

# CUORE VITA

MAGAZINE

2017 **N°22**  
Giugno



Autorizzazione n° 343 del 12.12.2005 - in allegato a Sorpresa

**Educare alla prevenzione aiuta  
a garantire un futuro più sano.**

02 Editoriale  
03 Dagli USA un cattivo  
esempio  
04 Quattro domande alla  
Dott.ssa Marina Foscoli

06 Omega-3 e Omega-6  
07 SOS...aiutiamo i nostri  
ragazzi  
08 Trapianto di feci?  
Mai dire mai...

10 SOS...obesità infantile!  
12 La vita secondo Vito  
13 L'angolo del Geriatra  
14 Curiosità dal mondo scientifico  
15 Non è (più) farina del tuo sacco!



## “Ben ritrovati!”

Editoriale a cura del Dott. *Giovanni Michele Zangoli*

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità un **adeguato consumo di frutta e verdura** cambierebbe la mappa mondiale delle malattie cardiovascolari. Tanto basterebbe per convincerci a portare quotidianamente sulle nostre tavole i prodotti stagionali che la natura ci fornisce. La natura non fa le cose a caso; se frutta, verdure e ortaggi variano con la stagionalità un motivo c'è: le loro naturali proprietà nutritive infatti sono collegate alle esigenze del nostro organismo in un determinato periodo dell'anno. Ed è ovvio che quelle esigenze non possono essere le stesse in ogni stagione. Ecco perché d'**inverno** troviamo gli agrumi ricchi di vitamina C di aiuto alle difese del sistema immunitario, mentre la **primavera** è legata alla rinascita, alla depurazione delle tossine accumulate nei mesi freddi dovute ad una alimentazione ricca di grassi e zuccheri. In **estate** invece frutta e verdura sono povere di calorie e ricche di acqua per soddisfare le aumentate esigenze idriche del nostro organismo e sono ricche di minerali per contrastare la perdita dovuta ad una eccessiva sudorazione. **I frutti della terra sono la 'medicina' più salutista**, ciascuno con le sue proprietà: la mela è amica di cuore e cervello, pesca e banana ci forniscono potassio, il mirtillo rallenta l'invecchiamento, l'uva aiuta il cuore. E gli esempi potrebbero continuare così svariati da soddisfare i gusti di ogni palato. Le famose **cinque porzioni al giorno** caldeggiare dagli esperti nutrizionisti (tre di **frutta** e due di **verdura**) sono una formula perfetta e anche facile da ricordare. A conforto di questa filosofia alimentare ci sono le stime dell'Oms: con 600 grammi di frutta e verdura al giorno si eviterebbero oltre 135mila decessi, si scongiurerebbero anche 1/3 delle malattie coronariche e l'11 % degli ictus. Il buon funzionamento del nostro cuore è solo uno dei tanti ambiti della nostra salute in cui la famosa “mela al giorno” può fare la differenza.



# Dagli U.S.A. un cattivo esempio

A cura del Dott. **Sanzio Castelli**, vice Presidente Associazione Cuore Vita

Delle cattive abitudini alimentari piuttosto diffuse negli Stati Uniti di America già si è letto molto, sia su pubblicazioni scientifiche che su riviste a diffusione popolare, ed anche il cinema testimonia sempre più spesso di come ampi strati di popolazione statunitense siano diseducati dal punto di vista nutrizionale.

A questo proposito su **JAMA\***, una delle riviste di aggiornamento medico più accreditate a livello mondiale, vengono riportati in febbraio u.s. alcuni dati che ci presentano un quadro così drammatico da indurre a una valutazione attenta e consapevole.

L'anno di riferimento del lavoro di ricerca citato è il **2012** ed il numero delle morti che sono state attribuite a cause **cardiometaboliche in U.S.A.** ammonta a **702.308**, così suddivise: 506.100 per malattie cardiache, 128.294 per ictus, 67.914 per diabete tipo II come causa primaria.

I ricercatori stimano che tra gli uomini il 48,6% di queste morti sia secondario alla alimentazione, e nelle donne il 41,8%: dunque uomini e donne deceduti per aver seguito, per molti

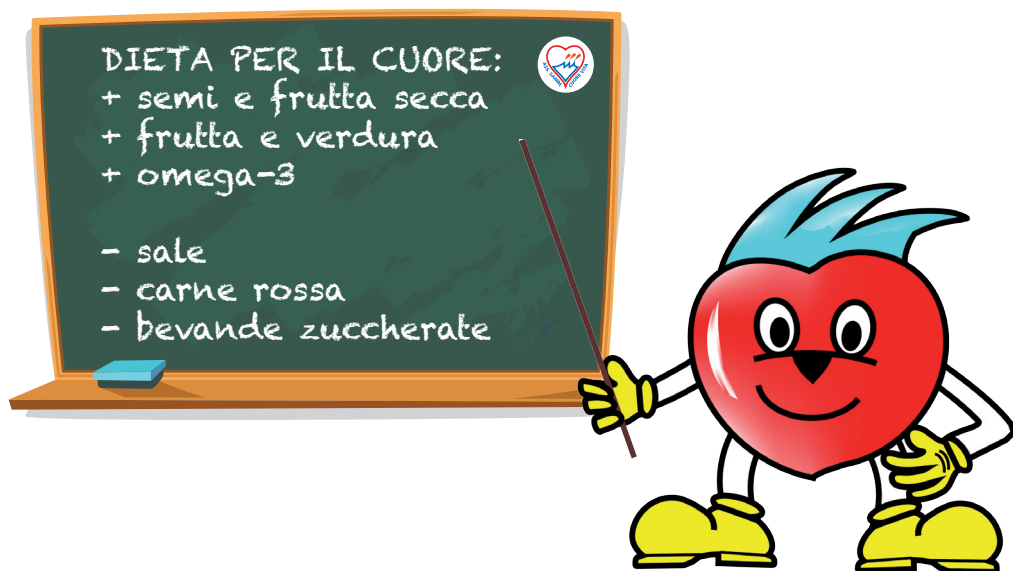
anni, regimi dietetici dannosi per la salute.

Entrando nei particolari della ricerca pubblicata, la maggior parte di queste morti sarebbe dovuta **all'eccesso di sale** (66.508), a una dieta **povera di semi e di frutta secca**, con **apporto insufficiente di frutta e verdura**, **povera di omega-3** e con **eccesso di carne rossa** lavorata e **bevande zuccherate**.

Non trovate che ci sia una grande coincidenza con quanto ribadito, ormai da anni, dai sostenitori di una sana "dieta mediterranea" e, fra questi, dal nostro Vito?

Concludendo, questi ulteriori dati, che pur sono riferiti ad una società diversa dalla nostra, ci rinforzano nell'auspicio che la modifica delle abitudini alimentari nel mondo occidentale possa portare ad una riduzione sensibile delle malattie metaboliche e delle conseguenti complicanze cardiovascolari.

*\*Association between dietary factors and mortality from heart disease,stroke,and type 2 diabetes in the United States. JAMA 2017;317:912-24*



# Quattro domande alla Dott.ssa Marina Foscoli

*Presidente della Società Sammarinese di Cardiologia.*

*Cardiologa dell'UOC di Cardiologia dell'Ospedale di San Marino*

*A cura del Dott. Gianni Michele Zangoli*

**1** Quali programmi intende mettere in campo la Società di cardiologia sotto la sua guida?

La **Società Sammarinese di Cardiologia** nasce come associazione scientifica con la duplice missione di mantenere un adeguato livello scientifico in ambito cardiologico e di ridurre l'impatto delle malattie cardiovascolari nella Repubblica di San Marino.

Il nuovo Direttivo si prefigge di continuare e **implementare le attività scientifiche** fino ad ora svolte in particolare privilegiando la collaborazione con la prestigiosa European Society of Cardiology a cui siamo affiliati da 20 anni. Attualmente la nostra collaborazione con ESC si svolge su vari fronti: siamo revisori delle linee guida internazionali (quest'anno per le nuove linee guida su valvulopatie, sulla sincope e sulle malattie vascolari periferiche; per il 2018 cardiopatie in gravidanza, nuova definizione di infarto miocardico e rivascolarizzazione, ipertensione arteriosa); siamo grader per gli esami di accreditamento europeo in Ecocardiografia trans toracica; partecipiamo ai Meeting della ESC a Sophia Antipolis (Dr. Zavatta) in cui si discutono tra l'altro programmi di prevenzione su larga scala; partecipiamo ogni anno al Congresso Europeo di Cardiologia come Faculty (chair in sessioni di Abstract) e con lo Stand della Società Sammarinese che dà una visibilità europea e mondiale alla nostra piccola realtà; partecipiamo a registri epidemiologici internazionali anche con i nostri piccoli numeri.

Il collegamento con le **maggiori società scientifiche internazionali** ci consente di mantenere un adeguato livello culturale per la nostra professione e la nostra missione.



Continueremo inoltre a collaborare con la World Heart Federation di cui siamo membri con la celebrazione anche a San Marino della Giornata del Cuore e ad organizzare il nostro annuale appuntamento scientifico.

Per quanto riguarda la **prevenzione** proseguiranno le nostre attività divulgative per la lotta ai fattori di rischio cardiovascolare con tutti i mezzi a noi possibili (incontri, opuscoli, interventi nelle scuole ecc) dando priorità agli interventi sui ragazzi già dalle scuole elementari.

**2** La prevenzione sulle patologie cardiovascolari in che misura è possibile e da che età è consigliabile?

La **prevenzione cardiovascolare** riguarda tutte le età. L'ambiente in cui viviamo, la famiglia, il luogo di lavoro influenzano tutti lo stile di vita. Ancora oggi tante persone non riconoscono l'importanza di una corretta alimentazione o i rischi di una pressione arteriosa elevata, per non parlare di fumo, diabete, colesterolo e obesità. Spesso durante le visite cardiologiche scopriamo con stupore

quanto ancora ci sia da costruire in questo senso.

Occorre **educare** maggiormente su queste problematiche e questo è uno dei nostri obiettivi. In alcuni incontri che svolgiamo con le scuole elementari in cui facciamo **avvicinare i bambini al "pianeta cuore"** ci accorgiamo di quanto essi siano attenti a imparare la salute del cuore; è già da questa età che si dovrebbe partire con adeguati programmi educativi di prevenzione, senza dimenticare di continuare a ribadire i concetti anche nella età adulta. Certi buoni propositi infatti con il tempo vanno perduti.

**3** Dopo un infarto si torna alla vita di prima senza blocchi psicologici? A quali condizioni e con quali limiti?

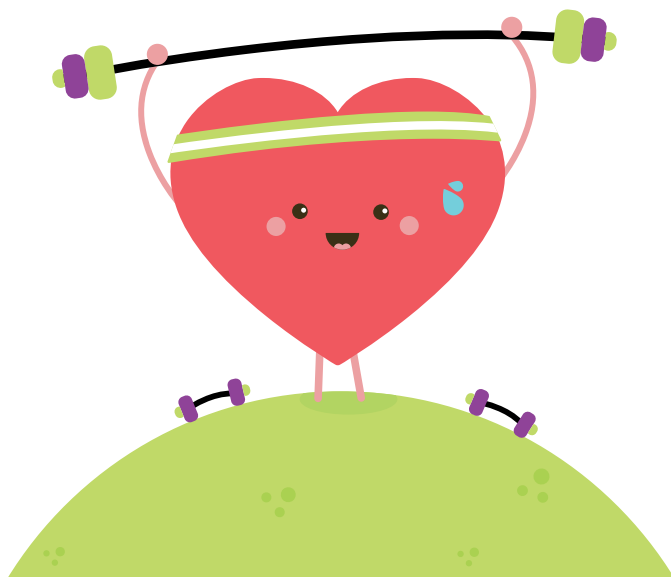
L'infarto come ogni altra malattia può lasciare segni nella psiche del paziente.

Attualmente i tempi rapidissimi di intervento con l'angioplastica, la riduzione dei tempi di ricovero, l'area infartuata spesso ridotta rispetto ai grandi infarti del passato consentono un ritorno alla vita precedente molto più veloce e agevole e spesso senza grossi danni a carico del cuore. Nella mia esperienza di oltre venti anni di cardiologa **oggi i pazienti infartuati hanno minori ripercussioni psicologiche.** Con rare eccezioni i pazienti

riprendono anche la attività fisica praticata in precedenza. Una rapida ripresa però può condizionare che il paziente non dia abbastanza importanza a quello che è successo, trascurando poi di rispettare stili di vita adeguati, interrompendo precocemente farmaci salvavita, trascurando il colesterolo ecc. L'assunzione di farmaci per il resto della vita è ovviamente la condizione limitante più sentita dai pazienti.

**4** Come gestire al meglio un paziente nella riabilitazione secondaria ai fini di un completo recupero?

La **riabilitazione cardiologica** abbraccia una popolazione estremamente eterogenea di pazienti e di condizioni fisiopatologiche. Uno stesso tipo di intervento cardochirurgico ha un impatto estremamente differente nelle varie fasce di età. Le condizioni iniziali e l'età del paziente sono molto importanti, la durata della degenza anche, il fatto che l'intervento non abbia avuto complicanza ecc. Alcuni pazienti rientrano in ottime condizioni dalla cardiocirurgia, altri si riprendono in tempi più dilazionati. La riabilitazione non può quindi che essere personalizzata cioè individualizzata al singolo paziente e alle sue particolari esigenze.



# Acidi grassi polinsaturi omega-3 e 6... fanno davvero bene alla salute?

A cura della Dott.ssa **Marina Corsi**, nutrizionista

## Cosa sono gli acidi grassi polinsaturi e in quali alimenti si ritrovano?

Gli acidi grassi polinsaturi (PUFA) hanno una struttura chimica che li caratterizza per avere molteplici doppi legami i quali tra l'altro ne determinano lo stato liquido a temperatura ambiente (oli).

Se è vero che la fonte principale di grassi nella nostra dieta è rappresentata da quelli monoinsaturi, è anche altrettanto vero che necessitiamo di introdurre una quota di PUFA con l'alimentazione perché questi grassi svolgono importanti funzioni nel nostro organismo come quella della costituzione delle membrane cellulari e delle cellule del Sistema Nervoso inoltre non siamo in grado di sintetizzarli autonomamente.

Di acidi grassi polinsaturi ne sono particolarmente ricchi gli oli, i semi e la frutta secca.

La denominazione omega-3 e omega-6 deriva dalla struttura chimica e dalla posizione dei doppi legami.

## Ci sono fasi della vita in cui aumenta il fabbisogno di questi grassi?

Come accennato nell'uomo non sono sviluppati i meccanismi di sintesi e di rimodellamento delle molecole di omega-3 e 6 e in fasi particolari della vita quali la gravidanza, l'allattamento e la senescenza si ha uno spiccato aumento del fabbisogno. Se infatti durante la gestazione sono fondamentali per lo sviluppo del sistema visivo e del Sistema Nervoso in toto del feto e poi del bambino, durante la vecchiaia si assiste ad un deterioramento delle funzioni cognitive il quale potrebbe essere prevenuto e ritardato da una corretta assunzione di cibi o integratori contenenti questi grassi.

## Quali effetti hanno questi grassi sul nostro apparato cardiocircolatorio?

Gli omega-6 abbassano il tasso di colesterolo LDL (che i saturi invece tendono a alzare), mentre gli omega-3 svolgono un'azione antiaritmica, antinfiammatoria e antiaggregante. Considerati nel loro insieme, si tratta di meccanismi che prevengono l'infarto. Inoltre il loro effetto è sinergico cioè funzionano al meglio quando con la dieta sono assunti nelle giuste quantità e ovviamente assieme. Purtroppo invece i consumi totali di entrambi i grassi è bassa nella popolazione e si attesta sui 9 grammi al giorno (5% delle calorie totali). È una soglia molto inferiore a quella raccomandata dalle linee guida che suggeriscono addirittura, per i soli omega-6, valori dal 5 al 10% delle calorie totali. Per sopprimere alle raccomandazioni sarebbe sufficiente perciò seguire la dieta mediterranea ricca di vegetali e di pesce, bilanciata e rispettosa del corretto apporto calorico, che includa frutta secca e piccole quote di oli vegetali ricchi in omega-6.

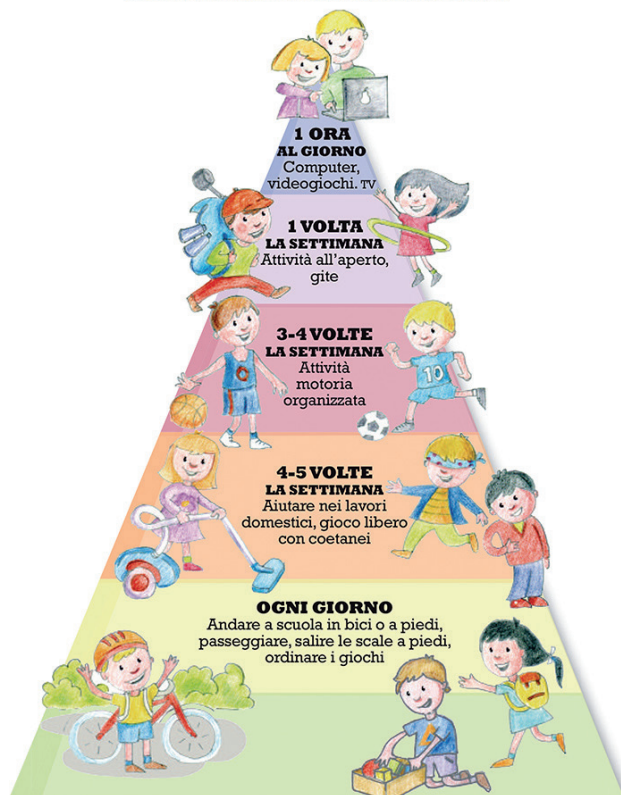


# SOS... aiutiamo i nostri ragazzi!

A cura del Dott. *Marco Benedettini*, responsabile del Servizio di Medicina dello Sport, Ospedale di Stato RSM



## LA PIRAMIDE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA



L'allarme è stato lanciato.

**I nostri giovani non sono informati** sul fatto che stili di vita sbagliati possono comportare gravi malattie, non conoscono i fattori di rischio cardiologici ed oncologici.

Recenti studi hanno dimostrato che il 20% dei ragazzi con età inferiore ai 19 anni eccede nell'assunzione di alcoolici, il 15% fuma più di 20 sigarette al giorno e trascorre più di tre ore al giorno su computer o tablet, infine molti di loro non svolgono nessun tipo di attività fisica.

Tali comportamenti e stili di vita, soprattutto a questa età, comportano nel tempo l'insorgenza di patologie tumorali e/o cardiovascolari. Negli Stati Uniti l'obesità avrebbe negli ultimi anni causato più tumori del fumo; la causa è stata individuata nell'eccessiva as-

sunzione di carni rosse ed insaccati che causerebbero un danno ossidativo della parete intestinale. Sarebbe utile spiegare ai nostri giovani che il 40% delle malattie tumorali è sicuramente prevenibile e che lo sport svolge un ruolo fondamentale nel promuovere uno stile di vita sano.

Sarebbe interessante nella nostra realtà **informare correttamente i ragazzi** in ambito scolastico sui rischi che corrono nel perseguire comportamenti sbagliati **indicando le corrette abitudini** al fine di prevenire tali gravi patologie, incoraggiando una corretta alimentazione, il movimento, eliminando il fumo e consigliando loro adeguate ore di sonno.

# Trapianto di feci? Mai dire mai...

*A cura del Dott. **Paolo Salerno Mele**, Specialista in Malattie dell'Apparato Digerente e Specialista in Oncologia. Responsabile del raggruppamento di medicina e del Servizio di Endoscopia Digestiva della Clinica San Camillo di Taranto*

Prendo spunto dai **trapianti di feci eseguiti recentemente in Italia**: due a Milano ed uno a Roma. Il primo trapianto e' stato effettuato in una giovane donna affetta da una grave forma di dissenteria intestinale da Clostridium Difficile che non rispondeva ad alcuna terapia antibiotica, favorendo la guarigione della paziente e la scomparsa, dopo due settimane di trattamento, della tossina del Clostridium. Anche gli altri due trapianti sono stati eseguiti per la stessa patologia, con successiva guarigione. Eseguire la **batterioterapia fecale**, il cosiddetto trapianto di feci è abbastanza semplice. Bisogna prelevare da un donatore geneticamente sano, le feci dal suo intestino, elaborarle in modo tale che conservino intatte le loro caratteristiche microbiologiche e reinfonderle nel ricevente o per bocca o per via rettale. **Certo la cosa può turbare ma ognuno di noi potrebbe averne bisogno.**

Sono venuto a sapere che in America esiste la **banca delle feci "Magic Poop"**, costituita da sacche di 250 ml di feci, al costo di 250 dollari l'una, che vengono somministrate per bocca con sondino naso-gastrico o mediante colonoscopia in alcune gravi patologie. L'uso delle feci a scopo terapeutico non è una scoperta recente, già i cinesi 1500 anni fa usavano piccole dosi di feci per alcune malattie e durante la seconda guerra mondiale, nella campagna d'Africa, i soldati impararono dai beduini che la cacca di cammello fresca curava la dissenteria batterica. Come ho detto, oggi la maggior parte dei trapianti sono stati effettuati per gravi dissenterie, ma l'attenzione si sta spostando su una **vasta gamma di patologie che possono trarre beneficio** da tale trattamento quali obesità, diabete insulino-resistente, pancolite ulcerosa grave, malattia di Parkinson, sclerosi multipla e anche autismo. E' ancora un trattamento in fase sperimentale che sta dando già eccellenti risultati. L'efficacia di tale tratta-

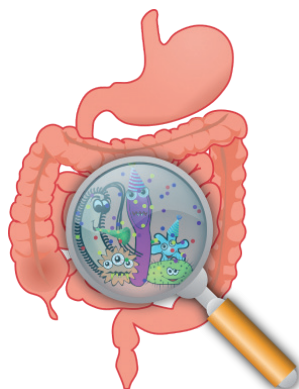
to è dovuta essenzialmente al ripristino della flora batterica intestinale del trapiantato, oggi chiamata microbiota intestinale, che ritorna nelle sue condizioni ottimali, pronta a svolgere ruoli fondamentali per il benessere dell'intestino e, secondo conferme scientifiche, dell'organismo nel suo complesso.

Tra gli aspetti positivi del trapianto di feci c'è sicuramente il basso costo della metodica e la possibilità di poter trattare situazioni morbose, non superabili con farmaci esistenti.

Questo ecosistema di batteri a stretto contatto con la mucosa intestinale, è formato da tante specie diverse, per un peso complessivo di 1,5 kg. In realtà il **microbiota** costituisce un vero e proprio organo del nostro organismo, con diverse funzioni vitali, proprio come il cuore o il fegato. La conoscenza delle specie batteriche che lo compongono col loro patrimonio genetico sono studiate dalla metagenomica basata sul sequenziamento massivo del DNA. Sembra che ogni individuo abbia una sua impronta batterica (come per le impronte digitali), cioè un profilo di specie suo proprio, diverso da quello di altri individui, ma anche un core di almeno 57 specie batteriche comuni a tutti gli altri individui. È utile sapere che il **tubo digerente del nascituro**, sterile durante la gestazione, e' rapidamente colonizzato durante il parto spontaneo, per contatto con la complessa popolazione di microrganismi presenti nella vagina materna cosa che non avviene con il parto cesareo, poiché in tal caso la prevalenza dei batteri intestinale del neonato è quella dell'ambiente ospedaliero (medici, ostetrica, infermieri, ecc...). Anche l'**allattamento materno** condiziona notevolmente, in senso positivo, il microbiota del neonato, che successivamente si sviluppa a seconda della dieta, dell'ambiente e dell'eventuale assunzione di antibiotici, per variare ulteriormente e stabilizzarsi in seguito. Il benessere dell'intero organismo umano e del microbiota sono correlati al



punto che un microbiota sano agevola i processi fisiologici ed il buon funzionamento del corpo a sua volta protegge il microbiota incentivandone le sue proprietà benefiche. **Ma cosa si è scoperto sulle funzioni del microbiota?**



Esso sviluppa il sistema immunitario che interviene nel contrastare una crescita anomala del microbiota stesso funzionando da regolatore del buon equilibrio tra i diversi microorganismi. È legittima la convinzione che un

microbiota alterato possa essere correlato a malattie legate ad una risposta eccessiva del sistema immunitario, vedi malattie autoimmuni, allergie... Il microbiota ostacola l'attecchimento sulle pareti intestinali di microorganismi patogeni, anche producendo sostanze che danneggiano gli eventuali aggressori. La funzione metabolica del microbiota, forse quella già conosciuta, è oggi descritta dai ricercatori con ricchezza di particolari che ne chiariscono l'importanza. Il microbiota intestinale infatti partecipa alla sintesi degli enzimi che utilizzano i principi alimentari (carboidrati, proteine, lipidi) ottenuti dalla digestione, controlla la produzione ormonale dell'intestino, regola il pH intestinale, produce la sintesi di vitamine del gruppo B e K. Anche il **sistema nervoso centrale** è influenzato dal microbiota intestinale. Dovremmo pertanto avere cura del nostro microbiota, come facciamo con altre parti visibili del nostro organismo. Un buon funzionamento del microbiota dipende dall'assunzione di alimenti funzionali naturali che contengono tutte le sostanze capaci di modulare la qualità e la quantità dei batteri del microbiota come le ultime acquisizioni scientifiche hanno definitivamente chiarito. È importante ricordare che gli alimenti funzionali sono alimenti tradizionali, destinati a soggetti sani e non pillole, capsule o supplementi dietetici. Un'infezione intestinale massiccia o un uso frequente o improprio di antibiotici può alterare l'equilibrio

del microbiota, che nonostante le sue innate capacità di riequilibrarsi può risultare alterato. Si manifestano in tal caso tipici sintomi di un disequilibrio intestinale (disbiosi). Una volta si usavano i fermenti lattici che dovevano servire a riequilibrare la flora intestinale ma probabilmente venivano distrutti dall'acidità gastrica senza giungere nell'intestino.

Di recente si è diffusa la prassi di **ripristinare un microbiota efficiente**, assumendo prodotti a base di microrganismi definiti probiotici o somministrando sostanze, chiamate simbiotici, che favoriscono lo sviluppo di microbi saprofiti. Gli attuali probiotici sono realizzati in modo tale che i batteri somministrati per via orale possano giungere vivi nel colon dove vanno a replicarsi (colonizzazione). Sembra che il concetto di probiotico, ossia di microbo a favore della vita dell'ospite, sia nato, all'inizio del XX secolo, da un'intuizione di Elia Metchnikoff in seguito all'osservazione epidemiologica della longevità delle popolazioni balcaniche che consumavano yogurt in gran quantità. Da qui il collegamento tra la presenza di batteri nell'intestino dell'uomo, la salute e la longevità. Comunque **il nostro benessere è condizionato dal microbiota e dal suo equilibrio**, che però può essere modificato da molti farmaci (ad esempio gli inibitori di pompa usati per ridurre l'acidità gastrica), alimenti non genuini trattati con sostanze chimiche pericolose per la salute e specialmente dagli antibiotici. Ecco che il trapianto di feci fa la sua onorevole parte nel riequilibrare un microbiota alterato, non più efficiente. In America la ricerca in questo campo sta andando avanti a grandi passi e sono stati effettuati oltre 400 trapianti.

In Italia l'unico centro che si interessa di questi trapianti è il Gemelli di Roma, sotto la guida del Prof. Antonio Gasbarrini, figlio del grande Giovanni mio professore di patologia medica all'università di Bologna e nostro consulente nell'ospedale di San Marino quando lavoravo col Dr. Ghironzi primario della medicina. **Attualmente i trapianti di feci FMT (fecal microbiota transplant) si stanno eseguendo in varie parti del mondo con ottimi risultati e con sperimentazioni in vari campi della medicina.**

# SOS...Obesità Infantile!

A cura del Dott. *Giovanni Iwanejko*

## PRIMA PARTE

L'obesità sta diventando sempre più un **problema globale di salute pubblica e spesso sttovalutato**, specialmente nei paesi sviluppati e in particolare in Europa: nel mondo sono stimate circa 600 milioni di persone obese, in Italia il 46,4% degli adulti è in eccesso ponderale e il 10,2% è obeso: può essere definita una malattia cronica, multifattoriale caratterizzata dall'interazione di fattori genetici ed ambientali e comporta molti fattori di rischio per la salute.

Questo disordine alimentare sta diventando uno dei problemi più frequenti in **età pediatrica**, è in continuo aumento ed è un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta: in Italia nel 2014 nella fascia di età 8-9 anni il 20,9% era in sovrappeso ed il 9,8% obeso; **in questa età già** presentano alterazioni metaboliche quali l'iperinsulinismo con tendenza al diabete precoce, l'ipertensione,

aumento nel sangue dei grassi (trigliceridi, colesterolo), problemi a carico dell'apparato scheletrico, problemi psicologici.

I principali fattori di rischio sono la dieta non equilibrata, la sedentarietà e la scarsa attività fisica; sicuramente la causa principale è uno **stile alimentare sbagliato** che spesso vede le sue origini nell'**ambito familiare**: se un genitore è abituato a mangiare male mangerà male anche il figlio.

In questi ultimi 30 anni si sono avuti importanti **cambiamenti nelle abitudini e nei consumi alimentari**: sono aumentati i consumi degli alimenti pronti ad alto contenuto in grassi e zuccheri, di quelli cosiddetti spazzatura (snack, dolci, biscotti) e di bevande ad alto contenuto di zucchero; ultimamente si è dimostrato che un eccesso di proteine animali nei primi mesi di vita rappresenta una delle cause di



sovrappeso e obesità, pertanto sarebbe opportuno che dalla nascita fino almeno al secondo anno di età venisse ridotto l'apporto proteico.

Tv, computer, tablet, videogame, smartphone sono **dispositivi tecnologici** che vanno a sommarsi agli altri fattori di rischio legati all'obesità: occupare troppo tempo a questi dispositivi **seduti in poltrona a casa** consumando qualche bevanda zuccherata e/o uno snack, e se aggiungiamo il saltare la prima colazione, sono comportamenti che aumentano il rischio di sviluppare obesità.

Un altro aspetto del problema è quello delle ripercussioni psicologiche: infatti, l'obesità infantile comporta spesso una **diminuzione dell'autostima** e persino sindromi depressive; i bambini sono più soli, tendono a chiudersi in sé stessi, ad autoescludersi dalle normali attività ludiche, sono tristi e nervosi. Bisogna sfatare il concetto che un bambino diventa obeso o sovrappeso solo perché mangia troppo: non sempre infatti è necessariamente un mangione; più frequentemente capita che egli preferisca cibi molto calorici, ricchi di zuccheri e grassi, associati a bevande dolci!

In linea generale le **fascie più a rischio** sono il primo anno d'età, il periodo che va dai 3 ai 6 anni e l'adolescenza: l'obesità che si sviluppa in queste fasi di sviluppo è più persistente e



difficile da eliminare; la fascia d'età dagli 8 ai 9 anni è quella in cui l'obesità è più rappresentata.

*Le ultime stime disponibili a riguardo dell'obesità infantile nella nostra Repubblica risalgono al 2014: si è registrato un tasso di obesità infantile dell'8,5%, in calo dell'1% circa rispetto al 2012; fenomeno stabile nei bambini tra gli 8 e i 9 anni. Più alto il dato sul sovrappeso, che si attesta al 22,5%.*

*Complessivamente 425 bimbi sono in sovrappeso e 172 obesi. Già dopo gli 8 anni il 20,8% è oltre la media mentre i "normopeso" sono circa il 70%: più di 8 su 100 rientrano nell'obesità problematica e pericolosa per lo sviluppo.*

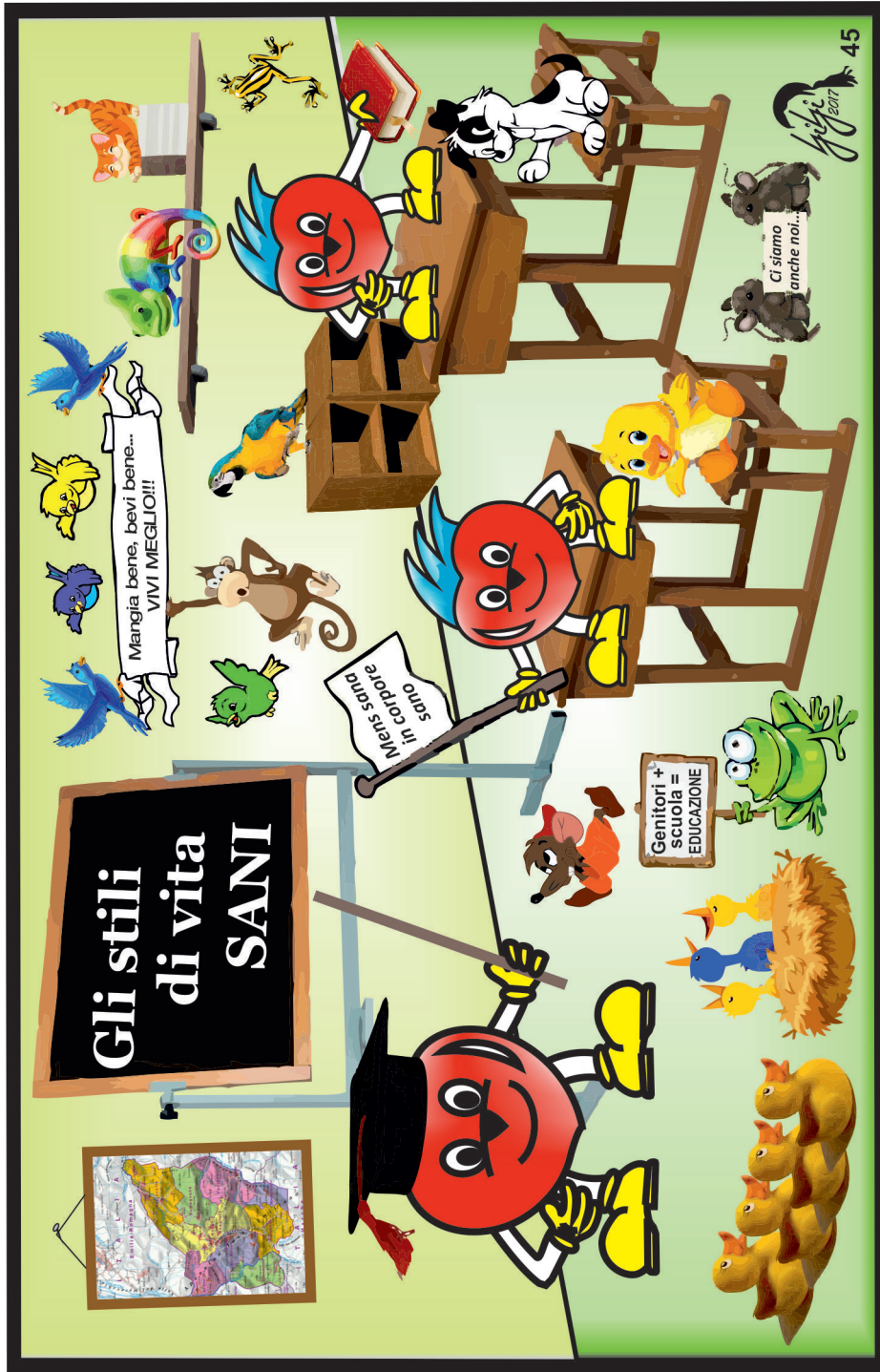
I **bambini in sovrappeso** hanno un rischio notevolmente maggiore di diventare degli adulti obesi e di soffrire, nel loro futuro, delle classiche complicanze derivanti dall'obesità come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiocircolatorie, i calcoli biliari, l'artrosi e alcuni tipi di tumore. La probabilità che il sovrappeso in età evolutiva permanga in età adulta è del 20% a 4 anni d'età e tra il 40% e l'80% in adolescenza.



*... continua nel  
prossimo numero!*

# La Vita secondo Vito

Vignetta realizzata da *Gigi Belisardi*



“La scuola condivide con la famiglia un ruolo educativo sugli stili di vita sani”



# Le strutture residenziali per anziani

A cura del Dott. *Paolo Gazzi*

Le Strutture Residenziali dovrebbero essere il luogo dove l'obiettivo primario sia **la vita**, una vita da tutelare e da promuovere.

L'anziano è persona, non un adulto logorato e degradato, con una intrinseca dignità anche nel decadimento fisico e cognitivo.

**L'anziano** è ricco di una diversità che ha attraversato molte vicende, così come il giovane è ricco del desiderio di novità.

In quanto persona il vecchio rimane protagonista della sua storia e va aiutato nel gestire il suo "stare qui fra noi".

Le azioni della Assistenza devono partire da tutto questo.

Ma a mio parere le Strutture Residenziali evocano immagini di intollerabile debolezza. Un **concetto di salute** nell'Anziano non può limitarsi alla dimensione bio-fisica, in quanto è caratterizzata da fattori ben più complessi che la sola assenza di malattia, ma include affetti, amore, stima di se e degli altri, il bisogno di contatti interpersonali, il ruolo e il senso di autostima e autodeterminazione.

Purtroppo la realtà di queste Strutture è spesso lontana dall'offrire attenzione verso questi aspetti.

Una particolare ricerca attenta al clima di vita degli Istituti Geriatrici, ha affermato che gli Anziani vivono in comunità con **poca privacy** e le **relazioni interpersonali** sono **deboli** e molti vivono in isolamento in una specie di "guscio difensivo" e la loro mobilità è limitata e l'accesso alla società è quasi nullo.

La vita di queste persone è sottilmente orientata verso un sistema di **sottomissione alla routine giornaliera**.

Poche sono le relazioni familiari e quasi mai incontrano sostituiti che rappresentino l'imitazione di quelle amicizie di cui godono coloro che vivono nel loro ambiente domiciliare.

Il risultato che si ottiene è purtroppo un gra-

duale processo di **"depersonalizzazione"**. L'ospite va incontro ad una atrofia da disuso, diventa rassegnato e depresso e non dimostra alcun interesse per il futuro o per le cose che non siano immediatamente personali.

Le Strutture Residenziali devono pertanto essere una **"comunità di vita"** dove anziani, operatori, infermieri, medici e famigliari, interagiscono per far sì che queste persone si sentano "vive" e dove la loro vita debba avere ancora un significato.

Pertanto come consiglio nel scegliere una Residenza Sanitaria Assistenziale per il vostro caro, l'ideale è che questa abbia una assistenza flessibile, capace di adattarsi al singolo, visitarla e usare i sensi, soprattutto vista e udito, ma anche le emozioni.



L'ANGOLO DEL  
GERIATRA

# Curiosità dal mondo scientifico

A cura del Dott. Niksa Simetovic

## UNA GRAVE CRISI IPOGLICEMICA PUÒ AUMENTARE IL RISCHIO DI DECESSO NEI SOGGETTI CON DIABETE DI TIPO 2

Secondo un recente studio, un singolo episodio di glicemia pericolosamente bassa può aumentare il rischio di decesso, di cardiopatia e di ictus nei pazienti affetti da diabete di tipo 2. **La gravità dell'ipoglicemia** deve essere tale da richiedere la visita in pronto soccorso, come sostenuto dai ricercatori della Johns Hopkins di Baltimora.

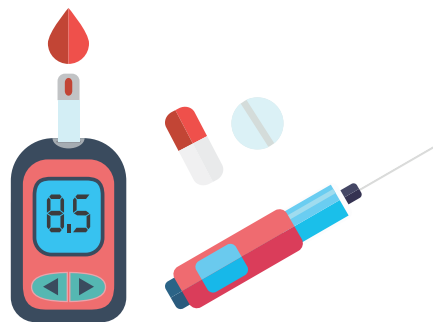
La ricerca è stata condotta su circa 1200 adulti di 46-64 anni con diabete di tipo 2, monitorati mediamente per 15 anni.

## IL RISCHIO DI MORTALITÀ NEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 AUMENTA IN PRESENZA DI DEPRESSIONE E/O ANSIA

Secondo uno studio pubblicato online sul "Diabetes Care", nei soggetti con diabete di tipo 2, i sintomi dell'**ansia** influiscono sul rischio di mortalità, indipendentemente dai sintomi della **depressione**, e attenuano l'eccesso di mortalità associato alla depressione. Sono stati studiati nel corso di 18 anni 64.177 soggetti adulti norvegesi.

## I BENEFICI DELLA PASSEGGIATA POST-PRANDIALE PER I SOGGETTI CON DIABETE DI TIPO 2

Per i pazienti affetti da diabete di tipo 2, una **breve passeggiata dopo i pasti** può aiutare a ridurre i livelli glicemici più che praticare attività fisica in altri momenti della giornata, secondo una ricerca pubblicata online sulle pagine di "Diabetologia". Fare una passeggiata di 10 minuti entro 5 minuti dalla conclusione di ciascun pasto riduce i livelli glicemici dei partecipanti in maniera più



efficace, rispetto a qualsiasi altro momento della giornata.

## IL BENEFICIO A LUNGO TERMINE DELLA TROMBECTOMIA (ASPORTAZIONE DI TROMBO CEREBRALE) È DURATURO NEI PAZIENTI CON ICTUS ISCHEMICO ACUTO

Risultati di un anno di follow-up della sperimentazione hanno dimostrato che l'intervento neurovascolare di trombectomia migliora i risultati a 90 giorni post ictus.

Viene segnalato su "Lancet – Neurology" dagli autori spagnoli. I pazienti con ictus ischemico acuto venivano trattati entro 8 ore dell'esordio della sintomatologia con intervento di trombectomia neurovascolare che a 12 mesi di follow-up ha **ridotto la disabilità post ictus e migliorato la qualità della vita**.

## OBIETTIVI DI VALORI INFERIORI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA ASSOCIATI AD UN AUMENTO DEL RISCHIO DI EVENTI CARDIOVASCOLARI NEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO

E' stato ipotizzato che valori di bassa pressione arteriosa differenti siano vantaggiosi per alcuni esiti ma pregiudizievoli per altri. Una pressione arteriosa sistolica inferiore a 120 è stata associata all'aumento del rischio di esiti cardiovascolari, eccetto infarto miocardico e ictus, come anche pressione diastolica inferiore a 70, per aumento del rischio di ricovero ospedaliero per insufficienza cardiaca. Questi dati suggeriscono che la **pressione arteriosa più bassa possibile non è necessariamente l'obiettivo ottimale per i pazienti ad alto rischio**.

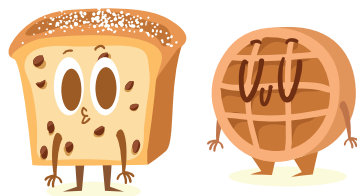
# Non è (più) farina del tuo sacco!

A cura del Dott. *Daniele Cesaretti*

C'erano una volta i mulini. La Valmarecchia ne contava un centinaio, il territorio di San Marino una dozzina, la Valconca una sessantina. Ci si macinava il grano. O altri cereali, tipo granturco, segale. O anche le castagne.

E, nei periodi di carestie, persino le ghiande. Per farne, dopo una sommaria passata col setaccio, farina. Ormai i mulini non esistono più. Le grosse pietre superstiti hanno smesso di girare. Anche perché nei fiumi non vi scorre nemmeno acqua a sufficienza per azionarle. Oggi i mulini sono soltanto una preziosa testimonianza storica, culturale ed architettonica di una realtà sociale che è scomparsa. Nel passato ne veniva fuori una farina che ha sfamato la popolazione per centinaia di anni. Senza il rischio di sviluppare il diabete. Si facevano grandi sfornate di un pane che, dapprima preparato e poi conservato nelle madie, durava molti giorni. Anche la mada stessa ed il setaccio sono diventati elementi da museo. Il pane, allora, era un alimento quasi completo, ricco di fibre, vitamine, minerali, oli e proteine. Aveva anche il pregio di saziare. Mangiatone un tot, faceva passare la fame.

L'avvento delle macine industriali ha sconvolto l'alimentazione e lo stato di salute della popolazione. **La farina attuale, in particolare di tipo 0 e 00**, non ha più le caratteristiche di quella del passato. Quella d'oggi è un **estratto**. Di amido. Infatti i molini industriali usano rulli d'acciaio che effettuano molteplici passaggi di rottura del grano, altri rulli eseguono i passaggi di rimacina. Segue la complessa fase di setacciatura che stabilisce il grado di raffinazione grazie alla quale si eliminano le presunte "impurità" cioè la crusca, il cruschetto ed il germe del grano che invece sono proprio le parti più nutrienti. L'intima connessione fra amido e crusca viene così smembrata dopo numerose fasi lavorative. Cosa che in passato non avveniva in quanto le macine a pietra sempli-



emente schiacciavano il grano mantenendo sostanzialmente "integro" lo stesso cereale. Dai molini industriali deriva una farina che offre, però, un enorme vantaggio commerciale. Si conserva a lungo. Non va mai a male. Non irrancidisce perché è stato eliminato l'olio del germe del grano. Sviluppa difficilmente muffa. Nemmeno i vermi ci crescono. Perché non vi sono contenuti sufficienti principi nutritivi. E' appunto, come si diceva, un **estratto d'amido** con un poco di glutine rimasto che rende il pane soffice soffice. E' un pane leggero, che **si scoglie in bocca**. Una **delizia** per il palato. Non è solo questione di pane. Questa farina è la base per altre irresistibili tentazioni: brioche, focacce, pizzette, piadina, biscotti, sandwich, dolci, tagliatelle. Fate il confronto con il **pane nero tedesco**, reperibile al supermercato e preparato con cereali integrali. **"No grazie, mi fa passare la fame!"**.

Appunto! Invece **la farina raffinata la fa venire**. Con **picchi di glicemia** che si ripetono **dalla mattina alla sera**, a partire dalla colazione, poi con lo spuntino, poi a pranzo, poi con la merendina e poi (attenzione, non è detto infine) a cena. E' una **forma di dipendenza**. "Non è la fame che mi frega, è la gola" afferma quotidianamente un signore che io sono solito incontrare al bar e che non resiste alle ripetute degustazioni giornaliere di brioche e quant'altro. "Per non parlare delle tagliatelle fatte in casa" dice lo stesso. **E' dipendenza. Ormai su scala mondiale**. Shhhh! Non si può dire. Significa sconvolgere le attuali abitudini alimentari del pianeta. Significa portare una rivoluzione nel settore della ristorazione. Addio sagre a crepapelle. Significa sconfessare anche le linee guida alimentari nate negli anni '70. Che, come direbbe il Rag. Ugo Fantozzi, sono come la proiezione del film **La Corazzata Potemkin** cioè... Ma gli esperti dicono di andare avanti così. **Dacci oggi il nostro pane quotidiano** e tutte le altre tentazioni... **e il diabete fra qualche anno**.

Iscrizione e rinnovo 2017: quota minima 15,00 Euro  
Coordinate Bancarie Associazione Cuore-Vita:  
Banca CIS: SM72 L0353009807 000010107241  
Banca di San Marino: SM98 G0854009801 000010142731  
Cassa di Risparmio: SM23 K0606709808 000080106123

## *Sponsor:*



**CHIAMA E NAVIGA**

Telefono e ADSL

[www.telecomitalia.sm](http://www.telecomitalia.sm)