

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento
postale 70% Roma Aut C/RM/09/2016 - Contiene I.P.

resid SANI

CA

Nessun compromesso

**SICUREZZA E
COMFORT
CONTEMPORANEAMENTE**



sentida 6

■ ■ wissner-
■ ■ bosserhoff

Curioso? Vieni a conoscerci meglio:
www.linnet-italia.it



SafeFree®

IL SISTEMA DI
SEMI-SPONDE
BREVETTATO



■ ■ wissner-
■ ■ bosserhoff

Vieni a conoscerci meglio:
www.linnet-italia.it



residenze SANITARIE

CASE DI CURA CASE DI RIPOSO RSA

IL MEDICO

C'è un legame tra farmaci e osteoporosi?

ALIMENTAZIONE

Sale, un pizzico (ma non di più)

LA STRUTTURA

Fondazione
La Nostra Famiglia,
assistenza legata
al territorio



3 EDITORIALE

4 PRIMO PIANO
 "EnrichMe": il robot domestico per l'autonomia
 La Redazione

6 Una nuova speranza per i malati di Alzheimer
 La Redazione

8 LA STRUTTURA
 Un'assistenza al servizio del territorio
 Michele Restelli

14 ALIMENTAZIONE
 I rischi delle diete vegetariane nei pazienti oncologici
 Filippo Valoriani

19 Combattere l'osteoporosi con calcio e vitamina D
 Pietro A. Migliaccio,
 Silvia Mozzetta,
 Valentina Masella

24 Stile di vita sano o cibo "farmaco"?
 Facciamo chiarezza
 Federica Mastronardo

26 Sale, un "pizzico" (ma non di più)
 Marco Buccianti

30 IL MEDICO
 L'ipertensione si combatte (anche) a passo di danza
 La Redazione

32 Un'arma in più nella lotta al Parkinson
 Mauro Porta

36 C'è un legame tra farmaci ed osteoporosi?
 Andrea Giustina

42 Quando acqua e freddo sono amici del cuore
 Petra Schrott, Cesare Storti

48 TECNOLOGIA
 Proteggere i dati sensibili delle strutture
 Sergio Piersantelli

50 IL FISIOTERAPISTA
 Sarcopenia, tra prevenzione e riabilitazione
 Michele Passuello

56 SCENARI
 Nuovi strumenti eHealth per la cura della depressione
 Gerardo Favaretto, Silvia Mancin

62 VETRINA



Osservasalute, boom di ultracentenari

Maria Giulia Mazzoni
Direttore Responsabile

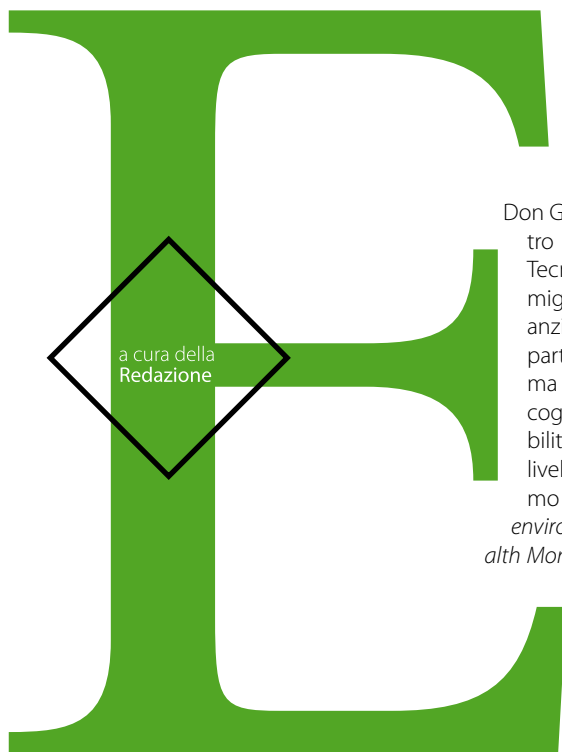


Scarsa attenzione alla salute, poca prevenzione ed un'aspettativa di vita in (leggero) calo. Questi i dati raccolti dal "Rapporto Osservasalute 2015" che scatta l'istantanea di un Paese in cui diminuiscono i sedentari ed i fumatori, aumentano gli sportivi, ma complessivamente non migliorano le altre cattive abitudini, soprattutto quelle alimentari. Come ogni anno quindi, statistiche, numeri e percentuali rivelano tendenze, vizi e virtù degli italiani, e noi abbiamo voluto soffermarci sui capitoli riguardanti la popolazione anziana per offrirvene un estratto. Entriamo nel merito. Come era ampiamente prevedibile l'invecchiamento del Paese, spiegano i ricercatori, procede inesorabile, anche se la vera 'sorpresa' è la battuta d'arresto subita dalla 'aspettativa di vita': stando all'analisi Osservasalute, infatti nel 2015 la speranza di vita è di 80,1 anni per gli uomini e di 84,7 anni per le donne, mentre nel 2014 il valore era pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne. Veniamo poi ai dati dell'invecchiamento. Oltre un italiano su 5 ha più di 65 anni ed aumentano quelli che comunemente vengono identificati come i "giovani anziani" (ossia la fascia di età compresa tra i 65 ed i 74 anni) che sono oltre 6,5 milioni, pari al 10,7% della popolazione residente (nello scorso rapporto figuravano oltre 6 milioni, pari al 10,6%). In altri termini, oltre un residente su dieci ha un'età compresa tra i 65-74 anni. Aumentano anche gli "anziani" (75-84 anni) che sono oltre 4,7 milioni e rappresentano ben il 7,8% del totale della popolazione. Si conferma poi il boom degli ultracentenari che sono quindi molto più che triplicati dal 2002 al 2015, passando da 5.650 unità nel 2002 a oltre 19.000 nel 2015. Le politiche della prevenzione meritano infine un capitolo a parte, e qui, stando all'analisi dell'Osservatorio, la strada da fare è ancora tanta. Prendiamo ad esempio il vaccino antinfluenzale: negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) e ottimali (95%) dal PNPV. Ancora più allarmante il dato visto su un lasso di tempo più lungo: nell'arco temporale 2003-2004/2014-2015, per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni, si è infatti registrata una drastica diminuzione, passando dal 63,4% al 49%. Il rapporto dell'Osservatorio prosegue entrando nel dettaglio di numerose voci, ma è giunti a questo punto che dovremmo porci la domanda più importante: di fronte a questi numeri come dovremmo comportarci per garantirci un invecchiamento sereno? Ad indicarci una strada, più che condivisibile, sono gli stessi ricercatori che auspicano un cambiamento culturale che porti noi tutti a considerare la salute dell'anziano come una specificità da gestire secondo percorsi ad hoc che favoriscano il mantenimento di autonomia e salute; in poche parole, un invecchiamento attivo. E noi non potremmo essere più d'accordo.

Buona Lettura.

“EnrichMe”: il robot domestico per l'autonomia

Realizzato nell'ambito di un progetto finanziato dalla Commissione Europea, questo innovativo ausilio robotico si propone come un valido supporto all'assistenza domiciliare delle persone anziane e sarà integrato con sistemi domotici in grado di supportare l'autonomia e l'invecchiamento attivo



EnrichMe, è un progetto finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Horizon 2020 partito nel marzo dello scorso anno – di cui la Fondazione Don Gnocchi, e nello specifico il CITT (Centro per l'Innovazione e il Trasferimento Tecnologico), è partner – finalizzato a migliorare la qualità della vita di persone anziane ancora autosufficienti per gran parte delle attività della vita quotidiana, ma che presentano un decadimento cognitivo non grave o forme di disabilità lieve che richiedono un minimo livello di assistenza. EnrichMe, acronimo di *ENabling Robot and assisted living environment for Independent Care and Health Monitoring of the Elderly*, è traducibile in Ausilio robotico di supporto all'assistenza domiciliare di persone anziane, e prevede l'ideazione e la realizzazione di un sistema robotico, integrato con sistemi

domotici, in grado di supportare l'autonomia e l'invecchiamento attivo. Una volta entrato a regime, il risultato atteso dovrebbe avere le caratteristiche di un elettrodomestico che si aggira per la casa in autonomia, in grado di monitorare la persona anziana 24 ore al giorno, attraverso l'utilizzo e il supporto di sensori wireless presenti nell'abitazione, compiendo una serie di operazioni programmate e personalizzate.

Alcune possibili applicazioni di questo robot in grado di seguire la persona anziana nei suoi spostamenti in casa, possono essere, ad esempio, il monitoraggio del livello di attività dell'utente per stimolarlo a fare più moto, in caso di poca mobilità, o intrattenerlo con giochi, in caso di iperattività; la gestione del tempo, ricordando attività già pianificate in agenda (l'assunzione dei farmaci, un appuntamento, ecc.); la socialità, mettendo in comunicazione audio e video l'utente con un familiare o altre persone; il monitoraggio della nutrizione (osservando ad esem-

pio alcuni comportamenti, il sistema può riconoscere se l'utente si sta alimentando a sufficienza o no); il controllo delle condizioni ambientali dell'abitazione (temperatura della casa, livello di umidità, ecc.); allertando un familiare o un caregiver, nel caso in cui l'utente sia vittima di eventi avversi, come una caduta e altro ancora. Il progetto, che si concluderà nel 2018, vede la partecipazione di 10 enti, di 6 Paesi europei: Regno Unito, Francia, Olanda, Polonia, Grecia e Italia. Tra agosto e settembre di quest'anno è prevista una sessione di test con un prototipo

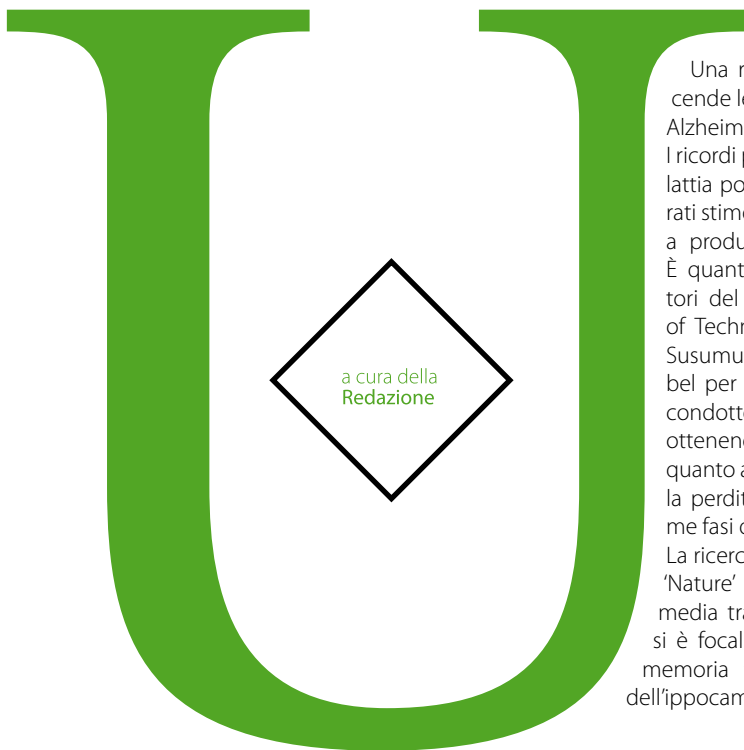
di EnrichMe con pazienti neurologici veri, presso la Casa domotica dell'IRCCS milanese della Don Gnocchi e in una struttura analoga in Olanda. L'obiettivo finale è quello di realizzare un dispositivo di facile utilizzo, alla portata di tutte le tasche, così da farlo diventare un ausilio di uso comune nelle case di tutto il mondo. ●

Possibili applicazioni di questo robot in grado di seguire la persona anziana nei suoi spostamenti in casa, possono essere: la gestione del tempo, la socialità, il monitoraggio della nutrizione, il controllo delle condizioni ambientali dell'abitazione



Una nuova speranza per i malati di Alzheimer

Due studi focalizzati gettano nuova luce sulla lotta ad una delle malattie più invalidanti. Nel primo i ricercatori del MIT hanno condotto esperimenti sulla possibilità di intervenire nel processo della perdita di memoria e il secondo, portato avanti dal Politecnico di Losanna, si concentra sulle molecole tossiche ritenute responsabili della demenza



Una ricerca statunitense riaccende le speranze per i malati di Alzheimer.

I ricordi perduti a causa della malattia potrebbero essere recuperati stimolando le cellule nervose a produrre nuove connessioni. È quanto sostengono i ricercatori del Massachusetts Institute of Technology (Mit), guidati da Susumu Tonegawa, premio Nobel per la medicina, che hanno condotto uno studio sui topi ottenendo risultati incoraggianti quanto alla possibilità di invertire la perdita di memoria nelle prime fasi della malattia.

La ricerca, pubblicata sulla rivista 'Nature' e ripresa da numerosi media tra cui AdnKronos Salute, si è focalizzata sulle cellule della memoria nella regione cerebrale dell'ippocampo, precedentemen-

te identificate dallo stesso team di studiosi che ha usato una tecnica chiamata opto-genetica che utilizza la luce per attivare le cellule 'etichettate' con una speciale proteina fotosensibile. Il sistema è stato testato su animali con sintomi di Alzheimer che avevano rapidamente dimenticato l'esperienza di aver ricevuto una lieve scossa elettrica alle zampe. Dopo che alcune cellule 'taggate' nei cervelli delle cavie sono state stimolate con la luce hanno di nuovo avuto una reazione di paura quando venivano trasportati nella zona dove avevano subito la scossa elettrica. In che fa supporre che almeno in parte il ricordo dell'esperienza dolorosa fosse tornato. Il trattamento di opto-genetica ha infatti aiutato i neuroni a far ricrescere dei piccoli 'germogli', chiamati spine dendritiche, che formano nuove connessioni sinaptiche con le altre cellule.

Il professor Tonegawa ha sottolineato il valore di questa indagine, seppur preliminare: "Il



punto importante è che questo fornisce una 'prova di concetto' secondo cui, anche se un ricordo sembra essersene andato, in realtà è ancora lì. La questione è come recuperarlo. È possibile che in futuro venga sviluppata una tecnologia per attivare o disattivare le cellule in profondità all'interno del cervello umano, nell'ippocampo o nella corteccia entorinale, con maggiore precisione ed efficacia. Sta di fatto che la ricerca di base condotta in questo studio fornisce informazioni sulle popolazioni di cellule a cui si potrebbe mirare, un elemento fondamentale per i trattamenti e le tecnologie future".

Una capsula per ripulire il cervello

Sempre in questi mesi, i ricercatori del Politecnico federale di Losanna hanno realizzato una capsula per ripulire il cervello dalle molecole nocive che si impianta sottocute e rilascia gradualmente anticorpi che finiscono nel

sangue e vanno a svolgere il loro compito nel cervello: distruggere gli accumuli di molecole tossiche ritenute responsabili della demenza di Alzheimer, i cosiddetti frammenti di beta-amiloide. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista Brain ed è stato messo a punto da Patrick Aebischer. La capsula di dimensioni millimetriche è costituita di materiale biocompatibile e contiene cellule modificate geneticamente e deputate proprio al rilascio di un flusso di anticorpi anti-proteina beta-amiloide che finendo nel circolo sanguigno giungono fino al cervello. ●

I ricercatori del Politecnico di Losanna hanno ipotizzato una capsula per ripulire il cervello dalle molecole nocive. Si impianta sottocute e rilascia gradualmente anticorpi che finiscono nel sangue e vanno a svolgere il loro compito nel cervello

Un'assistenza al servizio del territorio

Un'importante realtà che ha raggiunto i 120 anni di storia e che si radica tra Lombardia, Piemonte e Liguria. Tra assistenza integrata, versatilità ed una vocazione a rispondere ai bisogni del territorio, La Sacra Famiglia è ad oggi uno dei principali riferimenti assistenziali del nostro Paese

Michele Restelli
*Direttore delle Unità
Residenziali de La
Fondazione Sacra Famiglia*

**Dottor Restelli lei dirige la
Direzione dei Servizi Anziani e
Disabili de La sacra famiglia, la
Fondazione che garantisce
cure continuative a persone
con disabilità complesse
e ad anziani non
autosufficienti. Inizierei
con il dare ai nostri lettori
un'idea più precisa della
vostra realtà.**

La Sacra Famiglia è una realtà che quest'anno compie 120 anni può, contare su una rete di 15 sedi tra Lombardia, Piemonte e Liguria, e quasi 1.700 dipendenti a cui si sommano circa 1000 volontari. La Fondazione offre 1.900 posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali e segue più di 9.000 persone ogni

anno, per un totale di oltre 2 milioni di ore di assistenza diretta. La nostra sede principale è a Cesano Boscone, alla quale si affiancano anche le sedi di Abbiategrasso, Albairate, Buccinasco, Cocquio Trevisago, Inzago, Regoledo di Perledo, Settimo Milanese, Varese (Lombardia); Intra (Piemonte); Andora, Pietra Ligure (Liguria) e quelle di Castronno e Lecco (Lombardia) che sono in gestione.

Entriamo più nel dettaglio delle vostre attività.

Abbiamo diversi servizi che si occupano di emergenze sociali di vario genere, dalla disabilità, alla gestione degli anziani non autosufficienti, passando per i servizi per persone affette da sclerosi multipla o assistenza ai profughi. In particolare per quanto riguarda l'area anziani ci occupiamo di diverse forme di cronicità: abbiamo la classica assistenza dell'RSA, l'hospice, l'accoglienza dei sacerdoti della diocesi di Milano, il servizio Virgilio, che abbiamo recentemente implementato, e



che si occupa di dare un orientamento alle famiglie che si trovano in una situazione di disagio legate al doversi rapportare con una situazione di non-autosufficienza.

Quanto l'aspetto 'umano' incide nella presa in carico delle persone non autosufficienti?

Noi siamo un Istituto quindi la nostra storia ci può portare un know how molto elevato, ma anche dei limiti che sono legati all'istituzionalizzazione. Quel che stiamo cercando di fare è cancellare, per quanto possibile, il discorso dell'istituzionalizzazione perché a nostro avviso il disabile deve essere sempre più integrato con la realtà, quindi anche i servizi di counseling dell'autismo che abbiamo attivato sono servizi che stanno nel territorio dove risiede il disabile. Non chiediamo quindi al disabile di entrare nelle nostre strutture, ma mandiamo i nostri operatori a fare consulenza, a sostenere la famiglia in casa, finanche a sostenere gli insegnanti a scuola e il ragazzo

durante le attività extrascolastiche, sportive o ludiche che siano.

Quindi la tendenza ad 'includere' le persone con disabilità, che è in netta dissonanza con quello che spesso si è fatto fino ad oggi.

Absolutamente sì. Noi stiamo cercando di uscire da questa politica di separazione tra la disabilità, vissuta all'interno di strutture, e il mondo esterno ricollocando la disabilità nel territorio. Anche i nuovi servizi che stiamo creando sono di filiera e dialogano con i servizi di residenzialità delle RSD, dei centri diurni per disabili e le comunità

Noi non vogliamo chiuderci ad una classificazione rigida rispetto a servizi per disabili o per anziani, ma dialoghiamo con il territorio e cerchiamo di rispondere ai suoi bisogni

alloggio. Noi abbiamo tutti questi servizi già in essere che però hanno necessità di lavorare insieme perché i bisogni che esprimono le persone disabili e le loro famiglie sono talmente complessi che la RSD da sola non può rispondere a tutte le necessità, ma ha bisogno di mettersi in collegamento con tutti gli altri servizi per cercare di modulare la risposta in base alle esigenze della persona.

Questo discorso si può applicare anche nell'assistenza agli anziani non autosufficienti o sono discorsi, ed esigenze, distinti?

La logica è la stessa. Noi stiamo cercando di costruire tra i nostri servizi, le filiere che hanno questo compito di ricevere il bisogno e adattare il servizio mentre, fino a qualche tempo fa, noi avevamo dei servizi definiti dalla Regione Lombardia e l'utente veniva accolto o meno all'interno di questi. Nel primo caso il paziente aveva accesso ai servizi che le RSA o le RSD erogano, altrimenti rimaneva escluso a doversi orientare all'interno della giungla dei servizi. Noi invece stiamo cambiando logica invertendo il ragionamento: raccogliamo il bisogno e cerchiamo di farvi fronte con i nostri servizi. Mettendo in collegamento tutta la rete. Un passaggio fondamentale, direi, è stato quando abbiamo preso le assistenti sociali, che noi avevamo in forza all'interno delle RSA o delle RSD, e gli abbiamo fatto fare un corso di formazione dando loro una funzione di cares manager cioè di persone che al di là del loro ruolo all'interno dei vari reparti/servizi avevano le capacità per entrare in un nuovo servizio, che abbiamo chiamato Virgilio. Questo nuovo sistema risponde sia ad un numero verde telefonico che a dei colloqui individuali che possono essere richiesti dal pubblico e ha l'obiettivo di orientare l'anziano all'interno della 'foresta' dei servizi possibili, da qui il nome Virgilio perché vuole essere una 'guida', non tanto per entrare nei nostri servizi, ma un vero e proprio orientamento sulle delle opzioni disponibili nel territorio.

Che molto spesso non sono conosciuti dalle famiglie che si trovano, spesso improvvisamente, a dover gestire delle situazioni difficili.

Proprio così. Quello che stiamo infatti toccando con mano è proprio questo disorientamento delle famiglie: capita l'evento da dover gestire e la famiglia si trova a non saper cosa fare. Proprio per questo noi abbiamo pensato di offrire sia i nostri servizi, sia Virgilio allo scopo di aiutarli ad orientarsi verso possibilità il più vicine possibile alle singole esigenze. Ad esempio una situazione di emergenza che spesso si verifica è la sostituzione della badante o un rientro a casa dopo un intervento in ospedale, in questi casi le famiglie ci chiedono indicazioni in merito a chi rivolgersi per trovare un sostegno temporaneo in grado di assistere l'anziano magari la notte.

Il servizio Virgilio è già attivo?

Il servizio Virgilio è attivo, ma ci accorgiamo che la richiesta è tanta e cresce esponenzialmente, quindi ci stiamo organizzando per far fronte a queste esigenze implementandolo ancora di più.

Direttore, 120 anni di storia per arrivare oggi ad uno splendido risultato. Quali i vostri progetti per il futuro?

Fare in modo che La Sacra Famiglia risponda sempre meglio alla sua missione che è sempre stata quella di leggere i bisogni del territorio e rispondervi. Noi non vogliamo chiuderci ad una classificazione rigida rispetto a servizi per disabili o per anziani, ma dialoghiamo con il territorio e cerchiamo di rispondere ai suoi bisogni. Ad esempio la comunità per minori che abbiamo fatto nascere ha fatto seguito ad una richiesta del comune di Varese che ha manifestato questa esigenza, così come l'attenzione che stiamo dando ai profughi è un servizio che il contesto ci chiede. Insomma il futuro sarà progresso se la Fondazione sarà capace di non chiudersi in se stessa e nei propri servizi, ma manterrà un dialogo attivo con il proprio territorio ed il contesto in cui si trova. Aggiornando in maniera innovativa il nostro know how che è sempre stato forte di assistenza, di presa in carico e di cura, ma che però rischia, se ci fermiamo alle forme consolidate come le RSA o le RSD o i centri diurni, di essere mortificato perché il contesto è cambiato e i bisogni che ha l'anziano e la famiglia sono diversi.

La struttura

La Fondazione

Fondazione Sacra Famiglia Onlus è stata fondata da Don Domenico Pogliani nel 1896, a Cesano Boscone. Di ispirazione cristiana, dal 1997 abbandona la veste giuridica pubblica e assume quella privata di Fondazione Onlus. Da 120 anni Sacra Famiglia cerca di rispondere ai bisogni della società in Lombardia, Piemonte e Liguria e oggi, con 15 sedi e quasi 2 mila tra dipendenti e collaboratori, segue più di 9 mila persone fornendo 2 milioni di ore di assistenza all'anno.

Oggi la Fondazione garantisce cure continuative a persone con disabilità complesse e ad anziani non autosufficienti; il sistema di servizi sanitari e assistenziali che l'Ente fornisce è dedicato a bambini, adulti ed anziani. Sacra Famiglia è al servizio di pazienti accolti in regime residenziale, diurno e ambulatoriale.

La Storia

Quest'anno la Fondazione compie 120 anni. Riavvolgendo il nastro del tempo, la memoria torna al giugno del 1896 quando Don Pogliani accoglie nella propria casa cinque bisognosi della campagna milanese: a Cesano Boscone nasce così la Sacra Famiglia.

Negli anni '20 del secolo scorso, sotto la guida di Monsignor Moneta, la Sacra Famiglia si apre al territorio con nuove sedi, vengono creati 18 nuovi reparti e nel 1955 gli ospiti assistiti nelle varie sedi di Sacra Famiglia sono quasi 3500.

Monsignor Rampi, arrivato a Cesano Boscone come parroco nel 1946, dà all'Ente un nuovo impulso, prima come Direttore, dal 1955 al 1977, e poi come Presidente per i successivi 11 anni. Negli anni Settanta nascono le scuole speciali e le iniziative di addestramento al lavoro, poi divenute corsi di formazione professionale con numerosi inserimenti socio-lavorativi. Nel 1971, l'Istituto Sacra Famiglia diventa centro interregionale di riabilitazione e nel 1977 viene aperto il Poliambulatorio. Nel 1968 viene costituita quella che diventerà la Casa di Cura Ambrosiana. Monsignor Enrico Colombo, Presidente dell'Istituto dal 1990, segue con passione e competenza il delicato passaggio di Sacra Famiglia dalla veste giuridica pubblica di I.P.A.B. a quella privata di

Fondazione Onlus, definita nel 1997.

Con gli anni '90 inizia un percorso di rinnovamento delle strutture e la riorganizzazione della sede centrale e delle filiali. Recentemente, la Fondazione ha potenziato le proprie attività, garantisce cure continuative a persone con disabilità complesse e ad anziani non autosufficienti; il sistema di servizi sanitari e assistenziali che l'Ente fornisce è dedicato a bambini, adulti ed anziani. Sacra Famiglia è al servizio di pazienti accolti in regime residenziale, diurno e ambulatoriale.

Oggi Sacra Famiglia è un punto di riferimento della rete di welfare, costruisce benessere sociale e crea legami di solidarietà con le comunità locali sul territorio.

La Missione

Fondazione Sacra Famiglia Onlus da sempre dedica ogni sua giornata alla cura delle persone in condizione di fragilità sociale, sanitaria e relazionale con l'obiettivo di sostenere e condividere insieme a loro un progetto di vita. Un progetto in divenire, pensato per esprimere l'unicità e la dignità di ogni ospite, per promuovere le relazioni e garantire il benessere non solo degli ospiti, ma anche



delle famiglie e degli operatori che li accompagnano.

La disponibilità a questa prospettiva di servizio chiede la condivisione di un universo valoriale che si traduce in scelte organizzative ed operative in grado di assicurare la qualità del servizio offerto dalla Fondazione alle persone prese in cura, seguendo linee ben definite con l'obiettivo di:

- impostare percorsi che diano centralità e importanza alle persone;
- non perdere di vista il contesto di vita, familiare e sociale di ogni ospite;

- valorizzare l'identità personale, promuovere le competenze professionali e socio-organizzative, sostenere le motivazioni degli operatori;
- confrontarsi costantemente con gli orientamenti scientifici e metodologici più innovativi.

Le attività della Fondazione Sacra Famiglia si svolgono in conformità alle indicazioni delle normative europee, nazionali e regionali e si riferiscono ai principi fondamentali di:

- tutela dei diritti soggettivi, rispetto delle convinzioni religiose e filosofiche, diritto di scelta e partecipazione dei destinatari dei servizi e delle loro famiglie;
- qualità e appropriatezza delle cure;
- efficacia ed efficienza dei servizi proposti.

Nell'orizzonte solidale della sua *mission*, l'agire della Sacra Famiglia ha l'obiettivo di costruire, nella comunità territoriale locale, relazioni volte a generare coesione e stimolare il dialogo con le Istituzioni.

Nell'area dei soggetti che, come la Sacra Famiglia, operano a sostegno delle fragilità sociali e socio-sanitarie, la Fondazione si impegna:

- a sviluppare un percorso di adeguamento delle proprie unità d'offerta;
- a promuovere cultura e politiche di attenzione alle persone nei servizi socio-sanitari e sanitari;
- a valorizzare, connettere e incentivare le energie del volontariato.

Negli ultimi anni la Sacra Famiglia ha partecipato attivamente al dibattito sulle politiche dei servizi e intrattiene rapporti con il mondo scientifico, Università e IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

Il nuovo Piano Strategico della Fondazione individua, fino al 2018, gli obiettivi e i progetti di Sacra Famiglia:

- rispondere alle fragilità e ai bisogni del territorio;
- creare legami sia verso l'esterno sia verso l'interno;
- riorganizzare e migliorare i contesti di vita;
- garantire la sostenibilità futura della propria opera.



I numeri della Fondazione

Sacra Famiglia può contare su una rete di 15 sedi tra Lombardia, Piemonte e Liguria, e quasi 1.700 dipendenti a cui si sommano circa 1000 volontari.

La Fondazione offre 1.900 posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali e segue più di 9.000 persone ogni anno, per un totale di oltre 2 milioni di ore di assistenza diretta.

Sede principale: Cesano Boscone.

Sedi: Abbiategrasso, Albairate, Buccinasco, Cocquio Trevisago, Inzago, Regoledo di Perledo, Settimo Milanese, Varese (Lombardia); Intra (Piemonte); Andora, Pietra Ligure (Liguria). Strutture in gestione: Castronno, Lecco (Lombardia).

Il management

Don Vincenzo Barbante – presidente
Prof. Cesare Kaneklin – vice presidente
Dott. Paolo Pigni – direttore generale

L'offerta

Fondazione Sacra Famiglia è nata prendendosi cura dei disabili e oggi, seguendo nuove esigenze e conoscenze scientifiche, offre servizi residenziali, diurni, di counseling e ambulatoriali rivolti soprattutto alle persone con disabilità complesse (innate o acquisite) anche minorenni, bisognosi di interventi riabilitativi e di neuropsichiatria infantile. Accanto ai servizi assistenziali, sanitari e riabilitativi (ambulatoriali e domiciliari), promuove interventi educativi, abilitativi e di socializzazione anche attraverso laboratori di terapia occupazionale (ceramica, falegnameria, cucito, ortoflorovivaistica, cucito ecc), attività sportive, musicali, teatrali, religiose, ricreative e di socializzazione (come i soggiorni estivi, le gite, i pellegrinaggi e la frequentazione di associazioni di volontariato del territorio).

Sacra Famiglia offre anche servizi residenziali, diurni, domiciliari e riabilitativi in grado di rispondere ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie, in funzione dei diversi gradi di fragilità della persona. Si spazia dai servizi di orientamento/accompagnamento della famiglia e presa in carico domiciliare di anziani parzialmente autosufficienti, ai servizi diurni specializzati anche nell'accoglienza di perso-

ne con demenze, fino ad arrivare all'offerta di residenzialità assistita: minialloggi per singoli o coppie parzialmente autonomi, Residenze Sanitarie Assistenziali anche con il nucleo Alzheimer e la disponibilità di posti letto per brevi periodi di sollievo. Infine, l'Alzheimer Café e l'Hospice per malati terminali.

Da qualche anno la Fondazione ha avviato collaborazioni con enti ecclesiali per gestire l'accoglienza di profughi e richiedenti asilo, offrendo non solo ricovero, ma anche e soprattutto sostegno nell'avvio del percorso individuale verso l'integrazione. Sacra Famiglia dispone di mediatori culturali e personale dedicato alla soluzione delle problematiche dei rifugiati seguendoli anche dopo il loro inserimento nella comunità con un lavoro e un'abitazione propria.

Il 68% delle attività della Fondazione sono di tipo ambulatoriale e domiciliare; 27% è rappresentato da servizi di degenza piena, il 5% da servizi di degenza diurna.

Oltre agli organi direttivi e amministrativi, il personale della Fondazione è composto da: ausiliari socio assistenziali, operatori socio sanitari, educatori, medici, infermieri, istruttori, terapisti, psicologi, assistenti sociali, operai, tecnici etc.

Il Centro di Formazione Moneta

Nel 1997 viene inaugurato il Centro di Formazione Moneta per contribuire alla crescita professionale dei dipendenti. Ogni anno oltre 100 percorsi formativi e 2.000 ore d'aula hanno l'obiettivo di promuovere e stimolare conoscenze, informazioni, scambi e accordi interpersonali. I corsi sono tenuti da docenti esperti provenienti dalle Università, Enti pubblici e dalla consulenza professionale specifica. ●

Un progetto in divenire, pensato per esprimere l'unicità e la dignità di ogni ospite, per promuovere le relazioni e garantire il benessere non solo dei pazienti, ma anche delle famiglie e degli operatori che li accompagnano

I rischi delle diete vegetariane nei pazienti oncologici

Analizziamo i pericoli di una alimentazione "non completa" nei pazienti anziani affetti da patologie neoplastiche, ponendo particolare attenzione alla malnutrizione calorico-proteica che, stando ai risultati delle più recenti ricerche, viene considerata dai più una vera e propria "malattia nella malattia"

Filippo Valoriani
Dietista, Azienda Ospedaliero-
Universitaria Policlinico
di Modena
Consigliere regionale ADI -
Sezione Emilia Romagna



La Malnutrizione Calorico-Proteica (MCP) nei pazienti oncologici rappresenta una vera e propria condizione morbosa concomitante con la patologia neoplastica di base caratterizzata da uno stato di alterazione delle strutture e delle funzioni dell'organismo e generata da uno squilibrio fra i fabbisogni, gli introiti nutrizionali e/o l'utilizzazione dei nutrienti. In particolare nel paziente in età geriatrica, occorre ricordare che la MCP presenta una complessa eziopatogenesi multifattoriale dove la neoplasia è in grado di produrre una vasta serie di molecole (citochine, neuropeptidi, ormoni) che determinano importanti alterazioni dei processi organici in senso catabolico e significativi incrementi del dispendio energetico basale. Parallelamente a ciò le terapie messe in atto per debellare la malattia creano un complesso panorama multi-sintomatologico che inter-

ferisce negativamente nei riguardi di un'adeguata assunzione di energia e nutrienti. In tale contesto occorre ricor-

dare che, a prescindere dalla presenza della patologia oncologica e dell'adozione di terapie finalizzate al suo trattamento, i pazienti anziani presentano un'articolata sequenza di peculiarità specifiche (ridotta soglia anabolica, sarcopenia, iporessia fisiologica, innalzamento della soglia gustativa, presbifagia, deficit digestivi/secretivi, polifarmacoterapia, ridotta autonomia) che cooperano tra loro e alterano il delicato equilibrio dello stato di nutrizione.

Da tempo i risultati di numerose pubblicazioni convergono in maniera univoca nel considerare la MCP nel paziente oncologico come una vera e propria "malattia nella malattia" in grado di produrre numerosi effetti avversi come l'incremento del tasso di infezioni e delle complicanze post-operatorie nonché una significativa riduzione della tolleranza e della risposta ai trattamenti radioterapici e/o chemioterapici con un conseguente impatto negativo sui costi sanitari e sulla qualità di vita globale (1). A tal proposito, di recente, Martin

L. et al. hanno dimostrato che durante l'intera durata del percorso di cure oncologiche, sia la compromissione dell'Indice di Massa Corporea (IMC) che l'entità del calo ponderale sperimentato dai pazienti prima e durante le cure, sono due variabili in grado di predire la sopravvivenza, indipendentemente da tutti gli altri fattori (età, performance status, localizzazione e stadio della neoplasia) che sino ad oggi sono stati tradizionalmente utilizzati per descrivere la proiezione prognostica della malattia (2).

È per queste ragioni che i programmi di trattamento nutrizionale rivolti ai pazienti anziani con diagnosi di neoplasia in fase attiva di trattamento, devono avere come obiettivi la prevenzione precoce ed efficace della MCP e il suo trattamento appropriato qualora questa sia già presente al momento d'esordio della malattia neoplastica (3).

Per quanto concerne i **rapporti fra vegetarianismo e cancro**, dall'analisi di tutti gli studi epidemiologici sino ad oggi condotti, emerge che non esiste alcun vantaggio derivante dall'adozione di un regime alimentare vegetariano o vegano in termini di mortalità per cancro: nessuna pubblicazione è stata in grado di registrare una riduzione significativa né della mortalità generale per cancro, né della mortalità specifica per neoplasia (4, 5).

In una recente revisione sistematica della letteratura e meta-analisi di trials clinici, è stato dimostrato che la prescrizione e l'adozione di un regime alimentare vegetariano o vegano, sono in grado di indurre in maniera indipendente un significativo calo ponderale involontario compreso fra i 3,4 kg e i 4,6 kg (6). Forti di questi risultati ed in linea con quanto emerso in altre pubblicazioni sul tema, gli autori propongono di considerare la prescrizione di un regime vegetariano come strumento terapeutico da impiegare nella terapia del sovrappeso, dell'obesità e/o nella prevenzione delle patologie ad essi correlate (6). Questi risultati rafforzano e confermano quanto già dimostrato nell'ambito di molti studi epidemiologici prospettici ad elevata numerosità in cui, rispetto agli onnivori, i vegetariani ed in particolar modo i vegani sviluppano un IMC significativamente inferiore (7, 8).

Per quanto riguarda i soggetti in età geriatrica

in condizioni fisiologiche esiste un consenso pressoché unanime da parte della comunità scientifica internazionale in merito al fatto che, se non opportunamente pianificati e gestiti dalle figure sanitarie del settore, i pattern dietetici di tipo vegetariano ed in particolar modo quello vegano, possano dare origine ad importanti deficit nutrizionali soprattutto a carico di proteine, acidi grassi della serie ω -3 di origine marina, calcio, ferro e cobalamina (8-14).

Un'analisi sull'adeguatezza nutrizionale dei pattern dietetici vegetariani condotta su oltre 71.000 soggetti nell'ambito dell'Adventist Health Study II, Rizzo N.S. et al., in evidenza che, rispetto agli onnivori, l'intake dei vegetariani relativo a numerosi nutrienti varia in maniera

considerabile e significativa specialmente per quanto concerne la fonte di origine alimentare delle proteine. Tale valore risulta essere progressivamente a favore di quelle vegetali, man mano che gli alimenti animali vengono esclusi dall'alimentazione. Anche se la densità energetica (kcal/kg), nonostante deboli variazioni è analoga nei differenti profili dietetici presi in analisi, gli autori fanno notare che l'apporto medio di fibra alimentare nei pattern vegetariani è di gran lunga più elevato (34,6 - 46,4 g/die) rispetto a quello degli onnivori (29,8 g/die) (8). Diversamente da quanto registrato nella particolare corte di vegetariani "consapevoli" appena citata, altri autori hanno documentato che, in popolazioni di diversa estrazione geografica, l'intake calorico-proteico di un pattern alimentare di tipo vegetariano risultata significativamente inferiore (valori medi: -350 kcal/die e -20 g/die di proteine) rispetto a quello degli onnivori (15-16).

In riferimento all'adozione di un di regime vegetariano, ad oggi non esiste nessuna pubblicazione scientifica che abbia documentato nell'uomo un qualche tipo di vantaggio sull'outcome della patologia oncologica, né tanto meno una riduzione della mortalità per cancro



I soggetti affetti da neoplasia a carico del polmone, dell'apparato gastroenterico superiore (esofago, stomaco, pancreas e fegato), dell'apparato genito-urinario e del distretto cranio-cervico-mandibolare, in trattamento oncologico attivo, presentano uno stato nutrizionale sensibilmente compromesso già prima dell'avvio delle terapie, nonché un'intake calorico-proteico giornaliero notevolmente deteriorato rispetto a quello abituale, sia in ragione della presenza e della localizzazione della neoplasia, che delle complesse manifestazioni sintomatologiche aggravate dai trattamenti antineoplastici adottati (17-18).

In tale contesto le strategie di intervento nutrizionale devono mirare a ripristinare un'assunzione energetica e nutrizionale adeguata ai fabbisogni mediante il ricorso a tecniche che potenzino la densità calorico-proteica dei pasti, anche implementando ed ottimizzando la gestione nutrizionale dei sintomi (19-23) (anoressia, senso di sazietà precoce, disfagia, nausea, vomito, alterazioni del gusto, dell'olfatto o del ritmo dell'alvo) e/o di eventuali esigenze secondarie all'outcome di trattamenti chirurgici che impattano sull'assunzione o sull'assorbimento dei nutrienti (24-25).

Nella review del 2014 accuratamente condotta da Huebner J. et al., gli autori fanno presente che l'adozione di un regime alimentare di carattere vegetariano da parte dei pazienti oncologici non è senza rischi di carattere nutrizionale in senso deficitario poiché può contribuire a produrre e sostenere un quadro di MCP (22). In particolare, l'entità di tali rischi risulta essere direttamente proporzionale all'estensione delle restrizioni dietetiche introdotte a carico degli alimenti di origine animale.

Altri autori fanno invece notare che un regime alimentare ad elevato contenuto di fibra alimentare può impattare negativamente sullo stato di nutrizione, intensificare sintomi o indurre complicanze anche di severa entità. Per queste ragioni, non è in alcun modo raccomandabile nelle seguenti condizioni cliniche:

- trattamenti radioterapici che coinvolgono il distretto della pelvi addominale;
- neoplasie enteriche sub-stenosanti trattate con endoprotesi;

- carcinosi peritoneale non complicata;
- chirurgia resettiva dell'esofago, dello stomaco e del pancreas;
- confezionamento di ileostomia;
- estese resezioni a carico dell'intestino tenue o del colon;
- anoressia, vomito, nausea, senso di sazietà precoce e disfagia (20-22, 24-26).

Molte delle opzioni terapeutiche riportate determinano anche un contestuale incremento del fabbisogno proteico giornaliero (20, 22, 24-26).

In riferimento all'adozione di un di regime vegetariano, ad oggi non esiste nessuna pubblicazione scientifica sull'uomo che abbia documentato un qualche tipo di vantaggio sull'outcome della patologia oncologica, né tanto meno una riduzione della mortalità per cancro. Per contro sono molto ben descritti in letteratura gli effetti negativi che derivano direttamente dalla compromissione dello stato nutrizionale durante l'iter di cura. I pazienti geriatrici presentano un elevato rischio nutrizionale che viene a sua volta amplificato sia dalla diagnosi oncologica che dall'avvio delle terapie. In questo contesto clinico, a fronte dei dati disponibili e dei rischi di severa entità che ne deriverebbero, l'adozione di un regime di carattere vegetariano non può trovare un suo appropriato razionale d'impiego. L'origine, la diffusione e le caratteristiche biologiche della neoplasia, nonché le complesse e diversificate opportunità terapeutiche oggi disponibili, rendono la nutrizione clinica dei soggetti anziani affetti da neoplasia in trattamento oncologico attivo una realtà assistenziale estremamente delicata e complessa nell'ambito della quale l'adozione di un regime alimentare riferibile allo spettro del vegetarianismo dovrebbe essere attentamente e accuratamente valutata in sinergia ai professionisti sanitari, adeguatamente formati in materia, a cui viene delegata la gestione degli aspetti clinico-nutrizionali di questo particolare setting di cura. ●

Bibliografia:

1. Monica Maria Marin Caro, Alessandro Lavianno, Claude Pichard. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition* (2007) 26, 289-301.

2. Lisa Martin, Pierre Senesse, Ioannis Gioulbasanis, Sami Antoun, Federico Bozzetti, Chris Deans, Florian Strasser, Lene Thoresen, R. Thomas Jagoe, Martin Chasen, Kent Lundholm, Ingvar Bosaeus, Kenneth H. Fearon, and Vickie E. Baracos. Diagnostic Criteria for the Classification of Cancer-Associated Weight Loss. *J Clin Oncol* 33:90-99. 2014.
3. Huebner J et al. Counseling Patients on Cancer Diets: A Review of the Literature and Recommendations for Clinical Practice. *Anticancer Research* 34: 39-48 (2014).
4. Timothy J Key, Gary E Fraser, Margaret Thorogood, Paul N Appleby, Valerie Beral, Gillian Reeves, Michael L Burr, Jenny Chang-Claude, Rainer Frentzel-Beyme, Jan W Kuzma, Jim Mann, and Klim McPherson. Mortality in vegetarians and nonvegetarians: detailed findings from a collaborative analysis of 5 prospective studies. *Am J Clin Nutr* 1999; 70 (suppl):516S-24S.
5. Orlich MJ¹, Singh PN, Sabaté J, Jaceldo-Siegl K, Fan J, Knutsen S, Beeson WL, Fraser GE. Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health Study 2. *JAMA Intern Med.* 2013 July 8; 173(13): 1230-1238.
6. Neal D. Barnard, Susan M. Levin, Yoko Yokoyama. A Systematic Review and Meta-Analysis of Changes in Body Weight in Clinical Trials of Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet.* 2015; 115:954-969.
7. Spencer EA, Appleby PN, Davey GK, Key TJ. Diet and body mass index in 38,000 EPIC-Oxford meat-eaters, fish-eaters, vegetarians, and vegans. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003; 27(6):728-734.
8. Rizzo NS, Jaceldo-Siegl K, Sabate J, Fraser GE. Nutrient profiles of vegetarian and nonvegetarian dietary patterns. *J Acad Nutr Diet.* 2013; 113(12):1610-1619.
9. Appleby, P.; Roddam, A.; Allen, N.; Key, T. Comparative fracture risk in vegetarians and nonvegetarians in EPIC-Oxford. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2007, 61, 1400-1406.
10. Deriemaeker, P.; Alewaeters, K.; Hebbelinck, M.; Lefevère, J.; Philippaerts, R.; Clarys, P. Nutritional status of Flemish Vegetarians: A matched samples study. *Nutrients* 2010, 7, 770-780.
11. Gilsing, A.M.; Growe, F.L.; Lloyd-Wright, Z.; Sanders, T.A.; Appleby, P.N.; Allen, N.E.; Key, T.J. Serum concentrations of vitamin B12 and folate in British male omnivores, vegetarians, and vegans: Results from a cross-sectional analysis of the EPIC-Oxford cohort study. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2010, 64, 933-939.
12. Farmer, B.; Larson, B.T.; Fulgoni, V.L., III; Rainville, A.J.; Liepa, G.U. A vegetarian dietary pattern as a nutrient-dense approach to weight management: An analysis of the national health and nutrition examination survey 1999-2004. *J. Am. Diet. Assoc.* 2011, 111, 819-827.
13. McEvoy, C.T.; Temple, N.; Woodside, J.V. Vegetarian diets, low-meat diets and health: A review. *Public Health Nutr.* 2012, 15, 2287-2294.
14. Position of the American Dietetic Association: Vegetarian Diets. *J Am Diet Assoc.* 2009; 109: 1266-1282.
15. B. Farmer. Nutritional adequacy of plant-based diets for weight management: observations from the NHANES. *Am J Clin Nutr* 2014; 100 (suppl):365S-8S.
16. Spencer EA et al. Diet and body mass index in 38 000 EPIC-Oxford meat-eaters, fish-eaters, vegetarians and vegans. *International Journal of Obesity* (2003) 27, 728-734.
17. Xavier Hébuterne, Etienne Lemarié, Maurice Michallet, Claude Beauvillain de Montreuil, Stéphane Michel Schneider, François Goldwasser. Prevalence of Malnutrition and Current Use of Nutrition Support in Patients With Cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2014; 38:196-204).
18. Christine Baldwin, Ayelet Spiro, Roger Ahern, Peter W Emery. Oral Nutritional Interventions in Malnourished Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:1-15.
19. Paula Ravasco. Nutritional approaches in cancer: Relevance of individualized counseling and supplementation. *Nutrition.* Volume 31, Issue 4, April 2015, Pages 603-604.
20. P. Senesse et al. Nutritional support during oncologic treatment of patients with gastrointestinal cancer: who could benefit? *Cancer treatment reviews*, 2008.
21. Henson CC et al. Nutritional interventions for reducing gastrointestinal toxicity in adults undergoing radical pelvic radiotherapy (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2013.
22. Huebner J et al. Counseling Patients on Cancer Diets: A Review of the Literature and Recommendations for Clinical Practice. *Anticancer Research* 34: 39-48 (2014).
23. Allan J. Hovan et al. A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. *Support Care Cancer* (2010) 18:1081-1087.
24. Christie Rogers. Postgastrectomy Nutrition. *Nutrition in Clinical Practice.* Volume 26 Number 2. April 2011 126-136.
25. Amy J. Berry. Pancreatic Surgery: Indications, Complications, and Implications for Nutrition Intervention. *Nutrition in Clinical Practice* Volume 28 Number 3 June 2013 330-357.
26. Sylvia Escott-Stump. *Nutrition and Diagnosis-Related.* 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2012.

Combattere l'osteoporosi con calcio e vitamina D

Parliamo oggi di una malattia molto diffusa in III e IV età, che può essere in parte contrastata con una dieta che contempi un giusto apporto di calcio e vitamina D. Gli esperti dello studio Migliaccio fanno il punto analizzando la patologia nel suo complesso e condividendo con noi qualche utile consiglio

L'osteoporosi è una patologia metabolica del tessuto osseo caratterizzata da una diminuzione della resistenza scheletrica, per una riduzione della densità e qualità dell'osso, con conseguente aumento del rischio di sviluppare fratture traumatiche e/o spontanee (WHO 2001).

L'osteoporosi è una malattia molto diffusa dopo i 50 anni di età, specialmente nei paesi più sviluppati, dove la sopravvivenza è più lunga ed è quindi ipotizzabile che assuma nel futuro proporzioni sempre più allarmanti. Si calcola che, nel mondo, circa 200 milioni di persone siano attualmente affette da osteoporosi. Solo in Europa, Usa e Giappone interessa più di 75 milioni di persone. La prevalenza è diversa a seconda delle zone del globo: in Europa, per esempio, è maggiore nei paesi nordici che in quelli mediterranei. Di norma sono meno colpite le regioni dove esiste la possibilità di una più lunga esposizione al sole. Attualmente, ogni anno, in Europa e Usa si verificano più di 2,3 mi-

lioni di fratture a causa dell'osteoporosi. Questa patologia, così come tutte quelle età-dipendenti, è ancora più importante nel soggetto anziano già di per sé fragile, per le alterazioni conseguenti ai fenomeni legati all'invecchiamento.

Il rischio di sviluppare fratture da fragilità, evento correlato alla riduzione della resistenza scheletrica, è il risultato della combinazione di diversi fattori di rischio:

- il "picco di massa ossea", cioè il nostro capitale osseo raggiunto intorno ai 20-30 anni;
- la velocità con cui procede la perdita di massa ossea che inevitabilmente inizia fra i 40 e i 50 anni, e in particolare, per le donne, a partire dalla menopausa per la riduzione dei livelli ematici di estrogeni;
- la durata di questa perdita, che ovviamente dipende dalla longevità dell'individuo e che nelle donne è tanto più lunga quanto più la meno-



Pietro A. Migliaccio
Medico Nutrizionista
Presidente della Società Italiana
di Scienza dell'Alimentazione
(S.I.S.A.)

Silvia Mozzetta
Dott.ssa in Dietistica

Valentina Masella
Dott.ssa Biologa Nutrizionista

pausa è precoce.

Infatti, la massa ossea aumenta dagli 11-13 anni in modo rapido fino a raggiungere un valore massimo, definito "picco di massa ossea", entro la terza decade di vita. Segue poi uno stato di equilibrio per arrivare poi ad una graduale perdita di tale "patrimonio" che può verificarsi più o meno lentamente a seconda dell'individuo e dei diversi fattori di rischio presenti.

I fattori che influenzano maggiormente il picco di massa ossea effettivamente raggiunto sono:

- fattori genetici (sesso, razza, ecc);
- attività fisica;
- dieta corretta ed equilibrata con il giusto apporto di macro e micronutrienti, come per esempio un adeguato apporto di calcio;
- ottimali livelli di vitamina D.

Esistono numerose classificazioni dell'osteoporosi, a seconda che si consideri il meccanismo patogenetico, l'età di insorgenza, l'associazione con altre patologie, i distretti scheletrici interessati etc. Una prima semplice classificazione consiste nel distinguere le osteoporosi **primitive** da quelle **secondarie**, caratterizzate dal fatto che l'osteoporosi è conseguente ad un'altra condizione patologica (per es. gastro-resezione, sindromi da malassorbimento, iperparatiroidismo, ipogonadismo, ipercortisolismo). Per le **osteoporosi primitive** involutive potremmo raggrupparle in due principali sindromi cliniche:

1. **osteoporosi postmenopausale**, con eziologia dipendente alla diminuzione dei livelli circolanti di estrogeni;
2. **osteoporosi senile** collegata ai processi degenerativi dell'invecchiamento.

Come già menzionato, l'osteoporosi postmenopausale è legata essenzialmente alla brusca caduta del livello degli estrogeni, gli ormoni sessuali, fondamentali per il fisiologico mantenimento del metabolismo osseo (Migliaccio, Ageing). Nel sesso maschile, l'osteoporosi senile colpisce più tardivamente sia perché l'uomo ha in genere in partenza, per motivi genetici, una maggiore massa ossea, sia perché la diminuzione degli androge-

ni, ormoni sessuali maschili è molto più lenta e graduale.

La prevenzione dell'osteoporosi, in qualsiasi età, si basa su uno stile di vita equilibrato e su tre principali punti:

1. Dieta con adeguato apporto di calcio

Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato come un corretto apporto di calcio con la dieta svolga un ruolo sostanziale nel controllo del mantenimento della massa ossea e rappresenta un presupposto fondamentale a qualsiasi trattamento farmacologico (Migliaccio, Ageing). In particolare, nell'anziano l'assorbimento di calcio subisce una riduzione significativa in entrambi i sessi ed è quindi fondamentale garantire il giusto apporto di questo micronutriente con l'alimentazione. Ricordiamo che i livelli di assunzione giornalieri raccomandati di calcio variano a seconda delle diverse condizioni fisiologiche: 600-1100 mg/die nella fascia d'età tra 1 e 10 anni, 1200-1300 mg/die tra gli 11 e i 17 anni, 1000 mg tra i 18-59 anni, 1200 per le persone con un'età superiore ai 60 anni.

Nonostante il calcio sia un elemento piuttosto diffuso in natura, le principali fonti alimentari sono rappresentate dal latte e dai suoi derivati, dove si trova nella forma maggiormente biodisponibile. È necessario quindi incoraggiarne il consumo: ad esempio una prima colazione a base di latte intero o parzialmente scremato (200 g) apporta circa 240 mg di calcio. In tutti i casi di intolleranza al latte si potrà consigliare la sua sostituzione con lo yogurt che fornisce la stessa quantità di calcio (120 mg/100 ml). Valide alternative per gli spuntini sono rappresentate da tutti i prodotti a base di latte come frullati, budini, gelati, ecc., che possono essere utilizzati anche in casi di inappetenza o difficoltà di masticazione. Nei casi in cui si sceglissero dei lattini di origine vegetale è bene ricordare che questi sono privi di calcio e quindi sarà fondamentale scegliere quelli arricchiti di questo nutriente fondamentale per la salute delle ossa.

Per quanto riguarda formaggi e latticini, essi hanno un contenuto rilevante di calcio che va dai 1159 mg/100 g del parmigiano ai 567

mg/100 g dello stracchino, ma forniscono al contempo un'elevata quantità di grassi; in caso di soggetti con dislipidemia è consigliabile assumere formaggi light ugualmente ricchi di calcio, ma con un contenuto lipidico inferiore. Anche l'acqua può rappresentare una discreta fonte di questo micronutriente se consideriamo che il suo consumo medio giornaliero è di 1,5 litri. Ricordiamo però che il contenuto di calcio delle acque potabili e minerali è molto variabile con un intervallo che va da pochi mg/l a più di 400 mg/l, pertanto è fondamentale scegliere acque che ne siano ricche ossia con un contenuto maggiore a 200 mg/l.

2. Mantenimento di un adeguato status di vitamina D

La carenza di vitamina D favorisce lo sviluppo di osteoporosi attraverso la riduzione dell'assorbimento intestinale di calcio con conseguente iperparatiroidismo secondario. La prevalenza di ipovitaminosi D in Italia è molto elevata soprattutto nella popolazione anziana ed, in modo particolare, nei pazienti istituzionalizzati. Con l'età infatti si assiste ad una riduzione dei livelli sierici di vitamina D per una minore esposizione al sole con conseguente diminuzione della sintesi cutanea. In parte può essere determinata anche da carenze nutrizionali, imputabili principalmente ad un ridotto consumo di cibi ricchi in vitamina D, a malattie renali od epatiti croniche, a malassorbimento ed a terapie con farmaci. L'obiettivo è dunque quello di rallentare la perdita di massa ossea ed evitare eventuali fratture. Per gli uomini e le donne nella fascia di età compresa tra 60-74 anni si consiglia un apporto di vitamina D pari a 15 µg/die che coincide con l'assunzione raccomandata per la popolazione adulta. Per la fascia d'età \geq di 75 anni è consigliabile raggiungere i 20 µg/die. Gli alimenti che presentano un maggior contenuto di questo micronutriente sono alcuni tipi di pesce specialmente quelli grassi come l'aringa, il tonno fresco e il salmone in scatola (rispettivamente 30,16 e 17 µg /100 g). Tra le carni quantità rilevanti si trovano solo nel fegato di suino (1.7 µg /100 g). Il burro ha un contenuto che non supera 1 µg /100 g e i formaggi grassi come il pecorino arrivano a circa 0.5 µg /100 g. Le uova intere



di gallina ne contengono mediamente 1.7 µg /100 g (solo nel tuorlo). La vitamina D è presente inoltre in elevate quantità nell'olio di fegato di merluzzo (210 µg /100 g) che però non viene abitualmente consumato. Tuttavia, poiché la quantità di vitamina D con la dieta risulta insufficiente è bene valutare la necessità di integrare questo nutriente.

3. Attività fisica regolare

L'esercizio fisico si è dimostrato capace di preservare e perfino di aumentare la massa scheletrica mentre l'immobilizzazione determina un danno concomitante della densità e dell'architettura dell'osso. L'attività fisica regolare, con esercizi che siano controgravitari, favorisce lo sviluppo osseo nei giovani e può rallentare la perdita ossea nei soggetti anziani anche con attività a basso impatto come

l'aerobica, il cammino, il ballo. In ogni caso qualsiasi tipo di attività fisica anche con esercizi che siano mirati a migliorare la postura e l'equilibrio, possono avere effetti benefici sulla massa muscolare e sul miglioramento del senso dell'equilibrio e, più in generale, sulla salute e sulle capacità funzionali dell'individuo (Iolascon 2015).

Quindi, risulta chiaro che il mantenimento di uno stile di vita corretto è fondamentale per la prevenzione dell'osteoporosi. È importante ridurre l'uso di alcool e tabacco, non seguire diete squilibrate e avere un peso forma costante, evitando un'eccessiva magrezza o un eccesso ponderale per mantenere la salute dell'osso e prevenire l'osteoporosi. ●

CONTENUTO IN CALCIO DI ALCUNI ALIMENTI

I valori si riferiscono a 100 g di prodotto

ALIMENTO	CALCIO (mg)
Latte di vacca intero	119
Latte di vacca parzialmente scremato	120
Latte di vacca scremato	125
Yogurt da latte intero	125
Yogurt da latte parzialmente scremato	120
Formaggi stagionati	860/1340
Formaggi freschi	270/430
Crescenza light	500
Mozzarella light	360
Sottilette light	700
Alici fresche	148
Calamari	144
Gamberi	110
Lattarini	888
Polpo	144
Sardine sott'olio	354
Carciofi	86
Cavolo cappuccio verde	60
Cicoria da taglio	150
Indivia	93
Radicchio verde	115
Spinaci	78
Cioccolato al latte	262
Cono con panna e cioccolato	245

Bibliografia

- NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis. JAMA 2001; 285:785-95.
- Seeman E. "Pathogenesis of bone fragility in women and men". Lancet. 259:1841-50, (2002).
- Passeri M., Passeri G. "Osteoporosi" in Crepaldi G.; Trattato di Medicina Interna. Piccin ed. p.p. 1573-1587 (2003).
- Adami S., Giannini S., Giorgino R. et al. "The effect of age weight and lifestyle factors on calcaneal quantitative ultrasound: The ESOPPO Study". Osteoporos Int 2003; 14:198-207.
- Maggi S., Noale M., Giannini et al. "Quantitative heel ultrasound in a population-based study in Italy and its relationship with fracture history: the ESOPPO Study." Osteoporos Int 2006; 17:237-44.
- LARN Livelli di Assunzione di riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione Italiana. IV Revisione. Coordinamento editoriale SINU-INRAN (attuale CREA-NUT). Milano: SICCS, 2014.
- Tabelle di composizione degli alimenti. Aggiornamento 2000 INRAN (attuale CREA-NUT).
- Iolascon G, Moretti A, Giamattei MT, Migliaccio S, Gimigliano F. Prevalent fragility fractures as risk factor for skeletal muscle function deficit and dysmobility syndrome in post-menopausal women. Aging Clin Exp Res. 2015 Oct; 27 Suppl 1:S11-6
- Migliaccio S, Greco EA, Fornari R, Donini LM, Di Luigi L, Lenzi A. Skeletal alterations in women affected by obesity. Aging Clin Exp Res. 2013 Oct; 25 Suppl 1:S35-7
- Greco EA, Lenzi A, Migliaccio S. The pathophysiological basis of bone tissue alterations associated with eating disorders. Horm Mol Biol Clin Investig. 2016 Mar 17

Per la gamma completa di prodotti
consultare il catalogo MADE.



THE QUALITY


OFF LIFE

Per CIT, il letto è il cardine di una filiera di qualità, che inizia nei nostri stabilimenti e prosegue con gli OPERATORI che usano ogni giorno i nostri letti.

Per offrire benessere e comfort, sia nell'assistenza che nella vita quotidiana dell'OSPITE.



ARREDI PER RESIDENZE ASSISTITE
FURNITURE FOR RESIDENTIAL CARE FACILITIES

GRUPPO MALVESTIO 



citarredi.it

Stile di vita sano o cibo "farmaco"? Facciamo chiarezza

Cambiare le abitudini alimentari in terza età è sempre la scelta giusta? La risposta non è delle più semplici perché implica la presa in considerazione di molti fattori. Seguiamo la dottoressa Federica Mastronardo, biologa nutrizionista, nell'analisi del problema



Federica Mastronardo
*Biologa Nutrizionista
Presidente Aspeni, Associazione
Italiana Etologi e Nutrizionisti
Italiani*

Nonostante il moltiplicarsi degli studi sulla terza e quarta età, al giorno di oggi non disponiamo certezze scientifiche che giustifichino l'accanimento di medici o geriatri nello sconvolgere le abitudini alimentari degli anziani che non hanno patologie di rilievo; in qualità di Nutrizionista posso affermare che questo atteggiamento non è efficace perché non tiene conto dell'aspetto psicologico che riveste il cibo nelle persone più avanti con l'età, come rituale che scadenza le giornate e rende più viva la quotidianità.

Non esistono, infatti, motivazioni biologiche vere e proprie che costringano un

anziano sano e attivo a modificare le proprie abitudini alimentari. Più che altro, è necessario indirizzare queste persone a uno stile di vita più sano, scegliendo tra gli alimenti quelli più adatti alla condizione fisiologica della terza età nel rispetto del gusto, del piacere, nella prevenzione: parliamo di cibi di qualità e porzioni più adeguate alla minore mobilità fisica. Altrettanto importante per dare una corretta informazione è chiarire che non esistono cibi alternativi né cibi 'farmaco': esiste però il personalizzare uno stile alimentare efficace che consenta di tenere sotto controllo la salute e sensibilizzare i più 'grandi' alla continua presenza di movimento durante la giornata.

È documentato che si può diventare centenari mangiando carne o non bevendo mai mangiata o bevendo vino o essendo astemi. Non è il singolo alimento, bensì il perpetuarsi di comportamenti sbagliati tipo il carico alimentare che porta all'insorgere, a volte prematuramente, di patologie cardiovascolari legate all'obesità, quali l'ipertensione arterio-

sa, l'ipercolesterolemia o il diabete, fino alla comparsa di neoplasie importanti.

Se è vero quindi che non esistono motivazioni per stravolgere l'alimentazione se il soggetto è sano, è pur vero che il compromesso da far accettare è di mantenersi continuamente attivi. L'anziano è soggetto alla malnutrizione per svariati motivi, dalla depressione alle difficoltà masticatorie, ai problemi digestivi fino alla monotonia alimentare. Non considerare anche questi fattori non sarebbe corretto e limitare ulteriormente la varietà dei cibi per questioni dietetiche non fa che aumentare spesso la gravità del problema. Inoltre, la sarcopenia, cioè la tendenza a perdere massa magra tipica dell'invecchiamento, viene accentuata se non si cura un'alimentazione equilibrata; il problema va prevenuto a monte. Si invecchia come si è vissuto, per questo motivo la vera prevenzione è l'educazione alimentare sin da giovani. Dovremmo forse considerare che quando una persona ha già raggiunto e superato il traguardo della terza età, forse vuol dire che le sue scelte alimentari sono state del tutto adeguate: consigli generici e deprimenti non sono mai opportuni o giustificati.

Il messaggio è uno solo: ridurre il carburante alimentare, non tanto per l'età in sé, ma perché a causa di una serie di motivi psicologici e fisi-

ci non sempre dipendenti dalla volontà si contrae la spesa energetica del vivere quotidiano.

Chi ha la fortuna e l'intelligenza di conservare una quotidiana attività muscolare non ha alcuna necessità di variare le sue abitudini alimentari. Potrà rivedere le porzioni, perché il costo della vita sedentaria, cioè il metabolismo basale, subisce un successivo decremento con il trascorrere degli anni. Il costo invece del movimento attivo non diminuisce, anzi può e deve compensare proprio quel rallentamento fisiologico tipico dell'invecchiamento, magari trascorrendo più ore in sport e hobby attivi rispetto alle tante ore tipiche del lavoro sedentario in età più giovane.

Chi lo ha detto che la dieta per la terza età debba essere per forza punitiva e che non si possa godere del buon cibo? ●

È necessario indirizzare queste persone a uno stile di vita più sano, scegliendo tra gli alimenti quelli più adatti alla condizione fisiologica della terza età nel rispetto del gusto, del piacere e della prevenzione: parliamo di cibi di qualità e porzioni più adeguate alla minore mobilità fisica



Sale, un "pizzico" (ma non di più)

Il cibo troppo salato, si sa, fa male, soprattutto alle persone in terza età. In occasione della settimana mondiale per la riduzione del consumo di sale, giunta quest'anno alla decima edizione, abbiamo chiesto ad un esperto in dietistica di stilare per noi un vademecum al corretto consumo

S Secondo recenti statistiche, in Italia il consumo medio giornaliero di sale è pari a 10 grammi, quantità 2 volte maggiore a quella raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ovvero 5 grammi (pari a 2 grammi di sodio). Tale quantità proviene per il 75% dai prodotti acquistati nei negozi come pane, prodotti da forno, prodotti caseari e salumi. Queste quantità sono anche di gran lunga superiori alle indicazioni stabilite dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana (LARN) che sottolineano come dimezzare l'assunzione di sale da 10 a 5 grammi al giorno riduca del 23% il rischio di ictus cerebrale e del 17% il rischio di malattie cardiache e si abbassa, inoltre, il rischio di osteoporosi, calcolosi renale e di tumori allo stomaco.

Marco Buccianti
Dottore in Dietistica
Consigliere Nazionale ADI
(Associazione Italiana Dietetica
e Nutrizione Clinica Onlus)

Ogni anno la World Action on Salt and Health (WASH) propone la setti-

mana divulgativa ed informativa sul corretto consumo di sale rivolta alla popolazione, denominata Salt Awareness Week (Settimana Mondiale per la riduzione del consumo di sale). Quest'anno l'iniziativa, giunta alla decima edizione, ha proposto il motto "Meno Sale più salute", con l'obiettivo di porre particolare attenzione al consumo del pasto fuori casa. L'obiettivo della campagna è la sensibilizzazione dei consumatori sulla presenza diffusa di sale nascosto e l'eccessivo uso di sale fin dall'infanzia e sui danni causati dall'abuso, stimolando una scelta consapevole di alimenti poveri di sale attraverso la lettura delle etichette nutrizionali.

In Italia la diffusione dell'iniziativa è dovuta all'impegno congiunto del Ministero della Salute, attraverso il Programma Guadagnare Salute, con organizzazioni non governative come la SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana) e il gruppo intersocietario dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) e delle Regioni, nonché alla collaborazione dell'industria ali-

mentare e di alcune aziende di ristorazione collettiva. Il Ministero della Salute sostiene, inoltre, alcuni progetti che consentono la raccolta di informazioni sulle abitudini dei cittadini italiani di ogni età riguardo il consumo di sale e la sperimentazione di interventi di comunità. Nell'ambito di Guadagnare Salute, inoltre, sono stati sottoscritti accordi volontari con l'industria alimentare e con le principali associazioni nazionali dei panificatori artigianali per ridurre il contenuto di sale in una ampia gamma di prodotti disponibili sul mercato, a partire dal pane, la prima fonte di sale nell'alimentazione degli Italiani.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, tra gli obiettivi che devono essere perseguiti da tutte le Regioni, prevede la riduzione del sale, quale azione prioritaria per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

In Italia le informazioni sul sale sono già presenti in un gran numero di prodotti alimentari, ad esempio nella gran parte degli alimenti derivati dei cereali. Meno frequenti per salumi e formaggi preconfezionati, e anche per i prodotti inscatolati.

Diminuire la quantità di sale non è difficile, soprattutto se la riduzione avviene gradualmente. Infatti, il nostro palato si adatta facilmente, ed è quindi possibile rieducarlo a cibi meno salati, senza per questo rinunciare al gusto.

Diversi alimenti, naturalmente poveri in sale, subiscono un trattamento tecnologico di trasformazione industriale che li rende più salati, acquisiscono una quota in più significativa come per salumi, carne processata, salse, impanature di prodotti confezionati, pasti pronti, prodotti in scatola e formaggi fusi. Resta il problema del sale che si ritrova nei prodotti la cui porzionatura avviene al banco o comunque nel punto di vendita. È un aspetto assolutamente non secondario che interessa pane e altri derivati dei cereali, salumi, formaggi e anche alimenti quali i capperi, le olive in salamoia ecc. In questo caso, al consumatore non viene offerta alcuna notizia circa la quantità di sale presente in quello che acquista e consuma.

In realtà, le quantità di sale che servono al nostro organismo sono assicurate dal contenuto naturalmente presente nei cibi. Leg-

gere l'etichetta dei prodotti, ci aiuta quindi a comprendere quanto sale consumiamo ogni giorno. Nelle etichette alimentari, i nomi che indicano la presenza di sale aggiunto sono: sodio (o NA), cloruro di sodio, fosfato monopodico, glutammato di sodio, citrato di sodio. Secondo le ultime linee guida nutrizionali, per la prevenzione, si raccomanda di non superare le seguenti quantità di sale: da 1 ai 3 anni di età al massimo 2,2 grammi al giorno; dai 4 ai 6 anni non più di 3 grammi al giorno; dai 7 ai 10 anni la quantità raccomandata è al massimo 3,7 grammi al giorno; dai 10 anni in su non più di 5 grammi al giorno; dai 60 anni è bene non superare i 4 grammi al giorno.

Anche ADI, Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica ha partecipato all'iniziativa proponendo una serie di consigli pratici e semplici trucchi da utilizzare per orientarsi in cucina nella cottura dei cibi e nella scelta dei prodotti. Piccoli accorgimenti in cucina e nella scelta dei prodotti possono fare la differenza, vediamo quali: per il dosaggio di utilizzare il cucchiaino da minestra, meglio se da caffè come unità di misura casalinga, perché di facile reperimento e pratico.

In caso di consumo di pasta il momento migliore per aggiungere il sale nell'acqua di cottura della pasta è nel momento dell'ebollizione, per facilitarne velocemente la dissoluzione e regolarne correttamente la quantità al fine di raggiungere l'equilibrio di sapidità, cosa che non avviene se aggiunto all'inizio con l'acqua ancora fredda. In questo modo la concentrazione del sale sarebbe troppo elevata e ciò comporterebbe come risultato una pasta salata e poco salutare. Oltretutto, aggiungere il sale nell'acqua fredda tende ad abbassare il punto di ebollizione determinando un prodotto finale non ottimale e, inoltre, forma aloni che alterano il metallo del recipiente di cottura. Da sfatare il



QUANTITÀ DI SALE (g/100g di prodotto) NEI PRODOTTI PIÙ COMUNI

Fagioli borlotti secchi bolliti	0,0025 g
Fagioli borlotti sgocciolati	0,8 g
Carciofini sott'olio: da 2 a 4,5 g	
Carciofi crudi	0,133 g
Pancarré	1,3 g
Biscotti secchi	0,4 g
Cereali classici	0,51 g
Grissini: da 1,8 a 2,5 g	
Crackers senza sale	1,725 g
Crackers salati	2,500 g
Crackers integrali	1,250 g
Sugo pronto alle olive	1 g
Sugo pronto alla norma	1,48 g
Pomodori pelati	0,3 g
Sugo pronto al basilico	1 g
Pesto	2,7 g
Ragù	1,5 g
Sugo all'arrabbiata	1 g
300 g di pizza rossa o bianca	2 g
50 g di pane (una fetta)	0,15 g
50 g di parmigiano	0,3 g
50 g di prosciutto crudo dolce (3-4 fette medie)	1,29 g
50 g di prosciutto cotto (3-4 fette medie)	0,36 g
50 g di salame Milano (8-10 fette medie)	0,75 g
125 g di mozzarella	1 g

mito sul risparmio di energia nel caso in cui si metta il sale quando l'acqua bolle rispetto a quando è fredda in partenza.

Nella cottura delle carni e del pesce il sale deve essere aggiunto solo dopo la cottura in modo da renderla gustosa e mantenere intatta la succosità. L'aggiunta di un'eccessiva quantità di sale renderebbe secca e poco morbida al momento dell'assaggio, disidratandola. Nelle verdure cotte il sale va aggiunto nel liquido di cottura in ebollizione prima dell'immersione, mentre se la verdura è cruda, alla griglia o frita va aggiunto a fine cottura. Se saltate in padella va aggiunto in cottura, tendenzialmente verso la fine per regolarne al meglio il sapore ed evitare che si concentri troppo, risultando poi di sapore spiccato. Per il pesce l'aggiunta di sale deve essere ponderata a seconda delle tipologie di pesce cucinato. Il classico pesce al sale permette di mantenere tutti gli odori ed i sapori del prodotto grazie al "guscio" protettivo che si genera con la disposizione del sale su tutta la superficie del pesce che poi verrà cucinato al forno. Evitare invece di aggiungere sale quando si utilizzano i molluschi. Per le cotture alla griglia ed in padella aggiungere sempre il sale a fine cottura.

La scelta poi del tipo di sale è fondamentale. Il sale iodato è sale da cucina al quale viene aggiunto iodio sotto forma di ioduro o di iodato di potassio. I suoi utilizzi sono molto importanti, in quanto questo tipo di sale aiuta la tiroide a sintetizzare gli ormoni tiroidei. È indicato anche nei bambini, per combattere la carenza iodica ed evitare i possibili deficit che ne possono derivare. In ogni caso, bisogna stare attenti alle controindicazioni, che riguardano, ad esempio, chi soffre di ipertiroidismo. La concentrazione dello iodio chimico aggiunto in Italia va da 25 µg a 45 µg per grammo di sale, ma nell'etichetta non ne viene precisata né la quantità né la provenienza. La dose massima consigliata di iodio ammonta a circa 150 µg al giorno; 175 µg durante la gravidanza e 200 µg giornalieri durante il periodo di allattamento. Considerato che giornalmente si assumono 10-12 g. di sale e che il sale iodato viene aggiunto ai cibi nei ristoranti, nelle industrie alimentari bisogna fare attenzione alle assunzioni ec-

cessive, infatti, un uso sconsiderato può portare ipertensione e molte patologie a livello cardiovascolare.

Il sale rosa è il sale più puro. Ricco di ben 84 sali minerali purissimi e di oligoelementi. Il particolare colore rosa deriva dall'alto contenuto di ferro, non viene sottoposto a nessun tipo di sbiancamento, ha meno cloruro di sodio rispetto al sale da cucina e quindi da favorire nei casi di ipertensione.

Il sale nero ha anch'esso meno contenuto di cloruro di sodio rispetto al sale bianco da cucina, contiene tracce di carbone indicato nei disturbi gastrici e intestinali.

Un esempio di sale integrale è il sale di Cervia non essiccato artificialmente, noto come "sale dolce", non perché con minore capacità salante, ma perché privo di retrogusti amari, e quindi più apprezzato nella gastronomia e nella produzione di salumi e formaggi. Mantiene la sua naturale umidità attorno al 2%, è solubilissimo e contiene molti oligoelementi come lo iodio, lo zinco, il rame, il manganese, il ferro, il magnesio e il potassio, poiché va incontro ad un solo processo di centrifuga, a differenza dei cinque processi subiti dai sali comuni che sono in commercio.

Scegliere prodotti freschi piuttosto che quelli confezionati è una regola importante da ricordare e mettere in pratica più possibile, in quanto il sale presente nei cibi freschi è molto inferiore, circa 10%.

Un esempio: 100g di un sugo alla norma pronto può contenere circa 1,5g di sale, mentre lo stesso sugo fatto con prodotti freschi può avere un contenuto di sale di 0,25g.

Pensiamo ad una insalata di riso, in cui normalmente si usano ingredienti sott'olio o sott'aceto (carciofini, giardiniera, capperi, olive, wurstel) ha un apporto di sale medio di 3,5g, e utilizzando carciofi freschi e verdure fresche si riduce già di 1,5 g. Altri alimenti usati frequentemente in scatola sono i legumi come i fagioli in scatola, 100g di fagioli borlotti sgocciolati contengono circa 0,8-1g di sale, questo diventa praticamente irrilevante se si usano i fagioli secchi (0,0025g). Attenzione alla salsa di soia, 100 g contiene circa 14g di sale, non è nella nostra tradizione, ma è sempre più di uso quotidiano in sostituzione di olio e sale. ●

L'ipertensione si combatte (anche) a passo di danza

Al Congresso della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC) tenutosi a Napoli lo scorso marzo, si è posto l'accento sull'importanza del movimento nel contrasto a queste patologie. In particolare una sessione del congresso è stata dedicata alla danza come esercizio fisico d'eccellenza per combattere sia ipertensione che altre patologie cardiovascolari, che in Italia sono responsabili del 41% dei decessi



a cura della
Redazione

Secondo l'OMS, sono 3,2 milioni le persone che ogni anno nel mondo muoiono a causa dell'inattività fisica, il quarto dei principali fattori di rischio delle malattie non trasmissibili come ad esempio le patologie cardiovascolari; eppure l'80% delle malattie che colpiscono il cuore potrebbe essere prevenuto o gestito modificando alcune insane abitudini tipiche del mondo occidentale, quali il consumo di alcool, il fumo, una dieta non sana e soprattutto la sedentarietà. In particolare, statistiche alla mano, queste incidenze tendono ad aumentare con l'avanzare dell'età. Dell'importanza di eliminare questi fattori di rischio comportamentali, favorendo uno stile di vita sano, si è recentemente discusso a Napoli, in alcune lifestyle session organizzate durante il Congresso della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC), già

sostenitrice dei programmi "Make Your Heart Feel Good", la campagna europea (promossa da Daiichi Sankyo) per sensibilizzare la popolazione sulla prevenzione delle patologie cardiovascolari, attraverso semplici accorgimenti da adottare nella vita quotidiana. In particolare, una di queste lifestyle session è stata dedicata al ruolo che può ricoprire la danza come esercizio fisico utile ai pazienti ipertesi, partendo dalle linee guida dei maggiori esperti europei in materia di ipertensione, i quali suggeriscono di praticare un esercizio aerobico dinamico per 30-45 minuti 3-4 volte a settimana ad un livello di intensità pari al 50-70% della massima capacità di carico lavorativo. È infatti ormai ampiamente riconosciuto che una regolare attività fisica di tipo aerobico, come appunto la danza, può contribuire a ridurre la pressione arteriosa e a prevenire lo sviluppo di coronaropatie. È stato ad esempio dimostrato che, riducendo di soli 2 mmHg la pressione sistolica in pazienti di mezza età, si riduce anche del 7% il

rischio di mortalità per ischemia e altre cause cardiovascolari e del 10% il rischio di mortalità da ictus, e che un'attività fisica regolare consente proprio di abbassare mediamente la pressione sistolica di 3,1 mmHg. Recenti studi internazionali hanno inoltre identificato i benefici che questo tipo di sport porta ai pazienti over 60, dimostrando che la danza, a prescindere dallo stile praticato, è utile per migliorare forza e resistenza muscolare, agilità, equilibrio e coordinazione, e prevenire osteoporosi e rischi cardiovascolari. Inoltre, questa pratica ha il vantaggio di risultare attraente a tutti i target di pazienti, poiché può essere scelta e modificata in base a età, limitazioni fisiche e cultura. Ad entrare ancor più nel dettaglio è stato il prof. **Massimo Volpe**, professore ordinario di cardiologia e direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare dell'Università "La Sapienza" di Roma: *"È fondamentale per tutti, e soprattutto per chi soffre di patologie cardiovascolari, consultare il proprio medico o uno specialista prima di intraprendere qualunque forma di esercizio fisico, ma in generale possiamo dire che gli sport più indicati per questo tipo di pazienti sono quelli con metabolismo aerobico – dunque di resistenza piuttosto che di potenza – e a medio o basso impegno cardiocircolatorio. La danza non ha solo il pregio di possedere queste caratteristiche, ma porta a chi la pratica anche i benefici psicologici derivanti dalla sua natura piacevole e divertente, sia se praticata da soli o in compagnia. Può essere percepita infatti come un hobby piuttosto che come uno sforzo fisico imposto o una terapia, ed ha così tanti stili e forme che può essere adattata a qualunque età e condizione."*

Un regolare esercizio fisico fa bene a tutti, poiché produce un effetto ipotensivo sia in soggetti normotesi che ipertesi, anche se questo risulta maggiore in questi ultimi, essendo proporzionale ai valori di partenza della pressione arteriosa, ed è più accentuato nelle donne e nei soggetti anziani.

L'allenamento aerobico infatti migliora i valori pressori a riposo, la risposta pressoria agli stimoli psicoemotivi e previene gli eventi cardiovascolari attraverso numerosi meccanismi, attenuando il tono del sistema nervoso simpatico, diminuendo la frequenza

cardiaca, migliorando la funzione endoteliale con riduzione della rigidità della parete arteriosa, e correggendo i molteplici fattori della sindrome metabolica. L'entità del calo pressorio, inoltre, sembra essere indipendente dall'intensità, dalla durata e dal tipo di allenamento. A chiarire le implicazioni squisitamente tecniche, ma anche sociali, culturali ed economiche della scelta della danza è stato, nei suoi diversi interventi, il prof. **Carlo Tranquilli**, medico responsabile della Federazione Italiana Danza Sportiva e membro del Comitato Medico della World Dance Sport Federation: *"In tutte le età della vita la danza ha una forte componente socializzante. Come altri sport, essa ha un impatto importante sulla regolazione della produzione degli ormoni dello stress. È certamente un'attività da consigliare a tutti, giovani, adulti e anziani, infatti il dispendio energetico può essere anche molto elevato se gli allenamenti vengono condotti sotto la guida di tecnici esperti, ma in particolare i soggetti sedentari trovano nella danza sportiva un ottimo antidoto alla malattia ipocinetica, migliorando sensibilmente la funzione cardiovascolare, respiratoria e metabolica. La socializzazione, la riduzione dello stress, i miglioramenti della forza e dell'equilibrio sono solo gli effetti più evidenti sulle persone, ma non dimentichiamo che questi aspetti hanno importanti ricadute anche in termini di spesa sanitaria pubblica".* È stato calcolato infatti che le patologie cardiovascolari costano all'economia europea circa 196 miliardi di euro l'anno, dunque la prevenzione, che passa anche attraverso la pratica dello sport, si rivela la scelta più virtuosa sia per il singolo che per la collettività. ●

È ampiamente riconosciuto che una regolare attività fisica di tipo aerobico, come potrebbe essere ad esempio la danza, può contribuire a ridurre la pressione arteriosa e a prevenire lo sviluppo di coronaropatie



Un'arma in più nella lotta al Parkinson

Diversi studi dimostrano l'efficacia della terapia AMPS (Stimolazione Meccanica Automatizzata Periferica) su alcuni disturbi legati al Parkinson, in particolar modo quelli collegati alla capacità di movimento. Analizziamo gli aspetti cruciali di questa evidenza assieme al dottor Mauro Porta

Mauro Porta
Responsabile Centro
Malattie Extrapiramidali
IRCCS Galeazzi di Milano



Il Parkinson è una delle malattie a più rapido sviluppo epidemiologico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, entro il 2040, il numero di pazienti affetti da Parkinson sarà raddoppiato rispetto ai numeri attuali. Questo perché, in quasi tutti i Paesi del mondo, l'età media e l'aspettativa di vita stanno aumentando velocemente. Nel 2050 gli anziani saranno quasi 2 miliardi (più del triplo rispetto al 2005) e rappresenteranno circa un quarto (22%) della popolazione mondiale. Sebbene siano in aumento i casi di Parkinson giovanile, con esordio attorno ai 40 anni, la malattia di Parkinson resta più comune negli anziani, con maggiore incidenza nelle persone con più di 50 anni. In Italia la malattia di Parkinson interessa l'1/2% delle persone sopra i 60 anni e il 3/5% degli over 85.

Il Parkinson è una malattia neurodegenerativa a carico delle cellule cerebrali produttrici di dopamina che determina, in primo luogo, disturbi del movimento (principalmente tremore a riposo, rallentamento dei movimenti,

rigidità muscolare), ma che si associa anche a sintomi non motori quali difficoltà di linguaggio, disturbi del sonno, depressione e ansia.

Le persone affette da Parkinson presentano una sintomatologia abbastanza complessa.

Il tremore è il sintomo più comune e interessa di frequente un lato del corpo: si presenta come un'oscillazione con cinque-sei movimenti al secondo e spesso non presenta un'evoluzione nel corso degli anni, non risultando necessariamente invalidante.

La rigidità muscolare può essere il primo sintomo della malattia di Parkinson: consiste in un aumento involontario del tono muscolare che, anche se presente, spesso non è avvertito dai pazienti che nelle fasi iniziali percepiscono solo un lieve disagio. La riduzione dell'oscillazione delle braccia durante il cammino è un segno di rigidità, oltre che di lentezza dei movimenti (bradicinesia). Quest'ultimo sintomo viene riferito come molto fastidioso, in quanto rende molto lenti anche i movimenti più semplici, interferendo

così con la maggior parte delle attività quotidiane come lavarsi, vestirsi, camminare, alzarsi in piedi, girarsi nel letto. Spesso anche questo sintomo colpisce più un lato del corpo rispetto all'altro.

In una fase più avanzata possono poi insorgere la perdita di equilibrio, legata alla minore capacità di correggere spontaneamente eventuali squilibri durante il cammino, e il 'freezing' della marcia, ovvero un blocco motorio improvviso che può presentarsi all'avvio del cammino, ma anche durante lo stesso, senza preavviso.

Il Parkinson può portare anche insonnia, perdita delle abilità, disturbi affettivi ed emotivi, difficoltà relazionali sia in ambito familiare che sociale al punto da arrivare a isolarsi completamente, pur mantenendo una certa consapevolezza, quasi sempre lucida, durante tutti questi cambiamenti.

Raramente tutti questi sintomi si presentano insieme nel paziente, e il decorso della malattia è differente da paziente a paziente: il trattamento deve quindi essere sempre personalizzato da parte del neurologo, che ha a disposizione diversi strumenti da utilizzare a mosaico per ottimizzare il trattamento in base alle necessità del caso.

Questa malattia ha certamente un forte impatto sulla qualità di vita del paziente e del nucleo familiare; tale impatto è variabile anche, in grandissima parte, dall'atteggiamento psicologico che la persona colpita assume nei confronti della malattia.

Per il Parkinson non esiste ancora una cura. Le terapie agiscono sui sintomi con l'obiettivo di ridurne l'entità e si dividono in farmacologiche, chirurgiche (stimolazione cerebrale profonda o DBS) e riabilitative (come la nuova stimolazione meccanica automatizzata periferica o AMPS).

La terapia farmacologica punta a bilanciare il deficit di dopamina, il neurotrasmettitore interessato dalla patologia, attraverso la somministrazione di levodopa, un principio attivo che aumenta la quantità di dopamina nel cervello, emulando la secrezione naturale e agendo sui sintomi motori. Poiché la malattia è degenerativa, ovvero tende a peggiorare con il passare del tempo, le dosi di farmaco necessarie aumentano progressivamente e con esse

anche gli effetti collaterali, come l'insorgenza di discinesie, ovvero di movimenti involontari e scomposti. Per questo, nonostante la costante ottimizzazione di dosaggi e delle modalità di somministrazione, si cerca spesso di posticiparne il più possibile l'uso.

La stimolazione cerebrale profonda consiste nell'inserimento di due elettrodi nel cervello che stimolano nuclei specifici. L'uso di questa terapia è però piuttosto raro, in percentuali inferiori al 5% dei malati. I fattori che stabiliscono l'idoneità all'intervento chirurgico sono il decorso della malattia, il quadro sintomatico, l'età, la situazione e l'ambiente di vita del paziente. Questo intervento consente spesso di ottenere un evidente miglioramento dello stato di salute, ma non può frenare la progressione della malattia, che prosegue il suo decorso e nel tempo torna ad affliggere il paziente con i suoi sintomi.

Esistono inoltre alcuni sintomi che non rispondono, o lo fanno solo in minima parte, alle terapie farmacologiche e chirurgiche: sono i deficit del cammino e, soprattutto il 'freezing' della marcia, che si presenta, ad esempio, quando il paziente deve attraversare passaggi stretti (come una porta o un corridoio), camminare in uno spazio affollato da molte persone, iniziare la marcia o cambiare direzione. Questo disturbo, insieme a quello dell'equilibrio, è una delle maggiori cause di caduta, e per questo è importante identificarlo appena compare.

La terapia AMPS (Stimolazione Meccanica Automatizzata Periferica), da tempi recenti a disposizione dei pazienti, risulta efficace proprio nella riduzione di quei sintomi motori non responsivi ad altri trattamenti che

Esistono alcuni sintomi che non rispondono, o lo fanno solo in minima parte, alle terapie farmacologiche e chirurgiche: sono i deficit del cammino e, soprattutto il 'freezing' della marcia, che si presenta, ad esempio, quando il paziente deve attraversare passaggi stretti



rappresentano i cosiddetti *unmet needs*, ovvero i bisogni non ancora pienamente soddisfatti dalle terapie farmacologiche o chirurgiche. La terapia viene erogata attraverso un dispositivo medico dedicato, denominato GONDOLA®; tale terapia consiste in una stimolazione meccanica di due punti precisi dei piedi secondo un protocollo standardizzato, è una terapia veloce (richiede circa due minuti), che dà benefici per diversi giorni (è da ripetere due volte alla settimana) e che non ha effetti collaterali.

La AMPS permette di ridurre il fenomeno del 'freezing' fino a farlo scomparire, è efficace contro le acinesie (i blocchi motori che spesso affliggono i pazienti che vivono con il Parkinson), ed ha un impatto positivo sul cammino, consentendo di migliorarne velocità e il ritmo e di aumentare la stabilità, riducendo il rischio di caduta.

Grazie al dispositivo medico con il quale si eroga la AMPS, il trattamento può essere eseguito comodamente a casa: per l'erogazione della terapia sono necessari meno di due minuti, che salgono a circa 10 minuti se si tiene conto del tempo impiegato per calzare ai piedi e rimuovere le due unità del dispositivo; inoltre, tale trattamento non interferisce con le terapie farmacologiche, né con dispositivi impiantati quali Pacemaker o DBS.

Sull'efficacia della terapia AMPS sono già stati condotti diversi studi clinici con esito positivo, ed i cui risultati sono già stati pubblicati su riviste scientifiche internazionali.

In particolare, un recente studio (disegnato dalla dott.ssa Maria Francesca De Pandis del centro Parkinson Ospedale San Raffaele di Cassino, condotto dal dott. Carlo Quattrocchi dell'Università Campus Biomedico di Roma e coordinato da prof. Fabrizio Stocchi dell'IRCCS San Raffaele Pisana, Roma) ha documentato che il trattamento AMPS induce un incremento della attivazione di regioni cerebrali coinvolte nella gestione del movimento e nell'integrazione visuo-spaziale. Questi importanti risultati aiutano a spiegare i benefici clinici ottenuti dai pazienti dopo il trattamento AMPS, ed in particolare i miglioramenti nell'iniziativa motoria e nella capacità di movimento, e l'efficacia sul sintomo del 'freezing' della marcia (Freezing of Gait)

e sulle acinesie (blocchi motori prolungati); questi ultimi sintomi sono caratteristici delle fasi intermedia ed avanzata della malattia e risultano molto invalidanti, creando difficoltà anche per il nucleo familiare del paziente.

Altri studi clinici, condotti in precedenza dal prof. Stocchi, avevano documentato che gli effetti positivi indotti dalla terapia AMPS sui parametri del cammino sono ottenuti fin dalla prima applicazione e durano per un periodo di circa 3-4 giorni, si mantengono nel tempo a seguito della ripetizione delle stimolazioni e si attenuano progressivamente in caso di interruzione dei trattamenti.



Questi studi, ai quali ha collaborato il Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria (DEIB) del Politecnico di Milano, sono stati effettuati utilizzando anche il test Timed Up and Go (TUG) prima e dopo la stimolazione; il TUG è un test ampiamente utilizzato a livello internazionale per misurare le capacità motorie di un soggetto e per calcolare il rischio di caduta; vengono rilevati il tempo necessario per alzarsi da una sedia, per compiere un tragitto lungo tre metri, girarsi, tornare alla sedia e sedersi dopo aver compiuto una seconda rotazione. Un risultato inferiore a 10 secondi indica una capacità motoria norma-



le, tra 11 e 20 secondi è considerato normale per persone anziane o con leggeri problemi motori, mentre tempi superiori a 20 secondi indicano che la persona ha necessità di assistenza; in generale, tempi superiori a 14 secondi sono indice di rischio di caduta elevato. I risultati degli studi clinici condotti hanno mostrato come il trattamento AMPS erogato con il dispositivo medico GONDOLA® abbia un effetto positivo sulla lentezza del movimento (bradicinesia) e consenta di migliorare la velocità di movimento, la lunghezza del passo e la stabilità dell'andatura, riducendo così il rischio di cadute. Su alcuni di questi parametri, il miglioramento si è rivelato anche superiore del 50% rispetto al dato iniziale.

Per verificare gli effetti a lungo termine, inoltre, è stato condotto un altro studio nel quale ogni paziente è stato sottoposto a due stimolazioni AMPS a settimana per tre settimane; le analisi dei parametri del cammino sono state effettuate prima e dopo la stimolazione iniziale (in acuto), quindi alla sesta stimolazione, ed infine 48 ore e 10 giorni dopo l'ultima stimolazione, per analizzare l'eventuale mantenimento dei benefici ottenuti con le applicazioni erogate dal dispositivo medico GONDOLA®. Lo studio ha consentito di verificare che la regolare ripetizione bisettimanale della terapia consente di mantenere i miglioramenti ottenuti dopo la prima applicazione, inducendo un cammino più stabile e restituendo ritmicità al passo, con un contemporaneo recupero dell'equilibrio.

Un altro risultato importante, inoltre, è costituito dall'efficacia maggiore nei casi in cui i sintomi sono più gravi, quindi nei pazienti in stadi più avanzati della malattia di Parkinson; tali pazienti abitualmente mostrano una ridotta risposta alle terapie farmacologiche, con ritorno dei sintomi frequente nel corso della giornata.

I miglioramenti ottenuti con la terapia AMPS si integrano in modo molto interessante, quindi, con gli altri approcci terapeutici già disponibili e consentono di offrire al neurologo ed ai pazienti un nuovo tassello del mosaico terapeutico, un tassello che mancava e che completa la copertura dei sintomi motori, 'freezing' della marcia e disturbi del cammino in particolare. ●

C'è un legame tra farmaci ed osteoporosi?

L'impressionante casistica di incidenza ne fa una condizione drammaticamente diffusa e si stima che ne soffrano oltre 200 milioni di persone nel mondo con una incidenza del 5% a 50 anni e del 50% a 85 anni. Abbiamo chiesto al prof. Giustina di analizzare per noi la correlazione tra farmaci e fragilità ossea



Andrea Giustina
*Presidente del gruppo
di studio internazionale
GIOSEG e Ordinario
di Endocrinologia
all'Università di Brescia*

Ossa fragili e fratture al minimo trauma, spesso a carico delle vertebre, asintomatiche e rilevabili solo con indagini strumentali e poi un declino sino al rischio di fratture più importanti, appannaggio di entrambi i sessi nella terza età. È il quadro che balza alla mente quando si nomina l'osteoporosi, una faccenda da anziani. In realtà ne esiste una forma 'secondaria' che, al contrario di quella primaria senile, riunisce tutti i casi in cui la perdita di osso è determinata dalla contingenza con terapie farmacologiche e malattie endocrine, ematologiche, gastrointestinali, renali ecc. Si calcola che proprio i farmaci siano la causa principale di osteo-

porosi 'secondaria', che interessa quindi non solo donne in post menopausa e soggetti anziani, ma soggetti giovani. Tra i 'colpevoli' i ben noti cortisonici, gli immunosoppressori, i diuretici, gli anticoagulanti, i chemioterapici e i comunissimi ormoni tiroidei.

L'osteoporosi è una condizione drammaticamente diffusa: si stima che ne soffrano oltre 200 milioni di persone nel mondo con una incidenza del 5% a 50 anni e del 50% a 85 anni. In Europa si conta che circa il 30% delle donne in post-menopausa presenti una qualche forma di osteoporosi. In Italia il problema interessa circa 3 milioni e mezzo di donne e 1 milione di uomini, spesso trascurati. In Europa, contando entrambi i sessi e sommando forme primarie e secondarie, ogni 30 secondi si verifica una frattura che riconosce questa causa e in Italia a questa condizione sono attribuite 110mila fratture di polso e 70mila di femore l'anno.

Ne hanno parlato i massimi esperti italiani ed internazionali al recente Congresso GIO

(Glucocorticoid-Induced Osteoporosis) giunto alla sua nona edizione, che ha analizzato in che modo i farmaci influiscono sullo scheletro e come il danno osseo rischi di aggiungersi alla condizione clinica pre-esistente. Ne abbiamo parlato con il professor Giustina, presidente del gruppo di studio internazionale GIOSEG (Glucocorticoid-Induced Osteoporosis and Skeletal Endocrinology) e ordinario di Endocrinologia all'Università di Brescia.

Professor Giustina, sbaglia chi ritiene che l'osteoporosi non interessi il sesso maschile?

Nell'osteoporosi 'primaria' la prevalenza è appannaggio delle donne nel periodo successivo alla menopausa, anche perché presentano fisiologicamente una minore massa ossea rispetto agli uomini e, dopo la fine dell'età fertile, pagano lo scotto della perdita di protezione da parte degli estrogeni. Tuttavia, va ricordato che un terzo delle fratture osteoporotiche interessano gli uomini e, soprattutto, la mortalità correlata ad un evento fratturativo è maggiore negli uomini rispetto alle donne, a suggerire che nel sesso maschile l'osteoporosi è meno frequente, ma probabilmente più severa. Questo rappresenta sicuramente un problema clinicamente rilevante, considerando l'ancora scarsa consapevolezza del mondo medico. Nelle forme 'secondarie' di osteoporosi, le differenze di genere tendono ad annullarsi, anche perché molte delle malattie e dei farmaci responsabili di osteoporosi, quali ad esempio i glucocorticoidi, gli immunosoppressori e le terapie ormonali, creano spesso una condizione di ipogonadismo nel maschio rendendolo quindi molto simile, in termini di predisposizione ad osteoporosi e fratture, alle donne in post-menopausa.

Difficile rinunciare ai benefici dei corticosteroidi, tra cui un marcato effetto anti-infiammatorio che li rende utili per malattie severe come artrite reumatoide, asma, allergie e morbo di Chron tra le più comuni...

Questo è vero, ma da alcuni anni sappiamo che presentano un 'effetto avverso' importante: un declino della massa ossea pari a quello che si verifica nelle donne in post menopau-

sa. Da uno studio multicentrico tutto italiano, pubblicato sulla rivista scientifica internazionale Bone, si è dimostrato che il trattamento cortisonico causa la comparsa di fratture vertebrali dimostrate con esame radiografico-morfometrico in oltre un terzo delle donne in menopausa, dimostrando anche un invecchiamento scheletrico di circa 20 anni. Sappiamo oggi che i cortisonici hanno effetti sia diretti che indiretti sulla salute dell'osso, ostacolando e compromettendo la replicazione e la funzione degli osteoblasti e spingendo alla morte osteoblasti e cellule mature in un meccanismo di 'suicidio cellulare' noto con il termine 'apoptosi', una alterazione che compromette la formazione di osso nuovo e che provoca quindi il deficit di massa ossea ed alterazione della cosiddetta qualità dell'osso. L'effetto pro-fratturativo dei cortisonici è in relazione al dosaggio farmacologico, tenendo però presente che anche dosi basse di farmaco possono causare fragilità scheletrica. Tra 2,5 e 7,5 mg di prednisolone al giorno è la dose associata

ad un rischio di frattura 2,5 volte superiore. Dosaggi di 10 mg per almeno 90 giorni fanno impennare il rischio da 7 a 17 volte. Un dato clinicamente rilevante è la rapidità con la quale i cortisonici causano osteoporosi e fratture: nei primi 6-12 mesi di terapia avviene il maggiore effetto di diminuzione della massa ossea con un significativo aumento delle fratture, che possono insorgere anche dopo poche settimane di trattamento. Pertanto, la sfida attuale è quella di mettere in atto, sin dai primi giorni di terapia cortisonica, tutte le misure di protezione della salute dello scheletro e di prevenzione delle fratture. Le linee guida attuali suggeriscono di stratificare il rischio fratturativo mediante un approccio diagnostico completo, che tenga conto non

I cortisonici hanno effetti sia diretti che indiretti sulla salute dell'osso, ostacolando e compromettendo la replicazione e la funzione degli osteoblasti e spingendo alla morte osteoblasti e cellule mature in un meccanismo di 'suicidio cellulare'



solo dei valori di densità minerale ossea, ma anche dei dati clinici ed anamnestici che possono contribuire all'aumentato rischio di fratture. In tale contesto è importante anche sin dall'inizio valutare l'eventuale pre-esistenza di fratture vertebrali asintomatiche mediante la tecnica morfometrica, che consiste nella misurazione delle altezze vertebrali. Questo approccio è di fondamentale importanza in quanto vale il principio generale che una frattura vertebrale, anche se asintomatica e di grado lieve, è sempre espressione di fragilità scheletrica e quindi fattore predittivo di future fratture. All'approccio diagnostico deve seguire un appropriato e corretto approccio terapeutico, che nella maggior parte dei pazienti consiste nell'utilizzo di farmaci cosiddetti anti-risorbitivi (in particolare i bisfosfonati) in grado di contrastare gli effetti precoci dei glucocorticoidi sulla funzione dell'osteoclasta e sul riassorbimento scheletrico. Nelle

forme più severe, quando cioè sono presenti già fratture, e soprattutto quando la terapia cortisonica è di lunga durata, diventa preminente l'effetto terapeutico dei cosiddetti farmaci anabolici (l'unico rappresentante al momento è il teriparatide), cioè quelli in grado di stimolare la funzione dell'osteoblasta e la neoformazione ossea. Per concludere, va ricordato che in tutti i pazienti è sempre necessario somministrare la vitamina D e il calcio, considerando che i glucocorticoidi spesso tendono a peggiorare una pre-esistente condizione di ipovitaminosi D.

Ma i cortisonici sono in buona compagnia...

Purtroppo sì, le molecole capaci di interferire negativamente con il metabolismo dell'osso anche in giovane età, finanche nei bambini, sono molto numerosi: **farmaci immunosoppressori** (come la ciclosporina) usati nelle persone che hanno ricevuto un organo da trapianto, il **metotressato** utilizzato in numerose malattie reumatiche. Ci sono poi i cosiddetti '**analoghi del GnRH**' usate nell'endometriosi e nel trattamento del cancro alla prostata: sopprimono la produzione di gonadotropine, gli ormoni prodotti dall'ipofisi che agiscono sugli organi della riproduzione. Curano, certo, ma allo stesso tempo determinano una importante perdita di massa ossea a causa della soppressione della produzione di ormoni sessuali (testosterone nell'uomo ed estrogeni nelle donne), reversibile con l'interruzione della terapia. Anche i farmaci usati nel carcinoma della mammella accelerano la perdita di osso: sono interessate da questo fenomeno le donne con menopausa precoce indotta da un intervento chirurgico e chemioterapia e quelle in post-menopausa in terapia con **inibitori delle aromatasi**, farmaci la cui azione è sopprimere la produzione extra-gonadica di estrogeni che normalmente avrebbero una azione protettiva sullo scheletro. **Farmaci anticonvulsivanti come la fentoina e i barbiturici** riducono i livelli circolanti della 25 idrossivitamina D₃, il precursore della forma attiva della vitamina D. Attenzione anche all'**eparina**, il famoso anticoagulante usato in soggetti cardiopatici o con problemi di trombosi. Rischio scongiu-

rato per la forma a basso peso molecolare.

Meno nota invece è la 'relazione pericolosa' tra ossa e tiroxina, il famoso ormone tiroideo usato come terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo e nelle forme autoimmuni come la tiroidite di Hashimoto e soppressiva (ad alto dosaggio) nel cancro della tiroide dopo l'asportazione della tiroide.

L'ipotiroidismo è una patologia estremamente frequente nel mondo occidentale e interessa 3.5 donne su mille, anche in questo caso svantaggiate rispetto al sesso maschile che conta solo 0.6 casi ogni mille. La frequenza della tiroidite di Hashimoto è aumentata di 14 volte dal 1975 al 2005 e questo deve indurre a porre una rinnovata attenzione alla salute generale delle persone affette che spesso assumono la terapia sostitutiva con tiroxina per correggere anche minime riduzioni della funzione tiroidea. Va detto che l'ormone tiroideo non è di per sé dannoso per l'osso, anzi in età pediatrica ha un ruolo fondamentale nel favorire l'accrescimento scheletrico. Tuttavia, ad alto dosaggio può causare perdita di massa ossea ed aumentato rischio di fratture, soprattutto quelle vertebrali e soprattutto nelle donne in menopausa e nei maschi anziani. Oggi sappiamo che un danno scheletrico può avvenire anche in presenza di un modesto aumento degli ormoni tiroidei, quale si ha ad esempio nelle cosiddette tireotossicosi "subcliniche", che fino a qualche anno or sono venivano considerate mere alterazioni laboratoristiche prive di alcun significato clinico-prognostico.

Che fare dunque?

Partendo dal presupposto che un eccesso di ormone tiroideo può causare osteoporosi nelle donne in post-menopausa e nei maschi anziani, è importante utilizzare dosaggi non elevati di tiroxina in queste categorie a rischio, mantenendo nel contempo uno stretto monitoraggio del trattamento dell'ipotiroidismo, in quanto è rilevante il dato clinico che circa il 25% dei soggetti con ipotiroidismo in trattamento sostitutivo possono presentare alterazioni ormonali da sovradosaggio di tiroxina. Quando si rende necessario l'utilizzo della

tiroxina ad alto dosaggio, come ad esempio nel carcinoma differenziato della tiroide, allora bisogna mettere in campo tutte le misure di prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture, utilizzando preferibilmente farmaci cosiddetti anti-riassorbitivi, come i bisfosfonati ed il denosumab, che contrastano gli effetti degli ormoni tiroidei sul riassorbimento osseo. Anche in questo caso, è fondamentale una adeguata correzione dell'ipovitaminosi D, al fine anche di favorire l'effetto anti-fratturativo dei farmaci anti-riassorbitivi.

Anche alcune terapie per il diabete hanno mostrato qualche incompatibilità con la salute ossea?

I tiazolinedioni sono molecole usate per il trattamento del diabete di tipo 2, ma inducono un aumento della massa grassa e una diminuzione di quella ossea. La terapia a lungo termine (più di 12-18 mesi) con questi agenti aumenta di 4 volte il rischio di fratture anche nei maschi. Questi dati sono di rilevanza clinica soprattutto se consideriamo che il diabete mellito di per sé rappresenta un fattore di rischio per fragilità scheletrica.

Anche alcune molecole attive sul sistema nervoso per il trattamento della depressione se somministrate a pazienti anziani e fragili rappresentano una 'bandiera rossa' per le cadute. Il trattamento con SSRI raddoppia il rischio di fratture anche per un effetto diretto negativo sulla salute dell'osso e per questi soggetti si consigliano dei controlli periodici.

Meno nota invece è l'interazione negativa tra farmaci per l'HIV e ossa, si conta un'incidenza di fratture nel 40% delle donne e nel 70% degli uomini affetti da HIV, la causa?

Sono le terapie antiretrovirali, ancorché necessarie e preziose, causano perdita di osso aumentando e accelerando il riassorbimento del tessuto.

E non è finita qui, sembra di sfogliare l'intero prontuario farmaceutico.

È così e quindi mi permetto di aggiungere una menzione particolare agli **inibitori di pompa protonica**, che possono causare fragilità scheletrica sia con un meccanismo

diretto sulle cellule ossee, che indirettamente attraverso un malassorbimento di calcio. L'effetto favorente le fratture degli inibitori di pompa protonica sembra meno eclatante dei farmaci finora discussi, ma la rilevanza clinica di tale effetto potrebbe essere maggiore, considerando l'ampio utilizzo di questi farmaci nella popolazione generale, soprattutto nelle categorie a rischio di osteoporosi, quali anziani e donne in post-menopausa. Il dato che preoccupa maggiormente è il frequente utilizzo improprio di questi farmaci per trattare disturbi digestivi funzionali in assenza di evidenze clinico-diagnostiche di patologie gastro-esofagee.

Questi effetti possono essere limitati?

Dobbiamo pensare alle persone in senso globale, pensando anche alla loro salute scheletrica presente e futura e integrando le conoscenze di endocrinologia dell'osso nel background culturale delle altre specialità. Va poi sottolineata l'importanza critica del cosiddetto 'esame morfometrico vertebrale' nei pazienti con osteoporosi 'secondaria' che possono andare incontro a fratture vertebrali anche con un quadro densitometrico osseo normale o poco alterato (comunemente chiamata osteopenia). Spesso i pazienti – soprattutto i maschi – trattati per le loro malattie con farmaci osteopenizzanti non vengono sottoposti ad un adeguato e periodico (ogni 12-18 mesi) monitoraggio della densità minerale ossea con l'esame MOC DEXA, questo è un problema culturale ancora profondamente radicato. Inoltre, anche le terapie protettive e preventive, che pure esistono a base di calcio e di vitamina D e di farmaci antiassorbitivi come i cosiddetti bifosfonati, non sempre sono instaurate per tempo (cioè prima che il paziente si fratturi). Per alcuni farmaci ad alto impatto negativo scheletrico, quali i cortisonici e gli inibitori dell'aromatasi, le linee guida stabiliscono di intraprendere quanto prima un trattamento anti-osteoporotico di protezione per lo scheletro e di prevenzione delle fratture che in questi casi possono essere particolarmente precoci. È necessario quindi un maggiore dialogo tra specialisti che prescrivono farmaci potenzialmente osteopenizzanti e specialisti dedicati

alla diagnosi e cura dell'osteoporosi.

Avete parlato anche dell'età pediatrica?

Certamente, e lo abbiamo fatto tenendo presente che **non esistono fasce di età protette dal danno scheletrico da farmaci**. Durante l'infanzia e l'adolescenza, lo scheletro immagazzina calcio per proteggersi dalle fratture in età geriatrica. Anche in età pediatrica è purtroppo a volte necessario ricorrere a terapie farmacologiche a base di cortisone, in corso di patologie renali, respiratorie, gastrointestinali, artriti ad esordio giovanile e dopo il trapianto d'organo. L'utilizzo di terapie cortisoniche durante le prime decadi di vita ha effetti negativi sulla crescita e sulla salute dello scheletro, condizionando un aumento sia presente che futuro del rischio di frattura. L'uso di calcio e soprattutto di vitamina D in supplementazione, iniziato contemporaneamente alla somministrazione di cortisone è considerato fondamentale nella prevenzione del danno osseo da cortisone nel bambino. Nei casi più gravi possono essere utilizzati i bifosfonati, come nell'adulto. Infine, va detto che la terapia con ormone della crescita può trovare indicazione nel deficit di accrescimento collegato all'uso di cortisone, ormone chiave nella regolazione della produzione dell'ormone della crescita.

Non sappiamo cosa ci attende nel futuro, è possibile costruire uno scheletro forte e resistente sin da ragazzi e come?

Insomma, è possibile avere un tesoretto di massa ossea per i tempi più duri?

Quando parliamo di età adolescenziale ed infantile, parliamo di prevenzione primaria dell'osteoporosi che si realizza non attraverso l'utilizzo di farmaci, ma semplicemente attraverso il rispetto di un corretto stile di vita. La triade, ereditarietà, attività fisica e alimentazione, domina il destino delle nostre ossa. Il costruirsi in gioventù uno scheletro mineralizzato al meglio delle proprie possibilità genetiche ed averne curato il bilancio nei decenni successivi, ritarderà o attenuerà il progredire dell'osteoporosi. Tra i principali fattori di rischio che aumentano la probabilità di sviluppare osteoporosi, il maggiore, modificabile, è rappresentato dallo scarso apporto di calcio. Si ritiene che una deficienza cronica

di calcio alimentare nella fase di accrescimento, possa conseguentemente determinare una ridotta densità ossea rispetto al picco di massa ossea geneticamente programmato, mentre una maggiore introduzione di calcio con la dieta, nel periodo scolastico, è associata al raggiungimento di un picco di massa ossea più elevato. L'assunzione di 1200 mg al giorno di calcio è considerato sufficiente per garantire un bilancio ottimale. Da alcune ricerche sui consumi alimentari degli adolescenti americani, sembra che soltanto il 15% delle ragazze ed il 53% dei ragazzi assumano quantitativi adeguati di calcio. Oltre ad introdurre calcio, è importante limitare l'assunzione di sale (usanza purtroppo diffusa nella cucina italiana) e caffeina (presenti in numerose bevande). Un grammo di sodio fa perdere con le urine circa 20 mg di calcio, aumentando notevolmente il fabbisogno di calcio per il ripristino della calcemia che altrimenti avverrebbe attingendo alla riserva ossea. Oltre alla dieta è fondamentale il ruolo dell'attività fisica, in grado di modificare favorevolmente il rimodellamento scheletrico attraverso la stimolazione della funzione degli osteociti, cellule presenti nell'osso in grado di rispondere agli stimoli meccanici provenienti dal muscolo (vengono appunto definiti meccanorecettori) e quindi di esercitare una funzione di coordinamento dei processi di rinnovamento della matrice scheletrica. Questa attività protettiva dell'esercizio fisico è particolarmente rilevante durante la fase di accrescimento scheletrico, quando sono attivi quei processi di modellamento che esitano nella deposizione di osso nuovo e nel raggiungimento del picco di massa ossea in età adulta.

Divulgare i vantaggi di un buon comportamento alimentare e di adeguata attività fisica, aderente alle semplici raccomandazioni, rientra nella moderna logica di prevenzione e può migliorare la qualità della vita. La prevenzione è possibile con uno "stile di vita" (alimentazione, attività fisica) capace di potenziare la struttura ossea fin dall'età giovanile e poi di rallentarne il declino senile. In questo senso, il compito educativo dovrebbe essere facilitato dalla possibilità di inserire l'educazione alimentare e gli stili di vita in generale in ambito scolastico. ●

Farmaci associati all'insorgenza di osteoporosi

Terapie ormonali
 Glucocorticoidi
 Ormoni tiroidei
 Inibitori dell'aromatasi
 Agenti di soppressione ovarica
 Terapie anti-androgeni
 Tiazolidinedioni
 Farmaci psichiatrici
 SSRI's Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina
 Anticonvulsivanti
 Farmaci cardiovascolari
 Eparina
 Anticoagulanti orali
 Diuretici dell'ansa
 Altre terapie
 Farmaci antiretrovirali
 Inibitori della pompa protonica

Fonte: Mazziotti, Canalis, Giustina *The American Journal of Medicine* (2010) 123, 877-884



Quando acqua e freddo sono amici del cuore

Vogliamo porre attenzione al muscolo cardiaco, proponendovi due approfondimenti ad hoc. Il primo legato al fenomeno fisiologico di diminuzione della componente idrica totale corporea, tipico della terza età, il secondo focalizzato sul contrasto della fibrillazione atriale

Petra Schrott
*Responsabile Marketing
di Sodastream Italia*

Cesare Storti
*Direttore del Servizio
di Elettrofisiologia
e Cardioritmo
dell'Istituto di Cura Città
di Pavia, Gruppo Ospedaliero
San Donato*

I benefici di una corretta idratazione di Petra Schrott

Il corpo umano contiene generalmente acqua per gran parte del suo peso complessivo. Ad esempio, nei neonati l'acqua costituisce circa il 75% del peso corporeo, frazione che si riduce progressivamente fino ad assestarsi intorno al 55-60% circa nell'età adulta. Nelle persone anziane la componente idrica totale corporea diminuisce ulteriormente, sia come valore assoluto che come frazione percentuale, a cui si unisce, per una serie di ragioni che andremo a precisare meglio nelle pagine successive, una significativa diminuzione dello stimolo della sete, come riporta l'European Hydration Institute. La fascia di popolazione con età più elevata è quindi maggiormente a rischio nel risentire dei disturbi legati ad una scarsa idratazione. L'acqua per le persone anziane svolge un ruolo molto importante nei processi di digestione, assorbimento, trasporto di sostanze nutritive, uso di nutrienti ed eliminazione di scorie metaboliche. Non

solo, in termini più generali numerose ricerche condotte a livello internazionale confermano l'importanza e i benefici sull'organismo di una corretta idratazione:

- ad esempio, bere un litro e mezzo di acqua al giorno può ridurre del 24% l'incidenza del tumore alla vescica: è la conclusione di uno studio condotto dalla Brown University (Stati Uniti) per 22 anni su 47.909 soggetti di sesso maschile. Inoltre, secondo uno studio americano condotto per un'associazione dietetica, una corretta idratazione è stata correlata ad una diminuzione del 45% di rischio di cancro al colon;
- bere poco altera la capacità di memorizzare e concentrarsi: uno studio realizzato dai ricercatori del King's College di Londra ha dimostrato che la disidratazione non solo incide sulle dimensioni del cervello, ma anche sul suo funzionamento. Bastano infatti 90 minuti di sudorazione costante per ridurre la materia grigia, al pari

- di un anno di invecchiamento cerebrale; alla Loma Linda University è stato scoperto che gli uomini che bevono due litri di acqua al giorno riducono del 54% i rischi di morire di infarto rispetto a quelli che si fermano a mezzo litro al giorno;
- bere una buona quantità di acqua può diminuire il rischio di un attacco di cuore: uno studio di sei anni dell'American Journal of Epidemiology ha dimostrato che chi beve più di 5 bicchieri al giorno ha probabilità per il 41% in meno di subire un infarto, di coloro che bevevano meno di due bicchieri.

Alla luce anche di queste considerazioni scientifiche emerge quanto sia importante mantenere costante il bilancio idrico: nel corso della giornata infatti l'organismo perde notevoli quantità di acqua (attraverso ad esempio i processi di sudorazione ed escrezione): circa 1.550 ml di acqua si perdono con le urine, 100-300 ml con le feci, 500 ml con la respirazione e 200 ml con la traspirazione cutanea. In condizioni normali, il fabbisogno idrico giornaliero è di circa 30 ml per chilo di peso corporeo, oppure 1 ml per ogni caloria assunta. In pratica ogni giorno sarebbe importante assumere circa un litro e mezzo di liquidi con le bevande, mentre la restante porzione attraverso gli alimenti. Quando queste condizioni non si verificano possono comparire episodi di disidratazione, che risultano particolarmente frequenti proprio nelle persone anziane, le quali hanno una ridotta sensazione di sete e la loro risposta ormonale alla disidratazione è insufficiente. Il principale fattore di rischio è lo scarso apporto di acqua per via orale, ad esempio per mancanza di autonomia, patologie del cavo orofaringeo, a cui può unirsi una riduzione di liquidi determinato da patologie di varia natura, che inducono un aumento della perdita di urine (diabete, ipercalcemia, ipocalcemia). In particolare, per disidratazione si intende una riduzione del volume corporeo di acqua nell'organismo, condizione fisiologica che raggiunge livelli elevati di criticità quando si arriva a perdere il 3% del peso corporeo. Il primo sintomo della disidratazione è la secchezza della bocca, poi, a mano a mano

che questa condizione aumenta, sia la pelle che le mucose diventano secche e asciutte

e compaiono senso di affaticamento, mal di testa, arrossamento della pelle, crampi muscolari, perdita di appetito, intolleranza al calore, apatia. Se lo stato di disidratazione è ancora più critico possono comparire vertigini, nausea, vomito, tachicardia, riduzione dell'attenzione e della capacità di concentrazione. Guardando nello specifico alle diverse possibili fasi del disturbo, una disidratazione dell'1% del peso corporeo si ripercuote sull'attività e sulle performance fisiche dell'organismo. Se il tasso di disidratazione sale al 2%, si riscontrano alterazioni della termoregolazione, del volume plasmatico e comincia ad evidenziarsi la sensazione di sete. Con una disidratazione intorno al 5% compaiono crampi, debolezza, maggiore irritabilità, mentre intorno al 7% si possono riscontrare malessere diffuso, debolezza intensa e persino allucinazioni.

Uno stato persistente di disidratazione può compromettere seriamente sia le capacità fisiche della persona anziana sia quelle mentali, inoltre potrebbe aumentare il rischio di contrarre patologie, anche gravi, quali calcoli renali, tumori del colon e dell'apparato urinario, e il rischio di prolasso alla valvola mitrale. Inoltre, molte persone anziane risultano a rischio disidratazione a causa delle terapie farmacologiche in corso, come uso eccessivo di diuretici, di alcuni farmaci per il cuore e lassativi. Un segno di disidratazione nell'anziano può essere poi legato ad una perdita di peso significativa e rapida, con presenza di febbre, vomito e pressione bassa.

Per fronteggiare il più possibile i disturbi legati

Bere una buona quantità di acqua può diminuire il rischio di un attacco di cuore: uno studio di sei anni dell'American Journal of Epidemiology ha dimostrato che chi beve più di 5 bicchieri al giorno ha probabilità per il 41% in meno di subire un infarto di coloro che bevevano meno di due bicchieri



Uno stato persistente di disidratazione può compromettere seriamente sia le capacità fisiche della persona anziana sia quelle mentali, inoltre aumenta il rischio di contrarre patologie, anche gravi

ad un'idratazione non adeguata è molto importante che gli operatori sanitari e il personale deputato all'assistenza delle persone anziane metta in atto un programma quotidiano ad hoc per garantire un corretto apporto di liquidi nel corso della giornata. A questo proposito, sono disponibili diversi documenti molto utili a disposizione del personale sanitario: uno di questi è ad esempio UK Best Practice, un documento messo a punto dalla Royal Society for the Promotion of Health, in collaborazione con il Royal Institute of Public Health e la National Association of Care Catering, per informare gli operatori sanitari sui rischi della disidratazione e fornire informazioni sulla prevenzione e gestione del soggetto disidratato. Quanta acqua bisogna bere esattamente nel corso della giornata? Una formula utilizzata per calcolare la quantità di liquidi necessaria è la seguente, riportata da IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri:

- 100 ml di liquidi per ogni chilogrammo di peso corporeo per i primi 10 kg;
- 50 ml di liquidi per chilogrammo per i successivi 10 kg;
- 50 ml di liquidi per chilogrammo per i successivi 10 kg;
- 15 ml di liquidi per ogni chilogrammo dopo i 20 kg.

Per prevenire la disidratazione nelle persone anziane, è importante che gli operatori sanitari spieghino prima di tutto l'importanza dell'assunzione di liquidi, senza trascurare di trasmettere queste informazioni ai familiari, ponendo l'accento su quali sono i principali fattori responsabili della disidratazione. Per tenere sotto controllo la quantità di liquidi assunti nel corso della giornata è sempre bene mantenere una documentazione scritta per un monitoraggio più accurato della situazione. Per stimolare l'anziano a bere è inoltre possibile

stabilire insieme al soggetto alcuni obiettivi della giornata relativi all'assunzione di liquidi e verificare di aver raggiunto tali traguardi. Inoltre, se la persona anziana sta assumendo una terapia farmacologica, la somministrazione delle medicine può costituire un'occasione in cui bere almeno un bicchiere di acqua. Questi semplici consigli possono rivelarsi molto utili per mantenere lo stato di benessere generale dell'organismo, con significativi vantaggi per la salute delle persone della terza età. Bere con regolarità nel corso della giornata è un'abitudine molto importante: un approfondimento sul tema è anche l'occasione per chiarire alcuni punti su cui manca da parte del pubblico un'informazione completa ed esauriente. Veniamo al primo punto: l'acqua deve essere bevuta lontano dai pasti? Non necessariamente: l'importante è non esagerare con le quantità durante il pasto, in quanto potrebbero allungarsi i tempi della digestione, mentre un'adeguata quantità di acqua (600 - 700 ml) è utile per favorire i processi digestivi in quanto migliora la consistenza degli alimenti ingeriti. Bere con regolarità nell'arco della giornata può dare benefici anche nel favorire l'assimilazione del calcio da parte delle ossa: il calcio presente nell'acqua viene infatti assorbito dall'organismo. Recenti studi hanno dimostrato che la capacità dell'intestino di assorbire il calcio contenuto nell'acqua è simile a quella relativa al calcio contenuto nel latte: un altro punto a favore dell'importanza di una corretta idratazione, con particolare riferimento ai tanti soggetti, in prevalenza di sesso femminile, che soffrono di osteoporosi. Passiamo ad un altro dubbio: è vero che l'acqua frizzante nelle persone anziane è controindicata? Assolutamente no: non esiste alcun tipo di conferma scientifica al fatto che l'acqua addizionata con anidride carbonica dia problemi all'organismo, al contrario presenta le stesse caratteristiche, proprietà e benefici dell'acqua naturale. La scelta di consumare o meno acqua frizzante è semplicemente una questione di gusti personali. Parlando invece nello specifico di bevande gasate, non è il gas contenuto che può dare problemi quanto la grande quantità di zuccheri presenti. In ogni circostanza, l'importante è non esagerare con



le quantità. A proposito di acqua addizionata con anidride carbonica non mancano diverse altre informazioni, dati scientifici e curiosità, ad esempio:

- L'acqua frizzante ridurrebbe il rischio cardiovascolare nelle donne in post menopausa: l'analisi, condotta da Stefanie Schoppen e pubblicata sul "The journal of nutrition" ha indagato gli effetti che l'acqua frizzante può avere sul rischio cardiovascolare nelle donne in post menopausa. Un campione di donne è stato invitato a bere un litro di acqua naturale al giorno per altri due mesi. Dopo aver bevuto acqua gasata è stato riscontrato nelle donne un calo del 6,8% del colesterolo totale, un calo del 14,8% del colesterolo LDL e un aumento del 14,8% del colesterolo "buono" HDL.
- Una ricerca condotta dal Dipartimento di Nutrizione e Metabolismo del Consiglio Superiore delle Ricerche Scientifiche di Madrid ha rivelato che bere un litro di acqua minerale al giorno abbassa in modo significativo i livelli di colesterolo nel sangue. In particolare, al termine della ricerca è emerso che l'acqua minerale frizzante aveva provocato nei pazienti un abbassamento del livello di colesterolo. In particolare i livelli di colesterolo LDL erano scesi mediamente del 15%, mentre era salita del 9% la quantità del colesterolo HDL che protegge le arterie.
- La presenza di anidride carbonica rende l'acqua frizzante più sicura da un punto di vista igienico per l'azione batteriostatica svolta dalla CO₂.
- L'acqua frizzante, se assunta a digiuno, tampona l'acidità gastrica.

Non solo, secondo un sondaggio recentemente messo a punto da Sodastream sui consumi di acqua nei vari Paesi del mondo è emerso che in Italia, chi possiede un gasatore per uso domestico beve in media un bicchiere di acqua in più al giorno. A questo proposito si può inoltre affermare con sicurezza che l'acqua del rubinetto è assolutamente sicura e controllata, e questo vale anche per le persone anziane. Eppure in Europa nessuno batte gli italiani in fatto di

sfiducia nell'acqua pubblica, la quale in realtà è assolutamente ingiustificata. Lo dimostra una ricerca condotta per conto di Altroconsumo, realizzata prelevando 35 campioni di acqua da altrettante fontanelle pubbliche in tutti i capoluoghi di Regione e in altri centri particolarmente popolosi. Il risultato è stato chiaro: in Italia l'acqua del rubinetto è buona e di alta qualità. Pochi sanno che tutte le virtù dell'acqua decantate da molte pubblicità sono comuni a gran parte dell'acqua potabile di rubinetto, che per inciso è oligominerale nella grande maggioranza dei casi e non ha tutto il calcio e il sodio che si vuole far credere. In particolare non bisogna dimenticare che per diversi parametri (come alluminio, vanadio e ferro) esistono limiti di legge vincolanti e stringenti per l'acqua del rubinetto, la quale è soggetta a parecchie restrizioni e controlli severi e frequenti. Si tratta di parametri fissati per tutelare la salute dei cittadini, il cui rispetto è certificato dalle ASL. Insomma, l'acqua del rubinetto, per la sua qualità, è un patrimonio prezioso da preservare. La Commissione Europea a questo proposito ha imposto stop a tutte le deroghe del caso, costringendo di fatto gli acquedotti italiani a mettere in atto interventi mirati per rendere potabile e igienicamente sicura l'acqua consegnata ai cittadini. Così in molte Regioni la situazione è progressivamente migliorata, a dimostrazione che la questione della non conformità dei valori ai parametri di qualità può essere affrontata e risolta con investimenti e interventi opportuni, senza ritardi. Le acque potabili più apprezzate, sicure dal punto di vista igienico e più ricche di minerali sono quelle provenienti da falde acquifere profonde, e in Italia il 70% delle acque potabili ha questa origine. Tuttavia, per sopperire ai crescenti bisogni di acqua potabile dei centri abitati più popolosi spesso si è costretti ad attingere a falde più superficiali, a fiumi e laghi. Per esempio l'acquedotto di Ferrara preleva acqua dal fiume Po, mentre quello di Como ha come principale fonte di approvvigionamento l'acqua del lago omonimo. Queste acque richiedono maggiori trattamenti per la loro depurazione e potabilizzazione, con l'aggiunta di cloro, il cui retrogusto tuttavia scompare rapidamente.

Il freddo che salva il cuore di Cesare Storti

La fibrillazione atriale è il disturbo del ritmo cardiaco più diffuso in assoluto, è caratterizzato da un battito irregolare e accelerato, che impedisce la corretta funzione di pompaggio del sangue da parte del cuore. Basti pensare che solo nel nostro Paese ne soffre una persona su 200 tra i 50 e i 60 anni e circa il 10 per cento della popolazione over 80.

Oltre ad essere invalidante per i sintomi che l'aritmia provoca, la fibrillazione atriale espone chi ne è affetto a un alto rischio trombotico. Il movimento scorretto e caotico del cuore di chi ha la fibrillazione atriale può infatti generare un ristagno di sangue all'interno delle cavità cardiache e tale ristagno può portare alla formazione di coaguli che rischiano di essere poi immessi nella circolazione e provocare un ictus.

I soggetti con fibrillazione atriale hanno infatti un rischio di ictus 5 volte superiore a quello della popolazione generale e le forme di stroke secondarie a questa aritmia tendono ad essere molto gravi. I pazienti con fibrillazione atriale devono essere sottoposti a una terapia con farmaci anticoagulanti per proteggerli, quanto più possibile, dal rischio di ictus ischemico. La fluidificazione del sangue tuttavia presenta diversi inconvenienti ed espone i pazienti a un rischio più alto di emorragie e ad alcune limitazioni nella vita quotidiana per evitare l'esposizione a traumi. Oltre alla terapia con anticoagulanti, nei pazienti sintomatici, è necessaria una terapia antiaritmica per controllare e prevenire la fibrillazione atriale, ma tale terapia anche quando è efficace, non essendo risolutiva, deve comunque essere assunta per tutta la vita.

L'esigenza di un trattamento in grado di risolvere definitivamente la fibrillazione atriale, ha promosso negli anni la ricerca e lo sviluppo di soluzioni interventistiche volte a distruggere i tessuti da cui si origina l'aritmia, bloccando il "cortocircuito" elettrico del cuore. Si è così sviluppata la ablazione transcatetere e dapprima è stata utilizzata la tecnica con radiofrequenza "a caldo", ma negli ultimi anni è stata introdotta la crioblazione cioè l'ablazione "a freddo" – in cui il nostro gruppo ha creduto fin da subito impegnandosi, tra i primi in Italia, per il suo sviluppo e la sua diffusione.

La crioblazione sfrutta l'energia del freddo, a differenza della radiofrequenza (considerata energia a caldo), lo standard impiegato fino a qualche anno fa. L'intervento consiste nell'introdurre un catetere sottile nella vena femorale, all'interno del quale viene fatto scorrere un palloncino gonfiabile fino a raggiungere la cavità sinistra del cuore. Una volta posizionato sui tessuti responsabili dell'aritmia, il palloncino viene ghiacciato a una temperatura di $-40/50^{\circ}\text{C}$, in grado di eliminarli. I vantaggi sono una riduzione della tempistica dell'operazione, che si attesta attorno all'ora e mezzo, rispetto alle tre-quattro ore necessarie con la radiofrequenza e un profilo di sicurezza addirittura migliore offrendo ai pazienti un recupero più veloce e un rischio minore di recidive. Si pratica in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e ha una soglia di successo dell'80%.

La metodica è indicata per pazienti sintomatici, al di sotto dei 70-75 anni, quando la terapia farmacologica del controllo del ritmo ha dato scarsi risultati. In generale, non ci sono controindicazioni, ma è da evitare in concomitanza di patologie gravi come insufficienza renale avanzata, in presenza di protesi valvolari cardiache di tipo meccanico e di importanti malattie vascolari. Dolo la procedura, i pazienti vengono tenuti in osservazione per un paio di giorni in ospedale e poi dimessi. Nella settimana successiva, devono evitare di fare sforzi, ma possono riprendere qualsiasi tipo di attività sedentaria. Per un paio di mesi, devono continuare il trattamento farmacologico intrapreso prima dell'ablazione, che successivamente si potrà iniziare a ridurre, valutando i risultati ottenuti. ●

Il movimento scorretto e caotico del cuore di chi ha la fibrillazione atriale può infatti generare un ristagno di sangue all'interno delle cavità cardiache e tale ristagno può portare alla formazione di coaguli che rischiano di essere poi immessi nella circolazione e provocare un ictus

Proteggere i dati sensibili delle strutture

Nelle strutture assistenziali è fondamentale garantire la sicurezza dei dati sensibili degli ospiti. Proprio per questo l'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche ha avviato un aggiornamento dei sistemi di protezione per i propri database. Vediamo di cosa si tratta

Sergio Piersantelli
Direttore Area Sistemi
Informativi ASUR Marche

Dalla tecnologia una protezione all'avanguardia per i sistemi informatici in strutture e residenze sanitarie ASUR Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale ha avviato un aggiornamento dei processi gestionali su scala regionale tramite l'integrazione di soluzioni di sicurezza informatica per le e-mail capaci di abbattere il crescente spam, alleggerire i mail servers, ridurre al minimo gli interventi del reparto IT e installare una soluzione che garantisca alta affidabilità.

ASUR Marche, in qualità di punto di riferimento sanitario

per l'area marchigiana, assiste quotidianamente allo scambio di comunicazioni mail, spesso contenenti dati sensibili. Integrando in un'unica struttura diverse unità sanitarie locali, rappresenta un'esperienza esclusiva nell'ambito dell'organizzazione della Sanità italiana. Regione Marche è stata tra le prime in Italia ad installare una rete IT per le ASL ed in generale per la Sanità locale e la protezione delle oltre 20.000 caselle di posta elettronica dell'Azienda Sanitaria, operazione rilevante per la sicurezza e la salvaguardia delle informazioni contenute. Per questa ragione, nel 2015 ASUR ha deciso di passare da una gestione dei server Exchange in carico a Regione Marche ad una soluzione del tutto autonoma. In aggiunta, ha operato anche la migrazione da server fisici ad ambiente virtuale VMware, con integrazione di uno storage dedicato espressamente per la posta elettronica.

ASUR presenta in questa intervista il percorso che ha portato oggi a dotarsi di un sistema di

posta elettronica a prova di spam. La posta elettronica ha assunto nel tempo un ruolo cruciale nel progetto ASUR. Se si considera che il numero delle caselle e-mail è passato in pochi anni da 3-4.000 mailbox a 20.000, risulta comprensibile come con il crescere del numero di mailbox siano emerse le prime esigenze di aumento del livello di sicurezza, tanto da introdurre una prima soluzione antispam basata su appliance hardware. Sergio Piersantelli, direttore Area Sistemi Informativi ASUR Marche, ha dichiarato in merito come: "Ben presto ci siamo resi conto che la soluzione antispam originale basata su hardware appliance era arrivata al limite del suo utilizzo, tanto da aprire un confronto con la consulenza del partner tecnologico Dinets per identificare la soluzione più idonea alle nostre esigenze e che parimenti avesse il miglior rapporto qualità/prezzo". A partire dalla primavera 2015, Dinets ha quindi coinvolto nel progetto Libraesva, società italiana specializzata nel settore. La nuova proposta è stata quindi basata su di un cluster active-active Libra ESVA completo di opzione SMTP Policy Quota e secondo motore di scan-

sione antivirus BitDefender, da implementare sull'architettura VMware. "La fase di messa in produzione e tuning del sistema ha richiesto del tempo, anche per via dell'interazione con la struttura di sicurezza di Regione Marche – continua Piersantelli – ma immediatamente il livello dello spam giornaliero è sceso drasticamente, come pure quello dei falsi positivi". Conclude Piersantelli "Uno dei motivi per la scelta della soluzione Libra ESVA è stata certamente la disponibilità di Libraesva nel poter testare per un periodo adeguato il prodotto con tutte le funzionalità e le opzioni, comprensive del cluster active-active e del motore di scansione aggiuntivo BitDefender". ●

Ci siamo resi conto che la soluzione antispam originale basata su hardware appliance era arrivata al limite del suo utilizzo, tanto da aprire un confronto con la consulenza del partner tecnologico Dinets per identificare la soluzione più idonea alle nostre esigenze



Sarcopenia, tra prevenzione e riabilitazione

La perdita involontaria del muscolo scheletrico può essere in parte contrastata da un attento lavoro fisioterapico condotto da professionisti esperti. Seguiamo Michele Passuello nell'analisi del come un regolare esercizio fisico può essere di giovamento, soprattutto in terza età

Michele Passuello
Fisioterapista, libero
professionista, Vicenza



Il paradigma bio-psico-sociale definisce la fragilità come “uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite di uno o più domini funzionali, causati dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute” (Gobbens et al. 2010).

La sarcopenia è un processo fisiologico, che comporta la perdita involontaria del muscolo scheletrico e colpisce indistintamente tutti i soggetti, con perdita di massa muscolare annua stimata dallo 0.34% all'1.28% dai 30 ai 70 anni (Rosemberg IH. 1988).

Fisiopatologicamente la sarcopenia è caratterizzata dalla diminuzione delle fibre muscolari di tipo I e II, dall'accorciamento dell'ottimale orientamento delle fibre muscolari con modificazione dell'angolo di pennazione del muscolo e denervazione delle fibre muscolari. Ciò comporta la perdita delle unità motorie alfa e fibre nervose a conduzione rapida che trasmettono l'impulso alle fibre di tipo

II, importanti nella correzione delle abitudini posturali, nonché nella capacità di muoversi con destrezza e abilità.

A ciò si associa l'aumento del quantitativo di grasso all'interno del muscolo (Fig. 1) (Rolland Y et al. 2008).

La sarcopenia è dovuta a molti fattori (stile di vita, fattori ormonali, nutrizionali, geneti-

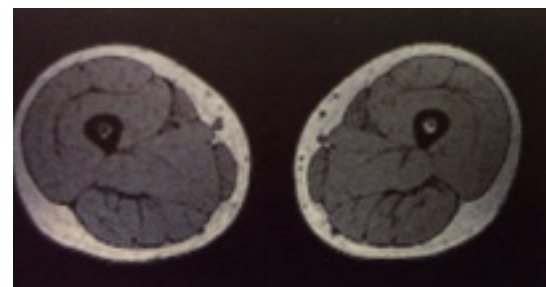


Fig. 1. A sinistra muscolo normale, a destra muscolo affetto da sarcopenia

ci) che concorrono a creare un circolo vizioso che porta alla fine alla sregolazione delle componenti muscolari con perdita di massa e forza. Questo può a sua volta portare a disabilità, dipendenza, morbilità e mortalità nel peggiore dei casi.

Data la multifattorialità della condizione sistemica, è necessaria una presa in carico globale della patologia; questo presuppone l'intervento di più figure professionali coordinate tra loro.

Tra le varie figure c'è il fisioterapista, che ha il compito di prevenire la comparsa della sarcopenia e provvedere alla riabilitazione (DM 14/09/1994 n° 71).

Riabilitare implica ridurre al massimo il deficit che rende meno abile una persona, sfruttando al massimo le funzioni rimaste integre per poter garantire una vita dignitosa al soggetto. Il concetto di riabilitazione si basa sulla constatazione che un evento morboso non si esaurisce nel ciclo danno-terapia-guarigione o morte, ma talora porta ad una menomazione o ad una disabilità che rischiano di trasformarsi in uno svantaggio esistenziale permanente.

Il primo passo fondamentale per riabilitare è farlo in modo scientificamente corretto; questo permette al fisioterapista di essere un bravo operatore sanitario, ma soprattutto è l'unico modo a disposizione per poter dare al paziente il giusto aiuto.

Esistono ad oggi, in letteratura, moltissimi studi e revisioni sistematiche che parlano di

sarcopenia e riabilitazione, bisogna saperli cercare e saperli utilizzare in modo appropriato.

Tutti gli studi presenti sono concordi nel dire che l'allenamento della forza e della resistenza, o la combinazione delle due modalità, porta beneficio al soggetto anziano.

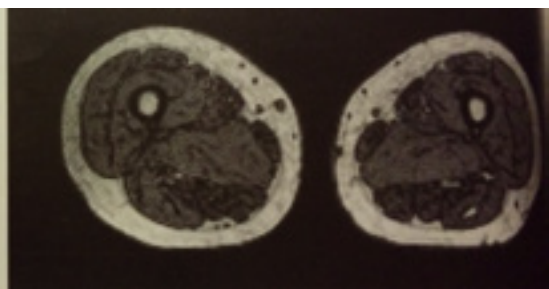
La letteratura ci dice che l'allenamento alla forza:

- è quello più utilizzato e più efficace, fornendo ottimi risultati e benefici alla popolazione e mantenendo i suoi effetti nel tempo;
- incrementa le capacità cognitive, volitive e migliora lo stato di salute generale e il benessere del soggetto (*Brown L. et al. 2008*);
- stimola l'ipertrofia, favorisce l'aumento della massa e della forza muscolare, migliora l'adattamento neuromuscolare e molti parametri della condizione di fragilità del soggetto, come la velocità della marcia, il tempo di alzata da una sedia o salire e scendere le scale (*Jones TE. et al. 2009*);
- migliora le prestazioni fisiche e consente una vita più attiva e indipendente (*Frischknecht R. et al. 1998*);
- sembra essere relativamente sicuro anche nei soggetti con più comorbidità (*Garcia M. 2012*).

Strasser et al. nel 2009 dimostrano che le caratteristiche dell'allenamento per promuovere benefici a livello dell'organismo sono:

- 60-80% di 1RM (massimo peso che può essere alzato una sola volta compiendo tutto il ROM) enfatizzando il movimento eccentrico;
- da 3 a 6 serie per gruppo muscolare;
- 10/15 ripetizioni per serie;
- frequenza massima di 3 volte la settimana.

Tutti gli studi presenti sono concordi nel dire che l'allenamento della forza e della resistenza, o la combinazione delle due modalità porta beneficio al soggetto anziano



Essendo però la sarcopenia una condizione sistemica, è indispensabile riabilitare non solo il muscolo scheletrico, ma è importante valutare e trattare anche l'aspetto cardiovascolare, respiratorio e propriocettivo che possono risultare alterati.

Landi et al. nel 2013 dimostrano come l'esercizio aerobico è importante ed indicato per aumentare e mantenere la massima potenza aerobica.

La cyclette, la corsa, il cammino, il nordic walking, il nuoto, danno risultati a livello cardiovascolare migliorando la sensibilità all'insulina e la sintesi proteica; diminuiscono l'infiammazione e lo stress ossidativo, danno beneficio a soggetti con diabete, ipertensione, osteoporosi.

Inoltre, l'esercizio aerobico aumenta la disponibilità di ossigeno e il VO_2 max dando risultati vantaggiosi a livello del sistema cardio vascolare e muscolo-scheletrico, con un aumento della capillarità e maggiore disponibilità di ossigeno con benefici a livello mitocondriale.

Forte et al. nel 2013 indicano inoltre come l'esercizio fisico apporti modificazioni anche alle funzioni cognitive, dimostrando come lo spettro d'azione di tale strategia terapeutica possa comportare benefici multidirezionali in una condizione multidimensionale.

Certo, nella letteratura attuale, ma più semplicemente nell'EBM in generale, "la popolazione utilizzata" ai fini di studio appartiene sempre ad un campione determinato, con caratteristiche specifiche e molte volte i pazienti con cui ci si trova dinnanzi non hanno nulla a che fare con il gruppo di studio scelto per il trial.

Parimenti, la letteratura è molto varia e il fisio-

terapista deve, tramite l'aggiornamento e la conoscenza, saper individuare efficacemente le fonti di interesse per poter programmare correttamente l'allenamento: giusta intensità e modalità, nonché il numero di ripetizioni, la durata e la frequenza dello stesso.

L'altro aspetto del profilo professionale del fisioterapista è la prevenzione, che implica "compiere un'azione che ne anticipa un'altra; o agire in modo da ostacolare qualcosa che può avere conseguenze negative".

Il buon fisioterapista ha nel proprio bagaglio tutti i mezzi per valutare il soggetto in primis ed in seguito intervenire per prevenire.

È la letteratura che ancora una volta ci aiuta indicandoci alcuni strumenti e misure di valutazione/outcome (Roger A. Fielding 2014) e la relazione, il confronto, l'approccio multidisciplinare con altre figure di competenza (es. terapeuta occupazionale).

È buffo pensare non tanto alla prevenzione, quanto alla riabilitazione, quando si parla di sarcopenia.

Sì, perché, come detto inizialmente, la sarcopenia è un processo che colpisce tutti i soggetti indistintamente e sapendo come sarà l'evoluzione, sarebbe più ovvio pensare di anticipare e rallentare il più possibile la disabilità e la possibile ospedalizzazione che ne comporta, con tutti i rischi del caso, piuttosto che attuare una strategia riabilitativa in seguito.

Nel territorio nazionale esistono molte strutture destinate alla riabilitazione dell'anziano: RSA, IPAB per citarne qualcuna. Tutte molto affollate in cui un terapeuta arriva a seguire anche più di 10 pazienti.

Si ha a che fare con pazienti che hanno subito interventi come la protesizzazione dell'anca, ginocchio, spalla e con pazienti che hanno subito fratture a vari livelli (femore principalmente), pazienti che giungono da casa (difficilmente), prevalentemente dall'ospedale.

Ma in ospedale le liste di attesa per un'operazione di protesizzazione (contare che prima dell'intervento ci sono le visite specialistiche, le indagini diagnostiche, ecc) sono lunghe e questo aumenta l'immobilità del soggetto anziano che, essendo al proprio domicilio

Nel territorio nazionale esistono molte strutture destinate alla riabilitazione dell'anziano: RSA, IPAB per citarne qualcuna. Tutte molto affollate in cui un terapeuta arriva a seguire anche più di 10 pazienti

RistoSano®

la soluzione ideale per le diete omogeneizzate



CARATTERISTICHE: preparazione istantanea - attrezzature in comodato d'uso - ampia varietà di ricette
ingredienti naturali - NO OGM, olio di palma, glutammato - pianificazione nutrizionale - personalizzazione dei menù

VANTAGGI: densità e omogeneità costanti - qualità organolettica costante - disponibilità 24 ore su 24
migliori apporti nutrizionali - assenza di manipolazione e minor rischio igienico - meno spreco - meno costi

TIPOLOGIE di PIATTI OMOGENEIZZATI: vellutate di verdura - paste - carne - pizze - piatti dalle regioni d'Italia
ricette internazionali - piatti unici - mousse di frutta - dessert - bevande gelificate - latte e biscotti - cappuccino e biscotti



info@iosano.com tel. 0187 832305 www.iosano.com



La sarcopenia è un processo fisiologico e in quanto tale colpisce tutti i soggetti, anche in assenza di patologie associate, le quali però potrebbero portare ad un declino più repentino della massa e della funzionalità muscolare

con algie, è costretto a rimanere a letto per limitare il dolore.

Questo chiaramente può solo implementare la condizione di fragilità e sarcopenia!

Questo comporta anche un certo affollamento nei reparti di ortopedia (dove il paziente vede il fisioterapista per un semplice "buongiorno"), nelle strutture di assistenza intermedia dove è possibile dedicare poco tempo ai nostri anziani.

Questo "meccanismo" dei costi di gestione folli, comporta una diminuzione della qualità della vita del

soggetto, il rischio di sviluppare altre patologie potenzialmente fatali, la possibilità di avere ripercussioni anche a livello psicologico.

È normale quindi chiedersi: "Perché?"

Perché quei soldi non si possono investire per attuare strategie preventive?

Di idee ce ne sarebbero tante... di giovani fisioterapisti volenterosi e capaci pure; di possibilità poche, perché rivoluzionare un sistema costa fatica e comporta investimenti che non fruttano nell'immediato.

Ma ci possono essere comunque delle strategie da attuare che sicuramente funzionerebbero.

Per concludere è possibile dire che:

- la sarcopenia è un processo fisiologico e in quanto tale colpisce tutti i soggetti, anche in assenza di patologie associate,

- le quali però potrebbero portare ad un declino più repentino della massa e della funzionalità muscolare;
- esistono molti studi sul trattamento della sarcopenia. I trials clinici però si rifanno ad una popolazione con determinate caratteristiche, "controllate", che difficilmente sono riscontrabili nella quotidianità;
 - il FT deve conoscere le comorbidità, sapendole gestire al fine di "tarare ad hoc" un corretto allenamento tenendo conto delle "linee guida" presenti in letteratura;
 - le sessioni di allenamento dovrebbero essere programmate anche nei pazienti istituzionalizzati, con sale di riabilitazione aventi dispositivi che consentano l'allenamento della forza muscolare;
 - l'obiettivo dell'allenamento è quello di garantire il massimo beneficio, anche a

domicilio, per poter mantenere effetti duraturi nel tempo;

- è fondamentale la prevenzione per prevenire l'ospedalizzazione, ridurre l'aumento dei costi sanitari, nonché disabilità e dipendenza;
- importante la presa in carico, globale, la valutazione con strumenti validati e semplici e la gestione multidisciplinare;
- maggiore considerazione e responsabilizzazione nel trattamento del soggetto anziano.

"La fragilità non è una controindicazione all'attività fisica, ma la ragione alla prescrizione dell'esercizio fisico.

Il regolare esercizio fisico è l'unica strategia atta a prevenire la fragilità, ridurre la sarcopenia aumentando le funzioni fisiche degli anziani" (Roger A. Fielding 2014). ●

Nuovi strumenti eHealth per la cura della depressione

Porre attenzione al fattore psicologico è estremamente importante soprattutto nei soggetti anziani. Vi parliamo oggi del progetto MasterMind, una iniziativa pilota che mira ad implementare soluzioni innovative di teleassistenza per il trattamento e il monitoraggio di soggetti adulti con disturbi di depressione

Gerardo Favaretto
Direttore Dipartimento
Salute Mentale
ULSS 9, Treviso



Silvia Mancin
Project Engineer
Arsenàl.it



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che la depressione sarà la principale causa di disabilità entro il 2030. Tristezza, perdita di interesse o di piacere nel fare qualunque attività, bassa autostima, disturbi del sonno o appetito, scarsa concentrazione sono alcuni degli stati d'animo e fisici con cui deve convivere una persona affetta da depressione. Ma non solo. Il Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'OMS riporta che "le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Per esempio, persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV),

Il Ministero della Salute, inoltre, evidenzia che in Italia, la prevalenza della depressione maggiore e della distimia nell'arco della vita è dell'11,2%, maggiore nelle donne rispetto agli uomini. Sempre in Italia solo il 29% delle persone che vivono con la depressione ricorrono ad un trattamento nello stesso anno in cui si verificano i sintomi¹.

Un ulteriore problema legato alla depressione, condiviso con gli altri disturbi mentali e della sfera emotiva, è il cosiddetto "gap" di trattamento, ovvero la differenza fra i casi effettivamente trattati e diagnosticati e quelli che si presumono essere presenti nella popolazione generale secondo le più affidabili stime di prevalenza. Si calcola che, in assenza di specifici screening con strumenti affidabili, venga identificato solo il 50% dei casi².

¹ Ministero della Salute 2013, studio ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorder)

² Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis, Mitchell AJ, Vaze A, Rao S, Lancet 2009 aug 9690, pgg. 609-19

questo significa che molte persone possono scambiare le loro difficoltà legate al disturbo depressivo con altri eventi della vita o con malattie fisiche, e a causa di questo non ricevere trattamenti adeguati. In altri casi, a fronte del peggioramento dei sintomi, si persiste in accertamenti e trattamenti per altri disturbi inducendo il paziente a effettuare accertamenti diagnostici anche impegnativi senza che ve ne sia la reale necessità.

Le conseguenze della depressione si ripercuotono sia sulla sfera familiare sia su quella lavorativa, impattando fortemente sulla qualità di vita della persona malata e di quanti la circondano. In questa prospettiva, il Dipartimento di Salute Mentale di Treviso, grazie al progetto europeo MasterMind sta sperimentando soluzioni innovative di teleassistenza per il trattamento e il monitoraggio di soggetti adulti con disturbi depressivi per verificare se queste possano apportare benefici al processo di cura.

L'impegno del progetto si concentra su più fronti: da un lato supportando i Medici di Medicina Generale (MMG) nell'identificazione della patologia, anche fornendo loro strumenti adeguati di screening rispetto alle situazioni a rischio³, diminuendo così il ritardo nella diagnosi; dall'altro facilitando la comunicazione e lo scambio di informazioni tra cure primarie e specialistiche e fornendo ai pazienti nuovi strumenti di supporto per la gestione della propria patologia.

L'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale di Treviso

Da circa un anno la ULSS 9 di Treviso è impegnata nella realizzazione di alcuni servizi che contribuiscano a migliorare la situazione. In quest'ottica, anche la Commissione Europea è intervenuta con il progetto MasterMind (Management of mental health disorders Through advanced technology and services- telehealth for the MIND), progetto co-finanziato dal Programma Quadro per l'Innovazione e la Competitività (CIP ICT PSP) dell'Unione Europea. Si tratta di una ini-

ziativa pilota su larga scala che mira ad implementare soluzioni innovative di teleassistenza per il trattamento e il monitoraggio di soggetti adulti con disturbi di depressione.

Avviato nel marzo del 2015, il progetto prevede la sperimentazione di servizi per la salute mentale in 15 regioni europee, coinvolgendo in totale oltre 5.280 pazienti e 141 professionisti sanitari. L'Azienda ULSS 9 di Treviso è uno dei siti pilota del gruppo che, tramite il Di-

Avviato nel marzo del 2015, il progetto prevede la sperimentazione di servizi per la salute mentale in 15 regioni europee, coinvolgendo in totale oltre 5.280 pazienti e 141 professionisti sanitari



³ Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN *Ann Intern Med* 2009 151v 11 793

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è attualmente considerata fra i metodi più efficaci e di evidenza scientifica per trattare alcuni livelli di gravità della depressione

partimento di Salute Mentale ha coinvolto ad oggi i Centri di Salute Mentale di Treviso e Mogliano, una ventina di MMG e una settantina di pazienti. Il Consorzio Arsenà.IT, Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale, ha supportato e supporta ULSS 9 nell'organizzazione e realizzazione dei servizi e nella raccolta dei dati.

Grazie a questa occasione europea sono stati sviluppati in quest'ultimo anno alcuni importanti servizi per i cittadini assistiti della ULSS 9, che potranno infatti beneficiare di una rete tra medici di medicina generale (MMG) e specialisti creata attraverso il Sistema Informativo Territoriale (SIT) e servizi di videoconferenza e di strumenti di auto aiuto, come il servizio di Terapia Cognitivo Comportamentale accessibile online.

Gli strumenti a supporto del MMG

Permettere una precoce individuazione della patologia depressiva ed una efficace programmazione del trattamento già dal primo accesso presso gli ambulatori è l'obiettivo principale dei nuovi servizi messi a disposizione dal MMG. Non bisogna trascurare infatti che il Medico di Medicina Generale è nella maggioranza dei casi il primo punto di accesso per un paziente affetto da depressione. Non essendo associato a uno stigma molto forte, cosa che avviene per psicologi e psichiatri, risulta essere il professionista con cui è più semplice stabilire un primo contatto e, al tempo stesso, quello che può erogare trattamenti brevi per i disturbi più comuni come ansia e depressione.

Nell'ambito del progetto MasterMind è stata data la possibilità al MMG di accedere al Sistema Informativo Territoriale (SIT) e di usufruire di sessioni di videoconferenza con gli specialisti. La condivisione del sistema informativo, in particolare, rappresenta un primo importante punto di partenza ai fini di consolidare

una collaborazione e una integrazione fra l'attività delle cure primarie e quella dei servizi specialistici per la salute mentale

Il SIT della ULSS 9 era fino ad un anno fa riservato ad esclusivo utilizzo della parte specialistica. Ogni paziente in cura presso i due Centri di Salute Mentale di Mogliano e Treviso ha nel SIT una propria cartella clinica in cui gli specialisti registrano l'anamnesi del paziente e le attività diagnostico-terapeutiche praticate. Oggi anche i MMG hanno la possibilità di accedere attraverso il SIT alla cartella specialistica dei propri pazienti coinvolti nel progetto. In questo modo sono sempre aggiornati su anamnesi, diagnosi, terapia farmacologica e prestazioni, direttamente consultando la cartella elettronica. Inoltre, sia i MMG che gli specialisti hanno la possibilità, all'interno di una apposita sezione note, di lasciarsi messaggi, osservazioni e richieste e consultare la risposta del proprio collega in qualsiasi momento.

Un altro importante strumento messo a disposizione dei MMG all'interno del SIT è il questionario Patient Health Questionnaire - PHQ-9. Questo questionario, fra i più noti ed utilizzati per l'individuazione di situazioni a rischio depressivo, permette di effettuare un primo screening utile a identificare i casi di depressione.

Il PHQ-9 è un questionario di semplice somministrazione composto da 9 domande. Ogni domanda ha 4 possibilità di risposta e ad ogni risposta è associato un punteggio. Le domande indagano i principali stati d'animo che caratterizzano la depressione: interesse, qualità del sonno, appetito, sensi di colpa, concentrazione e volontà di farsi del male. Il MMG può utilizzare questo strumento per lo screening, a supporto della diagnosi, per il monitoraggio e la misurazione della gravità della depressione. Di fronte ad una situazione valutata clinicamente sospetta, la somministrazione del PHQ si rivela utile nell'identificare le situazioni a rischio diversificate a seconda del punteggio finale: punteggi tra 5 e 9 possono indicare la presenza di sintomi depressivi più lievi, un punteggio tra 10 e 14 può suggerire la diagnosi di depressione di minore intensità, tra 15 e 19 depressione moderata, mentre con un punteggio maggiore

di 20 si ipotizza un quadro depressivo severo.

Il PHQ aiuta dunque il MMG a individuare precocemente i sintomi depressivi e, in tutti i casi in cui lo ritiene opportuno, gli permette di contattare lo specialista per chiedere supporto nell'interpretazione del risultato del questionario, o per confrontarsi per il corretto trattamento da proporre al paziente. La richiesta di supporto può avvenire direttamente attraverso il SIT, il telefono o la videoconferenza, che è un altro servizio a disposizione dei MMG per aumentare le possibilità di comunicazione con i Servizi per la Salute Mentale.

Tutti i MMG partecipanti al progetto che non ne avessero già a disposizione, sono stati dotati di sistemi audio e telecamera per partecipare alle sessioni di videoconferenza. La sessione può venire richiesta dal MMG perché ha necessità di discutere un caso particolare con lo specialista, oppure può avvenire negli appuntamenti programmati una volta al mese in cui MMG e specialista possono discutere insieme di tutti i casi, del loro trattamento e dell'eventuale necessità di nuove azioni da intraprendere.

Integrazione con il Sistema Informativo Territoriale, questionari di screening e diagnosi, e videoconferenza sono tutti servizi realizzati con l'obiettivo di creare una rete efficace tra i MMG e gli specialisti per dare la possibilità al MMG di essere sempre aggiornato sulla storia clinica del proprio paziente, senza che sia solo il paziente l'unico mezzo di trasferimento dell'informazione. In questo modo, il MMG è supportato nel fare diagnosi precoci e, conseguentemente, nell'individuazione del corretto trattamento.

Gli strumenti a supporto del paziente

Innovazioni importanti anche dal punto di vista terapeutico sono state introdotte per i pazienti coinvolti nel progetto. Strumenti di auto-aiuto basati sulle nozioni di Terapia Cognitivo Comportamentale sono proposti online e permettono oggi ai soggetti di riconoscere meglio i propri sintomi e di imparare a gestirli.

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è attualmente considerata fra i metodi più efficaci e di evidenza scientifica (American Psychiatric Association, Practice guidelines for the treatment for patients with major depressive disorder, 2010) per trattare alcuni livelli di gravità della depressione⁴. La teoria su cui si basa la CBT è che i problemi emotivi siano dovuti principalmente a credenze disfunzionali. Le credenze, ossia le connessioni che ogni individuo crea tra gli eventi esterni e le proprie opinioni, diventano disfunzionali quando non elaborano correttamente le informazioni a causa dell'attivazione di errori cognitivi. Non sarebbero quindi gli eventi in sé a creare problemi psicologici, emotivi e di comportamento, ma il modo in cui la persona li interpreta con le proprie costruzioni cognitive. Una volta identificate quindi le credenze scorrette e maladattative è importante aiutare il paziente anche a sperimentare concretamente, nella realtà, nuovi atteggiamenti e una minore reattività agli stimoli, che determinano quindi una diminuzione dei sintomi.

Rendere la CBT accessibile online significa dare ai pazienti la possibi-

lità di accedere a un supporto terapeutico anche da casa propria e nei momenti ritenuti più adeguati. Per tutti i pazienti che non hanno un computer, o che hanno difficoltà ad usarlo, il Dipartimento di Salute Mentale ha messo a disposizione due stanze con due computer e due psicologi che possono supportare i pazienti che ne hanno necessità.

Attraverso la terapia online i pazienti possono controllare in autonomia il proprio umore ed effettuare le attività quotidiane suggerite. Ai pazienti vengono fornite da parte del personale dei due Centri di Salute Mentale di Treviso e Mogliano una username e password che permettono di accedere al software online semplicemente accedendo a un link. Durante l'incontro di consegna delle credenziali di accesso il personale specialistico spiega al paziente la terapia e illustra tutti i passaggi per utilizzare l'applicativo online.

Una volta fatto il primo accesso il paziente ha a disposizione una serie di strumenti, quali: materiale informativo sulla depressione, sui suoi sintomi e cause, sui rimedi e la spiegazione della terapia cognitivo comportamentale; moduli di auto-aiuto che spiegano al paziente la situazione che sta vivendo e le relazioni che possono intercorrere tra le sue emozioni e la sua vita quotidiana; fogli di lavoro in cui viene richiesto al paziente di raccontare attivamente le proprie giornate in base ai propri stati d'animo, alle reazioni avute, alla qualità del sonno, alle pianificazioni per il futuro, etc., e infine strumenti per il monitoraggio dell'umore.

I moduli di auto-aiuto sono 9, di cui 6 principali e 3 aggiuntivi. I primi due moduli aiutano il paziente a capire come i propri pensieri, emozioni e azioni siano tra loro legati. I moduli 3 e 4 sono un supporto perché il paziente diventi più attivo, ricominciando a praticare attività che lo interessino e che ne migliorino l'umore. I moduli 5 e 6 sono dedicati ai pensieri negativi, a come gestirli e alla spiegazione di come essi influenzino il modo in cui gli eventi vengono vissuti. I tre moduli aggiuntivi offrono consigli utili sulla dieta e su attività atte a favorire il benessere (modulo 7), mentre gli ultimi due sono più specifici per giovani che presentano problemi particolari nelle relazioni interpersonali.

Acquisite le necessarie informazioni sui vari

aspetti della malattia vengono proposti al paziente 7 fogli di lavoro che rappresentano la parte pratica e fattiva della teoria spiegata nei moduli. In essi il paziente tiene traccia delle proprie attività giornaliere, dell'andamento del proprio sonno e delle azioni messe in atto per gestire i pensieri negativi.

I pazienti non vengono lasciati da soli in questa attività, ma sono seguiti dal personale dei due Centri di Salute Mentale che li supportano in tutto il percorso, attraverso incontri finalizzati a capire se il paziente stia seguendo quanto proposto nella terapia e, nel caso non lo stesse facendo, cercare di individuarne le motivazioni e le soluzioni.

I prossimi passi

L'esperienza dell'ULSS 9 si colloca, come precedentemente descritto, in una più ampia iniziativa di respiro europeo. Sono 15 le diverse regioni che partecipano al progetto MasterMind e alcune di esse sono tra le più avanzate nel campo dell'eHealth per la gestione delle patologie mentali. L'obiettivo della sperimentazione europea è dunque di dare ai pazienti nuovi strumenti di sostegno nella gestione della loro malattia, per migliorare la qualità della loro vita e di quella di chi li circonda e, al tempo stesso, di rendere più efficace la collaborazione tra le cure primarie e secondarie.

Durante il periodo di follow-up saranno raccolti alcuni dati relativi sia ai pazienti arruolati sia ai professionisti coinvolti nell'erogazione dei servizi. Tali dati permetteranno di svolgere un'analisi di Health Technology Assessment (HTA), che sarà realizzata da Arsenà.IT alla fine del progetto, con lo scopo di valutare l'impatto organizzativo, economico e sociale dei servizi proposti, in ottica di implementazione su larga scala dei servizi.

Il progetto terminerà a marzo del 2017 e come risultato finale si prefigge di identificare le barriere e i fattori di successo per la realizzazione di servizi di sanità digitale per la cura di pazienti affetti da depressione che migliorino anche la collaborazione fra cure primarie e servizi per la salute mentale, grazie alla condivisione di informazioni e a un approccio alla relazione fra professionisti più agile e immediato. ●



91.77 Poltrona

Poltrona meccanica a 2 motori con movimento indipendente dello schienale e della pediera, con alzata persona/LIFT il tutto azionato da una pulsantiera a 4 tasti. Portata max 130 kg. Struttura in legno e pannelli di particelle di legno e parti in metallo; meccanismi con attuatori alimentati a bassa tensione, con certificazione "CE". Sfoderabile seduta, dimensione massima apertura cm 160. Rivestimenti disponibili: ecopelle, pelle, microfibra e tessuti antimacchia. Dimensioni cm L 77 x P 94 x 106 h, dimensioni seduta L 50 x P 50 x 47 h (h da terra).

www.mobilsancampania.it



DIANA

Diana è la camera dell'eleganza e dello stile. Superfici lisce e lineari generano spazio e luce, predispongono alla contemplazione e al libero fluire l'immaginazione, in un luogo e in un tempo di tranquillità ritrovata. Comodità, praticità, ergonomia, ma non solo: come per tutti i mobili Givas, nella scrivania e nelle sedie Diana il benessere ha radici più profonde: nasce anche dalla qualità dei legni utilizzati, tutti certificati ecologici.

www.givas.it



TuttiXTe!

L'obiettivo principale di TuttiXTe! è quello di migliorare la gestione, la comunicazione e l'organizzazione delle attività all'interno della struttura, coinvolgendo tutte le figure professionali coinvolte, partendo dall'operatore alla reception, passando per il medico, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sanitario, il personale educativo, ecc. Tutti collaborano attraverso il software per svolgere al meglio le proprie mansioni, mantenendo sempre al centro dell'attenzione gli ospiti della struttura e memorizzando ogni attività svolta in modo da agevolare il monitoraggio e la supervisione da parte della direzione, abbattendo la possibilità di errori o dimenticanze. Tutte le attività relative al soggiorno di un ospite possono essere prese in carico e gestite dal sistema, partendo dalla domanda di ammissione fino ad arrivare alla dimissione. La possibilità di gestire e monitorare le attività da svolgersi, favorendo la cooperazione tra le diverse figure professionali e i flussi di lavoro, rende il software TuttiXTe! lo strumento indispensabile per la gestione e l'innovazione nelle RSA

www.netpolarisrsl.it



Sollevatore PRESENCE

PRESENCE è un sistema di sollevamento con una notevole escursione. L'altezza massima della barra arriva a 1910 mm mentre quella minima a 440 mm da terra. Grande spazio di manovra per l'operatore e per l'ospite. Base motorizzata e grande capacità di sollevamento a 227 kg. Barra di appoggio intercambiabili e possibilità di configurazione a culla. Base rivestita da carter dotato di sagomatura ergonomica per un migliore avvicinamento dell'operatore. Manubrio di spinta ergonomico e di grandi dimensioni.

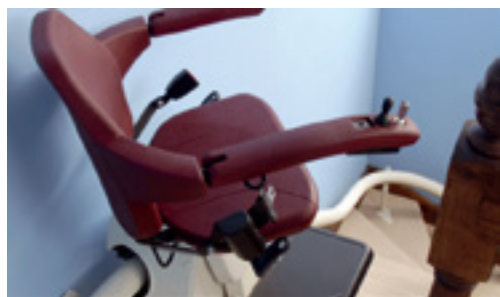
www.caremed.it



Carrozzina elettrica Self TM15

SELF è la carrozzina elettrica sicura e precisa per muoversi in casa con autonomia e senza fatica anche in spazi minimi. SELF è un prodotto brevettato e riconducibile al Sistema Sanitario Nazionale Nomenclatore Tariffario delle Protesi cod. ISO 12.21.27.006. Configurazione standard: telaio rigido saldato in acciaio cromato o verniciato nero, schienale imbottito reclinabile con maniglione, sedile imbottito, alzagambe elevabili regolabili in inclinazione, gruppo pedane verticalizzabile e regolabile in altezza, tappezzeria colori blu o nero in similpelle lavabile, fiancate estraibili con braccioli

www.carrozzinetecmea.it



MONTASCALE PER SCALE CURVE - MOBIDIDO'

La poltroncina montascale mobiDIDO' è stata studiata per rispondere all'esigenza di mobilità in presenza di rampe multiple. Il montascale MOBIVITA rappresenta la soluzione ideale in quanto progettato appositamente per superare ogni tipo di scala, comprese scale curve e scale a chiocciola. Il montascale per scale curve mobiDIDO' si adatta facilmente a qualunque tipo di abitazione e non sono previste opere murarie. Le poltroncine MOBIVITA si distinguono quindi per l'estrema semplicità di installazione e per la loro notevole praticità di utilizzo. I nostri montascale sono in grado di garantire salite e discese sicure e comode anche sulle scalinate più complesse. In qualità di specialisti della mobilità, offriamo opzioni personalizzabili quali ad esempio rotazione motorizzata di sedile e macchina, braccioli avvolgenti per una guida più ergonomica, curve di parcheggio più strette per un minore ingombro della scala. Grazie alla vasta gamma di sedili, guide e colori disponibili, mobiDIDO' è in grado di adeguarsi facilmente alle vostre esigenze strutturali, estetiche e di design.

www.mobivita.it

COMITATO CONSULTIVO

Fulvio Basili, Direttore generale del Gruppo Ecosafety - consulente tecnico dell'INAIL

Nevio Boscarol, Responsabile Economico Servizi e Gestionale UESG - ARIS

Maria Bosco, Medico Geriatra, Asl RmE

Gabriella Casu, Membro Consiglio Direttivo AITO

Gilberto Cherri, Referente nazionale GIS (gruppo di interesse specialistico) fisioterapia geriatria.

Francesco Della Gatta, Past President Associazione Italiana Terapisti Occupazionali - AITO

Simonetta Del Signore, Membro Consiglio Direttivo AITO

Pietro A. Migliaccio Medico Nutrizionista, presidente della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione (S.I.S.A.)

Michele Senatore, Presidente AITO

Giovanni Sallemi, Direttore Generale Villa Bianca

Mauro Tavarnelli, Presidente AIFI

INDICE INSERZIONISTI

ALBOLAND	p. 59
CHINESPORT	IV cop.
CIT	p. 23
ECOSÌ	p. 55
ERGOTEK	p. 29
FARMODERM	p. 2
FORMESA	III cop.
GENERAL BEVERAGE	p. 53
LINET	sovracopertina
LINET	p. 45
SCA	p. 17
ABBONAMENTI	p. 61
ZENITEL	II cop.

La collaborazione è sempre gradita, ma deve rispettare alcune caratteristiche tecniche. Articoli – I testi devono essere originali, liberi da diritti d'autore verso terzi e non sottoposti ad altre pubblicazioni. La decisione sull'eventuale pubblicazione è ad esclusiva discrezione della Redazione. I testi devono pervenire in formato elettronico in qualsiasi forma di Word Processing e non devono superare le 15.000 battute (spazi inclusi). Grafici, loghi e immagini a corredo devono pervenire in redazione in f.to jpg, tiff, pdf o eps con risoluzione minima di 300 dpi.

Testi e immagini devono essere inviati a:
redazione@edisef.it
oppure visti in originale a:
EDISEF - Piazza Pio XI, 62 - 00165 ROMA

residenze SANITARIE

Residenze Sanitarie - Anno II

N. 6 - Aprile/Maggio/Giugno 2016

Direttore Responsabile

Maria Giulia Mazzoni

Collaboratori

Alberto Blasi, Giulia Paparozzi

Grafica e Impaginazione

Giulia Pissagroia

Redazione

Oriana Mazzini

Gestione e Servizi

Marco Bompiani

Commerciale

Massimiliano Genna, Danilo Vinci,
Filippo D'Amico

ROC – Registro Operatori di Comunicazione n. 17883 – Pubblicazione trimestrale – Registrazione Tribunale N. 37-2015 del 03/03/2015

Edisef Roma
Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abbonamento postale 70%
Roma Aut C/RM/09/2016
Euro 10,00

Abbonamento annuale

Euro 36,00 - cartaceo
Euro 24,00 - digitale

BONIFICO BANCARIO

Banca Popolare di Sondrio Ag. 34
Via Gregorio VII, 348
00165 ROMA
IBAN: IT25 P056 9603 2340 0000 2599 X40

Siti internet

www.edisef.it
www.residenzesanitarienews.it

Redazione e Abbonamenti

Piazza Pio XI, 62
00165 Roma
Tel 06 66013885
Fax 06 6626717
Abbonamenti 06 61774006
e-mail: redazione@edisef.it
Finito di stampare nel mese di
Aprile 2016 presso:
C.S.R. SRL TIPOGRAFIA
Via di Pietralata, 155
00158 Roma

PER COLLABORARE

SafeFree®

IL SISTEMA DI SEMI-SPONDE BREVETTATO

Testato più di 300.000 volte

- Usato e testato giorno dopo giorno nelle case di riposo per più di 10 anni
- Utilizzato anche nelle case di cura dal 2013
- Sistema di sicurezza certificato TÜV Süd

Cura in sicurezza

- Gap tra le semi sponde inferiore a 60 mm
- Privo di possibilità di rilascio accidentale da parte del residente
- Sicurezza senza dover utilizzare un ulteriore accessorio di protezione centrale
- Abbattimento senza la necessità di spazio a lato letto

Aumentare la libertà dell'ospite invece di limitarla

- Se si solleva solo la semi-sponda lato testa ci sono oltre 102 cm di spazio che ai fini legali non possono essere considerati una limitazione della libertà di movimento dell'ospite (secondo Werdenfelser Weg)
- La soluzione ideale in funzione della sicurezza e degli investimenti

Supporto attivo alla mobilitazione

- Regolabile in 4 diverse altezze
- Supporto alla mobilitazione del paziente in funzione dell'altezza dell'ospite
- Perfetto per la mobilitazione su carrozzina sfruttando la strategia a 3 stop

Rapida accessibilità al residente

- Abbattimento in meno di 2 secondi
- Rapida accessibilità in caso di emergenza
- Prezioso risparmio di tempo da parte degli operatori



■ ■ wissner-
■ ■ bosserhoff



Members of LINET Group

SafeFree®

IL SISTEMA DI
SEMI-SPONDE
BREVETTATO



■ ■ wissner-
■ ■ bosserhoff

Vieni a conoscerci meglio:
www.linnet-italia.it

