

*Per*  
**IL MIO CUORE,  
IL TUO CUORE:**  
**no al fumo,  
mangia sano,  
*sii più attivo***

02 Editoriale  
03 Aforismi sulla salute  
04 Giornata Mondiale del Cuore  
06 L'angolo della Nutrizionista  
07 L'angolo dell'Allergologo

08 Curiosità dal mondo  
scientifico  
09 L'angolo della diabetologia  
10 Non solo i naturopati sono  
olistici

11 L'angolo del medico sportivo  
12 La vita secondo Vito  
13 L'angolo del Geriatra  
14 I bambini possono avere  
una pressione alta?

**INSERTO DA STACCARE**





## “Ben ritrovati!”

Editoriale a cura del Dott. **Gianni Zangoli**

Stare bene è qualcosa di più che non essere malati. Lo sostiene la stessa **Organizzazione Mondiale della Sanità** che definisce la salute non tanto come assenza da malattie bensì come stato di completo benessere psico-fisico e sociale. Sì, anche sociale poiché chi vive bene con se stesso sa stare bene anche con gli altri. A parole sembra semplice ma di fatto non lo è la ricerca di un **giusto equilibrio** e non lo si raggiunge una volta per tutte, semmai va ricercato (e mantenuto) giorno dopo giorno.

A livello di salute poi il discorso può variare da persona a persona; costituzione fisica, tipo di lavoro svolto, condizioni ambientali sono tutte variabili che hanno il loro peso. E naturalmente il sano **stile di vita**, un elemento che da solo fa la differenza. Per questo, se adottato già in giovanissima età aumenta di gran lunga l'aspettativa di buona salute anche quando si è il là con gli anni. L'esempio della **famiglia** in questo caso è fondamentale poiché i bambini seguono istintivamente ciò che vedono e vivono tra le mura domestiche. Genitori che fumano avranno più probabilità di avere figli fumatori, stesse conseguenze nefaste per i figli di genitori sedentari e dediti ad alimentazione scorretta. Anche gli insegnanti della **scuola** primaria dovrebbero entrare in questo ordine di idee nel loro ruolo di educatori.

Un esempio recente: una collaborazione tra Istituto Oncologico Romagnolo e Asl ha diffuso in 60 scuole del territorio programmi regionali di educazione salutista e prevenzione (in particolare contro il fumo) che ha coinvolto 12mila ragazzi grazie all'impegno di 650 insegnanti. La proporzione con il territorio di San Marino è presto fatta: in un Paese così piccolo il risultato dovrebbe essere di gran lunga amplificato. E' comunque la conferma che **la prevenzione per avere successo incomincia da lì, dall'infanzia**.

È uno dei capisaldi per cui Cuore-Vita si batte da anni.

E in fatto di prevenzione **il nostro cuore** meriterebbe un trattamento privilegiato trattandosi del muscolo più importante del nostro organismo, quello che rifornisce sangue a cervello, fegato, reni. Se si ferma quello si ferma tutto.

**La Giornata Mondiale del Cuore**, il 29 settembre, è un'occasione propizia per rilanciare questi concetti, risaputi ma spesso disattesi. Almeno per un giorno fermiamoci a riflettere, a condizione che già dal 30 settembre non si ricada in vecchie cattive abitudini.

## Aforismi sulla salute

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

“L'uomo passa la prima metà della sua vita a rovinarsi la salute e la seconda metà alla ricerca di guarire”  
(Leonardo da Vinci)

“I cittadini in buona salute sono il miglior bene che qualunque nazione possa avere”  
(Winston Churchill)

“Il denaro non può comperare la salute ma ci metto la firma per avere una sedia a rotelle costellata di diamanti”  
(Dorothy Parker)

“Abbi rispetto del tuo corpo. Mangia bene. Balla per sempre”  
(Elisa Gaynor Minden)

“Nessuna malattia che possa essere trattata con la dieta dovrebbe essere trattata diversamente”  
(Mosè Maimonide)

“I chirurghi possono asportare tutto tranne la causa”  
(Herbert M. Sheldon)

“Mangiare il cibo spazzatura non è una consolazione. E' una punizione”  
(Drew Carey)

“L'unico modo per preservare la salute è mangiare ciò che non vuoi, bere ciò che non ti piace e fare ciò che non faresti”  
(Mark Twain)

“Mi dispiace, ma non esiste alcuna bacchetta magica. Bisogna mangiare sano e vivere sano per essere sano ed apparire sano. Tutto qui”  
(Morgan Spurlock)

“La vita è una tragedia legata all'alimentazione”  
(Arnold Ehret)

“L'uomo si sente sempre più misero, irrequieto ed insoddisfatto perché metà della sua natura – *quella spirituale* - è carente di vero alimento mentre l'altra metà – *quella materiale* - è alimentata con cibo scadente”  
(Paul Brunton)

“L'80% di ciò che si trova nei supermercati alimentari non esisteva 100 anni fa”  
(Larry McCleary)

“Come accade per la pornografia, il cibo spazzatura è difficile da definire ma lo riconosci appena lo vedi”  
(Mark Bittman)

“Tu sei ciò che mangi. Come vorresti essere?”  
(Julie Murphy)

“Ogni paziente si porta dentro di sé il proprio medico”  
(Norman Cousins)

“L'appetito è veramente diventato una sensazione anomala e artificiale avendo rimpiazzato la vera fame che di per sé è naturale. Il primo è segno di dipendenza, la seconda di libertà”  
(Paul Brunton)

“Siccome una giornata bene spesa dà lieto dormire, così una vita bene usata dà lieto morire”  
(Leonardo da Vinci)



# La Giornata Mondiale del Cuore

A cura della Dott.ssa **Marina Foscoli**  
Presidente Società Sammarinese di Cardiologia



Il **29 SETTEMBRE** si celebra in tutto il mondo  
**LA GIORNATA MONDIALE PER IL CUORE.**

Ogni anno 17,5 milioni di persone muoiono prematuramente per patologie cardiovascolari, malattie cardiache e ictus. Queste, ad oggi, sono considerate tra le **prime cause di morte al mondo**. Si calcola statisticamente che questa cifra nel 2030 salirà a 23 milioni.

In occasione della Giornata Mondiale per il Cuore, il 29 settembre, i soci ed i partner della World Heart Federation (tra cui anche la Società Sammarinese di Cardiologia che ne è membro), assieme a persone di tutto il mondo, organizzeranno eventi, tra cui passeggiate, corse, eventi sportivi, concerti, dibattiti e proiezioni cinematografiche tutte sul tema della **prevenzione cardiovascolare**.

**Il tema di quest'anno è: "il mio cuore, il tuo cuore", un semplice slogan che racchiude infiniti significati.**

Il più importante ricalca un po' il tema che stiamo portando quest'anno negli **"Incontri nei 9 Castelli"** cioè facciamo qualcosa per il nostro cuore, facciamo in modo di essere artefici della nostra salute preoccupandoci del nostro stile di vita, della nostra alimentazione, di essere informati sui comportamenti corretti da assumere in caso di malattia. Non lasciamo che sia il "sistema" ad occuparsi di noi e della nostra salute solo quando la malattia è ormai sopraggiunta. Mettiamoci all'opera molto prima, già dalla giovane età per garantire il futuro delle nostre arterie.

E perché ... "il tuo cuore"? Se ciascuno di noi si occupasse veramente della **prevenzione cardiovascolare** incominciando dalla propria salute, da quella dei propri familiari, degli amici più vicini questo si tradurrebbe in un beneficio per tutti e non solo dal punto di vista delle spese sanitarie. Pensiamo solo al carico

di lavoro che incombe in una famiglia quando un componente è colpito da ictus o da infarto o da scompenso cardiaco (patologia questa in incremento esponenziale).

Quindi di fronte ad un familiare o un amico che non segue regole alimentari, che non si cura in maniera adeguata cerchiamo di mettere in atto tutti quei comportamenti che possono correggere le cattive abitudini non solo a parole ma anche nei fatti, con aiuti concreti.

Facendo **pochi e piccoli cambiamenti nei nostri stili di vita**, possiamo aiutare il nostro cuore a rimanere sano e vivere una vita più lunga e felice. Si tratta di dire a se stessi, alle persone a noi care e agli individui di tutto il mondo: "Cosa posso fare ora per prendermi cura del mio cuore... e del tuo cuore?"

La Giornata Mondiale per il Cuore/World Heart Day 2018, è la tua occasione per fare una promessa... la tua promessa di mangiare e cucinare più sano, di fare più esercizio fisico e di incoraggiare i tuoi figli ad essere più attivi, di dire no al fumo e di aiutare i tuoi cari a smettere.

Una semplice promessa...

**PER IL MIO CUORE,  
PER IL TUO CUORE,  
PER TUTTI I NOSTRI CUORI.**



**GIORNATA  
MONDIALE  
PER IL CUORE**  
29 SETTEMBRE



## Omega 3

A cura della Dott.ssa Marina Corsi



...Gli omega 3,  
sembra non prevengano  
le malattie cardiovascolari...

Questo è quanto emerge da una recente indagine condotta da un autorevole gruppo di studiosi e pubblicata su "Cochrane Library". Sebbene tutti gli studi condotti **fino ad ora**, hanno portato gli esperti in nutrizione a consigliare il consumo dei cibi che contengono queste sostanze e ad indicarne un consumo seppur equilibrato ma routinario nella dieta, **oggi** le evidenze non sembrerebbero essere così rincuoranti in termini di prevenzione. Molti inoltre sono gli integratori o i farmaci che contengono omega 3 e che sono prescritti su pazienti cardiopatici o fortemente raccomandati nell'uso sui soggetti a rischio, dalle maggiori società scientifiche di cardiologia.

Se quindi non viene assolutamente messa in discussione la **dieta mediterranea** come stile nutrizionale corretto e di cui gli alimenti ricchi di omega 3 fanno parte, lo studio appena condotto fa emergere che l'assunzione di questi acidi grassi non fa ridurre il rischio di eventi cardiovascolari, infarti ed ictus. Tutte le speranze rivolte all'azione antiinfiammatoria svolta da queste sostanze nonché gli effetti attesi legati alla loro capacità di ricostituire le membrane cellulari quindi sembrano svanire.

**Siamo tutti in attesa** di deduzioni conclusive che ci indirizzino sul da farsi, ci aspettiamo una rivalutazione soprattutto sull'uso di queste sostanze in ambito farmacologico ma personalmente ritengo che il buon senso e l'analisi critica la facciano sempre da padrone. **In effetti le sostanze contenute in questi alimenti continuano ad avere innegabili proprietà antiossidanti** che possono costituire nell'insieme una task force nutrizionale se correttamente assunte nell'ambito di una dieta bilanciata.

Pertanto, nell'attesa che gli esperti dei vari ambiti della medicina elaborino quanto prodotto da questo studio e ne traggano le conclusioni operative da introdurre nella terapia e nella prevenzione delle patologie cardiovascolari, non resta che perseverare conducendo stili di vita adeguati volti al controllo della colesterolemia, glicemia e del peso corporeo.



First published: 18 July 2018  
Editorial Group: Cochrane Heart Group  
Abstract

### Background

Researchers have suggested that omega-3 polyunsaturated fatty acids from oily fish (long-chain omega-3 (LCn3), including eicosapentaenoic acid (EPA) and docosahexaenoic acid (DHA)), as well as from plants (alpha-linolenic acid (ALA)) benefit cardiovascular health. Guidelines recommend increasing omega-3-rich foods, and sometimes supplementation, but recent trials have not confirmed this.



## Come e perché si diventa allergici? (Ma poi come difendersi?)

A cura del Dott. Sanzio Castelli

Vice presidente Cuore-Vita

Questa terza parte cerca di indicare come controbattere le cause e le modalità che hanno facilitato le manifestazioni dell'allergia.



Nei due numeri precedenti abbiamo passato in rassegna le possibili cause facilitanti la comparsa di una allergia in un soggetto predisposto, richiamando i concetti di **corredo genetico** già presente alla nascita e di intervento dei fattori ambientali capaci di modificare le percentuali di probabilità per la effettiva comparsa dei sintomi della allergia, definendo così il **fenotipo**, cioè l'insieme delle caratteristiche salienti di ciascuno.

I cardini su cui si fonda la difesa degli allergici si basano, come sempre in medicina, su tre armi: diagnosi-prevenzione-terapia.

**Solo una diagnostica corretta prelude a scelte vincenti**, e questa necessita inevitabilmente di una valutazione specialistica: troppe sono le variabili individuali, le possibilità di reazioni crociate, i falsi negativi dovuti ad indagini preliminari insufficienti, i luoghi comuni duri da sfatare, le possibili imprecisioni di alcuni test diagnostici, e purtroppo anche una ancora diffusa accettazione fatalistica dei sintomi, oltre ai fantasiosi test "alternativi" assolutamente privi di un minimo valore scientifico. L'esperienza e la competenza specifica dell'Allergologo si giova oggi di mezzi diagnostici sempre più precisi, che giungono fino ad esami che indagano le singole molecole dei possibili allergeni e permettono di risolvere gli eventuali dubbi ed anche di motivare gli insuccessi terapeutici (la diagnostica molecolare risulta utile soprattutto nel campo delle allergie alimentari!).



Alla individuazione di un "nemico" ben identificato fa seguito la messa in atto di **adeguate misure di prevenzione, ambientale e comportamentale**, che possono a volte determinare di per sé la soluzione del problema e che comunque costituiscono un efficace contributo al deciso miglioramento dei sintomi.

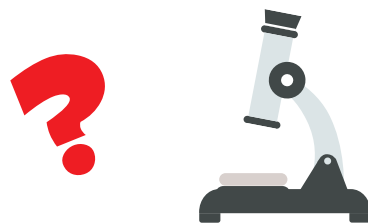
In campo Terapeutico il posto d'onore spetta alla Iposensibilizzazione tramite la somministrazione dello Specifico allergene (da queste iniziali la sigla **TIS**), per anni erroneamente denominata vaccino, che consente al soggetto trattato di tollerare delle esposizioni a quantità di antigene che prima gli causavano fastidiosa sintomatologia, e, soprattutto, **è in grado di arrestare ed invertire il percorso fatalmente peggiorativo di una sintomatologia respiratoria dovuta alla allergia!**

Quanto ai farmaci, ne sono presenti in commercio di diversa potenza e diversificati per obiettivo: occhi, naso, polmoni, cute, tratto gastrointestinale. Gli effetti collaterali dei farmaci più innovativi sono sempre minori ma pur sempre presenti, e pertanto **non devono mai essere auto prescritti** e devono rispondere al criterio di **adeguatezza e progressività rispetto alla sintomatologia in atto**. Esemplificava un mio caro vecchio maestro: non sparare ad un passero con una cartuccia doppio zero!



# Curiosità dal mondo scientifico

A cura del Dott. Niksa Simetovic



## LA VALORIZZAZIONE DELLA TELEMEDICINA NELLA DIABETOLOGIA

Uno dei più importanti progetti **nei prossimi due anni** da parte di Associazione Medici Dialettologi sarà dedicato a chiarire come la Telemedicina possa contribuire al miglioramento del percorso assistenziale ed educativo a favore delle persone con diabete di tipo 2 e diabete gestazione, seguiti nei servizi di diabetologia nel nostro paese. (P. Di Bartolo)

## ANALISI DELLE CARATTERISTICHE DI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA DEL PIEDE DIABETICO

Si è evidenziata una maggiore incidenza di lesione al piede quando nel paziente coesistono simultaneamente patologie gravi rispetto alla gravità di una sola patologia sia nel genere maschile che in quello femminile. È emersa l'importanza di valutare il paziente con un approccio diagnostico terapeutico-olistico, mediante **valutazioni, multidisciplinari, su diversi livelli**, in relazione alle problematiche/complicazioni presenti nel paziente. (MC Cataldo, Palermo)

## IL PAZIENTE ONCOLOGICO CON DIABETE MELATO RICOVERATO IN OSPEDALE

Il diabete costituisce una frequente comorbidità nei pazienti oncologici, con rilevanti effetti

sulla gestione clinica e la prognosi della malattia tumorale.

Nonostante ciò, le linee guida esistenti non affrontano in maniera compiuta i vari aspetti clinici caratteristici di questo contesto. Malgrado l'importanza della **collaborazione professionale tra Diabetologi e Oncologi** nel raggiungere appropriati livelli assistenziali, raramente si osserva un elevato livello di integrazione tra queste due figure professionali, in ospedale. Vi è pertanto l'esigenza di maggiore collaborazione interdisciplinare tra tutte le figure specialistiche.

(Gruppi AMD Diabete e Tumori, G Clemente)



## INTERVENTO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER LA GESTIONE DELL'IPOGLICEMIA RIVOLTO AL PAZIENTE ADULTO CON DIABETE DI TIPO 1 IN TERAPIA CON MICROINFUSORE

L'**ipoglicemia** rappresenta il principale fattore limitante nella terapia del diabete tipo 1 e tipo 2 e continua ad essere frequente anche nei pazienti portatori di **microinfusore insulinico**: essa infatti è più frequente quanto più il paziente è trattato in maniera intensiva, cioè con obbiettivi glicemici vicini alla normalità. Di qui la necessità di addestrare il paziente e i suoi familiari a riconoscere l'ipoglicemia e a correggere prontamente.

(E Benedetti, Diabetologia Pordenone)

# Diabete: vaccini "amici" dei pazienti

A cura della Dott.ssa Laura Trementino

Modulo Malattie Endocrino-Metaboliche UOC Medicina Interna

Recentemente sono stati pubblicati gli "Standard italiani per la cura del Diabete Mellito -2018" frutto del lavoro congiunto dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e della Società Italiana di Diabetologia (SID).

Tale documento rappresenta da oltre 10 anni lo strumento di riferimento per i clinici e l'intera comunità diabetologica italiana, e come tale anche per la **diabetologia sammarinese** in linea con il piano nazionale italiano ed in particolare con la vicina Emilia Romagna.

Tra le novità principali inserite nella pubblicazione, di particolare rilievo è il focus posto sulle **vaccinazioni**.

E' infatti noto come i **pazienti affetti da diabete mellito** siano a **maggiore rischio di infezioni** e come tali malattie, dall'influenza alla polmonite, si associno nel paziente diabetico tanto più se anziano ad un elevato tasso di ospedalizzazione e di mortalità.

Attualmente sono fortunatamente disponibili **vaccini sicuri ed efficaci** in grado di ridurre notevolmente il rischio delle gravi complicanze correlate a queste malattie e vi sono prove scientifiche sufficienti per affermare che il paziente diabetico ha una adeguata risposta sierologica e clinica a tali vaccinazioni.

Date queste premesse, è raccomandato/consigliato che:

- Tutti i bambini e adulti con diabete mellito effettuino le vaccinazioni di routine secondo le raccomandazioni nazionali in relazione all'età (IIIA – raccomandazione forte)
- Tutti i pazienti con diabete mellito effettuino annualmente la vaccinazione anti-influenzale (IIIA – raccomandazione forte)
- Tutti i pazienti affetti da diabete mellito fino a 64 anni effettuino la vaccinazione contro la polmonite con le modalità previste dalla normativa nazionale (IIIA – raccomandazione forte)
- Tutti i pazienti con diabete mellito di tipo 1 effettuino la vaccinazione anti-meningococcica dato l'aumentato rischio di infezione meningococcica invasiva segnalata in questa popolazione di pazienti (IIIA – raccomandazione forte)
- Tutti i pazienti con diabete mellito, anche in età adulta, effettuino la vaccinazione anti-mor-



billo-parotite-rosolia, in assenza di accettabili evidenze di immunità verso anche una sola delle tre patologie incluse nel vaccino (IIIA – raccomandazione forte)

• Tutti gli adulti con diabete mellito effettuino almeno una volta nella vita una vaccinazione pneumococcica, con una singola rivaccinazione per i soggetti con età >64 anni che abbiano già effettuato una prima vaccinazione più di 5 anni prima (IIIB – raccomandazione debole ma da considerare attentamente)

• Tutti i pazienti diabetici non vaccinati di età compresa tra i 19 e 59 anni effettuino la vaccinazione contro l'epatite B e che tale vaccinazione venga presa in considerazione anche per i pazienti non vaccinati di età ≥60 anni (IIIB – raccomandazione debole ma da considerare attentamente). La stabilità dell'HBV su oggetti contaminati, come lancette usate per la misurazione della glicemia e glucometri, e la necessità di frequenti controlli della glicemia capillare potrebbero spiegare l'aumentata incidenza di tali infezioni nel paziente con diabete mellito soprattutto in casi di uso promiscuo dei dispositivi.

• Tutti i pazienti diabetici anziani effettuino la vaccinazione contro Herpes Zoster rappresentando il diabete mellito un potenziale fattore di rischio per lo slatentizzarsi di tale infezione e/o per l'aggravamento del quadro clinico ad essa correlato (IIIB – raccomandazione debole ma da considerare attentamente)

L'ANGOLO DELLA DIABETOLOGIA



## “Non solo i naturopati sono olistici”

Pensieri in libertà del Dott. *Giuseppe Balducci*



Credo che la **scienza medica** abbia profondamente modificato i suoi connotati antropologici, seguendo in questo la stessa evoluzione tecnico-scientifica dell'umanità nell'ultimo secolo.

Siamo passati dall'arte medica alla scienza medica, da una medicina basata sulla esperienza del singolo clinico alla medicina basata sulle evidenze che su criteri rigorosamente scientifici e statistici definiscono l'efficacia o meno di un trattamento: una medicina che ha visto un impressionante sviluppo tecnologico. Pensiamo alle stupefacenti possibilità offerte dalle **tecniche diagnostiche** basate su radiazioni ionizzanti, campi magnetici e ultrasuoni, ormai disponibili routinariamente in tutti gli ospedali.

Pensiamo alle straordinarie conquiste **in campo farmacologico**: un esempio fra tutti è dato dalla risoluzione delle ulcere gastriche che una volta ricorrevano alla chirurgia.

Pensiamo al notevole allungamento delle aspettative di vita ed alle percentuali di guarigione per le molte persone colpite da malattie oncologiche.

Pensiamo alle vere e proprie rivoluzioni che hanno profondamente modificato la nostra vita consentendo il soddisfacimento di desideri e aspirazioni, come le tecniche di procreazione assistita o le terapie che consentono il prolungamento nel tempo di una sessualità attiva.

Tutto questo ha forse ingenerato nella pubblica opinione, abbagliata da questi straordinari successi, la speranza/illusione di una sconfitta della malattia del dolore e della umana sofferenza.

Nella realtà, e nonostante gli indiscutibili progressi, riaffiora sempre la condizione

esistenziale dell'essere umano che è quella della fragilità, della caducità, della inevitabile impermanenza in questo mondo: malattia, dolore, sofferenza fisica o morale continuano a determinare nel malato una condizione di separazione, talvolta anche fisica, dalle persone anche le più care, con conseguenti sentimenti di paura, solitudine, angoscia.

Questi sentimenti possono essere attutiti ed alleviati solo da quelle attitudini tipicamente umane come la **compassione**, la **tenerezza dell'ascolto**, la **condivisione**.

Forse in un futuro non lontano una strumentazione potrà velocemente analizzare tutte le nostre molecole e definire non solo lo stato attuale di salute o malattia ma anche le predisposizioni patologiche e la presumibile durata della nostra vita (come i computer sui veicoli informano quanti km mancano al prossimo tagliando!).

Sono comunque certo che **nessuna tecnologia mai potrà sostituire la figura del Medico** che, come Ippocrate 2.500 anni fa, si avvicina al tuo letto, ti prende per mano (e la palpazione del polso radiale è la rappresentazione icastica dell'agire medico), ti chiede “oggi come stai?” e si rende disponibile a portarti aiuto umano oltre che tecnico-farmacologico, ed a condividere per quanto possibile il tuo stesso cammino.

Saranno così sempre valide le parole lette in un qualche libro che recitano “curare spesso, guarire qualche volta, consolare sempre”.

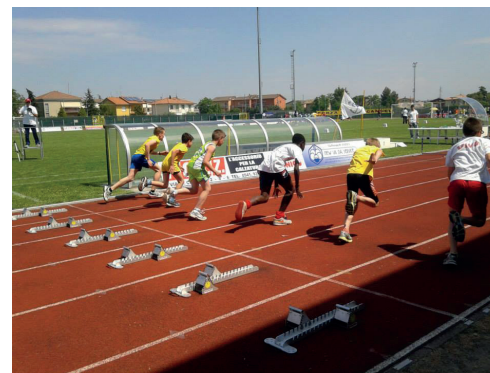
**Per questo siamo medici, una professione capace di coniugare scienza ed umanità.**



## “I nostri atleti agonisti sono ben allenati?”

A cura del Dott. *Marco Benedettini*

Responsabile del Servizio di Medicina dello Sport Ospedale di Stato I.S.S.



Il titolo volutamente provocatorio dell'articolo è dovuto al fatto che in anni di professione di medico dello sport mi sono reso conto che, nell'ultimo decennio, **i nostri ragazzi** che svolgono sport agonistico sono sempre meno allenati.

La mia considerazione non è dovuta ad un giudizio sulla tecnica di allenamento ma sul comportamento del cuore durante la visita sportiva agonistica.

Ho rilevato infatti che negli anni i tempi di recupero del cuore a seguito di uno sforzo si sono progressivamente allungati.



Tale dato mi ha spinto a svolgere una ricerca scientifica nel Servizio di Medicina dello Sport che dirigo, tutt'ora in corso, ove vengono rilevati i dati antropometrici come statura, peso e relativo Indice di Massa Corporea (B.M.I.), pressione arteriosa, massima

frequenza cardiaca raggiunta durante test ergometrico ed indice di recupero cardiaco dopo il test stesso. Dalla letteratura risulta infatti come un allungamento del tempo di recupero dopo sforzo possa essere legato ad una più facile insorgenza di problematiche cardiache,

Il problema secondo me potrebbe essere ricondotto a diverse cause quale **maggiore sedentarietà dei nostri ragazzi, diminuzione della preparazione atletica pre allenamento specifico, assenza di allenamento durante i mesi estivi** (molto spesso gli atleti si fermano per almeno due mesi dopo la stagione agonistica), **carenza delle ore di sonno, ecc.**



Se tali dati venissero confermati sarebbe da rivalutare assieme a tecnici, allenatori ed istituzioni scolastiche e sportive, la quantità e qualità di moto dei nostri ragazzi, soprattutto gli atleti agonisti.

Difatti se la **sedentarietà** è un problema sociale sempre più diffuso che causa la cosiddetta sindrome ipocinetica, la mancanza di moto e quindi di allenamento aerobico negli atleti agonisti potrebbe paradossalmente essere molto più pericolosa non solo per la prestazione ma soprattutto per **la salute del cuore** !

L'ANGOLO DEL  
MEDICO SPORTIVO



## La Vita secondo Vito

Vignetta realizzata da Gigi Belisardi



“Dedica un pò del tuo tempo prezioso al volontariato:  
ti aspettiamo assieme a Vito”

## Il Geriatra

A cura del dott. Paolo Gazzi



Tutti curano gli anziani, il medico di medicina generale, il medico di medicina interna, il neurologo, lo psichiatra, il chirurgo, gli specialisti. Resta allora da chiedersi chi sono gli anziani che necessitano del geriatra e che cosa fa il geriatra di diverso dagli altri.

E' noto come **il prolungamento dell'aspettativa di vita**, questo limite, tenda a spostarsi in avanti e pertanto non credo sia così importante l'età anagrafica, penso piuttosto si debba considerare l'età biologica riferibile alle caratteristiche del singolo paziente in rapporto alle patologie ed al livello di autonomia.

Lo spazio nel quale si colloca **il geriatra** è quello della "complessità" che nasce da un insieme di concause non solo sanitarie ma anche ambientali, sociali, economiche che rendono l'individuo maggiormente esposto alla fragilità e conseguentemente alla disabilità. **Cosa fa dunque il geriatra?** Innanzi tutto si spoglia della presunzione di poter fare tutto da solo e lavora in equipe, cioè con tutte quelle figure necessarie dopo che il geriatra ha usato il suo strumento metodologico principale, quello della valutazione multidimensionale, unico a mio parere, in grado di garantire l'analisi completa del bisogno e delle possibili soluzioni in proposito, sulla capacità di identificare ed eventualmente di rimuovere tutti i fattori che incidono sfavorevolmente sulla autonomia delle persone anziane.

**Il geriatra non cura la vecchiaia**, che è un processo fisiologico, ma cura le malattie che frequentemente colpiscono in questa fase della vita. Essere geriatra significa anche essere dalla parte degli anziani difendendone "diritti e dignità", sia quando l'anziano esprime la propria saggezza sia quando non è più in grado di essere autosufficiente ma

sempre mantiene la propria dignità. Dignità per l'uomo malato, dignità per l'uomo morente.

**Il geriatra presta la sua opera a favore** di persone considerate le più fragili, le più improduttive, le più



emarginate e persino avvertite come le meno gradevoli e non si limita alla sola gestione della malattia, ma tiene conto contemporaneamente degli aspetti funzionali, psichici, relazionali, sociali.

Il geriatra in ogni istante della sua attività deve pensare non solo a curare o guarire la malattia ma soprattutto a mantenere o recuperare l'efficienza del malato o in alternativa presidiarne la **qualità di vita**, in quanto a curare la parte, si rischia di perdere di vista il tutto e deve sempre tenere presente il cosiddetto problema della "priorità" riguardo ai numerosi problemi medici e avere il buon senso che non si può curare tutto.

Altro fondamentale elemento che caratterizza l'opera del geriatra è il **rapporto umano** tanto sentito dal malato, ma anche dal medico, "accarezzami guarirò".

Platone affermava che la medicina che mira solo a togliere il sintomo è una medicina per gli schiavi, mentre la medicina per gli uomini liberi si deve prendere cura del corpo, dell'anima e dei rapporti familiari.

La geriatria non è una disciplina di serie B rispetto alla medicina e alle altre discipline come viene considerata, perché il geriatra impegnato e capace sa che i malati da lui curati non andranno mai incontro ad un totale sfacelo psico-fisico, condizione definitiva come la più grave tragedia esistenziale. Tutti sappiamo quanto vale la libertà, la possibilità di non dipendere nelle nostre azioni e decisioni dal volere di altre persone, in quanto la perdita della autosufficienza comporta una grave compromissione della qualità della vita, un sovraccarico assistenziale familiare, un danno economico, un blocco degli ospedali.

Pertanto il compito del geriatra è quello di istituire cure che siano in grado di aumentare l'autosufficienza.

L'ANGOLO DEL  
GERIATRA



# I bambini possono avere una pressione alta?

A cura del Dott. Giovanni Iwanejko



Certamente anche i bambini possono avere una pressione alta: è un dato di fatto **poco conosciuto** e pertanto **sottovalutato**. Un bambino iperteso probabilmente sarà un adulto iperteso e pertanto a rischio di malattia cardiovascolare.

A buona ragione la **Società Italiana di Pediatria (SIP)** ha elaborato delle raccomandazioni, un decalogo, per la prevenzione dell'ipertensione che deve iniziare nell'infanzia seguendo poche ma importanti regole fra le quali stili di vita e di alimentazione corretti.

**1. Il rischio cardiovascolare inizia in età pediatrica:** occhio alla familiarità! Quando l'ipertensione arteriosa è presente in più membri della famiglia, in particolare padre e/o madre, è molto più probabile che i figli abbiano valori pressori elevati, anche in età pediatrica. La misurazione della pressione arteriosa deve sempre far parte della valutazione dello stato di salute del bambino.

**2.** Far misurare la pressione al bambino a partire dai 3 anni. Le Linee Guida Internazionali raccomandano la **misurazione della pressione annualmente** presso il proprio pediatra di riferimento nei bambini sopra i 3 anni di età.

**3.** Non tutti gli apparecchi per la misurazione sono uguali. **La misurazione della pressione dovrebbe essere fatta dal pediatra.** Nel caso in cui avvenga a casa occorre usare apparecchi approvati e collaudati per l'età pediatrica. Se i valori risultano sempre elevati vanno riferiti al medico che deve confermarli con la metodica classica, quella "ascoltatoria".



**4.** Se l'ipertensione persiste per oltre un anno e' consigliato fare l'**Holter pressorio**. Si tratta precisamente del "Monitoraggio Ambulatoriale della Pressione Arteriosa 24 ore" (ABPM degli anglosassoni), genericamente indicato come "Holter pressorio", che consente di tracciare un profilo pressorio durante le attività della giornata, lontano dall'ambiente medico (escludere ipertensione da camice bianco) e durante il periodo di sonno. E' consigliato inoltre eseguire un Holter pressorio nei bambini con ipertensione arteriosa secondaria ad altre malattie croniche, obesi, nati prematuri o già in terapia farmacologica per valutarne l'efficacia.

**5. Limitare il sale.** Studi dell'Istituto Nazionale Americano per la Sorveglianza della Salute e della Nutrizione (NHANES) hanno evidenziato come una dieta ad alto contenuto di sodio aumenti di due volte il rischio di sviluppare ipertensione arteriosa, di tre volte se e' associata anche l'obesità.

**6. ...e anche gli zuccheri.** Anche gli zuccheri, sia complessi come i carboidrati sia semplici come il fruttosio, comportano un aumento dei valori di pressione arteriosa con meccanismi sia diretti sia indiretti (attraverso l'aumento del peso corporeo per il contenuto di calorie totali fornite).

**7.** Si' a **alimentazione e stili di vita corretti**. Lo stile di vita influisce sui valori di pressione arteriosa. L'eccesso di peso corporeo fino all'obesità e la mancanza di attività fisica sono i principali determinanti di valori pressori costantemente più elevati.

**8.** **Lo sport** non e' controindicato nel bambino iperteso. La presenza di ipertensione arteriosa "non controindica" la pratica di attività sportiva, anzi la raccomanda! Fanno eccezione rari casi, come i soggetti affetti da ipertensione arteriosa complicata, che possono avere necessità di modificare le terapie o che praticano sport agonistici di potenza per cui andranno valutati singolarmente dallo specialista.

**9.** Nei **bambini a rischio** eseguire il controllo pressorio ad ogni visita medica. Si raccomanda il controllo della pressione arteriosa ad ogni visita medica nei soggetti affetti da obesità, malattie renali, diabete, coartazione aortica operata o anche che fanno uso di farmaci che aumentano la pressione arteriosa (cortisonici, immunosoppressori, terapie ormonali).

**10.** Controllare il **colesterolo** nei bambini ipertesi. Tutti i pazienti affetti da ipertensione arteriosa devono aver controllato anche i valori di colesterolo nel sangue.





*Ricordati di festeggiare  
il 29 Settembre,  
la **GIORNATA MONDIALE  
DEL CUORE,**  
con buoni propositi*



*Sponsor:*



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

