

CUORE VITA

M A G A Z I N E

2018 **N°25**
Marzo



Autorizz. Tribunale di Roma n. 10/10001/2018 del 10/03/2018

02 *Editoriale*
03 *Servizi di Oculitica. San Marino*
04 *Quattro domande al Prof. Corrado Petrocelli*

06 *L'angolo del Medico Sportivo*
07 *L'angolo della Nutrizionista*
08 *L'angolo della Diabetologa*
10 *L'angolo dell'Allergologo*
11 *Mors tua Vita Mea*

12 *La vita secondo Vito*
13 *L'angolo del Geriatra*
14 *Curiosità dal mondo scientifico*
15 *Più frutta e verdura nella scuola*



L'EDITORIALE

“Ben ritrovati!”

Editoriale a cura del Dott. *Giovanni Michele Zangoli*

Troppa tivù può alla lunga danneggiare il cuore. Detto così potrebbe sembrare una provocazione considerata la propensione di tanti a starsene a lungo comodamente in poltrona davanti al piccolo schermo. Eppure uno studio britannico ha lanciato l'allarme.

Che non significa allarmismo ma un invito a **prendere coscienza** che a stare 4 o più ore davanti al tele-schermo – così dice la ricerca - c'è il rischio che il cuore dia forfait aumentando le possibilità di un attacco cardiaco. Dunque, al di là dello stile di vita, il fattore **tele-dipendenza** sembra incidere pesantemente sulla predisposizione all'infarto.

In che misura? I ricercatori del Regno Unito (University College di Londra) hanno stimato che stare 4 o più ore davanti alla tivù aumenta la possibilità di un decesso causato da un attacco cardiaco del 125%. Sono stati circa 4.500 i soggetti seguiti dai ricercatori britannici nell'arco di quattro anni durante i quali 325 sono morti e 215 colpiti da malattie cardiovascolari. Questi i freddi numeri che non possono non lasciare perplessi. Che rischi corrono allora gli ultras del calcio sotto l'effetto di **massicce <overdosi> di adrenalina** sugli spalti dello stadio o davanti alla tivù di casa? L'accostamento ci sta tutto perché anche qui la ricerca si è sbizzarrita. Ricordate il Mondiale 2006 in Germania? Ebbene uno studio pubblicato sulla rivista *New England Journal of Medicine* dice che i pazienti ricoverati per infarto negli ospedali di Monaco di Baviera durante quel Mondiale furono oltre 4.200 e le giornate con la più alta affluenza furono proprio quelle dove in campo c'era la nazionale tedesca. E la maggior parte di infarti si era verificata nell'arco di 2 ore dall'inizio della partita, effetto evidente dello **stress dell'attesa sulle coronarie**.

Per la cronaca non si hanno notizie di quanti cuori siano 'scoppiati' in Italia che quel mondiale lo fece suo. Che morale si può trarre da tutto ciò? Preso atto di quanto sostengono i ricercatori, possiamo limitarci a qualche pillola di saggezza. Primo: la televisione resta l'elettrodomestico più fruito in famiglia ma difficilmente una trasmissione dura più di 4 ore di fila, dunque schiodarsi ogni tanto dalla poltrona non sarà un problema. Quanto ai patiti del pallone, un solo consiglio: **tifino prima per il loro cuore e poi per la loro squadra del cuore**.

Servizio di oculistica a San Marino: fra tecnologia e formazione

A cura del Dott. *Alessandro Mularoni*
Direttore Servizio Oculistica ISS



‘Da quando lavoravo presso l'ospedale Maggiore di Bologna ho maturato l'idea che la nostra specialità cioè l'**oftalmologia** fosse fra le più stimolanti per due motivi: l'avanzamento tecnologico continuo che la contraddistingue e il bisogno di aggiornamento e di formazione che abbiamo noi oculisti per saper sfruttare nel modo migliore le possibilità offerte dalla tecnologia.



Quando nel 2015 è partito il **progetto dell'ISS** di implementare e aggiornare il servizio di oculistica del nostro ospedale abbiamo acquisito tutte le più moderne tecnologie diagnostiche e terapeutiche e impostato un programma di formazione con canali interni ed esterni'. Il dottor Alessandro Mularoni, sammarinese, è il responsabile del servizio di oculistica del nostro ospedale.

‘stiamo completando alcuni step per rendere la nostra attività più aderente possibile ai bisogni del cittadino, abbiamo organizzato ambulatori per prime visite e ambulatori di II livello dove gestire in maniera appropriata le **patologie oculari** più frequenti come la maculopatia, il glaucoma, la retinopatia diabetica, l'occhio secco.

Chi ha una patologia cronica incontra e viene curato da professionisti che si occupano nello specifico di quel problema: si aggiornano frequentando eventi e corsi in Italia e all'e-

estero e fanno aggiornamento anche in casa. Dal 2016 ad oggi abbiamo organizzato presso il nostro ospedale 10 **eventi di aggiornamento** su vari temi innovativi in oftalmologia, con la partecipazione di molti oculisti e relatori titolati. In particolare il congresso annuale AICCER, associazione italiana di cataratta e chirurgia refrattiva, che è il più importante congresso italiano su queste tematiche, è stato organizzato presso il nostro ospedale dove nel marzo 2017 30 chirurghi oculisti provenienti da tutta Italia hanno eseguito interventi chirurgici nelle nostre sale operatorie. Oggi per avere una visita oculistica si attendono 15-20 giorni, per essere operati di cataratta 2 mesi, per sottoporsi ad una puntura intravitreale per la cura della maculopatia non più di 20 giorni. Stiamo lavorando anche in campo di **prevenzione**: da anni il nostro **servizio di ortottica** offre un programma di **screening pediatrico** per tutti i bambini di 3 anni; da quest'anno le nostre ortottiste saranno presenti anche nelle **scuole** per rendere questo programma ancora più completo e grazie all'utilizzo di strumenti portatili di recente acquisizione anche evidenziare patologie e difetti visivi precoci.



Quattro domande al Prof. Corrado Petrocelli Rettore dell'Università di San Marino

1 - Il mondo universitario e il mondo del volontariato si possono incontrare per mettere in pratica una collaborazione del tutto inedita, almeno nella Repubblica di San Marino?

Credo che un incontro di questo tipo non possa che apportare benefici ad entrambe le parti ed è **dunque auspicabile che quanto prima si attivino i meccanismi opportuni per definire possibilità e ambiti di una collaborazione per noi certo significativi.** Mi piace però ricordare che operano presso la nostra Biblioteca ben qua:ro volontari del servizio civile italiano all'estero che hanno scelto di trascorrere (a spese del servizio civile) un anno impegnati in un progetto relativo al nostro patrimonio bibliotecario: questo è il secondo anno che abbiamo con noi qua:ro qualificati laureati. la scelta della nostra sede ci inorgolisce.

2 - Quanti potrebbero essere potenzialmente gli studenti coinvolti nella collaborazione con il volontariato all'interno del Polo del sanitario e socio sanitario? Si partirebbe da un rapporto di conoscenza per passare ad esperienze più dirette di volontariato nelle associazioni che sceglieranno di frequentare.

Credo sia difficile quantificare sin da ora una adesione: immagino tuttavia che possano essere maggiormente interessati quanti sono sistemati in modo stanziale nel territorio della Repubblica per seguire le lezioni, giacché si iscrivono ai nostri corsi (soprattutto a quelli di Design) ragazzi provenienti da ogni parte di Italia.

Per coloro che sono invece pendolari e viaggiano quotidianamente forse risulterà più difficile assumere impegni che implicano frequenza assidua.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELLA REPUBBLICA
DI SAN MARINO

3 - Quanto può pesare (e arricchire) un simile impegno sociale nella maturazione di un giovane studente già fortemente impegnato in un'attività didattica di livello universitario?

Sono sempre stato convinto che l'Università sia una grande comunità il cui fine deve essere certo quello di **trasmettere conoscenza elevata** (che deriva da una ricerca di qualità) ma soprattutto di **tendere a formare i consapevoli cittadini di domani**, che sappiano interpretare e affrontare la complessità del mondo, ne abbiano coscienza e grazie al patrimonio di saperi acquisiti sappiano anche determinare la propria esistenza.



4 - L'Associazione Cuore-Vita sta già coinvolgendo la scuola primaria nell'educazione a sani stili di vita. Un ulteriore coinvolgimento del mondo universitario potrebbe allargare su scala generazionale l'attaccamento a questi valori?

Trovo molto bello che si torni ad usare il termine **educazione** che personalmente preferisco a quello di formazione. Per le considerazioni già svolte non posso che rispondere positivamente alla domanda. Aggiungo che stiamo cercando di affermare nel nostro Ateneo il senso dell'essere tutti, professori, personale, studenti parte della stessa comunità, il primato della **collaborazione** su quello della competizione esasperata e selvaggia che sembra oggi dilagare. Credo che i risultati si vedano e non è un caso che, in collaborazione con il design (che già rivolge a: attenzione particolare al sociale, all'ambiente, a categorie o popolazioni svantaggiate) promuoveremo a breve un'iniziativa che vuole tornare a parlare appunto di valori, di diritti e doveri, di etica e di scienza: l'abbiamo chiamata Designing civic consciousness.

Giovani malati di sedentarietà'

A cura del Dott. Marco M. Benedettini



Sportivi sedentari un ossimoro tristemente vero !

La prestigiosa rivista scientifica Lancet ci dice che il 23 % degli adulti e l'80% degli adolescenti in età scolare è inattiva.

La pratica quotidiana di medico dello sport mi conferma sempre di più questa realtà.

I nostri giovani non si muovono più, vivono continuamente seduti tra scuola, mezzi di trasporto, compiti a casa, televisione, tablet e telefonini. D'altra parte quei pochi fortunati che intraprendono una attività sportiva hanno (spesso) l'illusione di essere "allenati".

Bisogna essere chiari, non bastano tre volte a settimana di addestramento ad uno sport per considerarsi allenati soprattutto per sport dove sempre più spesso è esaltato il gesto tecnico mentre il movimento è limitato al minimo. Così ogni giorno si presentano

alla visita annuale sportiva ragazzi tecnicamente perfetti nel gesto sportivo ma **con il cuore da campioni di divano**.



Questa preoccupante realtà ci fa prevedere un triste futuro per le prossime generazioni essendo ben chiari i danni dell'inattività fisica sul nostro organismo. L'inganno più grande è che si pretende di essere degli sportivi senza considerare l'indispensabile allenamento cardiaco.

A parità di tecnica, infatti, chi avrà un cuore più allenato avrà maggiore capacità di recupero e di conseguenza maggiore resistenza e lucidità durante le fasi di gioco.

L' Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda almeno 1 ora al giorno di attività fisica per i nostri ragazzi.

La parola d'ordine quindi è **"facciamo muovere i nostri ragazzi!"**, togliamogli computers e telefonini e mandiamoli a divertirsi nei parchi.

La Dieta Smartfood..

una dieta con evidenze scientifiche tanto da essere promossa dallo IEO (Istituto Europeo di Oncologia) A cura della Dott.ssa Marina Corsi

Di cosa stiamo parlando?

La dieta smartfood si basa su indicazioni dietetiche volte alla corretta distribuzione dei cibi nell'arco della giornata ed in special modo punta ad un maggior consumo dei vegetali e della frutta. In particolare affronta un nuovo approccio scientifico della nutrizione, ovvero il legame tra cibi e genoma : Nutrigenomica e tutte le implicazioni correlate.

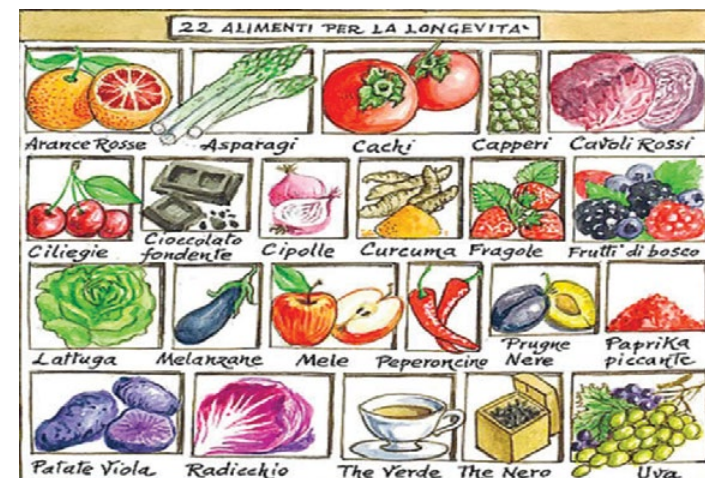
Che cosa si intende per nutrigenomica?

Da tempo si è osservato che l'espressione del nostro patrimonio genetico è influenzabile attraverso l'azione di diversi fattori, uno molto importante è l'alimentazione. Questo lo sanno bene coloro che si occupano di oncologia e di geni espressi in taluni tumori. La nutrigenomica pertanto rappresenta l'interazione tra dieta seguita e trascrizione, espressione proteica e metabolismo.

I geni, la cui espressione è regolata dall'alimentazione, hanno anche un ruolo importante nelle patologie cronico-degenerative. Interventi dietetici basati sulle conoscenze dei fabbisogni nutrizionali, dello stato nutrizionale e del genotipo, possono essere utilizzati per prevenire, migliorare o curare patologie croniche (nutrizione individualizzata).

Quale schema nutrizionale si propone quindi con la dieta smartfood?

Vegetali al primo posto ed in porzioni più abbondanti in ogni pasto principale; frutta sempre come spuntino e sostituta dei dolci, evitare carni rosse e prediligere alimenti proteici di origine vegetale. I grassi da utilizzare devono essere quelli polinsaturi provenienti dall'olio extravergine di oliva, acqua e tè nero come bevande. Categorico cenare entro le 20 della sera per non inficiare il me-



tabolismo e dedicare giornate a periodi di digiuno basato sul solo consumo di vegetali. Queste alcune delle raccomandazioni espresse dalla dieta smartfood oltre a tutte le indicazioni volte a controllare e soprattutto rispettare il senso di sazietà offerto dai cibi.

Una moda, un modello applicabile o una dieta pericolosa?

Purtroppo il mondo della nutrizione e dietetica è popolato di improvvisati esperti che lanciamo mode nutrizionali anche pericolose. In questo caso abbiamo il supporto del dato scientifico che attesta i benefici di questo modello nutrizionale che può essere applicabile facilmente nella giornata alimentare tipo. L'errore che non bisogna mai commettere è però quello di impostare piani dietetici individuali da soli e magari dopo letture di discutibile provenienza. Infatti per procedere verso la scelta di modelli dietoterapeutici personalizzati occorre rivolgersi ai professionisti della salute che sono i soli in grado di fornire un approccio sicuro. Inoltre questo modello di dieta è quanto mai personalizzabile soprattutto quando utilizzato per la cura di patologie cronico-degenerative.

Diabete ed osso

A cura del Dott.ssa **Tatiana Mancini**.

Responsabile del Modulo Funzionale di Malattie Endocrino-Metaboliche
UOC Medicina Interna ISS



Il **diabete mellito di tipo 2 e l'osteoporosi** sono fra le più frequenti patologie endocrine e colpiscono prevalentemente la popolazione anziana.

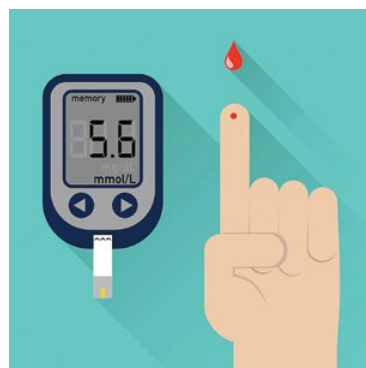
La prevalenza della malattia diabetica sta aumentando nel mondo intero ed è associata ad un aumentato rischio di fratture osteoporotiche. Nelle persone con più di 55 anni una frattura comporta un aumento del rischio di mortalità e di declino funzionale. Con l'invecchiamento della popolazione è destinato ad aumentare il numero di diabetici a rischio di frattura peggiorando il circolo vizioso di disabilità e complicanze di questi soggetti, che è maggiore rispetto ai pazienti non diabetici.

Vi sono numerose evidenze in letteratura che documentano come **il diabete si confermi un importante fattore di rischio per alterazioni della massa ossea**. Rispetto ai soggetti sani, i pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 presentano un rischio doppio di incorrere in **fratture**; mentre i soggetti giovani con diabete di tipo 1 presentano un rischio molto più alto, quasi 6 volte superiore rispetto ai soggetti non diabetici della stessa età, con danni a carico di anca e femore.

Altra caratteristica tipica dell'osteoporosi nel diabetico è che **non** ci sono **evidenti dif-**

ferenze tra uomini e donne, ma nei maschi la consapevolezza è quasi assente essendo da sempre l'osteoporosi considerata una patologia al femminile.

Le ricerche più aggiornate hanno accertato che il rapporto tra diabete e osteoporosi ha aspetti differenti a seconda che si abbia diabete di tipo 1 o diabete di tipo 2. Nel diabete di tipo 1 è alterata la capacità dell'osso di formare nuovo tessuto. Poiché le ossa sono sottoposte ad un processo continuo dinamico di riassorbimento e produzione, la mancata neoformazione comporta un impoverimento dell'osso. Nel diabete di tipo 2, invece, la massa ossea spesso è normale (cosa che in passato si riteneva essere un vantaggio protettivo), ma a essere compromessa è la qualità dell'osso.



L'eccesso di zuccheri nel sangue infatti si lega alle proteine delle fibre collagene indebolendo la struttura portante del tessuto osseo. Questo comporta anche un problema nella diagnosi dell'osteoporosi dal momento che la densitometria ossea o MOC (che valuta solo la massa ossea e non la sua qualità) risulta normale anche quando vi sono già fratture!

Ci sono anche altri meccanismi che legano osso e diabete. **L'osteocalcina**, una proteina prodotta dalle cellule dell'osso, è inversa-



mente correlata ai livelli di zucchero e grassi nel sangue, regola l'espressione dei geni delle cellule pancreatiche e vi sarebbero evidenze che riduca lo sviluppo di problemi del metabolismo come appunto l'obesità ed il diabete. Anche l'**infiammazione cronica** legata al diabete può avere importanti conseguenze sul metabolismo osseo.

Ma i meccanismi alla base dell'aumentato rischio di frattura nel diabete mellito di tipo 2 sono rappresentati anche dalle complicanze neurologiche (riduzione dei riflessi, problemi dell'orientamento e dell'equilibrio secondari anche all'aumentata prevalenza di ictus in questa popolazione), dalla visione ridotta (secondaria a retinopatia), dal piede diabetico, dagli sbalzi di pressione (ipotensione ortostatica), dalle ipoglicemie. **Tutte queste condizioni predispongono alle cadute** l'individuo diabetico che ha già una qualità dell'osso peggiore aumentando così significativamente il suo rischio di fratture.

Poiché, come evidenziato in precedenza la **densitometria ossea** non è in grado di predire il rischio di frattura nel diabetico (soprattutto di tipo 2) viene utilizzato un algo-



ritmo (FRAX) che tiene conto, oltre che della densità minerale ossea del collo del femore, della presenza di altri fattori di rischio per osteoporosi (fratture precedenti, età, sesso, indice di massa corporea, terapia con cortisone etc.), ed è pertanto in grado di predire il rischio di frattura a 10 anni del soggetto analizzato.

Tra le vitamine più utili per la fissazione del calcio nelle ossa, va citata la **Vitamina D**, che in bambini e adolescenti favorisce la normale crescita dello scheletro e dei denti e negli adulti aiuta a prevenire appunto l'osteoporosi. Alla carenza di Vitamina D è anche attribuito un ruolo nella insorgenza della resistenza insulinica e nello sviluppo del diabete di tipo 2. Numerosi studi su modelli cellulari ed animali suggeriscono inoltre un ruolo protettivo della vitamina D sulla beta cellula pancreatica riducendo l'infiammazione della stessa.

E' dunque importante, nel paziente diabetico, prevenire anche la **complicanza fratturativa** attraverso un **buon controllo del compenso glicemico** (con attenzione alla prevenzione delle ipoglicemie!), una dieta che preveda anche un sufficiente contenuto di calcio, un'adeguata supplementazione di vitamina D ed una valutazione del rischio fratturativo per trattare tempestivamente i pazienti a rischio con i farmaci a disposizione per la terapia dell'osteoporosi.

Come e perché si diventa allergici?

A cura del Dott. **Sanzio Castelli** Vice presidente Cuore-Vita



Come tutti gli articoli di divulgazione scientifica questo non è diretto agli addetti ai lavori, cerca di essere comprensibile, semplice, conciso e nasce dalla necessità di dare una risposta a chi si chiede il perché dell'aumento continuo di raffreddori, bronchiti asmatiche, orticarie, ed altri sintomi dovuti alla allergia.

Per entrare in tema è utile una premessa che definisce alcuni concetti di base:

ALLERGIA - E' una risposta atipica del sistema immunitario nei confronti di sostanze che dalla maggior parte delle persone vengono tollerate: in Europa e U.S.A. circa il 25% ha raffreddore allergico e il 6% ha asma a prevalente componente allergica e ciò significa che a **San Marino almeno 8.000 abitanti presentano sintomi analoghi.**

GENETICA - Nel corredo del DNA di ognuno c'è un sito che provvede alla bassa o alta produzione di anticorpi ed un altro che decide verso cosa indirizzarli: questo spiega la diversità della sensibilità individuale (pochi anticorpi = sintomi più controllabili) e la possibilità di essere allergico a una o più sostanze.

FENOTIPO - E' il risultato della interazione dell'ambiente con il patrimonio genetico del singolo individuo: dove, come e con chi si vive sono gli elementi capaci di scrivere e riscrivere la storia delle allergie.

Partendo da questi punti fissi vediamo come il processo di civilizzazione e le attività dell'uomo in costante evoluzione

abbiano influito su questa particolare deviazione del sistema immunitario.

Le malattie allergiche hanno una particolare incidenza nelle società industrializzate occidentali e le ricerche scientifiche condotte per spiegarne il motivo hanno portato ad alcune conclusioni accettate come attendibili dalla comunità scientifica:

TEORIA IGIENICA - Le componenti del sistema immunitario che avviano la sequenza di eventi in una reazione allergica sono proteine denominate IgE: la loro originale e primaria funzione è soprattutto l'impegno nei processi di difesa da parassiti infestanti, ma una lunga inattività protratta per generazioni fa in modo che si dedichino ad altro.

Le molteplici vaccinazioni fin dalla età pediatrica, l'uso a dosi generose di terapie antibiotiche, il passaggio dalla promiscuità con animali da cortile alla progressiva urbanizzazione e quindi la migliore igienizzazione degli ambienti di vita, tutto questo ha lasciato alle IgE il "tempo libero" per cercarsi nuovi obiettivi e dedicarsi ad altro.

INQUINAMENTO AMBIENTALE - Gli allergeni più diffusi e noti sono i pollini di piante erbe e fiori che li affidano al vento anziché lasciarlo trasportare dagli insetti.

Durante il periodo di massima produzione questi granuli volano dunque sulle ali del vento a 20-30 metri da terra, anche per molti chilometri seconda peso e dimensione, ma quando passano su zone urbane o molto trafficate incontrano il pulviscolo prodotto dai tubi di scappamento dei veicoli o dal riscaldamento o dalle emissioni !
Industriali: il polline si appiccica così ai famigerati PM2 e PM10, si appesantisce e discende "a portata di naso" e la capacità allergizzante si somma a quella irritante (i numeri dei PM corrispondono al diametro delle polveri in millesimi di millimetro e identificano quelle che possono irritare occhi-naso-gola o che possono arrivare più giù fino ai piccoli bronchi e provocare asma).

Continua nel prossimo numero

Mors tua, vita mea.

Il cibo a metro zero. A diabete zero.

A cura del Dott. **Daniele Cesaretti.**

Indonesia, sabato 30 settembre 2017.

In un remoto palmeto del distretto di Batang Gansal, sull'isola di Sumatra, il signor Robert Nababan all'improvviso si trova davanti un **pitone di otto metri** dal peso di 90 kg. Un mostro ben più grande del minuto indonesiano. Il gigantesco rettile, dalle enormi fauci in grado di ingurgitare pantegane, capre e persino vitellini, pensa di farsene letteralmente un sol boccone del malcapitato Robert. Come del resto era già successo a marzo per un compaesano finito nella pancia di un altro pitone. Ne nasce una lotta furibonda e disperata, veramente all'ultimo sangue. Ma stavolta l'insolente serpente ne esce perdente. Nababan, gravemente ferito, è prontamente soccorso da alcune persone e trasportato all'ospedale di Pekanbaru City con un braccio quasi staccato ma se la caverà. Altri abitanti del vicino villaggio, avutone notizia, accorrono sul luogo dell'accaduto. Sono tutti muniti di coltelli, macheti ed asce. Per assestare al serpente il colpo di grazia? No, no. Per macellarlo. Per poi **mangiarselo**. La scena successiva è degna di un rituale, come l'avessero fatto altre volte. Il pitone viene legato sospeso fra due alberi. Poi spellato, sventrato, squartato, sminuzzato. Infine soffritto in un grande wok o scottato alla fiamma. Carne freschissima, di prima scelta, nemmeno da frollare, senza coloranti né conservanti né additivi né ormoni né antibiotici né sale né zucchero. Carne "molto saporita" sostengono i consumatori. Incuranti dei grassi, delle proteine animali e del colesterolo e delle linee guide della corretta alimentazione, vanto del mondo "civilizzato". Come accadeva da noi una volta col maiale, di cui non si buttava via niente. La notizia e le relative foto della macellazione del pitone hanno fatto il giro del mondo*. Every picture tells a story. Ogni immagine racconta una storia, almeno per chi sa percepirla certi dettagli. Questi infatti ci mostrano che tutti i partecipanti all'**improvvisata Sagra del Pitone**, sia i bambini sia gli adulti, sono **in peso forma, snelli, magri ma non denutriti**. Non mostrano segni di diabete né di



prediabete né di cardiopatia. Magari avranno la malaria. Per forza, vivono in zona equatoriale. Magari avranno ricorrenti disturbi gastroenterici. Per forza, l'acqua è spesso contaminata da batteri. **Ma non si intravedono patologie degenerative da benessere.** Come accadeva dalle nostre parti alcuni decenni orsono quando si consumavano quasi esclusivamente alimenti locali di origine sia animale sia vegetale. E' solo di recente che da noi si sta promuovendo il concetto di **alimenti a kilometro zero**, cioè di **cibi freschi** che dal produttore arrivano direttamente al consumatore. Di utile sostegno all'**economia locale** e al duro lavoro di agricoltori/allevatori ma ancora più importante per la salute. **Il cibo salutare è quello naturale**, senza trattamenti industriali. **La morale del grottesco preambolo** di cui sopra è proprio questo. Ma come fanno, poverine, le popolazioni che abitano in aree remote a tirare avanti senza antiossidanti, supplementi ed integratori, cardioaspirina, statine, nutraceutica, piramidi alimentari? E' semplice la risposta. Non ne hanno bisogno, perché esse sono metabolicamente sane, esenti dal diabete fino a quando stanno lontane da aree urbane. E viceversa, guarda caso, laddove si promuovono gli **"healthy foods"** (i cibi sani) -di origine industriale- il diabete e l'obesità dilagano. E non conta nemmeno quanto amore ed esperienza ci mettano le nostre "rzdore" nella preparazione dei piatti fatti sì a mano ed in casa ma con **fari-na industriale**. Non si salvano nemmeno i periti e gli inflessibili giudici della Confraternita della Tagliatella nelle cui foto si riconoscono le stigmate della congrega del diabete.

**Giant python: Indonesians eat huge snake after man defeats reptile.*

La Vita secondo Vito

Vignetta realizzata da Gigi Belisardi



“Migliora il tuo piatto con un arcobaleno: mangia frutta e verdura di tutti i colori”

La fragilità nell'anziano.

A cura del Dott. Paolo Gazzi

Se si fa una ricerca bibliografica sulla **fragilità** troviamo tante definizioni e tipi di classificazione e purtroppo non esiste una definizione clinica precisa perché mancano criteri obiettivi certi e codificati per identificarla. Pertanto dobbiamo sforzarci di definire criteri precisi e semplici di tipizzazione che permettano pure ai non addetti ai lavori di riconoscere questo tipo di “anziano fragile”.

La difficoltà di una esatta definizione di fragilità si evince da una frase scritta dal prof **W.R.Hazzard** nella introduzione ad un trattato di geriatria. Alla domanda postagli di quale fosse il tipico paziente geriatrico, rispose: pensa al più anziano, al più malato, al più complicato, ma anche al più povero, al più solo, al più indifeso, al più confuso dei tuoi pazienti.

L'anziano che vive solo è sicuramente più fragile dell'anziano che vive in un contesto familiare e chi ha una pensione minima ha molte più difficoltà rispetto a chi è più agiato.

Allora se vogliamo esprimere con una sola parola il concetto di fragilità questa è “**rischio di perdere l'autosufficienza**”. Infatti un buon geriatra è soddisfatto del proprio operato, non soltanto quando ha guarito una o più malattie, ma quando è riuscito a **prevenire la non autosufficienza** o ancor meglio quando è riuscito con i suoi accorgimenti a rendere **autonomo** l'anziano che non lo era e questo lavoro di recupero **funzionale** è utile non solo al singolo paziente ma alla società tutta, per il risparmio di risorse economiche che deriva dal mantenere gli anziani in condizioni di autonomia.

Lo stato funzionale dell'anziano è un indice fondamentale della **qualità della vita** che non si può identificare **solo** con la sommatoria delle malattie, ma è la risultante di queste, con altri fattori, quali condizioni economiche, ambientali, neuropsicologiche, affettive, culturali.

Nell'anziano la malattia qualunque essa sia, trova un terreno biologico alterato da precedenti cause patologiche e soprattutto da una diffusa **meiopragia** (ridotta funzionalità) a livello dei

vari organi con una riduzione della riserva funzionale e della capacità di mettere in moto quei meccanismi di adattamento e di compenso in relazione allo stress. Tutte queste condizioni di precario equilibrio possono portare facilmente alla **perdita della autosufficienza**.

Condizione essenziale per una proficua assistenza al paziente anziano è la **continuità** di interventi perché la singola osservazione porta solo a una transitoria soluzione dei problemi, a possibili errori non solo diagnostici, ma anche prognostici, se non si instaura una corretta strategia alle **mutevoli esigenze** del paziente, che può essere offerta **solo dalla assistenza continuativa**.

Diventa quindi necessario implementare un sistema e un percorso di **valutazione multidimensionale** offerto dal **geriatra** in grado di gestire l'intero percorso di assistenza e di cura con terapia medica, riattivazione, riabilitazione, di supporto familiare e psicologico continuativi, pure quando l'anziano ha perso l'autosufficienza perché vi sono in questi pazienti delle possibilità di recupero spesso imprevedibili che possono portare seppur lentamente a possibili miglioramenti, i quali, se non sono sempre di tipo funzionale lo sono certamente in termini di **qualità della vita**. **Impronta inconfondibile a tutta l'opera del geriatra rimane la lotta antiinvalidante.**



L'ANGOLO DEL GERIATRA

Curiosità dal mondo scientifico

A cura del Dott. *Niksa Simetovic*

QUATTRO SEGNI CLINICI POSSONO AIUTARE NELLA DIAGNOSI DI POLMONITE

Più dell'80% dei pazienti con polmonite accertata radiograficamente presenta almeno uno di questi segni clinici: febbre, tachicardia, crepitii polmonari e bassa saturazione di ossigeno. Questo studio è il primo in cui viene segnalata l'**utilità dell'ossimetria** nella diagnosi di polmonite. Lo studio prospettico ha interessato 28.883 pazienti adulti che presentavano tosse acuta attribuibile a infezioni delle basse vie respiratorie. Il follow-up è stato di 30 giorni. Le caratteristiche individuali dei pazienti (sesso, età, fumo, storia medica) non sono state utili per diagnosticare la polmonite: temperatura >37,8°C; pulsazioni > 100 al minuto; crepitii all'auscultazione; saturazione di ossigeno <95%. La valutazione di segni clinici facilmente misurabili, tra cui la **saturazione di ossigeno**, premette al medico di selezionare i pazienti da trattare con antibiotico, evitando la prescrizione indiscriminata, ma garantendo la terapia ai pazienti con polmonite. European Respiratory Journal 2017;50.

L'EMBOLIA POLMONARE È RARA NEI PAZIENTI CON SINCOPE VISITATI IN PRONTO SOCCORSO

La prevalenza di embolia polmonare è inferiore all'1% nei pazienti che si presentano in pronto soccorso per sincope. L'embolia polmonare deve essere sempre presa in considerazione nella diagnosi differenziale, ma non tutti i pazienti devono essere sottoposti a valutazioni approfondite per embolia polmonare. Nello **studio osservazionale retrospettivo** sono stati analizzati i dati presenti in 5 database amministrativi di 4 paesi: Canada, Danimarca, Italia e Stati Uniti (2 database USA). Non è stato preso in considerazione l'effetto di alcune caratteristiche



dei pazienti (età, genere, comorbidità) sulla diagnosi di tromboembolia venosa. La **sincope** è un sintomo comune che una persona su 4 sperimenta nel corso della vita. L'embolia polmonare è riconosciuta come causa importante e grave di sincope, ma i dati relativi alla sua prevalenza in pazienti con sincope restano scarsi. JAMA Intern Med 2018.

UNA REVISIONE METTE IN LUCE LE INTERAZIONI TRA FARMACI E PRODOTTI DI ERBORISTERIA

Bisogna mettere in guardia i pazienti dai potenziali rischi dell'interazione tra farmaci ed erbe. **Alcune erbe possono ridurre l'efficacia della terapia oppure scatenare reazioni tossiche.** Al termine della selezione sono stati identificati 49 articoli di cui 47 case report e due studi osservazionali. Dono state registrate 25 (51,02%) interazioni probabili e 4 molto probabili (8,16%), 18 (36,73%) possibili mentre 2 (4,08%) sono stati considerati dubbi. Le **reazioni avverse più frequenti** sono state rialzo degli enzimi epatici, alterazioni della coagulazione, disturbi gastrointestinali e rhabdomiolisi. L'aumento del numero di pazienti anziani con malattie croniche, sindromi dolorose, ansia e depressione aumenta il rischio di interazione tra farmaci e prodotti di erboristeria. Alcuni di questi eventi possono mettere a rischio la vita o comportare ricoveri e ingenti costi sanitari. Brit J Pharmacol pubblicato on line il 29 gennaio 2018.

Più frutta e verdura nella scuola.

A cura del Dott. *Giovanni Iwanujko*

La **Commissione europea** propone, attraverso un progetto di **educazione alla salute** promosso nelle scuole, frutta e verdura gratis nelle mense; progetto che comprende anche iniziative educative e di sensibilizzazione e che mira ad incoraggiare **nell'infanzia** l'acquisizione di sane abitudini alimentari al fine di combattere la pericolosa tendenza al sovrappeso ed alla obesità nei bambini e negli adolescenti. Oggi si è concordi che le buone abitudini alimentari si acquisiscono nell'infanzia: il bambino che mangia molta frutta e verdura fin dai primi anni di età resta un buon consumatore, mentre chi ne mangia poca il più delle volte non intende modificare le sue abitudini e di conseguenza le trasmette ai figli. Come spesso viene consigliato in nutrizione pediatrica è fondamentale che l'intero nucleo familiare cambi le proprie abitudini al fine di raggiungere l'impegnativo obiettivo delle 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, per il benessere di grandi e piccoli. Ed un'alimentazione sana ed equilibrata, ricca di fibre, vitamine e di tutti i composti dalle spiccate proprietà naturali, è il modo più saggio per contribuire al **benessere del proprio corpo**. Tutto ciò è confermato da studi che dimostrano che un'alimentazione sana nell'età infantile può svolgere un ruolo fondamentale nel ridurre i tassi di obesità e, quindi, il rischio di soffrire di gravi problemi di salute come ad esempio le malattie cardiovascolari e il diabete di tipo 2 negli anni successivi.



Inoltre i profondi cambiamenti del nostro stile di vita in questi ultimi vent'anni con un'aumentata frequenza nella popolazione di abitudini sedentarie, di riduzione dei livelli di attività fisica e di abitudini alimentari scorrette hanno contribuito ad un aumento considerevole della prevalenza di **sovrappeso/ obesità** in tutte le fasce di età specie in quella infantile.

Dove promuovere corrette abitudini alimentari e motorie?

In famiglia. I genitori sono sicuramente il più influente modello di riferimento educativo-comportamentale attraverso il proprio esempio che offrono ai figli, prima che altri fattori socio-ambientali li coinvolgano in senso negativo nelle preferenze-abitudini alimentari e nell'essere fisicamente attivi.

Nella Scuola. Essa rappresenta il continuum di ciò che di buono è iniziato nella famiglia: promuovere corrette abitudini alimentari e motorie a partire dai Nidi e dalle Scuole d'infanzia è prioritario e fondamentale per gli interventi di promozione della salute estesi alla collettività infantile.

È il **pediatra** che consiglierà la quantità giornaliera di frutta e verdura proporzionata all'età ed alla costituzione del bambino.

E ricordiamoci che uno **stile alimentare** mediterraneo, raccomandato dall'OMS, assicura un apporto adeguato di nutrienti, è basata su cibi naturali semplici, riduce il rischio per le "malattie del benessere" che incidono negativamente sulla nostra salute.





*I migliori auguri
di buona e serena Pasqua
ai nostri soci e lettori
di magazine **Cuore-Vita***

Sponsor:



CASSA DI RISPARMIO
DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO S.p.A.

