



*Auguri
di cuore
a tutti voi!*

Autorizzazione n° 342 del 12.12.2005

02 Editoriale
03 Lettera del Presidente
04 La droga di stato
06 L'angolo della Nutrizionista
07 L'angolo del Pediatra

08 L'angolo della diabetologia
10 Curiosità dal mondo
scientifico
11 L'angolo del medico sportivo
12 La vita secondo Vito

13 L'angolo del Geriatra
14 La Scuola è un luogo
privilegiato per azioni
di educazione, informazione
e formazione



“Ben ritrovati!”



Editoriale a cura del Dott. *Gianni Zangoli*



Si arriverà un giorno ad inserire nei programmi scolastici la “*scienza della salute*” accanto alle classiche materie previste nella ordinaria didattica? O la salute delle giovani generazioni è meno importante della letteratura o della matematica? E’ evidente che certi progetti lungimiranti non si improvvisano, ma rimandarli “*a chi verrà dopo*” peggiora solo la situazione. Prendiamo l’alimentazione dal momento che la stessa Organizzazione mondiale della sanità sostiene che da essa può dipendere l’80% della nostra salute.

Qualche barlume in verità spicca nel buio della generale disinformazione. Un esempio: il **Progetto Eat** (Educazione alimentare teenagers) messo in atto dal gruppo ospedaliero San Donato è rivolto proprio alla fascia adolescenziale, i teenagers appunto, <ai quali non abbiamo ancora insegnato –spiegano i promotori – ad alimentarsi correttamente, se ingeriamo troppe calorie e poche sostanze nutritive>. Paradossalmente si può essere in sovrappeso e denutriti. Da qui la necessità di una nuova cultura alimentare. E quando si parla di cultura come si può non fare riferimento alla scuola? Almeno i concetti basilari dovrebbero entrare nella nostra cultura generale. Quanti sanno, per esempio, che una lattina di bibita gassata nasconde dietro le sue bollicine l’equivalente di circa 7 cucchiaini di zucchero?

Non è utopistico in questo senso auspicare **una sinergia con la famiglia e con il mondo della scuola per educare i ragazzi a sani stili di vita** (corretta alimentazione, niente fumo, attività motoria...).

In tempo di feste natalizie, di grandi abbuffate e abbondanti libagioni è bene tenerlo presente. E’ bello il quadretto natalizio con la famiglia che si riunisce attorno alla tavola imbandita; si può anche fare un peccato di gola in queste speciali occasioni, basta tornare sulla retta via per il resto dell’anno.

Buone feste a tutti

LETTERA del Presidente

Associazione Sammarinese Cuore - Vita



Dott. Giovanni Iwanejko

Cari lettori, alle soglie delle festività natalizie, desidero porgere a Voi tutti ed alle Vostre famiglie i miei migliori auguri congiuntamente al nostro Direttivo.

Anche il 2018 sta per finire e per tutti noi resterà nella mente come un anno di estrema difficoltà a causa della crisi economica, ma anche un anno ricco di impegni e soddisfazione per la nostra associazione.

Altre sfide e tanto lavoro ci aspettano nel 2019 e con la solita grinta ed entusiasmo vogliamo impegnarci per vincerle tutte insieme ai nostri soci.

Fra i nostri obiettivi c’è quello di poter continuare a produrre questa rivista grazie anche agli sponsor, che ringraziamo.

Un caro augurio a tutti i membri del Comitato Scientifico che hanno, come sempre continuato a sostenere ed a lavorare per il Magazine Cuore-Vita con grande professionalità ed impegno.

Un augurio che si estende anche a tutti coloro che offrono il loro contributo per mantenere in piedi una realtà solida come la nostra, diventata punto di riferimento in tutto il territorio.

E come ogni anno Vi esorto a sostenere il nostro Magazine, le nostre iniziative sia in maniera fattiva con l’impegno sul campo, sia aderendo alla nostra **nuova campagna di tesseramento per l’anno**

2019: questo sicuramente permetterà alla nostra Associazione di proseguire con tranquillità per il suo cammino. Per ultimo voglio ricordarVi, come per gli anni passati, che **da soli si va veloci,**

ma insieme si va lontano.

Auguri di cuore per un Natale speciale ed un buon 2019!

La droga di stato

A cura della Dott. **Roberto Tomassoni**
Cardiologo - Servizio di Cardiologia Ospedale di Stato RSM

Prima parte



Si lo so, un titolo un po' "pesante" ma, come ormai ci ha insegnato il giornalismo moderno, non esiste modo migliore per attirare l'attenzione dei lettori su un argomento di vitale importanza come il problema del **fumo di sigaretta**.

Anche se a prima vista può sembrare un titolo piuttosto esagerato, purtroppo contiene due grandi verità: la più semplice da argomentare è che lo Stato guadagna sulla salute dei fumatori (per poi dover reinvestire molti di questi soldi nel curare chi si ammala "di fumo"); fumare il tabacco, che alle origini era un'attività religiosa che i Maya, mille anni prima della nascita di Cristo, utilizzavano per parlare con gli dei (e qui mi chiedo cosa in realtà fumassero!) comincia a diffondersi in Inghilterra verso il 1600 fra la borghesia proprio quando lo stato si accorge che era piuttosto redditizio far pagare i **dazi sul tabacco** che cominciava ad essere utilizzato da una buona fetta della popolazione. In seguito, le truppe turche che inventano la sigaretta arrotolando il tabacco nella carta delle polveri da cannone, la rivoluzione industriale che inventa macchine per la loro produzione su larga scala a prezzi bassi, la pubblicità ingannevole e la negazione degli effetti dannosi da parte delle grandi multinazionali con la complicità degli studiosi fanno diventare il fumo un vizio di massa sul quale lo Stato Italiano (ed in misura più o meno simile il nostro) interviene in modo deciso fissando un livello di tassazione che per le sigarette supera il **77% del prezzo finale** (fonte sito Agenzie Dogane Monopoli): fateci voi i conti!!

Perché parliamo di droga senza timore di essere smentiti? Semplice, perché sappiamo con sicurezza **scientifica che il fumo crea dipendenza fisica e psicologica e lo possiamo dimostrare!**



Il fumo contiene una sostanza della quale tutti più o meno abbiamo sentito parlare: la **nicotina**, una molecola che agisce sul sistema nervoso e cardiocircolatorio, sul metabolismo e sugli ormoni creando una **forte dipendenza** senza produrre, purtroppo però solo nel breve periodo, effetti dannosi diretti come invece succede per altre droghe come la cocaina e l'eroina. Solo in caso forte sovradosaggio, che è possibile solo bevendo accidentale del liquido per le ormai famose sigarette elettroniche, la nicotina può avere effetti tossici diretti che possono portare anche a morte rapidamente (quindi attenzione a non lasciare incustoditi i flaconcini in presenza di bambini).

Sono proprio i suoi effetti sul sistema nervoso a fare della nicotina una droga ed a rendere particolarmente difficile smettere di assumerla: questa molecola, infatti, assomiglia ad una sostanza presente normalmente nel nostro corpo: l'**acetilcolina**.

L'acetilcolina è uno dei neurotrasmettitori (molecole attraverso le quali le cellule del nostro sistema nervoso comunicano fra loro) ed è coinvolta in numerosi processi essenziali al buon funzionamento del corpo che vanno dal movimento dei muscoli al respiro, dal battito



cardiaco fino ad arrivare ai processi di apprendimento e alla memoria.

Inoltre, influenza altri neurotrasmettitori ed ormoni coinvolti nell'**umore**, nell'**appetito**, nella **memoria** ed in altri processi fisiologici.

Grazie alla sua struttura, quando la nicotina arriva nel cervello si lega ai recettori dell'acetilcolina e ne determina gli stessi effetti, stimola aree del cervello connesse al piacere e alla gratificazione e determina anche il rilascio di dopamina, spesso definita "**molecola del piacere**", che è direttamente coinvolta nei processi che danno luogo alla dipendenza da droghe.



Questa serie di azioni chimiche della nicotina spiega perché una volta iniziato a fumare è così difficile smettere.

Non saremmo qui a parlare di fumo se non fosse così fortemente dannoso per la nostra salute: se andiamo ad analizzare le principali cause di morte e di malattia in Italia (fonte ISTAT) e, di conseguenza, nella nostra piccola Repubblica nelle prime dieci posizioni troviamo le **malattie ischemiche del cuore** (come infarto ed angina), le **malattie cerebrovascolari** (come l'ictus), i **tumori maligni** di trachea, bronchi e polmoni, la **demenza** e l'**Alzheimer**,

le **malattie croniche delle basse vie respiratorie** ed i **tumori del seno**. La moderna ricerca scientifica è in grado di correlare tutte queste cause al fumo: ce lo conferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità.



I dati di questa autorevole organizzazione sanitaria ci mostrano che ogni anno nel mondo, a causa del tabacco, perderebbero la vita sei milioni di persone: il fumo di sigaretta è da considerarsi un fattore di rischio accertato per **17 tumori**; al primo posto c'è il tumore del polmone, per il quale il fumo è considerato la causa in otto casi su dieci, seguono poi quelli del cavo orale e della gola, dell'esofago, del pancreas, del colon, della vescica, della prostata, del rene, del seno, delle ovaie e, infine, alcune leucemie. Le sostanze cancerogene contenute nel fumo provocano il tumore danneggiando direttamente il codice genetico delle nostre cellule ma anche indirettamente, impedendo ai sistemi dedicati alla sorveglianza ed alla eliminazione delle cellule "impazzite" di lavorare correttamente.



La Melagrana ed il PSA

A cura della Dott.ssa Marina Corsi



Il PSA (Antigene prostatico specifico), è una **proteina prodotta dalla ghiandola prostatica** ed è **presente nel liquido seminale**. Il PSA è per lo più concentrato nella prostata e ne passa poco nel sangue ma in caso di alterazioni della ghiandola si riscontra un aumento della concentrazione di PSA ematico. Esiste inoltre correlazione tra livelli di PSA nel sangue e volumi raggiunti dalla ghiandola prostatica. Pertanto l'esame del PSA permette, nella pratica clinica di valutare assieme ad altri parametri contenuti nelle linee guida seguite dagli specialisti, lo stato di salute della prostata e l'eventuale insorgenza di tumori prostatici.



E' noto da tempo che, i polifenoli ed in particolare l'acido Ellagico, contenuti nella melagrana svolgono una **azione preventiva nei confronti di danni sulla molecola del DNA**, le cui mutazioni sono alla base dell'insorgenza di tumori. Infatti questo frutto non solo si è dimostrato in

grado di ridurre i livelli di PSA ma sembra essere efficace anche nella prevenzione di altre manifestazioni tumorali a carico di colon, cute, polmoni e seno. Per raggiungere una efficace prevenzione secondo alcuni studi condotti, sembrano essere efficaci 570 mg di polifenoli introdotti attraverso il consumo di melagrana quotidianamente.



Tabella 2 - I costituenti del melograno

Minerali: calcio, magnesio, potassio, rame, zolfo, fosforo e ferro, e in quantità minori anche cloro, cromo, sodio, selenio, zinco, cobalto;
Acido ascorbico;
Acido bórico;
Acido malico;
Acido cloro genico;
Acido pantotenico;
Acido punico;
Polifenoli: 1) le antocianine (come la delphinidina, la cianidina e la pelargonidina); 2) i tannini idrolizzabili (come la punicalagina) ed esteri dell'acido ellagico con glucosio;
Fitoestrogeni
Acidi grassi essenziali: acido oleico e acido linoleico.

La melagrana è un **frutto autunnale pertanto di stagione**, e viste le proprietà l'invito è quello di consumarla nelle modalità desiderate tenuto anche conto che l'introito calorico è basso mentre quello di antiossidanti è molto elevato. Durante l'anno si possono acquistare bevande a base di succo puro al 100% di melagrana senza aggiunta di altri zuccheri per beneficiare delle proprietà di questo alimento.

I genitori sono consapevoli dei rischi per la salute psicofisica dei loro figli dell'utilizzo precoce dei dispositivi digitali?

A cura del Dott.ssa Giannina Gennari
Pediatra

Prima parte



Secondo una recente indagine della SIP (Società italiana di Pediatria) **il 90% dei ragazzi possiede un computer o uno smartphone e diminuisce l'età in cui i bambini cominciano ad utilizzarli.**

Se l'accesso alla rete (internet) ha rappresentato una grande conquista, forse la più grande del secolo scorso, perché ha permesso a tutti di accedere senza limiti alla informazione e alla comunicazione, tuttavia i genitori sono consapevoli dei rischi per la salute psicofisica di un utilizzo precoce dei dispositivi digitali?



In Italia il 30% dei genitori (sempre secondo questa indagine) usa lo smartphone per distrarre o calmare il bambino già durante il primo anno di vita, il 70% al secondo anno. Il **consiglio dei pediatri** e' di non utilizzare il cellulare contro i capricci, ne' video o giochi sul tablet per distrarre e calmare i bambini troppo vivaci. E' importante porre ai bambini dei limiti e trovare dei **modi alternativi** per intratterli e calmarli. I genitori dovrebbero dare il buon esempio, limitando l'utilizzo dei media device

perché i bambini sono grandi imitatori. Secondo studi recenti, l'uso del touchscreen potrebbe interferire con lo sviluppo cognitivo dei bambini perché questi hanno bisogno di un'esperienza diretta e concreta con gli oggetti in modo da affinare il pensiero e la capacità di risolvere i problemi. Trascorrere troppo tempo davanti allo schermo può causare **scarso profitto scolastico, bassi livelli di attenzione e minori relazioni sociali coi coetanei**. Solo il contatto visivo e le



emozioni favoriscono una sana relazione. L'uso di applicazioni educative ben fatte ed usate assieme ai genitori può promuovere l'apprendimento in età prescolare; purtroppo la maggior parte delle applicazioni non è strutturata per una interazione a due (bambini e genitori). Anche la televisione in camera peggiora la **qualità del sonno**, con più paura del buio, incubi e dialoghi notturni. Inoltre non dimentichiamo che **l'uso prolungato di dispositivi digitali** può interferire con l'organo della vista (secchezza oculare, esotropia acquisita) e ricordiamo gli effetti termici che il telefonino può avere sul cervello (onde elettromagnetiche). Quindi nessuna criminalizzazione delle tecnologie digitali ma impariamo a limitarne l'uso nell'infanzia sulla base delle evidenze cliniche.

Dottore... ma quale tipo di diabete è il mio?

A cura del Dott.ssa **Tatiana Mancini**.
Responsabile del Modulo Funzionale di Malattie Endocrino-Metaboliche
UOC Medicina Interna ISS

Spesso ci viene rivolta questa domanda che è assai appropriata visto che oggi è ritenuto importante "fenotipizzare" la persona con il diabete cioè cercare di definire il più possibile le caratteristiche del suo diabete per personalizzare la cura.

Esistono **due forme di diabete** principali ma ci sono dei pazienti che hanno caratteristiche intermedie.



Il **diabete di tipo 2** è la forma più frequente, si manifesta generalmente dopo i 40 anni, soprattutto in persone sovrappeso/obese. La sua evoluzione è lenta e subdola cioè per lo più priva di sintomi. È comunemente noto come «diabete dell'anziano» anche se l'elevata prevalenza di obesità nell'infanzia ne sta anticipando la comparsa. Viene definito diabete da "insulino-resistenza" perché vi è una ridotta capacità dell'organismo di utilizzare l'insulina prodotta dal pancreas. E' anche causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone. Le **complicanze croniche** possono essere presenti già alla diagnosi e non è raro che la diagnosi venga effettuata proprio perché sono comparse complicanze (come un'infarto per esempio). La terapia del diabete di tipo 2 parte da un adeguato stile di vita in termini di dieta e regolare attività fisica ma, per la maggior parte dei pazienti i farmaci rappresentano una necessità fin dall'esordio con la finalità di otte-

nere un buon controllo per evitare la comparsa o la progressione delle complicanze croniche della malattia. Negli ultimi 10 anni alla metformina, che rimane il farmaco di prima scelta, si sono affiancate nuove interessanti classi di farmaci come le incretine (che sfruttano l'azione degli ormoni intestinali sul controllo glicemico) e solo di recente le glifozine (che riducono la glicemia determinando una maggiore eliminazione renale di zuccheri).

Alcune incretine sono somministrate per via iniettiva (ma non sono insulina!!). Questi farmaci stanno soppiantando le sulfoniluree, farmaci di più vecchio utilizzo, che sono frequentemente causa di ipoglicemia. In caso di fallimento del controllo con queste opzioni terapeutiche, vi è indicazione alla terapia insulinica anche nel diabete di tipo 2. L'insulina viene infine usata, transitoriamente, anche alla diagnosi del diabete di tipo 2 quando il paziente si presenta con uno scompenso severo.



Il **diabete di tipo 1** è una patologia su base autoimmune o idiopatica, caratterizzata da una carenza di insulina assoluta che rende necessaria la sua somministrazione fin dall'esordio della malattia.

L'esordio del tipo 1 è per lo più sintomatico e prima dei 30 anni: il paziente ha un continuo bisogno di urinare (anche di notte), presenta una sete inestinguibile ed ha una rapida perdita di



peso. Può andare incontro in questo modo ad una temibile complicanza, la chetoacidosi, che è un'aumento dell'acidità nel sangue, che anche oggi può portare alla morte se non tempestivamente ed adeguatamente trattata.

Le **complicanze croniche** non compaiono prima di alcuni anni dalla diagnosi. In questi pazienti la terapia prevede generalmente quattro somministrazioni di insulina al giorno mediante penne perché vi è necessità di insulina basale e ogni volta che si introducono carboidrati.



Alcuni diabetici di tipo 1 utilizzano il microinfusore cioè un dispositivo che eroga insulina in continuo; questa è la terapia preferita nei bambini e nei pazienti con spiccata sensibilità all'insulina. Per l'inadeguato stile di vita che caratterizza i nostri tempi non è raro oggi trovare un paziente con diabete di tipo 1 obeso che presenta quindi alterazioni del metabolismo un tempo tipiche del diabete di tipo 2.

Negli ultimi anni è emerso come non sempre vi sia una distinzione così netta fra tipo 1 e tipo 2 o meglio vi siano delle varianti per esempio

il diabete a autoimmune latente dell'adulto (**LADA**) che è una variante del tipo 1. Ha un decorso lento, compare appunto nell'adulto ma ha una origine autoimmune ed è caratterizzato dalla necessità, dopo un breve periodo, della terapia insulinica. Si sospetta questa forma soprattutto nei giovani adulti non obesi.



Esistono inoltre forme monogeniche (**MODY**, maturity onset diabetes of the young) cioè caratterizzate da difetti genetici delle cellule beta delle isole di Langerhans del pancreas. Può manifestarsi **fin dall'infanzia anche se la sua incidenza massima è nell'adolescenza in persone non obese**. Gli anticorpi sono negativi, la familiarità spiccata. La forma più comune ha un andamento benigno e spesso è controllata con una dieta senza necessità di farmaci.

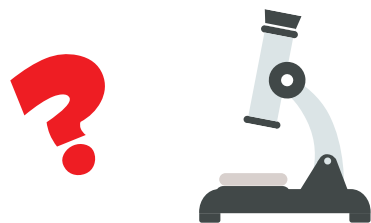
Sia il LADA che il MODY sono probabilmente più frequenti di quanto riportato perché spesso non diagnosticati. Consentono oggi di dare un nome a pazienti un tempo etichettati come "strani" pazienti con tipo 1 e 2.

Esistono infine **forme di diabete secondarie** all'utilizzo di farmaci (come il cortisone), correlate ad altre patologie (pancreatite, fibrosi cistica, Cushing, neoplasia pancreatica etc.) oppure conseguenti all'asportazione del pancreas.

Detto questo, alla domanda "Dottore...ma quale tipo di diabete è il mio?" mi piace rispondere che ogni paziente ha il "suo" diabete perché, al di là della classificazione medica, ogni persona è unica, con una propria storia (famiglia, lavoro, tempo libero) che non possiamo dimenticare.

Curiosità dal mondo scientifico

A cura del Dott. *Niksa Simetovic*



LA RIABILITAZIONE CARDIACA "ESTENSIVA"



Un programma di attività fisica finalizzata a ridurre la disabilità, migliorare le capacità funzionali e favorire il reinserimento sociale e lavorativo. L'esercizio fisico strutturato come

intervento terapeutico è diventato una delle componenti fondamentali nell'ambito della prevenzione secondaria.

(Società cardiologica europea)

LA SEDENTARIETÀ UCCIDE 88.000 PERSONE ALL'ANNO IN ITALIA

Circa un italiano su tre pratica sport nel tempo libero, che interessa maggiormente le fasce di età più giovani. La sedentarietà è responsabile del 14,6 % di tutte le morti in Italia, pari a circa 88.200 casi all'anno e di una spesa in termini costi diretti sanitari di 1,6 miliardi di Euro.

Se si aumentassero i livelli di attività fisica e l'adozione di stili di vita salutari, determinerebbero un risparmio per sistema sanitario nazionale pari oltre 2.300.000 €.

(Rapporto ISTISAN "Movimento, sport e salute")

COS'È LA PSICOALIMENTAZIONE



A volte i chili in eccesso sono il frutto di meccanismi mentali errati, oltre che di combinazioni alimentari sbagliate.

Secondo la psicoalimentazione per stare bene è fondamentale tenere conto delle connessioni mente – corpo – spirito.

La psicoalimentazione combina dieta (attivazione metabolismo), meditazione e psicoterapia (meditare è rilassarsi).

(Libro di Dott.ssa Marilù Mengoni, Nutrizionista-Psicologa)

QUALI SONO I MOMENTI DELLA GIORNATA IN CUI SI BRUCIANO PIÙ CALORIE

Il tardo pomeriggio e la sera sono i momenti della giornata in cui si bruciano più calorie.



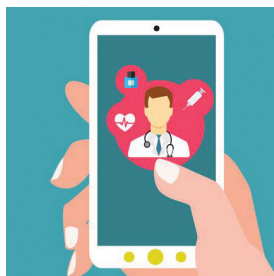
Una ricerca della Women's Hospital e Harvard Medical school (pubblicato su Current Biology) evidenzia che a riposo le persone bruciano il 10% in più di calorie nel tardo pomeriggio e nella serata, rispetto alle prime ore del mattino. I ricercatori hanno studiato 7 persone in un laboratorio speciale, senza alcun indizio su che ora fosse fuori.

LA FARMACIA NELLO SMARTPHONE

(L'app è totalmente italiana e pensata per il mercato italiano)

Ecco un'applicazione che funge da "agenda sanitaria" per se stessi e per la propria famiglia. Tiene memoria dei medicinali che

abbiamo in casa, quali stanno per scadere e quando li dobbiamo assumere, sulle farmacie aperte e la loro geolocalizzazione e aderenti al servizio di consegna a domicilio.



Cosa fare per mantenere in buona salute il nostro cuore?

A cura del Dott. *Marco Benedettini*

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



Lo scorso numero abbiamo trattato l'argomento della cronica carenza di allenamento cardio-respiratorio nei nostri atleti agonisti, e ne tratteremo ancora molto in futuro, **ma cosa fare per mantenere in buona salute il nostro cuore?**

Non necessariamente serve correre per un'ora di seguito, basterebbe **svolgere attività fisica** leggera come una camminata a passo veloce per almeno 30 minuti al giorno oppure camminare ogni giorno per almeno due minuti ripetendo tale esercizio per 15 volte.



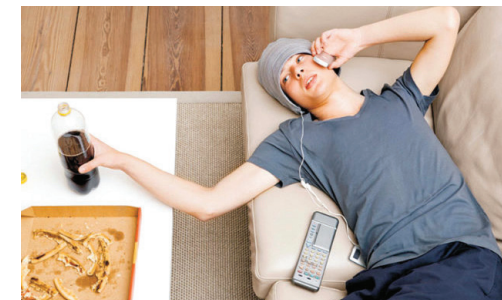
Un recente studio effettuato da cardiologi statunitensi e pubblicato su Journal of the American Heart Association ha confermato tali dati.

Quello che manca ai nostri ragazzi è il **movimento quotidiano**. Sempre più spesso si conduce una **vita totalmente sedentaria** e le poche ore di ginnastica a scuola o di attività

sportiva organizzata non sono assolutamente sufficienti a compensare tale cronica carenza di movimento.



Durante la pratica quotidiana di medico dello sport mi capita sempre più spesso di dover far presente a genitori increduli che il cuore dei loro figli è quello di una persona totalmente sedentaria con frequenze cardiache altissime e recupero molto lento dopo sforzo.



Tali dati sono molto preoccupanti soprattutto in sportivi che necessitano di condizioni cardiache ottimali per affrontare sforzi anche intensi. Si pone quindi il serio problema della **cronica mancanza di movimento** nei nostri ragazzi, soprattutto sportivi, e sulla impellente necessità di dover correre ai ripari con programmi di allenamento, sia a scuola che nelle sedute sportive, incrementando la pratica di una attività motoria valida alla maggior salute del nostro prezioso cuore.

L'ANGOLO DEL MEDICO SPORTIVO

La Vita secondo Vito

Vignetta realizzata da Gigi Belisardi



“Se sei cardiopatico consulta il tuo medico
sulla quantità d’acqua da assumere al giorno”

La comunicazione con l’anziano ammalato

A cura del dott. Paolo Gazzi



Le parole accompagnano ciascuna vicenda umana ed i pensieri inespressi, i silenzi e le dimenticanze trovano a volte le parole necessarie alla loro comunicazione. Spesso gli anziani soprattutto se longevi, non hanno potuto usufruire di un sistema educativo-scolastico appropriato e tendono ad esprimersi attraverso l’impiego di una **lingua dialettale**, la loro “madre lingua” e faticano a formulare e talora anche a comprendere frasi nella corretta forma italiana.



Già nella comunicazione verbale corrente può accadere che si utilizzino vocaboli con significati diversi o parole differenti per intendere i medesimi contenuti e in tal modo, talvolta, nascono equivoci soprattutto quando per l’anziano si profila l’inevitabile esigenza di un ricovero ospedaliero o in casa di riposo, in assenza di familiari o persone che possono mediarne la comunicazione, egli rischia per la sola ragione delle personali proprietà linguistiche, di sentirsi isolato, emarginato, all’interno della struttura ospitante. E’ risaputo quanto **il passaggio dalla propria casa ad una struttura istituzionale, possa comportare disagi per la persona in età avanzata.**

Si congiungono e si assommano le angosce per l’abbandono della propria dimora, per il forzato adattamento ad un nuovo ambiente con ritmi, richieste, modalità organizzative e relazionali molto differenti, oltre alla sofferenza che spesso motiva il trasferimento nell’ospedale o nella casa di riposo. Il malato anziano ha bisogno che **il medico**

si rapporti al suo modo di comunicare e non pretende una informazione di nozioni specialistiche ma è per lui necessario avere fiducia, sentirsi accudito e curato, tutelato nei suoi diritti, rispettato nella sua dignità, accompagnato nella evoluzione della propria sofferenza, verso la guarigione, il mantenimento o il recupero della autonomia, la prevenzione della invalidità, il controllo delle eventuali complicanze, il possibile declino delle proprie energie vitali.

E’ stato ampiamente dimostrato come il primo colloquio incide notevolmente sul **rapporto** che potrà stabilirsi fra “il **medico** e l’**anziano ammalato**”, influenzerà gli atteggiamenti e i comportamenti del medico ma soprattutto dell’anziano che trascina con sé tutta la sua fragilità, i propri timori, le proprie ansie e pertanto il primo colloquio può rassicurare, infondere fiducia o al contrario confermare le convinzioni pessimistiche circa il proprio destino.

Una accoglienza capace di trasmettere disponibilità e rispetto per l’età e la sofferenza, rappresenta la prima e importante tappa di un percorso ed è necessario che il medico sia disposto non solo ad interagire ma anche ad ascoltare quello che l’anziano si sente di comunicare.

Il colloquio deve calarsi nella realtà e nella sensibilità di un uomo o di una donna, la cui storia personale è incominciata molti anni addietro, in una situazione sociale e culturale molto diversa da quella attuale. Quello che per il medico potrebbe rappresentare una perdita di tempo, una divagazione dai temi centrali da approfondire per diagnosticare e curare, sarebbe in realtà un esempio di vera comunicazione con l’anziano ammalato.

La redazione dell’anamnesi non potrà consistere nel riempire una serie di caselle pre-costituite e **non esistono regole fisse di comunicazione** che possono valere per tutti e per tutti i momenti della vita, ma comunicare con quella persona in un certo momento della sua vita.

L'ANGOLO DEL
GERIATRA

La Scuola è un luogo privilegiato per azioni di educazione, informazione e formazione.

A cura del Dott. Giovanni Iwanejko



“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità” (Oms 1948); nel 1966 A. Seppilli, introduceva alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute: “La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”.

I bambini e i giovani hanno **diritto** ad essere educati in una scuola che promuove la salute: l'intervento di educazione alla salute è quello di renderli preparati a sviluppare la capacità di mantenere uno stile di vita sano.

Anche la **famiglia**, in prima istanza, non può trascurare tra i suoi compiti educativi quello di proporre uno stile di vita sano che diventi un approccio spontaneo, adottato fin da piccoli nella pratica quotidiana.

Sempre più sentita è l'esigenza di una **collaborazione educativa tra scuola e famiglia**, fondata sulla condivisione dei valori e su una faticosa intesa delle parti nel reciproco rispetto delle competenze.

Quindi se la scuola condivide con la famiglia questo ruolo educativo e se in seno al nucleo familiare si strutturano i primi modelli di comportamento corretti, spetta alla scuola, in parallelo, consolidarli e proteggerli da stimoli devianti.

E' importante **promuovere** adeguate iniziative di **prevenzione** e di **educazione sanitaria** all'interno della scuola, dal nido d'infanzia alla scuola superiore, in quanto rappresenta uno degli ambienti strategici per il benessere individuale e collettivo: **la promozione della salute costituisce uno dei fattori prioritari per migliorare gli apprendimenti degli alunni.**



Giovani sani che vanno a scuola tendono a imparare di più, contestualmente una buona educazione produce una popolazione più sana.

I comportamenti non salutari, come la non sana alimentazione e la mancanza di attività fisica, spesso si instaurano già durante l'infanzia e l'adolescenza e proprio per questo la scuola rappresenta un luogo strategico e riveste un ruolo privilegiato per la promozione della salute in età evolutiva: l'obiettivo è quello di sviluppare e razionalizzare gli interventi informativi educativi e di promozione della salute. Le scuole che promuovono la salute hanno dimostrato di essere in grado di migliorare la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica.



Uno **stile di vita sano** garantisce la possibilità di ridurre il rischio di contrarre patologie che spesso hanno in comune fattori di rischio quali il fumo, l'abuso di alcol, la cattiva alimentazione e l'inattività fisica: la prevenzione resta quindi un'arma imprescindibile e fondamentale.



E la figura del **pediatra** come partner della famiglia e della scuola è importante e fondamentale per il buon esito degli obiettivi di salute: lavorare tutti insieme.



Pertanto Investire oggi in prevenzione è importante per ridurre il carico di malattie domani, quelle prevedibili, e contribuisce a sviluppare la capacità di mantenere uno stile di vita sano.

Per esempio:

- Promuovere comportamenti salutari
- Favorire una alimentazione sana
- Favorire l'attività fisica
- Prevenire l'iniziazione dei giovani al fumo, all'alcool e alle sostanze psicotrope
- Educare alla cultura della solidarietà

▲ *Auguri di un felice Natale* ▲
ed un meraviglioso Anno Nuovo!

*Ricordati di rinnovare la tua iscrizione a CuoreVita.
Insieme daremo più forza ai nostri progetti per il 2019!*

Iscrizione e rinnovo 2019: 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:

