italia

**Alessandra Rozzi**



**E**ntro il 2100 l'umanità non si estinguerà. Sembra però destinata a cambiare caratteristiche, e per quella data sarà di certo un'umanità profondamente diversa. A fine XXI secolo, secondo lo studio del Global Burden of Disease (GBD) 2021, pubblicato da *Lancet*, il 97% dei 204 Paesi considerati avrà infatti tassi di fertilità inferiori a quelli sufficienti per assicurare il ricambio "alla pari" della popolazione, ovvero quel che basta per mantenere costante la popolazione nel tempo. Ma a fronte del crollo demografico previsto nei Paesi sviluppati a medio e alto reddito, altri Paesi – a basso reddito, e in particolare quelli dell'Africa sub-sahariana – conserveranno tassi di fertilità (TFR) relativamente elevati, consentendo l'aumento della popolazione nelle rispettive aree geografiche.

Quel che ci attende è insomma un pianeta spacca-

to in due fin dalla culla, con conseguenze che si prospettano epocali a livello di modelli economici e sociali.

E a mettere il dito nella piaga non è certo un'istituzione qualsiasi: è il GBD, appunto, capitanato dall'IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) di Seattle, dove confluiscono i dati provenienti dai sistemi di sorveglianza dei diversi Paesi monitorati, col risultato di un colossale archivio su cui si basa – quanto a consapevolezza, scelte strategiche e politiche, ma non solo – tutta la scienza medica occidentale. Qualche numero? 459 esiti sanitari e fattori di rischio raccolti, che forniscono una base formidabile per comprendere tendenze e sfide della salute globale; 204 Paesi e territori più decine di località minori, che indicano le tendenze a livello regionale; 12.000 collaboratori da oltre 160 Paesi e regioni, incaricati della verifica di fonti, dati e stime del GBD.

## Lo studio GBD sulla fertilità mondiale

Il primo *step* considerato dallo studio di *Lancet* è il 2050. Le stime prevedono che entro quella data, 155 Paesi e territori su 204 (il 76%) saranno al di sotto del livello di sostituzione della fertilità. Quota che salirà fino a raggiungere 188 Paesi su 204 (il già citato 97%, appunto) entro il 2100.

“Nel periodo compreso tra il 1950 e il 2021 – si legge infatti nello studio – il TFR globale si è più che dimezzato, passando da 4,84 a 2,23. I nati vivi annuali a livello globale hanno raggiunto un picco di 142 milioni nel 2016, scendendo a 129 milioni nel 2021. I tassi di fertilità sono diminuiti in tutti i Paesi e territori dal 1950, con il TFR che nel 2021 rimane al di sopra di 2,1... in 94 Paesi e territori (46,1%). Questo dato include 44 dei 46 Paesi dell'Africa sub-sahariana, che è la super-Regione con la quota ►►

► maggiore di nati vivi nel 2021 (29,2%)”.

La tendenza? Drammatica, e in accelerazione: “Secondo le proiezioni i tassi di fertilità futuri continueranno a diminuire in tutto il mondo, raggiungendo un TFR globale di 1,83 nel 2050, e di 1,59 nel 2100” si legge nello studio. Ancora: “Il numero di Paesi e territori con tassi di fertilità che restano al di sopra della soglia di sostituzione è stato previsto in 49 (24%), e solo 6 (2,9%) nel 2100, con 3 di questi 6 Paesi inclusi nel gruppo a basso reddito definito dalla Banca Mondiale nel 2021, tutti situati nella superregione GBD dell’Africa Subsahariana”.

In pratica, spiega meglio lo stesso studio, “la fertilità è in calo a livello globale, con tassi al di sotto del livello di sostituzione in più della metà di tutti i Paesi e territori nel 2021... Inoltre, la distribuzione dei nati vivi nel mondo si sta spostando, con una percentuale maggiore nei Paesi più a basso reddito. In futuro i tassi di fertilità continueranno a diminuire in tutto il mondo, e rimarranno bassi anche in caso di attuazione efficace di politiche pro-natali. Questi cambiamenti avranno conseguenze economiche e sociali di vasta portata, a causa dell’invecchiamento della popolazione e della diminuzione della forza lavoro nei Paesi a più alto reddito, combinati con una quota crescente di nascite nelle regioni più povere del mondo”.

Scendiamo nei particolari: fanalini di coda nella classifica

dei TFR sono Corea del Sud e Serbia, con meno di 1,1 figlio per donna. Al contrario, l’Africa sub-sahariana va forte, con un TFR regionale vicinissimo al doppio della media globale: 4 figli per donna nel 2021. Il Ciad, poi, batte tutti, con il TFR più alto del mondo, pari a 7 nascite per ogni donna. Quanto ai 6 Paesi che nel 2100 avranno un TFR superiore a 2,1 figli per donna, eccoli: Samoa, Somalia, Tonga, Niger, Ciad e Tagikistan. Mentre a far da contraltare ci saranno altri 13 Paesi, tra cui Bhutan, Bangladesh, Nepal e Arabia Saudita, in cui i tassi scenderanno al di sotto di una nascita per donna.

La media europea? Nell’Europa occidentale il TFR al 2050 sarà pari a 1,44, e scenderà a 1,37 nel 2100. I tassi più elevati del continente spetteranno a Islanda, Danimarca, Francia e Germania con TFR compresi, nel 2100, tra 2,09 e 1,40.

Le previsioni suggeriscono, insomma, che entro il 2100, le maggiori concentrazioni di nati vivi si sposteranno verso orizzonti a basso reddito, e

in particolare in un gruppo di Paesi e territori dell’Africa sub-sahariana tra i più vulnerabili. Al di fuori di queste aree a basso reddito, la maggior parte dei Paesi del mondo vivrà le conseguenze di una bassa fertilità, e quindi invecchiamento della popolazione, diminuzione della forza lavoro e capovolgimento della piramide demografica, con profonde conseguenze fiscali, economiche e sociali sul fronte dell’organizzazione sociale, dei governi e del *welfare*. Questo in particolare nei Paesi a reddito medio-alto, che rischieranno di trovarsi schiacciati da una dinamica a base di forza lavoro in diminuzione e peso crescente sui sistemi sanitari e di previdenza sociale, anche a causa dell’invecchiamento della popolazione media.

“La situazione è preoccupante, inutile negarlo – commenta **Silvano Gallus**, Responsabile del Laboratorio di Ricerca sugli Stili di Vita dell’Istituto Mario Negri di Milano e collaboratore del GBD – e la fertilità è uno degli ambiti in cui il Global Burden ►►



► of Disease ha dati se possibile più robusti: questo è un lavoro davvero importante. Se nel 46% dei 240 Paesi esaminati, infatti, il TFR resta ancora al di sopra della soglia dei 2,1 figli per donna, le previsioni sono di un ulteriore calo fino all'1,83 nel 2050 e all'1,59 nel 2100. Questo senza attuare politiche di contenimento del fenomeno di alcun tipo. Il problema, però, è serio. E ci sono cose che potremmo fare, anche se le politiche pronatalità non sono mai facili da applicare. Ma lo studio suggerisce che con una *policy* globale di implementazione delle nascite nei Paesi ricchi, affiancata a una seria opera di educazione alla contraccezione nei Paesi poveri a più alto TFR, si potrebbe puntare, per i primi, a un tasso dell'1,62 nel 2100. Sempre sotto la soglia, ma già un po' meglio rispetto alle previsioni".

La posta in gioco, secondo Gallus, è alta: "Questi cambiamenti provocheranno conseguenze economico-sociali enormi, soprattutto legate all'invecchiamento della popolazione nei Paesi a reddito medio-alto - spiega - e quindi alla diminuzione della forza lavoro, che, oltre a produrre, è quella che permette di pagare le pensioni. Non è insensato pensare che dovremo chiedere giovani da fuori".

Il tutto a maggior ragione in Italia, dove il TFR partiva già basso nel 1950, attestandosi a 2,45, contro il 4,8 della media dei Paesi. Nel 1980 il Bel Paese era già arrivato a un tasso di 1,63; nel 2021 il picco più basso, 1,21. "Per-



centualmente diminuiamo meno perché partivamo bassi - commenta Gallus - ma un dato deve far riflettere: dagli 800.000 nuovi nati l'anno del 1950, siamo passati ai meno di 400.000 del 2021, e tra questi sono già compresi tutti i figli delle coppie in arrivo dai Paesi poveri del globo. Temo che, soprattutto da noi, ne vedremo delle belle".

Il perché è presto detto: "Nella regione dell'Europa Occidentale considerata dallo studio, l'Italia, con il suo 1,21, è il Paese con il TFR peggiore, a parte Andorra che date le dimensioni e il numero di abitanti non fa particolarmente testo. Prima di noi, la Spagna, con 1,26 figli per donna; l'Austria con 1,46; Malta, con un TFR di 1,53; la Danimarca, all'1,63; la Francia, dove le politiche sociali in favore della maternità promuovono davvero la natalità, con seri rimborsi economici e facilitazioni sociali riscontrabili anche nei Paesi Scandinavi, nel 2021 è arrivata all'1,75, contro il 2,80 del 1950; fa caso a sé Israele, considerato dal GBD nel gruppo 'Europa

Occidentale', con un TFR del 2,90" commenta ancora lo studioso.

Cosa fare, dunque, per cercare di arginare la tendenza in atto e far sì che la natalità non si sposti totalmente, o quasi, nelle zone povere del mondo?

"Siamo di fronte a un problema davvero serio, che andrebbe risolto nei fatti e non solo a parole - risponde Gallus - Una strada è quella di prevedere un contributo economico alle mamme; un'altra starebbe nel prevedere l'asilo gratuito, in modo di permettere alle giovani madri di lavorare, o di non essere costrette ad abbandonare il lavoro. Si tratterebbe, oltretutto, di un modo per incoraggiare la parità di genere, e per ridurre le disuguaglianze ancora forti tra uomini e donne. Altrimenti continueremo a vedere neo-mamme che lasciano il lavoro e scelgono di rimanere a casa per evitare di trasferire in toto lo stipendio alla *baby-sitter*. E questo non è giusto". ■

*alessandra.rozzi@sintexservizi.it*

# I danni del diabete mellito

**Laura De Rose**



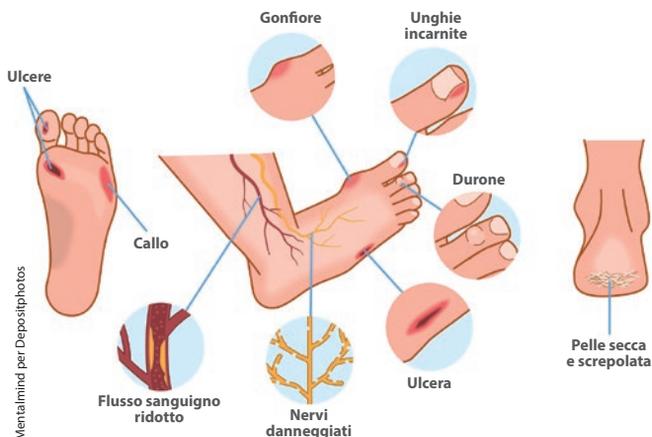
**I**l diabete è una malattia cronica che colpisce le persone anziane e non solo, dovuta all'aumento degli zuccheri nel sangue. È una condizione che altera il buon funzionamento di cuore, fegato, reni, occhi e sistema circolatorio.

La persona con diabete mellito perde nel tempo la sensibilità alle parti più periferiche degli arti inferiori, nello specifico dei piedi, che sono a maggior rischio di complicanze.

Anche per il piede diabetico l'Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC) ha pubblicato una brochure consultabile sul sito [www.aislec.it](http://www.aislec.it).

## Ma cos'è il piede diabetico?

Il piede diabetico è una complicanza del diabete mellito; si manifesta con secchezza della pelle, deformità del piede o delle dita, e può portare a ulcere. In queste condizioni il piede è a maggior rischio di sviluppare ferite e infezioni. Il piede diabetico è



una conseguenza di un lungo periodo di tempo, talvolta anni, in cui il controllo degli zuccheri nel sangue non c'è stato, e questo ha causato un danno ai nervi periferici (neuropatia) e/o un danno alle arterie (arteriopatia).

Il paziente diabetico, oltre al controllo dei valori di zucchero nel sangue, deve porre grande attenzione a:

- ▶ sensibilità ai piedi e alle gambe, ad esempio occorre verificare se si percepisce bene la differenza fra acqua calda o fredda, oppure se in presenza di ve-

sciche o piccole ferite non si sente dolore;

- ▶ secchezza, ruvidità, ispessimento, soprattutto dei talloni e della pianta dei piedi;
- ▶ deformità delle dita o dell'intero piede che ostacolano la camminata;
- ▶ dolore, formicolio, crampi al polpaccio dopo lunghe o anche brevi camminate;
- ▶ gambe e piedi freddi e di colore rosso scuro.

## Quali sono le zone del piede più a rischio?

Le ferite/lesioni si possono sviluppare in qualsiasi parte ►►

► del piede, come la punta delle dita, il collo del piede, il bordo esterno, ma si sviluppano soprattutto sotto la pianta del piede, perché è sottoposta a pressione durante la camminata.

Gli ispessimenti della pelle (callo), i cambiamenti nella forma delle dita (curvate, a martelletto), i traumi accidentali sono quindi tra le cause del piede diabetico.

### Cosa fare per prevenire il piede diabetico?

Ritorna l'acronimo PePIP. È importante mantenere la Pelle Pulita, Idratata e Protetta. Ecco alcune indicazioni utili:

► lavare i piedi ogni giorno con acqua tiepida (la temperatura ideale è tra 30° e 35 °C), usando un sapone neutro senza profumo; asciugare bene i piedi con un panno morbido, facen-

do specialmente attenzione alle pieghe negli spazi tra le dita. È meglio evitare l'ammollo prolungato in acqua e l'utilizzo di sali e di disinfettanti perché anche la pelle troppo umida può rompersi con facilità;

► massaggiare lungamente il piede quando si mette la crema. Per ottenere la giusta idratazione della pelle è bene utilizzare prodotti emollienti, che contengano ad esempio lanolina, vaselina, oli minerali, oli vegetali o silicone, glicerina, sorbitolo o glicolene propilenico, che agiscono mantenendo la pelle morbida e idratata;

► per mantenere la pelle del piede protetta, idratata e nutrita si possono utilizzare prodotti che contengono sostanze come ceramidi, colesterolo e acidi grassi libe-

ri, oppure contenenti urea (a concentrazione inferiore o uguale al 10%) e alfa-idrossiacidi (AHA), acidi naturali come per esempio l'acido citrico e malico;

► eseguire regolarmente controllo e taglio delle unghie: tagliare le unghie dei piedi in maniera dritta, senza accorciarle troppo a livello del polpastrello; per gli angoli sporgenti, utilizzare una lima a punta arrotondata;

► utilizzare calze di cotone o lana (meglio non sintetiche), perché fanno sudare meno e sono traspiranti;

► misurare la temperatura dei piedi: utilizzare ogni giorno sul piede un termometro a infrarossi. Se la temperatura si alza di 1 grado è importante avvisare il medico, il podologo o l'infermiere esperto;

► utilizzare creme idratanti per ammorbidire la pelle secca, ma non applicarle tra le dita dei piedi.

### Cosa NON fare?

► camminare scalzi, sia dentro che fuori casa;

► indossare calzini che stringono in punta o a livello del ginocchio;

► utilizzare calzini con cuciture spesse: in tal caso meglio metterle al rovescio;

► usare da soli callifughi, forbicine appuntite o limette affilate per rimuovere calli e duri, perché possono provocare ferite o danni alla pelle;

► bucare le vesciche (bolle) con aghi, perché c'è rischio di infezione;

► camminare a piedi nudi ►►



- ▶ nei luoghi comuni come palestre e piscine, per il rischio di micosi (funghi);
- ▶ mettere i piedi vicino a scaldini elettrici o a borse dell'acqua calda, perché si rischia di bruciarsi senza avvertire dolore.

### Il paziente diabetico deve usare scarpe adatte

- ▶ prima di mettere una scarpa, controllare che dentro non ci siano oggetti che possano far male al piede (ad esempio sassolini);
- ▶ usare scarpe comode, morbide sulla punta, che contengano bene i piedi e non stringano le dita. Preferire scarpe con lacci, velcro o fibbia per fornire un supporto al piede. Verificare che non ci siano cuciture interne e che le calzature abbiano una suola sufficientemente robusta;
- ▶ indossare scarpe a punta larga con bordi e cuciture regolari, evitando i tacchi alti;
- ▶ acquistare le scarpe nel tardo pomeriggio, dal momento che i piedi sono in genere più gonfi che al mattino. Si evita così di comprare scarpe che possano risultare strette nel corso della giornata;
- ▶ quando le calzature sono nuove, iniziare a indossarle poco alla volta, per abituarle il piede;
- ▶ quando si tolgono le scarpe, controllare sempre il piede, così ci si accorge subito se ci sono arrossamenti, bolle o ferite.

Qualsiasi taglio, abrasione o trauma accidentale, infatti, in una persona con diabete



può aggravarsi in breve tempo, andare incontro a modi e tempi di guarigione più difficili e lunghi, e dar luogo a lesioni più profonde di quel che può sembrare; pertanto, è necessario praticare la cura del piede con continuità, notando qualsiasi anomalia o segno diverso dal solito.

### Cosa fare se improvvisamente si crea una lesione?

A volte, nonostante gli interventi di prevenzione, si crea una lesione della pelle anche a causa di un trauma accidentale o della mancata attenzione nell'uso dei taglianti (forbicine, lamette, gratta-calli). È importante allora intervenire subito, per evitare che la ferita peggiori e si infetti. Le indicazioni corrette sono:

- 1) tamponare con garze sterili;
- 2) usare soluzioni acquose a base di ipoclorito di sodio allo 0,05% o iodopovidone; NON usare soluzioni a base alcolica, provocano dolore e bruciore;
- 3) usare medicazioni non aderenti, oppure cerotti possibilmente di carta o bende elastiche.

### Cosa osservare?

Quando si ha il diabete è meglio controllare:

- ▶ se un piede è molto più caldo o molto più freddo dell'altro;
- ▶ se il piede è più scuro (bluastro) o più rosso dell'altro;
- ▶ se il piede è gonfio;
- ▶ se si prova dolore al piede;
- ▶ se sono presenti bolle, tagli, graffi, ematomi;
- ▶ se ci sono macchie e secrezioni sul calzino;
- ▶ se ci sono callosità sulla pianta o sul dorso o tra le dita del piede;
- ▶ se ci sono ragadi/taglietti sul tallone.

In caso di dubbi sulla scelta di prodotti per l'igiene o di calzature (riguardo a soles, tomaie, plantari, etc.) è meglio rivolgersi al medico di famiglia, al diabetologo di fiducia, al podologo di fiducia, all'infermiere del distretto (di ambulatorio o di domicilio), al farmacista. Ognuno di loro, a seconda del problema, potrà essere utile e indicare il professionista più appropriato alla situazione.

### Ricordarsi sempre di...

- ▶ aver cura del diabete per evitare problemi come il piede diabetico;
- ▶ controllare spesso il livello degli zuccheri nel sangue, il colesterolo e la pressione sanguigna;
- ▶ non fumare;
- ▶ seguire una dieta con pochi zuccheri;
- ▶ fare lunghe passeggiate per migliorare la circolazione del sangue. ■

*laura.derose@aislec.it*

# La celebrazione della consapevolezza: il *Global Day* nella lotta contro la SLA



La Giornata Mondiale sulla SLA, conosciuta anche come *Global Day*, è un momento cruciale per la sensibilizzazione e la mobilitazione internazionale nella lotta contro la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Promosso dalla Federazione Internazionale delle Associazioni dei pazienti, l'International Alliance of ALS/MND Associations, questo evento annuale rappresenta un'opportunità unica per unire le forze e alimentare la speranza di trovare cure efficaci per questa patologia.

Una data significativa, scelta non a caso: il *Global Day* è fissato ogni anno il 21 giugno, giornata del solstizio d'estate, che con il suo simbolico senso di rinascita e speranza è l'occasione per riflettere sul progresso fatto nella ricerca delle cause, dei trattamenti e della cura per la SLA. Simbolo di rarità e di speranza, il fiordaliso – scelto per accompagnare la narrazione del *Global Day* – sta a simboleggiare la forza e la determinazione nella lotta contro la SLA. Ad

accompagnare questa giornata, l'*hashtag* ufficiale lanciato dall'*Alliance* #ALSMNDWithoutBorders, ovvero "SLA senza confini", che incarna un messaggio di inclusione e superamento del limite per chi guarda sempre oltre, dove soltanto la paura e una mancata consapevolezza possono rendere prigionieri.

Il concetto di consapevolezza, tuttavia, non può limitarsi alla conoscenza, ma si estende inevitabilmente anche all'uso del linguaggio e delle parole per comunicare e interagire consapevolmente con gli altri. Le parole hanno un peso, e sono uno strumento potente per migliorare la società.

Nell'informazione contemporanea, immersiva, dove la notizia è ridotta a poche frasi, la parola e il *tone of voice* diventano ancor più sostanza. Nonostante i tempi siano



profondamente cambiati e la sensibilità si sia affinata anche nel mondo giornalistico, spesso sono preferite le parole forti dall'effetto emotivo, e "coloritismi" di linguaggio che, nel racconto della disabilità, stigmatizzano invece di connotare. AISLA, che negli obiettivi di *mission* inserisce, tra gli altri, l'informazione, condivide e promuove il Manifesto dei diritti delle persone con SLA, promosso dall'International Alliance of ALS/MND Associations, e ►►



► prende come riferimento la guida *Comunicare la disabilità. Prima la persona*, un progetto promosso e ideato dal Coordinamento per le pari opportunità dell'Ordine dei Giornalisti.

Il linguaggio diventa quindi elemento imprescindibile dell'azione associativa, affinché venga affermato pubblicamente il ribaltamento del paradigma e dello stigma del "disabile".

L'orientamento delle parole deve essere centrato sul concetto di *person first*, che mette al centro la persona e non la disabilità. È un testo, questo, che dovrebbe essere parte integrante del lavoro giornalistico e di tutti coloro che si occupano di disabilità, garantendo così una rappresentazione equa e inclusiva di tutte le persone nella società.

Nel mese di giugno, preludio della stagione estiva, sono promossi in tutto il mondo campagne, iniziative ed eventi informativi con l'obiettivo di educare e coinvolgere il pubblico nell'abbattimento delle barriere culturali e sociali che circondano la malattia. In Italia, AISLA è stata presente in numerose città con iniziative a tema. Una delle più significative è il Thalass, un evento atteso dalla Comunità SLA. La veleggiata organizzata dalla sezione AISLA Piombino, quest'anno giunta alla sua 17ª edizione, si è celebrata nel weekend 22-23 giugno. Il Thalass rappresenta l'espressione massima di libertà e di inclusione sociale, lì dove il vento e il mare hanno abbracciato le persone in un rinnovato senso



di vicinanza e di sostegno reciproco. A bordo del catamarano Elianto – imbarcazione inclusiva, costruita appositamente per persone con disabilità – seguito da uno sciame di barche a vela, è stato possibile immergersi nelle acque cristalline dell'Isola d'Elba.

Grazie alla preziosa presenza di oltre 200 tra volontari,

famigliari e sostenitori, l'avventura è stata davvero per tutti, anche per le persone con SLA, e ha dimostrato ancora una volta che insieme è possibile superare qualsiasi ostacolo imposto dalla malattia. ■

Elisa Longo  
Ufficio Stampa AISLA



## AISLA - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica

Sede legale: via G.B. Pergolesi, 6 – 20124 Milano, Tel.: +39 0266982114  
Fax +39 02 67070197 – info@aisla.it – orari segreteria: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00

# AMMP ODV e ANED Sport alla 27<sup>a</sup> Granfondo Via del Sale di Cervia



Per il 6° anno consecutivo AMMP ODV (Associazione Morgagni Malattie Polmonari) ha partecipato, nell'aprile scorso, all'Expo della Granfondo Via del Sale con un punto informativo dedicato alla prevenzione e alla sensibilizzazione sulle malattie rare polmonari. Grazie al nostro spirometro portatile abbiamo potuto creare un momento di incontro con i passanti, ai quali abbiamo raccontato l'importanza di questi controlli, che possono costituire un valido strumento diagnostico preventivo, a oggi purtroppo disponibile solo nell'8% delle farmacie italiane, come racconta Matteo Buccilli, Presidente AMMP ODV.

Quest'anno assieme a noi c'era ANED (Associazione Nazionale Emodializzati Dialisi e Trapianto - APS) che, attraverso il Comitato ANED Sport, si occupa della promozione dello sport nei trapiantati di organi, cellule e tessuti come elemento



fondamentale per il recupero del benessere psicofisico.

Una squadra di ciclisti ha quindi partecipato alla Granfondo indossando il logo di AMMP ODV – due polmoni che si danno la mano – stampato sulle proprie divise da gara, insieme ai ciclisti di ANED Sport con la loro divisa contraddistinta dal motto *Il trapianto è vita*. “Con questa importante iniziativa sportiva, che ha portato a Cervia diverse migliaia di atleti e di famiglie, siamo ancora qui a testimoniare la nostra amicizia, e a raccontare come

per noi lo sport e l'attività sportiva in genere siano un grandissimo strumento di prevenzione” dichiara Achille Abbondanza, consigliere di AMMP, che due anni fa ha ricevuto il dono di due polmoni e che ha fatto del pedalare in bicicletta una medicina per il cervello e per il fisico.

Achille era affetto dal 2015 da fibrosi polmonare idiopatica, malattia con prognosi infausta, ed era facilmente riconoscibile per i tubicini dell'ossigeno che portava al naso e che lo aiutavano nella respirazione. Al suo fianco un ►►



► gruppo di amici, e quest'anno alcuni ciclisti trapiantati che fanno parte della Nazionale Ciclisti Trapiantati: Davide, Giovanni, Enrico e Fabio, che circa 9 mesi fa è stato protagonista assieme alla moglie Patrizia di un trapianto di rene avvenuto grazie a una triangolazione, la prima a essere realizzata con tre coppie tra Italia e Spagna. Fabio e Patrizia sono stati protagonisti dei XII Giochi Invernali dei Trapiantati di Bormio. La signora Patrizia Babini, vice Segretaria ANED e medaglia d'oro nella categoria ciaspole, dichiara: "Lo sport è un mezzo importantissimo per accrescere la cultura e mostrare ai cittadini che le persone, grazie al trapianto, tornano a vivere una vita piena". Di più: "AMMP punta molto sulla prevenzione, e qui a Cervia possiamo valorizzare questo principio grazie allo sport, alle prove spirometriche e all'informazione. Prevenzione, infatti, è anche sensibilizzare e informare sulle malattie polmona-

ri" dichiara Matteo Buccioli.

E mentre gli atleti si sfidavano sulla strada, nel nostro colorato punto informativo i visitatori hanno avuto l'opportunità di scoprire le attività di AMMP e ANED Sport. Con la 28ª edizione della Granfondo del Sale all'oriz-

zonte (prevista per il 6 aprile 2025), non vediamo l'ora di tornare a condividere momenti di gioia, amicizia e prevenzione con voi! ■

*Matteo Buccioli  
Presidente AMMP*



## Associazione Morgagni Malattie Polmonari (AMMP) ODV

Piazza Falcone Borsellino 6 - 47121 Forlì  
Indirizzo postale: AMMP Casella Postale n. 103 - 47121 Forlì  
Centro, Tel. +39 3201656474, [www.ammpforlung.it](http://www.ammpforlung.it)

# Il ruolo della dieta nella prevenzione e nel trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)



Associazione  
Pazienti BPCO  
e altre patologie respiratorie

Studi osservazionali e *trial* clinici hanno dimostrato che la dieta è un fattore di rischio modificabile nella Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), su cui porre maggiore attenzione per una gestione più completa delle fasi della malattia<sup>1</sup>.

La dieta può non solo modificare l'impatto dei fattori di rischio ambientali, della predisposizione genetica e della fisiologia polmonare, ma avere anche un effetto diretto (sia protettivo che dannoso) sui processi biologici coinvolti nella funzione polmonare, nello sviluppo e nella progressione della malattia.

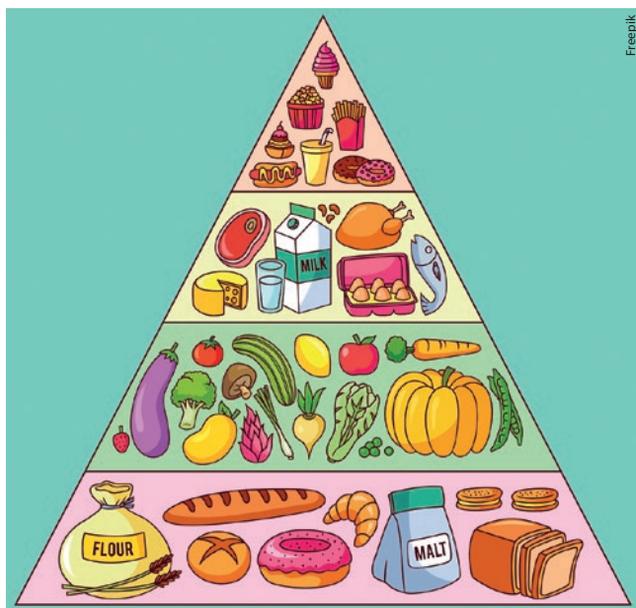
L'assunzione di alimenti ricchi di antiossidanti e di sostanze con potere antinfiammatorio come le vitamine (C, D, E), i minerali (calcio, magnesio), i polifenoli, gli acidi grassi Omega 3, sono in grado di contrastare i processi patogenetici alla base dello sviluppo della malattia. Infatti due studi prospettici<sup>2,3</sup> e *trial* clinici<sup>4</sup> hanno rileva-

to che un consumo elevato di frutta e verdura si associa a una migliore funzione polmonare e a una ridotta incidenza di BPCO. Inoltre, anche un maggiore consumo di cereali integrali, grazie all'elevato contenuto di fibre, si associa a un ridotto rischio di sviluppare BPCO<sup>5</sup>. Al contrario, una serie di studi prospettici ha rilevato che l'assunzione di carni rosse e processate, ricche di nitriti, sodio e grassi saturi, esercita un'azione dannosa sulla fun-

zione polmonare, aumentando il rischio di sviluppare BPCO e di peggiorare il decorso della malattia. Similmente l'assunzione di bevande tipo *soft drink* correla con una maggiore prevalenza di sintomatologia di BPCO<sup>6</sup>.

La dieta mediterranea tradizionale svolge un'azione protettiva sulla funzione polmonare e protegge dallo sviluppo di BPCO, riducendone anche i sintomi, la severità e la mortalità.

L'intervento nutrizionale ►►



▶ basato sul modello della dieta mediterranea è importante sia per la prevenzione delle malattie respiratorie sia come modulatore positivo della BPCO, in quanto aumenta la massa e la forza dei muscoli respiratori, oltre che le difese immunitarie.

La BPCO è una delle principali cause di morbosità e mortalità nel mondo. Si tratta di una patologia evolutiva caratterizzata dallo spiccato catabolismo proteico (riduzione della massa muscolare). Una percentuale elevata di pazienti affetti da BPCO con insufficienza respiratoria (IR) presenta segni di malnutrizione proteico-energetica (PEM). La PEM è frequente nei malati che presentano IR, tra i quali si può riscontrare un'alta percentuale di obesità (circa 20-25%)<sup>7</sup>.

Le principali cause di PEM in questi pazienti sono<sup>8</sup>:

- 1) inadeguati introiti di energia e nutrienti (per dispnea prandiale e sazietà precoce);
- 2) aumento del dispendio energetico;
- 3) riduzione della sintesi e aumento del *turnover* delle proteine (per infezione, stress, farmaci).

Accanto alla malnutrizione ci sono pazienti che presentano obesità, e la loro valutazione nutrizionale deve essere particolarmente accurata. Un eccesso di massa grassa può mascherare una compromissione della massa muscolare di grado variabile, e peggiorare la dinamica respiratoria. In questi soggetti la terapia nutrizionale è finalizzata a ottenere un riequilibrio del peso



corporeo, minimizzando gli effetti catabolici muscolari della restrizione calorica: per questo motivo il ricorso a diete fortemente ipocaloriche è in generale controindicato. È invece opportuno un approccio meno aggressivo, basato su schemi con moderata restrizione energetica (> 1.200 kcal/die) e un apporto proteico relativamente elevato (> 1,2-1,5 grammi/kg/die).

Assunzioni elevate di glucidi determinano una maggior produzione di CO<sub>2</sub> da parte dell'organismo, con un aumento del carico di lavoro da parte dell'apparato respiratorio e del dispendio energetico. Nei pazienti con diagnosi di BPCO risulta – quindi – utile ridurre la quota giornaliera di carboidrati a una quantità inferiore ai 200 grammi, corrispondenti a:

- ▶ 1 porzione di cereali integrali per la prima colazione;
- ▶ 1 porzione di pasta o riso o altri cereali integrali a un pasto;
- ▶ 1 porzione di pane integrale all'altro pasto.

Gli alimenti da assumere occasionalmente sono:

- ▶ carni rosse e/o trasformate, per l'alto tenore in sodio. L'apporto quotidiano di sale raccomandato è di circa 5-6 grammi<sup>12</sup>;
- ▶ formaggi grassi e stagionati (es. gorgonzola, brie, fontina, taleggio);
- ▶ dolci vari, miele, zucchero, *soft drink*, alcolici e superalcolici;
- ▶ prodotti conservati, industriali e ultra-processati;
- ▶ condimenti ricchi in grassi (es. burro, margarina, maionese, salse varie);
- ▶ *snack* ipercalorici, merendine e alimenti da *fast food* in genere.

Gli alimenti da preferire sono invece:

- ▶ cereali integrali;
- ▶ carne bianca;
- ▶ formaggi magri (es. ricotta di vacca, fiocchi di latte) come secondo piatto, alternandoli a carne, pesce e uova;
- ▶ pesce azzurro (es. salmone, sgombro, sardine, tonno), fresco o surgelato, da consumare non meno di 3-4 volte alla settimana, ricco di acidi grassi Omega 3 con funzione immunomodulatoria; ▶▶

- ▶ ▶ uova, massimo 2 alla settimana, da consumare per il loro elevato contenuto proteico;
- ▶ legumi: rappresentano una buona fonte di proteine vegetali;
- ▶ frutta fresca: consumarne 3 porzioni al giorno, meglio se con la buccia;
- ▶ verdura di stagione cruda e cotta da assumere in porzioni abbondanti per l'importante apporto di vitamine, antiossidanti, sali minerali e fibre; in particolare le crucifere sembrano avere un'efficacia preventiva nei confronti del tumore del polmone correlato al fumo di sigaretta<sup>11</sup>;
- ▶ frutta secca a guscio e semi oleosi;
- ▶ olio extravergine di oliva (da usare a crudo con moderazione);
- ▶ acqua: berne almeno 1,5 litri al giorno, per rendere più fluide le secrezioni. Per migliorare ulteriormente la qualità della vita si raccomanda:
- ▶ in caso di sovrappeso oppure obesità, il calo ponderale e la riduzione della circonferenza addominale. Il sovrappeso peggiora i sintomi della BPCO, poiché sostenere un peso maggiore comporta anche un maggiore lavoro per il corpo, e impedisce ai polmoni di dilatarsi completamente;
- ▶ praticare attività fisica regolare (minimo 150 minuti a settimana, ottimali 300 minuti). La migliore attività per contrastare l'insufficienza respiratoria è quella aerobica, con un'intensità

idonea alla propria forma fisica<sup>9</sup>;

- ▶ non fumare: rinunciare alle sigarette è la chiave del trattamento. ■

*A cura del Team Nutrizione Clinica, P.O. San Filippo Neri, Roma (Direttore Dott.ssa Tiziana Magnante)*

*Miriam Giambattista (Dietista)  
Serena Pesolo (Dietista)*

### Bibliografia

- 1) SCODITTI E, MASSARO M, GARBARINO S, ET AL. *Role of diet in chronic obstructive pulmonary disease prevention and treatment*. *Nutrients* 2019;11:1357.
- 2) KALUZA J, LARSSON SC, ORSINI N, ET AL. *Fruit and vegetable consumption and risk of COPD: a prospective cohort study of men*. *Thorax* 2017;72:500-9.
- 3) KALUZA J, HARRIS HR, LINDEN A, WOLK A. *Long-term consumption of fruits and vegetables and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study of women*. *Int J Epidemiol* 2018;47:1897-909.
- 4) KERANIS E, MAKRIS D, RODOPOULOU P, ET AL. *Impact of dietary shift to higher-antioxidant foods in COPD: a randomised trial*. *Eur Respir J* 2010;36:774-80.
- 5) KALUZA J, HARRIS H, WALLIN A, ET AL. *Dietary fiber intake and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort study of men*. *Epidemiology* 2018;29:254-60.
- 6) SALARI-MOGHADDAM A, MILAJERDI A, LARIJANI B, ET AL. *Processed red meat intake and risk of COPD: a systematic review and*

*dose-response meta-analysis of prospective cohort studies*. *Clin Nutr* 2018;38:1109-16.

- 7) COCHRANE WJ, AFOLABI OA. *Investigation into the nutritional status, dietary intake and smoking habits of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. *J Hum Nutr Diet* 2004;17:3-11.
- 8) GODOY I, CAMPANA AO, GERALDO R, ET AL. *Cytokines and dietary energy restriction in stable chronic obstructive pulmonary disease patients*. *Eur Respir J* 2003;22:920-5.
- 9) *Esercizi respiratori raccomandati ai pazienti BPCO Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva - A.C.O. San Filippo Neri Presidio Ospedaliero Salus Infirmorum U.O.S.D. Riabilitazione Respiratoria* (2009).
- 10) RICCARDI G, PACIONI D, GIACCO A, RIVELLESE AA. *Manuale di nutrizione applicata*. V Edizione. Napoli: Edizioni Idelson Gnocchi 1908, 2021.
- 11) BONACCIO M, POUNIS G, CERLETTI C, ET AL.; MOLI-SANI Study Investigators. *Mediterranean diet, dietary polyphenols and low grade inflammation: results from the MOLI-SANI study*. *Br J Clin Pharmacol* 2017;83:107-13.
- 12) ARDESTANI ME, ONVANI S, ESMAILZADEH A, ET AL. *Adherence to dietary approaches to stop hypertension (DASH) dietary pattern in relation to chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a case-control study*. *J Am Coll Nutr* 2017;36:549-55.

## Associazione Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie

Via Casal Selce, 491 - 00166 Roma  
Tel. +39 339 4571404 (lunedì, mercoledì, giovedì 9-13.30)  
[infopazientibpco@gmail.com](mailto:infopazientibpco@gmail.com)  
[www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it)

# PerCORSA di salute: un percorso lungo sei Regioni per conoscere e utilizzare meglio i servizi sociosanitari del territorio



**P**erCORSA di Salute nasce dall'ascolto a 360° delle fragilità e delle criticità della popolazione destinataria del progetto, raccolte dall'Associazione Respiriamo Insieme e dai *partner* coinvolti.

Il progetto è rivolto a tutti i pazienti affetti da patologie respiratorie e allergiche di sei Regioni (Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria, Toscana

e Lazio), ai loro familiari e ai *caregiver* che ogni giorno li supportano nella gestione della malattia, e alla popolazione interessata. Destinatari indiretti saranno invece il contesto sociale di residenza e le strutture sanitarie, sociali e sociosanitarie del territorio.

Il progetto nasce da un'idea dell'Associazione Respiriamo Insieme realizzata in collabo-

razione con l'Associazione Pazienti della Sindrome di Churg Strauss (o EGPA), Associazione APACS, [www.apacs-egpa.org](http://www.apacs-egpa.org), con il supporto scientifico del Comitato Scientifico dell'Associazione Respiriamo Insieme-APS e degli ospedali delle città coinvolte, UNIAMO e Cittadinanzattiva.

L'Associazione Respiriamo Insieme-APS nasce nel 2014 ►►





▶ da un piccolo gruppo di genitori con bambini affetti da grave patologia respiratoria, con l'obiettivo di garantire il giusto percorso di cura a tutti i pazienti con asma, patologie respiratorie e allergia, riducendo il peso della malattia per i pazienti e i familiari attraverso il sostegno, l'*advocacy*, l'educazione e la ricerca. L'associazione è operativa, avendo firmato protocolli di accreditamento con le rispettive Direzioni Generali, in oltre dieci ospedali sul territorio nazionale, per sostenere il maggior numero di pazienti e *caregiver*.

L'Associazione Pazienti della Sindrome di Churg Strauss (o EGPA) nasce nel 2016 da un gruppo di pazienti desiderosi di creare un'organizzazione di riferimento per la patologia sul territorio nazio-

nale, con l'obiettivo di fornire supporto a chi ne ha bisogno promuovendo progetti, collaborazioni e iniziative che rendano più veloce la diagnosi e più efficace la presa in carico dei pazienti affetti da EGPA, e aiutando questi ultimi a sviluppare la piena consapevolezza dei loro diritti e della loro condizione, migliorando quindi sensibilmente la loro qualità di vita.

Il progetto si pone come obiettivi:

- 1) sostenere e promuovere la salute attraverso l'informazione sulle patologie respiratorie croniche e EGPA, l'*engagement* e l'aderenza terapeutica, sui corretti stili di vita, sull'attività fisica: tutto questo per contrastare la sedentarietà dei beneficiari;
- 2) stimolare la partecipazione e la socializzazione della po-

polazione destinataria per ridurre l'isolamento sociale e sostenere la partecipazione attiva al contesto territoriale di residenza;

- 3) favorire l'accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e di prossimità anche attraverso un'efficace comunicazione relativa ai servizi esistenti, agli interventi e alle reti sociali presenti sul territorio.

Il progetto si concretizzerà garantendo uno spazio di prevenzione con *screening* respiratori in ognuna delle città coinvolte, e la realizzazione di un convegno dedicato a tutti i pazienti, ai loro familiari e ai *caregiver* che ogni giorno li supportano nella gestione della malattia, e naturalmente alla popolazione interessata.

Durante i convegni verrà fornita ampia informazione per far meglio conoscere i ser- ▶▶

► vizi offerti dalle organizzazioni sanitarie e dalle Amministrazioni pubbliche, private e del terzo settore della Regione coinvolta affinché si possa:

- migliorare e promuovere accessi appropriati ai servizi sanitari e sociosanitari locali in modo da dare supporto ai bisogni di cura dei destinatari del progetto;
- garantire una maggiore visibilità delle realtà sanitarie del territorio che meritano di essere considerate eccellenze in tutto il territorio nazionale;
- migliorare la conoscenza dei diritti esigibili dai pazienti;
- far conoscere i centri di riferimento per le patologie *focus* del progetto sul territorio, al fine di fornire ai pazienti i contatti adeguati per una tempestiva diagnosi e un'adeguata presa in carico;
- far conoscere ai cittadini i PDTA approvati dalle Regioni sulle patologie, all'avanguardia in ambito nazionale per completezza e specificità;
- questo spazio avrà infine anche l'obiettivo di migliorare la socialità e la partecipazione attiva al contesto territoriale di residenza da parte dei pazienti affetti dalle patologie destinarie del progetto.

Caratteristica di rilevanza mediatica, oltre che importante messaggio di promozione del movimento come alleato della salute, sarà il fatto che nell'intervallo di tempo compreso tra un convegno e il successivo si correrà una staffetta i cui "atleti" saranno proprio i pazienti, che simbo-

licamente porteranno i contenuti importanti emersi nel primo ospedale fino al successivo ospedale coinvolto.

La stretta alleanza tra gli attori proponenti il progetto promuove e rafforza il valore e la funzione sociale della cooperazione a carattere di mutualità e senza fini di lucro in direzione di un comune e condiviso obiettivo di crescita, concorrendo a promuovere il pieno sviluppo della persona umana e la reale partecipazione di tutti i cittadini all'organizzazione sanitaria, sociosanitaria e sociale della Regione.

Il progetto costituisce dunque una possibilità di promuovere azioni che rendano effettivi i diritti delle persone in condizioni di fragilità o disabilità a causa di una patologia cronica, ed è anche uno strumento per implementare il pluralismo e l'imparzialità dell'informazione.

L'informazione, l'*engagement* e l'aderenza terapeutica del paziente affetto da patologie croniche respiratorie sono fondamentali per migliorare, oltre alla qualità della vita dei pazienti stessi e dei loro familiari, anche l'economia e il *welfare* locale regionale.

Più il paziente è impegnato, meglio sa gestire la sua patologia, e più appropriatamente sa utilizzare i servizi sanitari e sociosanitari, più ne ottiene beneficio il sistema economi-

co del territorio.

Il progetto, quindi, punterà a migliorare la partecipazione attiva e l'accesso ai servizi, e a promuovere il miglioramento della qualità dei rapporti sociali della popolazione destinataria, per incrementare lo sviluppo sociale del territorio. Inoltre, garantirà una maggiore visibilità delle realtà sanitarie delle Regioni attraversate, portandole – come dovrebbe essere di diritto – a essere identificate come eccellenze del territorio nazionale.

Il progetto rientra tra le possibili progettualità sperimentali ampliabili in futuro con ulteriori attività complementari grazie a nuove possibili alleanze e collaborazioni in grado di incentivare cambiamenti positivi a livello di sistema organizzativo e territoriale; questo in relazione alla possibilità di incrementare la conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari cui potrebbero accedere i beneficiari. Questo progetto ha una rilevante potenzialità di implementazione e replicabilità su altre aree del territorio piemontese e in altre regioni dove sia presente una delle 10 sedi operative dell'Associazione Respiriamo Insieme-APS e degli altri *partner* proponenti. ■

Simona Barbaglia  
Presidente

Respiriamo Insieme APS

## Associazione Respiriamo Insieme APS

Via Niccolò Tommaseo, 94 - 35131 Padova

Tel.: +39 331 2759920

[info@respiriamoinsieme.org](mailto:info@respiriamoinsieme.org)

[www.respiriamoinsieme.org](http://www.respiriamoinsieme.org)

# Realtà virtuale e disabilità

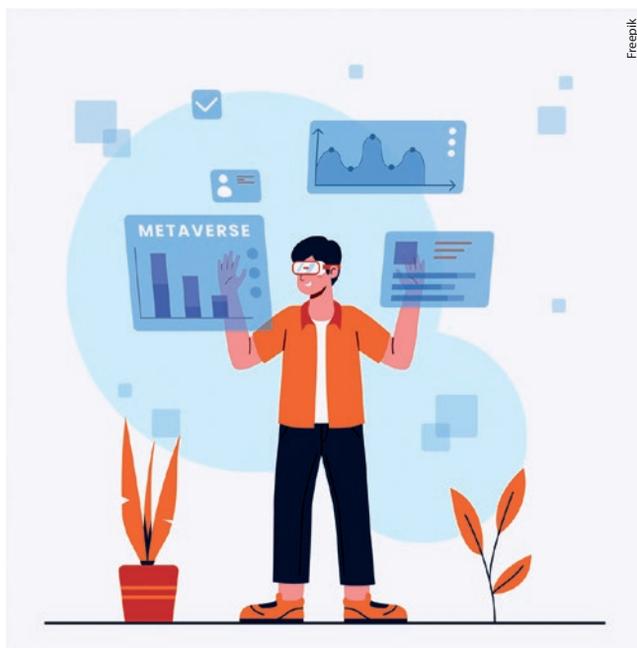


Negli ultimi anni la realtà virtuale ha guadagnato sempre più terreno nelle nostre vite: da semplice strumento di intrattenimento è diventata una tecnologia che può essere utilizzata per molti altri scopi, anche in ambito psicologico e nel mondo delle neuroscienze.

E proprio la realtà virtuale applicata alla gestione emotiva del mondo delle malattie neuromuscolari è al centro del progetto *Vivo il presente e affronto il futuro*, promosso dalla Sezione UILDM di Sassari con la collaborazione di UILDM Monza – che ha già testato e proposto sul suo territorio questa attività – e della Direzione Nazionale UILDM.

Il lancio del progetto è avvenuto in occasione della Giornata delle Malattie Rare del 29 febbraio 2024, l'appuntamento più importante per le persone con malattia rara di tutto il mondo, per i loro familiari, per gli operatori sanitari e sociali.

Il progetto, che ha ottenuto il finanziamento di Fonda-



Freepik

zione Roche, coinvolgerà 20 giovani uomini e donne con distrofia muscolare di Duchenne (DMD) e atrofia muscolare spinale (SMA).

Attraverso una serie di esperienze immersive con l'utilizzo di visori per la realtà virtuale, la Sezione intende promuovere percorsi di benessere psicologico e di

cambiamento positivo nelle persone coinvolte.

*Vivo il presente e affronto il futuro* è pensato per far vivere vere e proprie storie di trasformazione, esperienze metaforiche coinvolgenti e multisensoriali, amplificate dall'immersione in una realtà virtuale.

In un percorso legato al ►►



► benessere psicologico, infatti, la realtà virtuale può rappresentare un valido strumento di supporto perché offre alla persona con disabilità la possibilità di partecipare attivamente alla presa di consapevolezza di pensieri, emozioni e comportamenti legati alla propria condizione.

Il progetto è strutturato in quattro laboratori di realtà virtuale per la gestione emotiva condotti da uno psicologo esperto, che si svolgeranno nel mese di settembre 2024 nella Casa Vacanze UILDM di Platamona (SS), quando verranno utilizzati metodi innovativi di psicologia aumentata (*augmented psychology*) e benessere aumentato (*augmented wellbeing*).

Insieme alle attività con i visori, sarà avviato uno sportello di accompagnamento e supporto psicologico per i

beneficiari del progetto e le loro famiglie.

“*Vivo il presente e affronto il futuro*” intende anche fare informazione sulla distrofia muscolare di Duchenne e sulla SMA attraverso la realizzazione di video che racconteranno cosa significa nascere, crescere e vivere con tali patologie, partendo dalle storie e dalle voci dei protagonisti – spiega Gigliola Serra, Presidente di UILDM Sassari. – Il racconto e la testimonianza costituiscono una parte fon-

damentale di questo percorso, perché permettono a chi ascolta – persone con malattie neuromuscolari e loro familiari – di trovare elementi comuni alla loro esperienza, e di sentirsi accompagnati. Voglio ringraziare la Sezione UILDM di Monza per il supporto e la condivisione delle competenze nella costruzione di questo progetto”. ■

*Alessandra Piva*  
Ufficio Stampa UILDM

## **UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare**

Via Vergerio, 19 – 35126 Padova

Tel.: +39 049 8021001 / 757361

Segreteria Nazionale: [direzionenazionale@uildm.it](mailto:direzionenazionale@uildm.it)

Ufficio Stampa e Comunicazione: [uildmcomunicazione@uildm.it](mailto:uildmcomunicazione@uildm.it)

Ufficio Fundraising: [fundraising@uildm.it](mailto:fundraising@uildm.it)

Segreteria Commissione Medico-Scientifica:

[commissionemedica@uildm.it](mailto:commissionemedica@uildm.it) – [www.uildm.org](http://www.uildm.org)



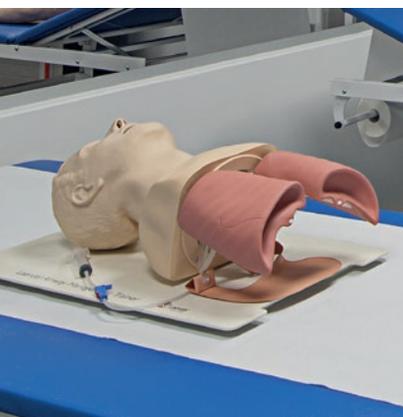
**UN CENTRO EVOLUTO  
AL SERVIZIO DELLA FORMAZIONE**



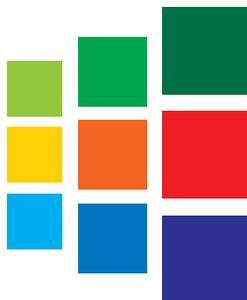
**UN CENTRO INTEGRATO  
NEL CUORE DI MILANO**

La simulazione è una tecnica, non una tecnologia, per sostituire o amplificare esperienze reali con esperienze guidate che evocano o replicano aspetti sostanziali del mondo reale in un modo pienamente interattivo.\*

\* Gaba DM. The future of simulation in healthcare. Qual Saf Health Care 2004;13:Suppl 1(Suppl 1):2-10. doi: 10.1136/qhc.13.suppl\_1.2



**CENTRO DI  
FORMAZIONE  
AVANZATA E  
SIMULAZIONE**

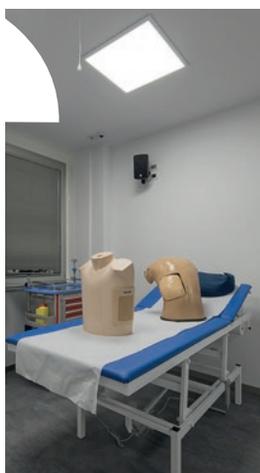


**CeFAeS**

dall'esperienza... all'avanguardia

Il CeFAeS fornisce formazione a tutti i professionisti delle strutture sanitarie pubbliche e private del territorio nazionale e si inserisce nel settore dell'educazione, istruzione e formazione, ma anche in quello della salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa.

**Centro di Formazione Avanzata e Simulazione (CeFAeS)**  
Via Antonio da Recanate, 2 - 6° piano - 20124 Milano - [cefaes@cefaes.it](mailto:cefaes@cefaes.it)  
Informazioni su [www.cefaes.it](http://www.cefaes.it)





**sintex**  
EDITORIA

[www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)

**LE PERSONE  
AL CENTRO  
IN UN MONDO  
SEMPRE PIÙ  
DIGITALE**

