

montallegronews

periodico di informazione sanitaria - N. 1 marzo 2016 - Anno I, nuova serie



editoriale

Questo primo numero del 2016 di montallegronews ci è un po' - come dire? - "scappato di mano", crescendo nei temi e nel numero di pagine mentre lo stavamo realizzando.

L'interesse suscitato, tra i nostri amici e i Medici frequentatori, da parte del numero "zero" ha portato nuove richieste di trattazione di temi e a molti suggerimenti: è stato apprezzato soprattutto il tono divulgativo con cui i collaboratori di questa testata - che ringrazio per il loro contributo - provano a descrivere le malattie, a suggerire stili di vita che ne favoriscano la prevenzione e a indicare le opzioni di cura.

Approfittiamo poi di questo spazio per aggiornarVi su alcuni importanti investimenti realizzati da Montallegro, (TC, ecografia, spirometria): nuove attrezzature, all'avanguardia, che riguardano un ambito forse poco noto della nostra struttura: la diagnostica e l'attività ambulatoriale, dedicate quindi non solo ai degenti ma a un pubblico più vasto che sta ora "scoprendo" questo volto di Montallegro.

Siamo infine orgogliosi di presentare i dati conclusivi di uno studio che ci ha impegnato nel corso del 2015, relativo a una serie di test che abbiamo realizzato nei confronti di oltre 300 giovanissimi atleti di otto prestigiose società sportive genovesi. È noto l'interesse che, con il marchio #piùgustoperlavita, dedichiamo alle attività sportive: un modo non tanto di realizzare performance, ma di costruirsi una vita equilibrata, dal punto di vista sia del movimento sia dell'alimentazione. Questa nostra ricerca, che ha avuto anche un discreto riscontro di gradimento nel settore, indica alcuni elementi che era giusto diffondere.

E così facciamo con questo numero che, grazie a piccoli cambiamenti nella presentazione dei temi, sta assumendo una veste sempre più definita. Una piccola, ma significativa novità riguarda la foto di apertura che sarà sempre dedicata a una delle opere d'arte delle collezioni del Museo di arte contemporanea di Villa Croce e dell'Accademia Ligustica che Montallegro ospita a rotazione. Un'iniziativa culturale nel quadro della promozione che la Casa di Cura svolge a favore di queste importanti realtà culturali genovesi.

Ovviamente, nell'augurarVi buona lettura, continuiamo ad attendere giudizi e suggerimenti.

Francesco Berti Riboli
fbricoli@montallegro.it

PIÙKINESI: ALL'AVANGUARDIA NELLA RIABILITAZIONE



OPZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE
valutazioni fisiatriche - terapia manuale (kinesiterapia, massoterapia, manipolazioni) e fisica (laser, tecar, ultrasuoni, tens, ionoforesi, magnetoterapia, trazioni, elettrostimolazioni) - attività individuale e a corsi in palestra e/o in vasca di riabilitazione

Albaro Via Monte Zovetto 27, Genova - tel. +39 010 3531 283
Carignano Via Corsica 2/4, Genova - tel. +39 010 5879 78
piukinesi@montallegro.it



INNOVAZIONE

PAG 2

TC coronarica e calcium scoring

SESSUALITÀ E TERZA ETÀ

PAG 4

Disturbi della minzione
Disturbi sessuali e incontinenza urinaria

INSERTO #PIÙGUSTOPERLAVITA

PAG I-VIII

I giovani, l'alimentazione e lo sport

MALI DI STAGIONE

PAG 7

Asma, spirometria e possibili terapie

RICERCA

PAG 8

Il dramma dell'Alzheimer

#PIÙGUSTOPERLAVITA

PAG 10

La dieta primaverile

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

PAG 11

Cannabis: nuove opportunità terapeutiche
Intervista al dottor Marco Bertolotto



MONTALLEGRO
DAL 1952

#piùgustoperlavita

Per la propria attività diagnostica, dedicata sia ai Pazienti esterni sia a quelli ricoverati, Villa Montallegro ha acquisito una nuova apparecchiatura TC a 128 strati, Revolution EVO di General Electric che, a fronte di un'elevatissima qualità di immagini, impiega una dose molto ridotta di raggi X

TC CORONARICA E CALCIUM SCORING

Con l'acquisizione nello scorso mese di novembre di una nuova apparecchiatura TC a 128 strati, Revolution EVO di General Electric, è oggi possibile eseguire presso Villa Montallegro uno studio accurato delle coronarie, con capacità diagnostica sovrapponibile alla coronarografia, grazie all'acquisizione ECG-sincronizzata con il ritmo cardiaco per l'eliminazione degli artefatti da movimento.

La TC coronarica è una metodica non invasiva per lo studio delle coronarie che consente l'identificazione precoce di placche, stenosi o irregolarità della parete coronarica responsabili dell'ischemia miocardica acuta. Fino a non molti anni fa le coronarie erano valutabili nella routine clinica unicamente con la coronarografia e per un lungo periodo il valore clinico della TC in cardiologia è stato limitato dalla scarsa risoluzione temporale che non consentiva un'adeguata qualità di studio del cuore.

La tecnologia utilizzata dalla Revolution EVO permette di "congelare" il battito cardiaco attraverso un'acquisizione che, a seconda della frequenza cardiaca, può essere selettivamente mirata alla fase diastolica del ciclo cardiaco (triggering prospettico), riducendo in maniera sostanziale la dose di raggi X ero-

gata con un'acquisizione a bassa dose ed elevata qualità di immagine che fino a due anni fa era considerata impossibile.

A differenza della coronarografia durante la quale, sotto radioscopia in sala angiografica, il cardiologo introduce un piccolo catetere direttamente nelle coronarie passando per un'arteria del braccio o della coscia, la TC coronarica viene eseguita con una semplice iniezione del mezzo di contrasto (mdc) in una vena periferica del braccio, previo monitoraggio della frequenza cardiaca che, qualora elevata, viene temporaneamente ridotta con la somministrazione di una piccola dose di farmaco beta-bloccante.

Le indicazioni principali della TC coronarica sono l'esclusione di patologia ischemica coronarica in Pazienti già indagati con una prova da sforzo con risultato dubbio o con basso-medio rischio di patologia e il follow-up degli stent coronarici.

In ambito cardiocirurgico la TC coronarica permette inoltre di valutare la pervietà dei bypass coronarici, le anomalie anatomiche delle coronarie, la patologia delle cavità e della parete cardiaca e nell'ambito della valvulopatia aortica consente una precisione nell'ordine di un decimo di millimetro nello studio dei diametri dell'aorta ascendente in previsio-

ne di una procedura di TAVI (impianto valvolare aortico transcateretere). Una variante semplificata della TC coronarica è il calcium scoring che, senza l'uso del mdc, valuta presenza, localizzazione ed estensione di eventuali calcificazioni coronariche al fine di quantificare, attraverso lo score di Agatston, il potenziale maggior rischio di infarto correlato alla presenza di calcio nelle arterie.

Il calcium scoring può quindi integrare in determinati casi la valutazione dei principali fattori di rischio di coronaropatia come elevati valori di colesterolemia, familiarità per infarto, diabete, elevata pressione arteriosa, fumo, obesità e inattività fisica, suggerendo l'eventuale necessità di un ulteriore approfondimento mediante una TC coronarica. Nella pratica clinica il calcium scoring viene utilizzato nella valutazione dei fattori di rischio di malattia coronarica prima della TC coronarica, in quanto l'eccessiva presenza di calcio può rendere impossibile l'esecuzione di una TC coronarica di qualità adeguata oppure come unico esame TC delle coronarie in Pazienti con una grave allergia comprovata al mdc iodato.

Marco Falchi

*è Responsabile del Centro di Diagnostica per immagini di Villa Montallegro
mfalchi@montallegro.it*



Il calcium scoring è la formula che quantifica i depositi calcifici nelle pareti delle coronarie, i vasi cardiaci. È ottenuto con un esame TC a bassissima esposizione di raggi X (paragonabile a quella di una radiografia del torace, eseguito senza iniezione di mezzo contrasto, quindi senza necessità per il Paziente di essere a digiuno) che richiede pochi minuti. Il punteggio ottenuto è un efficace indicatore del rischio di eventi cardiovascolari: minore è il punteggio di calcio coronarico, minore è il rischio cardiovascolare: a questo corrispondono diversi protocolli di prevenzione del rischio.



Con l'avanzare dell'età, nell'uomo avvengono modifiche anatomiche che alterano i meccanismi legati alla minzione e possono determinare il manifestarsi di alcuni disturbi derivati dall'aumento del volume della prostata. Si tratta di una condizione che affligge il 50% degli individui a 50 anni e l'80% a 70 anni. Per curare queste patologie abbiamo a disposizione diverse opzioni terapeutiche

DISTURBI DELLA MINZIONE

Con il termine minzione s'intende la **fuoriuscita di urina all'esterno dalla vescica**, attraverso l'uretra.

È un riflesso di cui abbiamo il controllo grazie alla contrazione del muscolo detrusore della vescica e al contemporaneo rilasciamento degli sfinteri uretrali e vescicali, strutture muscolari che agiscono da valvole di chiusura.

Quando in vescica la quantità di urina raggiunge i 350/400 cc, aumenta la pressione al proprio interno e percepiamo lo stimolo a doverla vuotare.

Se decidiamo di urinare, il cervello invia simultaneamente impulsi per il rilascio degli sfinteri e di contrazione al detrusore: l'urina viene espulsa (minzione volontaria).

Se, invece, decidiamo di ritardare la minzione, gli impulsi non partono. Il ritardo non può però essere a tempo indeterminato: quando la quantità di urine raggiunge i 700-800 cc, la minzione non può più essere controllata e lo svuotamento avviene in maniera autonoma (minzione involontaria).

Nell'uomo, con l'avanzare dell'età, avvengono **modifiche anatomiche** che alterano questi meccanismi e pos-

sono determinare il manifestarsi di alcuni disturbi. Fra queste modifiche una delle principali riguarda la prostata. Dopo i 40 anni, per cause prevalentemente ormonali, questa ghiandola sessuale, che produce una componente del liquido seminale, inizia a modificare la propria struttura e ad aumentare progressivamente di dimensioni (**ipertrofia prostatica benigna**). Dato che la ghiandola è situata sotto la vescica e circonda parte dell'uretra, il suo ingrossamento si ripercuote sulla minzione. All'inizio questo aumento di volume non provoca problemi, ma con il passare degli anni il tessuto prostatico ipertrofico inizia a comprimere l'uretra provocando una diminuzione del suo calibro e un **conseguente ostacolo al passaggio dell'urina**.

Questa condizione molto comune affligge il 50% degli individui a 50 anni e l'80% a 70 anni; clinicamente si traduce nell'insorgenza di **disturbi minzionali irritativi e ostruttivi**.

I **disturbi irritativi** comprendono la necessità di urinare più frequentemente di giorno (**pollachiuria**) e di notte (**pollachiuria notturna**) e l'impellente bisogno di correre a vuoto.

tare la vescica non appena giunge lo stimolo, col rischio della perdita del controllo (**urgenza**, minzione imperiosa). Queste situazioni si verificano perché la capacità della vescica si riduce: lo stimolo alla minzione non viene più avvertito quando la quantità di urine da espellere raggiunge 400 cc, ma molto prima, talvolta non appena si raggiungono 50 cc o ancora meno. L'individuo che ne soffre ha problemi nella vita di relazione poiché ogni sua attività è vincolata dalla presenza o meno di un bagno dove all'occorrenza poter andare a urinare.

Fra i **disturbi ostruttivi** troviamo la difficoltà a iniziare la minzione (**esitazione**), la riduzione della potenza del getto urinario (**diminuzione del flusso**) - che in alcuni casi può essere storto o bifido - fino all'impossibilità di vuotare completamente o quasi la vescica (**ritenzione urinaria**).

La motivazione di questi fenomeni è legata al restringimento del calibro uretrale che costringe la vescica a uno sforzo progressivamente maggiore per riuscire a espellere l'urina: inizialmente reagisce aumentando il proprio spessore, esercitando una contrazione più potente per vincere l'ostacolo (**vescica da sforzo**); con il passare del tempo e l'aumentare dell'ostruzione, l'ispessimento non è più sufficiente, la contrazione inizia a perdere efficacia, l'urina viene espulsa con sempre minore pressione e la vescica si sfianca fino a non vuotarsi completamente (ritenzione incompleta). Nei casi più gravi non riesce a espellere nemmeno una minima quantità di urina (ritenzione completa).

Per prevenire e curare questi disturbi abbiamo a disposizione diverse opzioni terapeutiche che vengono scelte in base alla gravità dei sintomi e alla presenza o meno di complicanze.

Tra i **farmaci** vengono utilizzati gli inibitori della 5-alfa-reduuttasi e gli alfa-litici. I primi (finasteride e dutasteride) agiscono inibendo l'ormone responsabile dell'ingrossa-

mento della prostata. I secondi (alfuzosina, terazosina, tamsulosina, doxazosina, silodosina) agiscono sui meccanismi neuro muscolari che presiedono alla minzione, rilassando la muscolatura attorno all'uretra, allargandone il calibro e facilitando il passaggio delle urine.

Quando all'ipertrofia si associa una componente infiammatoria si possono utilizzare **estratti di piante** (serenoa repens, pignone africano, vitis vinifera) con effetto decongestionante.

Se la terapia medica non ottiene più risultati, diventa necessario l'**intervento chirurgico disostruttivo**.

Per evitare di intervenire quando la situazione è in stadio esageratamente avanzato, è opportuno rivolgersi al proprio medico al manifestarsi dei primi sintomi.

Va sottolineato che alcuni accorgimenti nello stile di vita possono aiutarci a controllare i disturbi.

Come per altre patologie la prevenzione parte da una **corretta alimentazione**. Va limitato il consumo di caffè e devono essere evitati alcolici (soprattutto vini bianchi, compresi spumante e champagne) e superalcolici, frittiture, peperoncino e cibi speziati che irritano le basse vie urinarie.

È inoltre opportuno bere frequentemente nel corso della giornata, riducendo invece l'assunzione di liquidi alla sera per limitare le sveglie notturne.

Ogni volta che si urina, bisogna cercare di vuotare completamente la vescica aiutandosi con la posizione seduta ed esercitando con la mano una lieve pressione sull'addome.

Infine è importante **camminare e svolgere regolare attività fisica**: la sedentarietà fa peggiorare i sintomi.

Giorgio Maietta Farnese

*specialista in Urologia, è vice Direttore sanitario di Villa Montallegro
gmajetta@montallegro.it*

L'esame ecografico per lo studio del residuo post-minzionale è un esame rapido che consente di misurare in maniera estremamente accurata il volume residuo di urina nella vescica dopo la minzione: viene eseguito a paziente in posizione supina sul lettino dell'ambulatorio di ecografia.

La presenza di un volume significativo di urina dopo la minzione è indicativa di una possibile ostruzione dell'uretra, nella maggior parte dei casi dovuta all'ipertrofia benigna della prostata.

L'esame permette anche di identificare l'eventuale ispessimento delle pareti vescicali (segno di sforzo dell'organo conseguente a un'eventuale ostruzione), la presenza di diverticoli correlati e di eventuali papillomi; questo tipo di esame non è invece adeguato per uno studio di dettaglio della prostata per cui è indicata un'ecografia prostatica transrettale, previa distensione della vescica.

PROPOSTA DI PREVENZIONE

PSA + valutazione ecografica residuo post minzionale al prezzo di ticket

nei mesi di aprile, maggio e giugno dal lunedì al venerdì

con prenotazione allo 010/3531283 o via e-mail a clienti@montallegro.it

**Le donne che soffrono di incontinenza urinaria in Italia sono 4 milioni.
Un problema che incide sia sulla vita sociale sia sull'attività di relazione con il partner.
Ma il rischio vero è non parlarne con il medico, perché la soluzione è a portata di mano:
esistono diverse opzioni terapeutiche (riabilitative, farmacologiche e chirurgiche)**

DISTURBI SESSUALI E INCONTINENZA URINARIA

Si stima che in Italia le donne che soffrono di incontinenza urinaria siano 4 milioni, ma solo in meno di un caso su cinque il problema viene riconosciuto e diagnosticato: molto spesso il problema è **causa di forte disagio** e sono poche le donne che ne parlano apertamente.

L'incontinenza urinaria non deve essere considerata una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento, anche se è vero che la prevalenza aumenta in modo significativo con l'età, passando da un 3-4% per i soggetti compresi tra i 15 e i 29 anni al 32-60% nelle donne di età superiore agli 80 anni. L'impatto negativo che questo disturbo comporta su tutti gli aspetti della **vita personale e di relazione** è notevole. Per alcune Pazienti il disagio è così importante da influenzare ogni attività quotidiana, sino a spingerle a limitare al massimo i contatti sociali o a rinunciare allo sport e ai viaggi.

La **funzione sessuale** può essere spesso compromessa dalla perdita involontaria di urina durante il rapporto (come conseguenza dell'aumento della pressione addominale, della penetrazione vaginale profonda) o dalla perdita di urina al momento dell'orgasmo, a causa delle involontarie contrazioni vescicali mediate dalle stesse fibre nervose coinvolte in entrambi i processi. Sono soprattutto le donne con instabilità detrusoriale (si tratta del man-

cato coordinamento tra i muscoli della vescica) ad avere una funzione sessuale compromessa, ancor più rispetto alle donne affette da incontinenza da sforzo o mista (questo secondo caso riguarda l'incontinenza dovuta sia a un possibile sforzo, sia all'urgenza). L'**imbarazzo** e spesso addirittura la **depressione** che affliggono queste Pazienti può portarle a evitare del tutto l'attività sessuale; vengono frequentemente lamentate **calo della libido, dispareunia** (dolori genitali durante il rapporto) e **anorgasmia** (l'impossibilità di raggiungere l'orgasmo).

L'imbarazzo di "far scoprire" la propria incontinenza può generare tensioni e provocare un allontanamento emotivo nella coppia. Una **buona comunicazione** con il **medico** e con il **partner** può certamente facilitare il mantenimento di una serena vita sessuale. Per chi soffre di incontinenza, parlarne è il primo passo da fare per trovare le soluzioni adeguate e impedire che la malattia impatti seriamente la qualità della vita di coppia e della vita sociale più in generale. Le donne informate adeguatamente sulle possibilità di risoluzione dell'incontinenza urinaria sono poche e i messaggi trasmessi dal passaparola - e dai media - non sono positivi e non sono in grado di supportare il percorso efficace verso una soluzione reale e definitiva del problema. In molti casi infatti le soluzioni sono più sem-

plici di quanto si possa immaginare. Esistono diverse opzioni terapeutiche: riabilitative, farmacologiche e chirurgiche. La scelta tra i vari trattamenti dipende dal tipo e dalla severità del problema, dall'età e dallo stato di salute generale della Paziente, dal grado di compromissione anatomica e della qualità di vita.

Le **tecniche riabilitative**, rappresentate da semplici - ma correttamente eseguiti e regolarmente ripetuti - esercizi di contrazione della muscolatura pelvica, sono spesso efficaci e sufficienti a risolvere il disturbo. Esistono poi **farmaci** capaci di migliorare/guarire l'incontinenza urinaria da urgenza e la vescica iperattiva, responsabile della così detta urgenza minzionale. Infine, negli ultimi anni, sono state sviluppate **nuove procedure chirurgiche mini-invasive** per la terapia dell'incontinenza urinaria da sforzo, spesso eseguibili in regime di day-hospital e con rapido recupero postoperatorio che consente un ritorno quasi immediato alle attività quotidiane e lavorative.

Le soluzioni esistono, **l'importante è iniziare a parlarne**: con se stesse prima di tutto e con il proprio medico subito dopo.

Emanuela Mistrangelo

*è specialista in Ginecologia in Villa Montallegro
mistrangelo.e@libero.it*

Paolo M. Cristoforoni

*è Responsabile del Polo Ginecologico
di Villa Montallegro
paolo@cristoforoni.it*



I GIOVANI, L'ALIMENTAZIONE E LO SPORT

Tra l'autunno del 2014 e la fine del 2015 Villa Montallegro ha curato l'iniziativa scientifica #piùgustoperlavita che ha avuto come protagonisti oltre 300 giovani sportivi genovesi.

Al nostro invito hanno aderito alcune storiche Società sportive: Ginnastica Rubattino (ginnastica ritmica e artistica), C.S. Urania (canottaggio), Cesare Pompilio (scherma), Yacht Club Italiano (vela), Sportiva Sturla (nuoto, pallanuoto e salvamento), Nuotatori Genovesi (nuoto), Tennis Club Genova e Park Tennis Club.

La ricerca ha lo scopo di comprendere le abitudini alimentari dei giovani, evidenziarne le caratteristiche positive e fornire suggerimenti per migliorare il loro stato di benessere e la performance sportiva.

Nato dagli incontri scientifici "piùinforma" del 2013 (sui temi "cuore e polmoni" e "i muscoli"), con importanti partecipazioni di campioni e professionisti del mondo della medicina, #piùgustoperlavita è un progetto proposto da Villa Montallegro, iniziato nel 2014 con una serie di incontri nella sala del Maggior Consiglio di Palazzo Ducale a Genova dedicati a salute e alimentazione: fra questi l'evento su "Alimentazione e sport", con adesione di dirigenti, tecnici, atleti e studenti.

Alla fine del 2014 viene avviata la seconda fase dell'iniziativa, nell'ambito di un progetto scientifico di più ampio respiro che si propone di studiare le abitudini alimentari e lo stile di vita dei liguri. I dati preliminari sono stati presentati nell'importante forum del maggio 2015, durante i giorni conclusivi di Stelle nello Sport, che ha potuto contare sulla presenza di atleti e testimonial del valore di Giulia Quintavalle, Andrea Lucchetta, Massimiliano Blardone, Pino Porzio, Andrea Cingolani e Federico Mana.

Nel 2015, presentato nel Padiglione Italia dell'Expo universale 2015 di Milano, viene pubblicato "Liguria Salute in cucina. Cinquemila metri di bellezza, gusto, tradizione", un volume che illustra la cucina ligure sotto vari aspetti: la storia e la tradizione locale, le ricette, il valore nutrizio-

nale e i benefici per la salute di questa dieta mediterranea povera ma gustosissima.

Nel 2016 Montallegro continuerà a sostenere Stelle nello Sport e premiare le "sportive big dell'anno", sulla strada di una stagione che porta alle Olimpiadi di Rio de Janeiro. Sarà anche l'occasione per promuovere un grande incontro con il mondo dello sport genovese e ligure e illustrare i servizi di Villa Montallegro e piùKinesi (da una potenziata e rinnovata diagnostica per immagini alle più moderne attrezzature e tecniche per la riabilitazione e il recupero degli atleti) oggi più che mai punto di riferimento d'eccellenza accessibile per gli sportivi di ogni età e livello agonistico. Il progetto #piùgustoperlavita proseguirà abbinando alimentazione e movimento: il focus sarà l'individuazione di una serie di percorsi salutistici (senza trascurare la cultura e le tradizioni, anche gastronomiche, locali), scelti per chi cammina e per chi preferisce correre. Ancora una volta l'unione tra la salute, il benessere e la (ri)scoperta di Genova e della Liguria.

I risultati raccolti dall'analisi delle abitudini alimentari dei giovani atleti sono stati messi a confronto con quelli degli studenti genovesi. In avvio della seconda fase del progetto, nell'autunno del 2014, era stata condotta analogo ricerca, proponendo il questionario sulle abitudini alimentari a un campione di 1063 studenti (542 delle scuole medie e 521 liceali).

Il questionario contiene domande relative a informazioni di carattere generale (peso, altezza, età), alla percezione che l'atleta ha di sé ("sei soddisfatto del Tuo fisico?") e all'influenza che lo sport ha sull'alimentazione:

- con l'attività il Tuo peso è... (aumentato, diminuito, invariato)
- che rapporto hai con il cibo? (mi piace, indifferente, utile per lo sport, lo odio)
- se non praticassi sport Ti nutrirresti allo stesso modo? (sì, no mangerei di meno, no mangerei di più)

Nella seconda parte del questionario abbiamo analizzato

le abitudini alimentari propriamente dette, con particolare riferimento al numero di pasti giornalieri e alle razioni quotidiane e settimanali assunte per singolo alimento.

Una serie di domande riguarda i rapporti temporali tra cibo e sport: l'intervallo tra il pasto e l'allenamento (o la gara) e quanto tempo passa tra il termine dell'esercizio fisico e una nuova assunzione di alimenti; un corretto rapporto tra cibo e attività fisica, infatti, consente un migliore rendimento agonistico.

Sono stati oggetto di indagine anche gli aspetti qualitativi della dieta dello sportivo prima degli allenamenti e delle competizioni agonistiche, dettagli che soprattutto i più giovani tendono a trascurare.

Poiché oltre l'80% degli atleti adulti che svolgono attività a livello agonistico (sia professionistico sia amatoriale)

I risultati

Ogni Società è stata studiata separatamente e i risultati sono stati confrontati con quelli degli atleti delle altre discipline sportive e con quelli degli studenti "non sportivi". Complessivamente sono stati valutati 305 giovani atleti di

L'indice di massa corporea (BMI - Body Mass Index) è il rapporto tra il peso (espresso in chilogrammi) e il quadrato dell'altezza (espresso in metri); è un indicatore dello stato di forma dell'individuo adulto più preciso del peso. Nell'adulto si considera nella norma un valore compreso tra 18 e 25 (sottopeso i soggetti con BMI < 18, sovrappeso quelli con BMI > 25), nell'adolescente (tra 10 e 14 anni) sono considerati normali valori tra 15,5 e 23,5.

Sulla base di queste premesse è risultato normopeso l'85% degli atleti, mentre, egualmente suddivisi, il 7,5% manifestava un lieve sottopeso e il 7,5% un leggero sovrappeso.

Il 60% degli intervistati è soddisfatto del proprio fisico; il 36% è "abbastanza soddisfatto" e soltanto il 4% è insod-

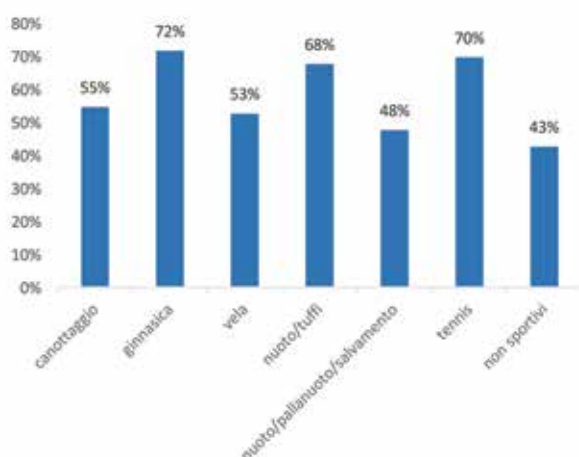
disfatto. Questi dati sono sicuramente migliori di quelli registrati nel sondaggio tra gli studenti delle scuole, dove solo il 43% dei ragazzi si dichiara soddisfatto del proprio fisico, il 38% è abbastanza soddisfatto e ben il 19% è insoddisfatto.

L'ultima parte del questionario è dedicata all'attività fisica propriamente detta:

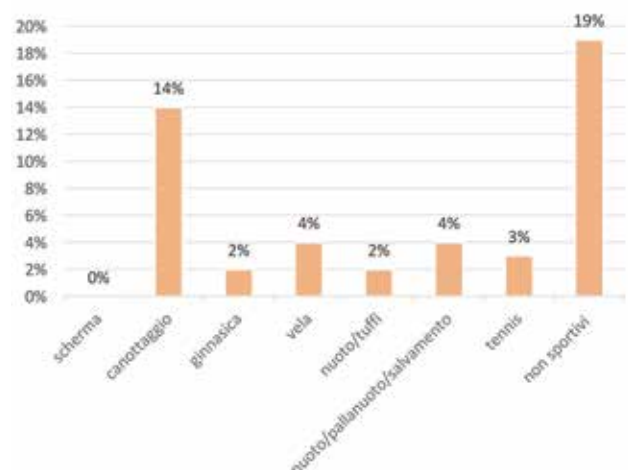
- ore di sonno, orario di addormentamento e risveglio
- ore di studio
- ore passate alla Tv o al Pc
- attività ricreative
- numero di sedute settimanali di allenamento
- ore settimanali e giornaliere di allenamento.

età media di 11,9 anni, con un peso medio di 44,3 Kg e un'altezza media di 151 cm.

Il BMI (indice di massa corporea) medio è risultato essere 18,9.



percentuale di giovani soddisfatti del proprio fisico per disciplina sportiva



percentuale di giovani insoddisfatti del proprio fisico per disciplina sportiva

Il rapporto con il cibo è buono: al 55% dei giovani piace mangiare, il 20% considera il cibo indispensabile per fare sport e il 24% si dice indifferente al cibo. La percentuale di giovani che hanno dato la risposta negativa "odio il cibo" è inferiore all'1% (3 casi). Tra gli studenti "non sportivi" le risposte negative sono state 20 su 1053 questionari (vale a dire l'1,9%).



rapporto dei giovani atleti con il cibo

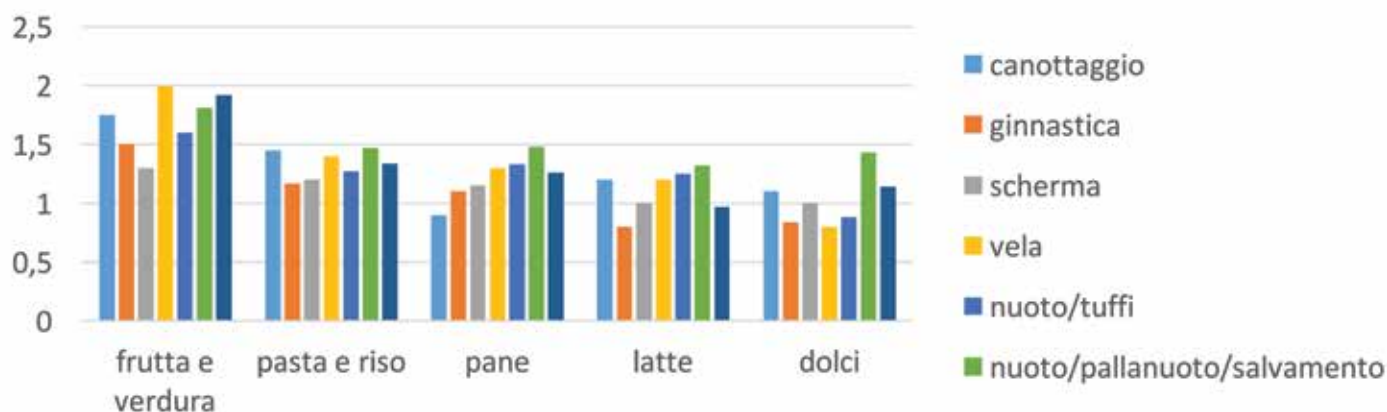
Per quanto riguarda le modificazioni indotte dallo sport sul peso, nel 60% dei casi il peso è rimasto invariato, nel 16% è aumentato e nel 24% è diminuito.

Il 70% degli intervistati dichiara che si nutrirebbe allo stesso modo anche se non praticasse lo sport, mentre il 26% mangerebbe di meno e il 4% di più.

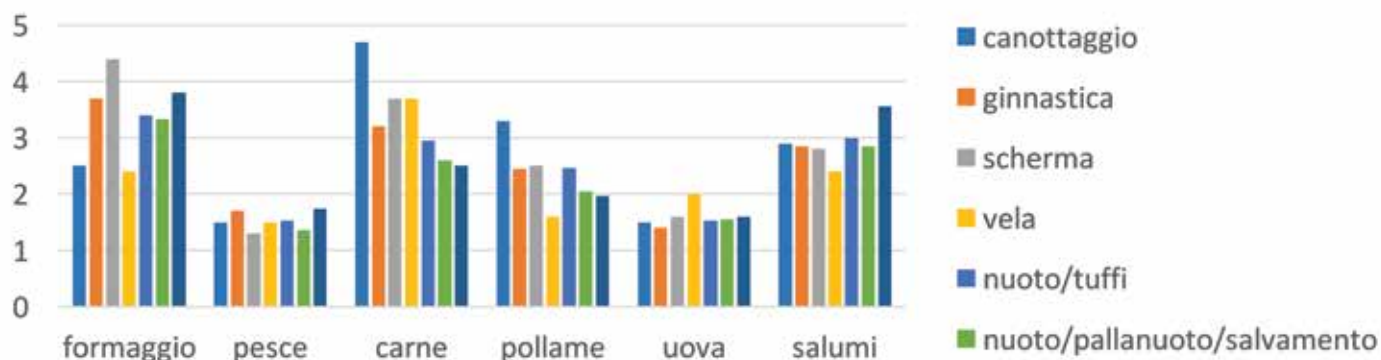
Abitudini alimentari

La media dei pasti giornalieri è 4,5. Solo il 6% dei ragazzi non fa la prima colazione. Questo dato è la metà rispetto a quanto emerso dal sondaggio effettuato nelle scuole (12%). Il valore è anche più basso di quanto emerge dai dati nazionali (ricerca condotta dal

Ministero della Salute, Okkio alla Salute, dati 2012). Di seguito vengono indicate le porzioni giornaliere medie di consumo di alcuni alimenti (prevalentemente a base di carboidrati) e quelle settimanali di altri (prevalentemente a base di proteine), dei giovani sportivi.



porzioni giornaliere consumate dai giovani atleti per disciplina sportiva



porzioni settimanali consumate dai giovani atleti per disciplina sportiva

Il consumo di frutta e verdura è di 1,7 porzioni giornaliere, che, pur essendo notevolmente più alto rispetto a quello dichiarato dagli studenti "non sportivi" (1,2), è comunque migliorabile. Ricordiamo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità indica in 5 porzioni giornaliere il consumo ottimale di vegetali.

Il 13% degli atleti dichiara di consumare meno di una porzione giornaliera di frutta o verdura e il 33% solo una porzione, mentre appena il 4% degli intervistati ne fa uso adeguato (dalle 4 alle 5 porzioni al giorno).

Per quanto riguarda il consumo di carboidrati, gli sportivi ne assumono una quantità maggiore rispetto ai coetanei sedentari, dato spiegabile con il maggiore dispendio energetico giornaliero.

Sostanzialmente sovrapponibili i consumi di cibi proteici nelle due categorie di giovani esaminati.

Buona l'aderenza dei giovani sportivi alla piramide alimentare: dimostrano di avere idee più chiare sull'alimentazione rispetto ai non sportivi, con l'unica eccezione del consumo di frutta e verdura, che nella piramide dei giovani atleti è al secondo posto, mentre nella piramide alimentare ideale dovrebbe essere alla base e quindi al primo.



La piramide alimentare è la rappresentazione grafica dei consigli dietetici proposti dalle Società scientifiche qualificate in materia di salute. Per interpretarla si parte dal presupposto che gli alimenti situati alla base della piramide andrebbero assunti con più frequenza e in quantità maggiori, diminuendo le dosi e la frequenza man mano che si sale verso il vertice.

Attività fisica

Mediamente i giovani atleti dormono 8 ore e 45' per notte. Ogni giorno dedicano in media 7 ore e 30 minuti allo studio (incluso il tempo trascorso a scuola).

I ragazzi trascorrono circa un'ora e 20 minuti al giorno

davanti alla televisione e utilizzano il Pc per circa 50 minuti giornalieri; il tempo quotidiano dedicato alle attività ricreative (non sportive) è di circa 55'.

Questi dati sono del tutto sovrapponibili a quelli rac-

colti interrogando gli studenti che non praticano sport. Esaminando nel dettaglio l'attività sportiva, emerge che l'impegno è di circa 8 ore settimanali, con una media giornaliera di 2 ore per 4 sedute in sette giorni.

Solo il 7,2% degli atleti intervistati segue un particolare regime nutrizionale in fase di allenamento: i giovani preferiscono consumare pasta prima dell'attività sportiva. Maggiore attenzione è dedicata all'alimentazione prima della gara: il 35% degli intervistati dichiara di seguire una dieta pre-gara. Prevale l'abitudine di consumare un pasto a base di carboidrati e alimenti leggeri e digeribili, anche se le risposte sono state molteplici.

Il tempo medio che trascorre tra pasto e attività sportiva è di poco superiore alle due ore (126'); mentre un nuovo

Conclusioni

Il giudizio sulle abitudini alimentari dei giovani atleti è complessivamente positivo.

Da rivedere e aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre i grassi saturi (formaggi, salumi e dolci).

Da aumentare anche il consumo di pesce, fonte di acidi grassi polinsaturi che hanno azione protettiva sui muscoli e le articolazioni e servono a prevenire gli infortuni muscolari.

Gli aspetti positivi che emergono dalla ricerca sono:

- lo sport aiuta a migliorare la propria percezione corporea e a mantenere il peso corporeo nei parametri di normalità (gli atleti in lieve sottopeso o sovrappeso sono pochi)
- l'attività fisica aiuta ad "armonizzare" il rapporto dei giovani con il cibo: una buona abitudine alla prima colazione (molto superiore rispetto ai giovani non sportivi); una dieta frazionata (più di 4 pasti giornalieri) che consente di mantenere costanti livelli di energia nel corso della giornata, favorisce le prestazioni sportive e l'accrescimento
- lo sport non interferisce con le altre attività dei giovani che trovano comunque il tempo per normali spazi ricreativi, per guardare la televisione o usare il PC

Qualche consiglio alimentare, infine, per tutti gli sportivi:

1) Una buona prima colazione è indispensabile per iniziare bene la giornata: 15-20% del totale delle calorie giornaliere dovrebbero essere assunte al mattino.

2) Un pasto bilanciato - che comprenda sia carboidrati

pasto al termine dell'impegno agonistico viene consumato dopo 85'.

Una nota, infine, relativa all'utilizzo di integratori: dice di farne uso il 16% dei ragazzi. I prodotti utilizzati sono prevalentemente a base di vitamine (70% delle risposte), assunti su consiglio del proprio medico (33%), dell'allenatore (22%), del nutrizionista (12%) o per passaparola tra atleti (33%). La motivazione è "sentire meno la fatica" o "aumentare la performance sportiva".

A questo proposito è opportuno ricordare che una corretta alimentazione non necessita di integrazione: nel cibo si trovano tutte le sostanze necessarie al nostro organismo per non sentire la fatica e migliorare la performance sportiva.

(pane, pasta o dolci) sia proteine (carne, pesce, formaggio, uova o prosciutto) - assunto 120-150' prima dell'impegno sportivo consente di migliorare la prestazione, in quanto mantiene costante e adeguato il livello glicemico nel sangue (cioè la quantità di zucchero trasportata ai muscoli).

3) Uno spuntino a base di carboidrati nei 30-45 minuti successivi al termine dell'attività sportiva favorisce il recupero e diminuisce l'accumulo di acido lattico a livello muscolare, evitando la comparsa del "dolore muscolare tardivo" che spesso si manifesta dopo un intenso sforzo fisico.

4) Consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura: in questo modo si assumono tutte le vitamine necessarie per lo svolgimento dell'attività sportiva e non si deve ricorrere a integratori.

5) Mantenere sempre una buona idratazione: l'acqua è l'unico integratore di cui ha bisogno il nostro fisico. Ogni minuto di sport fa perdere 10 ml di acqua attraverso la sudorazione. Quindi è importante bere non soltanto al termine, ma anche durante l'attività agonistica per evitare le conseguenze dovute alla disidratazione (calo della performance, vertigini, stanchezza,...).

Desideriamo complimentarci e ringraziare le Società sportive che ci hanno aiutato.

In particolare la nostra riconoscenza va ai Presidenti, ai dirigenti, agli allenatori e ai preparatori. Oltre, ovviamente, alle famiglie e ai ragazzi che con il loro impegno e la loro disponibilità hanno reso possibile questa ricerca.



GINNASTICA RUBATTINO

Via Saluzzo, 17 - 16145 Genova
Presidente Michele Cioffi

Periodo di valutazione degli atleti: novembre 2014
Presentazione risultati alle società: 12 marzo 2015

Nata nel 1894, la Ginnastica Rubattino raggiunge grandi traguardi sportivi: presenze in Nazionale alle Olimpiadi di Berlino (1936), Monaco (1972) e Sydney (2000), ai Mondiali di Indianapolis (1991), Berlino (1997), Siviglia (1998) e agli Europei di Nantes (1991), Praga (1995), Oslo (1996). In campo nazionale la squadra della Ginnastica Rubattino vince lo scudetto nel Campionato italiano di Serie A 1997.

Numero atleti esaminati: 47
(3 maschi - 44 femmine)

Età media: 10,5 anni

Peso medio: 34 kg

Altezza media: 1,39

BMI: 17,5

Punti di forza:

- buona varietà nella scelta degli alimenti
- rispetto della distribuzione giornaliera dei pasti
- buona varietà alimentare con corretto abbinamento proteine-carboidrati



C.S. URANIA

Via Argonauti, 10 r - 16147 Genova
Presidente Guido Dioguardi

Periodo di valutazione degli atleti: novembre 2014
Presentazione risultati alle società: 9 aprile 2015

Fondato nel 1920, specializzato nel canottaggio a sedile fisso e nella pesca, partecipa a numerose edizioni del Palio di San Pietro, ottenendo la prima vittoria nel 2011 e ripetendosi nel 2015. Gli anni recenti, sotto l'impulso del presidente Guido Dioguardi e dell'allenatore Roberto Moscatelli, sono quelli migliori dal punto di vista agonistico: titoli italiani nella specialità del Gozzo e nelle Jole ed Elba, vittorie in Coppa Italia ed Europa, due affermazioni nella classifica nazionale per società della Ficsf.

Numero atleti esaminati: 22

(15 maschi - 7 femmine)

Età media: 14,3 anni

Peso medio: 58 kg

Altezza media: 1,65

BMI: 21

Punti di forza:

- in assoluto il miglior rapporto con il cibo (64% "mi piace", solo 4% "indifferenti")
- solo 4,5% dei giovani consuma meno di una porzione al giorno di frutta e verdura
- corretta varietà alimentare con efficace abbinamento di proteine e carboidrati



CESARE POMPILIO

Via Vernazza, 31 - 16131 Genova
Presidente Ferdinando Cafiero

Periodo di valutazione degli atleti: gennaio 2015
Presentazione risultati alle società: 16 aprile 2015

È stata fondata da Carlo Basile nel 1958 per onorare la memoria del cognato, lo schermiatore Cesare Pompilio morto tragicamente nel luglio del 1944 nell'eccidio di Fossoli di Carpi. È diventata un polo di eccellenza della scherma ligure e nazionale. Guidata dal 1990 dal presidente Ferdinando Cafiero, con l'arrivo dei maestri Ezio e Paolo Zanobini, la Società conquista ben 65 titoli italiani in 13 anni, oltre a fornire numerosi atleti alla Nazionale di Scherma. Fiore all'occhiello del sodalizio è la Coppa d'Argento "Cesare Pompilio", torneo internazionale di Spada maschile a squadre, abbinato al

Trofeo "Carlo Basile", torneo internazionale di Spada femminile.

Numero atleti esaminati: 19

(12 maschi - 7 femmine)

Età media: 11,2 anni

Peso medio: 39,8 kg

Altezza media: 1,46

BMI: 18,3

Punti di forza:

- nessun atleta in sovrappeso o sottopeso
- buona varietà nella scelta degli alimenti
- rispetto della distribuzione giornaliera dei pasti



YACHT CLUB ITALIANO

Porticciolo Duca degli Abruzzi - 16128 Genova
Presidente Carlo Croce

Periodo di valutazione degli atleti: marzo 2015
Presentazione risultati alle società: 12 maggio 2015

Lo Yacht Club Italiano è il più antico club velico del Mediterraneo: fondato a Genova nel 1879, ha 1000 soci circa. Dalla prima regata inaugurale dell'8 agosto 1880, che apre la stagione sportiva con 177 imbarcazioni nel Golfo di La Spezia, la sua storia è ricca di episodi di rilievo. La vittoria nel 1902 della Coppa di Francia di "Artica"; l'oro dell'8 metri S.I. "Italia" alla XI Olimpiade a Berlino nel 1936; la partecipazione alla Coppa America '87 con un'altra "Italia". Grandi anche i suoi personaggi: da Luigi Durand de La Penne, medaglia d'oro al valor militare, a Beppe Croce, presidente del Club, della Federvela e dell'Isaf, passando per i grandi campioni della vela d'oggi, come Luca Devoti e Alessandra Sensini.

Numero atleti esaminati: 28

(21 maschi - 7 femmine)

Età media: 13,6 anni

Peso medio: 51,3 kg

Altezza media: 1,62

BMI: 19

Punti di forza:

- buono l'indice di massa corporea, nessun atleta in sovrappeso o sottopeso
- ottima varietà nella scelta dei cibi e corretto abbinamento di carboidrati e proteine
- consumo medio di frutta e verdura più elevato in assoluto: 2 porzioni giornaliere.



SPORTIVA STURLA

Via 5 Maggio, 2d - 16147 Genova
Presidente Giorgio Conte

Periodo di valutazione degli atleti: aprile 2015
Presentazione risultati alle società: 14 maggio 2015

Nata nel 1920, la Sportiva Sturla annovera diverse partecipazioni olimpiche: Salvatore Cabella (pallanuoto, Anversa 1920), Pino Valle e Arnaldo Berruti (pallanuoto, Parigi 1924), Enrico Bisso (nuoto, Montreal 1976), Maurizio Divano (nuoto, Los Angeles 1984), Giovanna Burlando (nuoto sincronizzato, Barcellona 1992, Atlanta 1996 e Sidney 2000). Nel 1973 viene costruita l'attuale piscina sociale in via V Maggio grazie allo stimolo dell'allora presidente Battezzati. La Sportiva Sturla organizza grandi eventi come il Miglio Marino, il Memorial Morena (biennale) e il Torneo Panarello-Trofeo del Mare.

Numero atleti esaminati: 77

(54 maschi - 23 femmine)

Età media: 12 anni

Peso medio: 48,1 kg

Altezza media: 1,54

BMI: 20,2

Punti di forza:

- sana abitudine alla prima colazione: 97,4% degli atleti
- buona varietà nella scelta degli alimenti
- attenzione all'alimentazione pre-gara con corretta scelta dei cibi



NUOTATORI GENOVESI

Piazza Henry Dunant, 4/22 - 16146 Genova
Presidente Filippo Tassara

Periodo di valutazione degli atleti: febbraio 2015
Presentazione risultati alle società: 21 maggio 2015

Fondata nel 1973, presidente Adriano Irrera, svolge la propria attività per oltre 10 anni nella piscina del Nuovo Lido, quindi nello Sporting Club dei Pini. Nel 1985 confluisce nella Genova Nuoto. I progetti ambiziosi vengono rilanciati dalla riapertura delle piscine di Albaro e Filippo Tassara ne diventa presidente. Tra i suoi campioni, Edoardo Stochino, terzo ai Mondiali di nuoto di fondo nel 2014, e Francesco Bocciardo, campione mondiale di nuoto paralimpico a Glasgow 2015. Il direttore sportivo, Luca Baldini, è stato due volte campione del mondo ed europeo.

Numero atleti esaminati: 43

(17 maschi - 26 femmine)

Età media: 11 anni

Peso medio: 41,7 kg

Altezza media: 1,49

BMI: 18,6

Punti di forza:

- buona varietà alimentare e corretto abbinamento di cibi a base proteica con cibi a base di carboidrati
- sana abitudine alla prima colazione: 97,7% degli atleti (la percentuale più alta in assoluto!)
- rispetto della distribuzione giornaliera dei pasti



TENNIS CLUB GENOVA 1893

TENNIS CLUB GENOVA

Salita della Misericordia, 5 - 16121 Genova
Presidente Giovanni Mondini

Periodo di valutazione degli atleti: novembre 2015
Presentazione risultati alle società: 4 febbraio 2016

Il Tennis Club Genova nasce nel 1893 nella storica sede di Salita della Misericordia. Uno dei suoi primi presidenti, Beppe Croce, guida la Fit negli anni Venti e nel 1928 i campi da tennis genovesi ospitano l'incontro di Coppa Davis tra Italia e Australia. Appuntamento organizzato anche nel 1930, 1932 e 1933. Il TC Genova, sotto la presidenza di Giorgio Messina, sarà sede anche degli Europei Under 14 (1993-1995) e 16 (2002) con 35 nazioni partecipanti. La bacheca sociale, tra gli innumerevoli titoli vinti in 123 anni di storia, vanta anche due Scudetti femminili (1998 e 2014).

Numero atleti esaminati: 30
(22 maschi - 8 femmine)

Età media: 12 anni

Peso medio: 43,5 kg

Altezza media: 1,55

BMI: 18

Punti di forza:

- nessun atleta in sovrappeso o sottopeso
- sana abitudine alla prima colazione: 96% degli atleti
- buono il consumo settimanale di pesce



PARK TENNIS CLUB

Via Zara, 18 - 16145 Genova
Presidente Filippo Ceppellini

Periodo di valutazione degli atleti: dicembre 2015
Presentazione risultati alle società: 18 febbraio 2016

Il club viene fondato nel 1929, col nome di "Tennis Albaro" assumendo l'attuale denominazione nell'immediato Dopoguerra. Nel corso degli anni il Park viene ampliato grazie all'acquisto dei terreni circostanti e a radicali lavori di ristrutturazione. Nel 1951 arriva la vittoria nel campionato di serie B maschile mentre 60 anni dopo arriverà la storica promozione in serie A maschile. Dopo aver raggiunto i quarti di finale per due stagioni consecutive, nel 2014 il Park si arrende soltanto in semifinale al Circolo Canottieri Aniene. Numerosi, nella sua storia, sono i successi giovanili.

Numero atleti esaminati: 30
(22 maschi - 8 femmine)

Età media: 11 anni

Peso medio: 40,9 kg

Altezza media: 1,48

BMI: 18,1

Punti di forza:

- nessun atleta in sovrappeso o sottopeso
- sana abitudine alla prima colazione: 93,5% degli atleti
- consumo di frutta e verdura tra i più elevati (1,92 porzioni giornaliere)

MONTALLEGRO



VICINO A TE

VICINO ALLA TUA SALUTE

MONTALLEGRO È

casa di cura per chirurgia di alta complessità
e ricoveri di riabilitazione e terapia medica

chirurgia ambulatoriale

diagnostica per immagini e di laboratorio
(analisi e anatomia patologica)

consulenze e visite specialistiche ambulatoriali

fisiokinesiterapia

mali di stagione



L'asma colpisce nel mondo più di 300 milioni di individui e il numero è in costante aumento. La spirometria rimane l'esame fondamentale per la diagnosi ma anche per valutare la gravità della malattia

ASMA, SPIROMETRIA E POSSIBILI TERAPIE

L'asma è una malattia respiratoria frequente che colpisce nel mondo più di **300 milioni di individui**. Negli ultimi decenni la prevalenza dell'asma è in costante aumento, arrivando oggi a interessare nei paesi occidentali quasi un bambino su 3 e un adulto su 5 con un forte impatto sui Pazienti, sulle loro famiglie e sull'intera società.

L'asma per definizione è una malattia eterogenea caratterizzata da una componente di **infiammazione cronica delle vie aeree** e da sintomi come il **respiro sibilante**, la **dispnea** (respiro corto), la **costrizione toracica** e la **tosse**. In genere la gravità dell'asma può essere variabile, con periodi di benessere respiratorio alternati a periodi con più forti sintomi respiratori.

Numerosi sono i fattori che possono scatenare una "crisi asmatica" o peggiorare i sintomi e il controllo dell'asma come il **contatto con allergeni** (pollini, acari della polvere, epiteli animali o muffe), le **infezioni del tratto respiratorio**, l'**assunzione di farmaci** (aspirina, FANS, B bloccanti o altri), l'**inquinamento atmosferico**, il **fumo** o l'inalazione di altre sostanze tossiche o irritanti; ma, più semplicemente, anche lo **stress**, lo **sforzo fisico** o l'inalazione di aria fredda e secca possono rappresentare un fattore scatenante.

I sintomi asmatici sono associati a una caduta del flusso espiratorio, o a una difficoltà nell'espellere l'aria fuori dai polmoni causato da un processo di **broncocostrizione**, cioè la riduzione di calibro dei bronchi. La broncocostrizione è innescata principalmente dalla contrazione della muscolatura liscia presente all'interno dei bronchi e bronchioli. Possono anche contribuire un ispessimento della parete delle vie aeree e un aumento delle secrezioni mucose presenti al loro interno.

Per diagnosticare l'asma, oltre a una visita completa e a una corretta anamnesi volta a identificare i sintomi e i segni compatibili, è necessaria effettuare una valutazione della funzionalità respiratoria tramite l'esecuzione di una **spirometria**. L'identificazione di un'anomalia spirometrica ostruttiva che migliora dopo l'inalazione di un farmaco broncodilatatore associata a un quadro clinico compatibile, permette di porre diagnosi di asma. In caso di norma-

lità dell'esame spirometrico potrebbe essere necessario effettuare un test di broncostimolazione con Metacolina. Questo esame permette di svelare l'eventuale presenza di iperreattività bronchiale che tipicamente è presente nei Pazienti affetti da asma.

La spirometria rimane l'esame fondamentale sia per la **diagnosi** ma anche per **valutare la gravità**, l'**andamento nel tempo**, e la **risposta alle terapie** dei Pazienti affetti da diverse patologie dell'apparato respiratorio e, più in particolare, nei Pazienti affetti da asma.

L'asma è una malattia cronica e potenzialmente grave che però può essere ben controllata anche se non definitivamente curata dalle attuali terapie.

Un approccio graduale al trattamento, una terapia personalizzata e modificabile in base alle diverse fasi di gravità del quadro clinico possono sostanzialmente abolire o almeno ridurre notevolmente la frequenza e la gravità dei sintomi dell'asma e contribuire a diminuire i rischi di riacutizzazioni e di sviluppare danni polmonari irreversibili.

I **farmaci** principalmente utilizzati nel controllo dell'asma sono i **broncodilatatori** sia a breve sia a lunga durata d'azione (SABA e LABA) e i **corticosteroidi** per via inalatoria (ICS). Nelle forme lievi e poco sintomatiche di asma può essere sufficiente utilizzare in caso di sintomi broncodilatatori a breve durata d'azione (step 1 di trattamento). Il trattamento regolare con farmaci per il controllo (controller) e particolarmente con farmaci a base di corticosteroidi per via inalatoria (ICS), eventualmente associato a broncodilatatori a lunga durata d'azione, viene utilizzato nelle forme più gravi (dallo step 2 di trattamento).

Diverse altre opzioni terapeutiche possono essere utilizzate o aggiunte alla terapia standard nelle situazioni di crescente gravità (farmaci antileucotrienici, broncodilatatori antimuscarinici, steroidi).

Carlo Mereu

è Direttore S.C. Pneumologia ASL 2 Savonese
(Ospedale Santa Corona, Pietra Ligure) - cmereu3@gmail.com

Paolo Bellotti

è Dirigente di 1° livello S.C. Pneumologia ASL 2 Savonese
(Ospedale Santa Corona, Pietra Ligure) - michelebellotti@virgilio.it



La malattia ha una diffusione significativa oltre gli 85 anni di età. Le terapie in uso offrono benefici sintomatici ma non sono ancora stati identificati trattamenti che ne arrestino o ne invertano il decorso. La scienza studia la possibilità di ritardare l'esordio dell'Alzheimer

IL DRAMMA DELL'ALZHEIMER

La malattia di Alzheimer è la forma più comune di demenza caratterizzata da **deterioramento cognitivo cronico progressivo a esordio prevalentemente senile**.

In tutto il mondo i Pazienti affetti da demenza sono circa **36 milioni**, di cui il **70%** soffre della malattia di Alzheimer. Le stime per il futuro sono allarmanti e, se non interverranno modifiche terapeutiche e/o preventive significative, il numero dei Pazienti affetti da demenza è destinato ad aumentare sino oltre i 100 milioni nel 2050.

Il fattore di rischio maggiormente correlato all'incidenza della malattia è l'età. Molto rara sotto i 65 anni, **questa patologia aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età**, per raggiungere una diffusione significativa nella popolazione oltre

gli 85 anni. Trattandosi di una vera e propria malattia, non va confusa con il risultato di un "fisiologico" invecchiamento cerebrale.

Dal punto di vista clinico i primi sintomi osservabili nei malati di Alzheimer sono l'**incapacità di acquisire nuovi ricordi** e la **difficoltà nel ricordare eventi recenti** (cosiddetta memoria "episodica"). Con il progredire della malattia, il quadro clinico si manifesta con **disorientamento nel tempo e nello spazio, perdita della memoria** a lungo termine, **disturbi del linguaggio, alterazioni del comportamento**, perdita delle capacità critiche e di giudizio, anomalie progressive del controllo sfinterico, sino alla totale perdita di autonomia.

La causa e la progressione della malattia di Alzheimer non sono ancora ben conosciuti, anche se la

ricerca scientifica sta facendo importanti progressi nell'individuare i meccanismi molecolari alla base della malattia: è ormai noto che essa è associata al danno cerebrale dovuto all'**accumulo extracellulare di una proteina anomala** (la beta-amiloide) e dall'**accumulo di ammassi neurofibrillari di un'altra proteina** (la proteina tau) all'interno dei neuroni. Questi accumuli, neurotossici (cioè in grado di danneggiare il cervello o il sistema nervoso periferico), conducono a loro volta alla prematura e progressiva morte neuronale.

Altri importanti progressi sono stati compiuti nel tentativo di porre una diagnosi precoce di malattia. Infatti, mentre sino a non molti anni or sono la diagnosi clinica di malattia di Alzheimer poteva verificarsi solo dopo che il quadro neurologico ave-

va raggiunto un livello tale da interferire con le funzioni della vita quotidiana, recentemente la ricerca ha permesso di rivedere i criteri diagnostici. Attualmente è necessario che il Paziente manifesti **specifici e particolari disturbi della memoria episodica** (evidenziabili con speciali test neuropsicologici) e presenti alterazioni in altrettanto specifici "marker" di malattia: fra questi l'evidenza con risonanza magnetica encefalica con analisi volumetrica della regione cerebrale dove "risiede" la memoria episodica (detta "ippocampo"), l'analisi del liquor cerebrospinale (riduzione dei livelli di "beta-amiloide" e aumento di quelli della "tau") e la PET (tomografia a emissione di positroni) con "ligandi" (ovvero con composti che "riconoscono" la beta-amiloide).

Negli ultimi vent'anni, oltre mille differenti composti sono stati studiati come **potenziali farmaci** candidati per il trattamento della malattia di Alzheimer. La cattive notizie sono che le terapie attualmente in uso (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina) offrono esclusivamente piccoli benefici sintomatici e che non sono ancora stati identificati trattamenti che arrestino o invertano il decorso della malattia. Il progressivo miglioramento della conoscenza dei meccanismi molecolari alla base dell'Alzheimer ha permesso lo sviluppo di promettenti terapie "intelligenti", come alcuni anticorpi monoclonali (immunoglobuline altamente specializzate utilizzate anche nella terapia delle neoplasie e delle malattie autoimmuni), in grado di individuare come "bersagli" la beta-amiloide e, nel prossimo futuro, la proteina "tau". Ulteriori scoperte nei meccanismi della malattia avranno come conseguenza pratica lo sviluppo di nuovi farmaci potenzialmente molto efficaci.

Poiché, tuttavia, l'immissione in commercio di una terapia efficace non accadrà verosimilmente prima del 2025, il massimo sforzo attuale consiste nel tentare di **ritardare l'esordio dell'Alzheimer**. Non si tratta di uno sforzo privo di importanti risvolti pratici, in quanto solamente arrivare a posticipare di un anno l'insorgenza e la progressione della malattia significherebbe far diminuire di circa 9 milioni il numero di Pazienti affetti nel 2050.

Molte sostanze sono state studiate (o si stanno attualmente studiando) per la prevenzione della malattia (anti-ipertensivi, estrogeni, anti-infiammatori, ginkgo biloba, antidiabetici orali come il pioglitazone, statine). Anche elementi nutrizionali sono testati come potenziali terapie preventive (vitamine che riducono i livelli ematici di omocisteina, antiossidanti, acidi grassi polinsaturi a lunga catena come l'acido docosaesanoico, flavonoidi, vitamina D, diete alimentari speciali come la dieta mediterranea), con risultati contrastanti. Un ruolo di prevenzione po-

tenzialmente importante e promettente è rappresentato dalla stimolazione cognitiva: l'**"allenamento" cerebrale**, in particolare la **socializzazione**, sembra essere in grado di aumentare la cosiddetta "riserva cognitiva" (cioè la capacità di un cervello affetto dalle alterazioni tipiche dell'Alzheimer di non manifestare sintomi clinici) e la plasticità cerebrale, attraverso l'aumento dei cosiddetti "fattori di crescita" neuronale, come il BDNF (Brain-derived neurotrophic factor).

Da non sottovalutare anche la capacità preventiva dell'**esercizio fisico regolare**. Alcuni studi molto recenti, pubblicati nel 2014 e 2015, sembrano attribuire un importante ruolo preventivo al controllo di 7 noti fattori di rischio per le malattie cardio e cerebrovascolari (diabete mellito, ipertensione arteriosa, obesità, inattività fisica, depressione, fumo di sigaretta, bassi livelli di scolarità): secondo questi autorevoli studi, circa un terzo dei casi di malattia di Alzheimer nel mondo sembrano correlati a questi fattori di rischio, di cui il più importante si reputa essere l'inattività fisica. Se ciò fosse confermato, controllare i fattori di rischio potrebbe servire a prevenire una percentuale significativa di Pazienti affetti da demenza di Alzheimer.

La ricerca scientifica conferma che alcune alterazioni istologiche e biochimiche della malattia di Alzheimer possono comparire anche 20 anni prima dell'esordio dei primi sintomi. Questo dato rende anche ragione dell'inefficacia delle terapie sinora utilizzate, prescritte quando la sintomatologia è comparsa e le alterazioni cerebrali sono ormai diffuse e irreversibili. Sarebbe pertanto fondamentale **riconoscere per tempo le persone a rischio** in modo da poterle trattare in anticipo rispetto alla comparsa dei sintomi. Non è da sottovalutare il rischio, tuttavia, di porre una diagnosi precoce di malattia (addirittura nella fase preclinica) in un momento, come quello attuale, in cui non sono disponibili farmaci in grado di modificarne il decorso. Allo stato attuale i potenziali benefici di una diagnosi precoce vanno quindi valutati attentamente tenendo conto dell'impatto psicologico ed emotivo che una diagnosi precoce potrebbe comportare.

In questo momento, perciò, oltre all'impegno della comunità scientifica nell'individuare in modo sempre più preciso i meccanismi della malattia e, auspicabilmente, terapie efficaci nella fase precoce, lo sforzo più importante è quello di **sostenere, educare e consigliare i familiari e i caregiver dei Pazienti affetti**, sui quali grava la gran parte del peso clinico, emozionale, economico e sociale della malattia.

Fabio Bandini

è Direttore S.C. Neurologia ASL 2 Savonese (Ospedale San Paolo, Savona)
f.bandini@asl2.liguria.it

La varietà di frutta e verdura a disposizione in questa stagione ci aiuta a mangiare più sano e a controllare la linea. Analizziamo i benefici di alcuni prodotti della terra e proviamo a indicare una dieta bilanciata adatta a chi svolge attività sedentaria

LA DIETA PRIMAVERILE

Approfittiamo del risveglio primaverile della natura per rimetterci in forma in vista della fatidica "prova costume" di inizio estate.

La varietà di frutta e verdura che abbiamo a disposizione in questa stagione ci aiuta a mangiare più sano e a controllare la linea (meno calorie introdotte = perdita di peso...). Ma non solo: le sostanze contenute negli ortaggi giocano un ruolo di primo piano nella battaglia che quotidianamente combattiamo contro i radicali liberi, sostanze responsabili dello stress ossidativo e dei fenomeni di invecchiamento cellulare.

Mangiare bene, "colorato" e dietetico, è un comandamento che in primavera è possibile rispettare. Vediamo qualche esempio di bianco, rosso e verde da seguire...

Asparagi: appartengono alla famiglia delle Liliaceae come l'aglio e l'aloe. Possiedono elevato potere antinfiammatorio, diuretico e antiossidante grazie al notevole contenuto di vitamina K, vitamina C, acido folico e vitamine del complesso B. Indicati nella dieta primaverile anche per il basso contenuto calorico: solo 20 calorie ogni 100 grammi. La presenza di acido aspartico e glutammico ne fa un alimento utile nella dieta dell'atleta.

Cavolo cappuccio: è un altro ortaggio estremamente interessante. Non è solo ricco di sostanze antiossidanti come il betacarotene e i flavonoidi, ma anche di acidi grassi polinsaturi

(omega 3 e omega 6) che riducono i valori del colesterolo e risultano anche utili nella prevenzione degli infortuni muscolari. Per il significativo contenuto di aminoacidi essenziali, il cavolo cappuccio è un valido alimento da utilizzare nella dieta vegana, in sostituzione delle proteine animali. **Barbabietola:** detta anche rapa rossa, è composta per il 90% di acqua e viene perciò considerato un alimento ipocalorico. È estremamente ricca di sali minerali, in particolare ferro, magnesio, fosforo, calcio e potassio. È utile in caso di anemia e di stati di affaticamento.

Fave: appartengono alla famiglia dei legumi, ma, a differenza di fagioli, lenticchie e ceci, possono anche essere consumate crude conservando tutte le proprietà nutrizionali, in particolare le vitamine del gruppo B, rese inattive dalla cottura e dall'essiccamento. Come il cavolo cappuccio, anche le fave hanno un elevato contenuto in aminoacidi e quindi possono essere una valida alternativa ai cibi animali, per vegetariani e vegani. Cento grammi di fave fresche apportano 71 calorie.

Finocchi: ipocalorici come tutti gli ortaggi (31 calorie per 100 grammi), hanno un buon contenuto di sali minerali, fitoestrogeni e oli essenziali. Queste sostanze conferiscono al finocchio la capacità di ridurre il meteorismo intestinale (gonfiore), e attenuare i disturbi della menopausa. La ricchezza di sali minerali ne fa

un alimento indicato nella dieta dello sportivo: non tutti sanno che il contenuto di potassio di cento grammi di finocchio è superiore a quello di una banana!

Fragole: hanno praticamente lo stesso potere calorico dei finocchi (32 calorie per 100 grammi) e altrettante proprietà benefiche. L'elevato contenuto di acido ascorbico (o vitamina C) conferisce a questi frutti di bosco un elevato potere antiossidante antinfiammatorio.

Amarene: 50 calorie per 100 grammi, elevato contenuto in betacarotene, retinolo e antociani. Questi componenti fanno dell'amarena un frutto dalle buone caratteristiche nutrizionali, particolarmente utile a proteggere l'occhio e a migliorare la vista, ma anche con azione preventiva nelle malattie neoplastiche dell'apparato digerente. Non si possono conservare e vanno mangiate freschissime.

Pesca: è un frutto importato dalla Persia nel 1° secolo a.C. (per questo in lingua genovese si chiama "per-sega", cioè della "Persia"). Contiene 30 calorie ogni 100 grammi di parte edibile e fornisce il 15% della dose giornaliera di vitamina C, ma è anche molto ricca di betacarotene (precursore della vitamina A) e di potassio. Indicata nella dieta dello sportivo.

Luca Spigno

*specialista in Scienza dell'alimentazione,
è vice Direttore sanitario di Villa Montallegro
lspigno@montallegro.it*

PRIMA COLAZIONE

- una tazza di latte parzialmente scremato (o di soia)
- 4 biscotti integrali
- una spremuta di arance



SPUNTINO ORE 10

- una pesca

COLAZIONE ORE 13

- 200 g di nasello lessato con marò di fave (ricetta tratta da "Liguria salute in cucina", edizioni Sagep: versare 200 g di fave sgranate in un mortaio e pestarle, aggiungendo un po' di sale, uno spicchio d'aglio schiacciato, 50 g di pecorino grattugiato, olio di oliva e due o tre foglie di menta)
- una fetta di pane tostato
- una coppa di fragole con qualche goccia di aceto balsamico



SPUNTINO ORE 16

- due nespole

CENA

- insalata di cavolo cappuccio e barbabietola con un cucchiaino di olio di oliva
- 50 g parmigiano reggiano con sedano
- una fetta di pane
- una coppa di amarene

totale calorie: 1580 di cui 60% carboidrati; 20% proteine; 20% lipidi.



Questa dieta bilanciata fornisce il 23% delle calorie giornaliere con la prima colazione (prevalentemente a base di carboidrati), un buon apporto di proteine (che derivano dal pesce e dal formaggio, ma anche da vegetali come le fave, il cavolo cappuccio e la rapa rossa); un limitato apporto di grassi di cui il 50% polinsaturi (i grassi saturi derivano prevalentemente dal pecorino e dal parmigiano, mentre quelli insaturi dal nasello e dall'olio di oliva), un elevato contenuto di vitamine del gruppo B, C, D e A contenute nella frutta, nella verdura, nel latte e nel pesce.

Dal punto di vista calorico è una dieta indicata per un soggetto che svolge un'attività sedentaria e pesa tra 60 e 65 kg.

Mentre l'Italia inizia a produrre in proprio cannabis terapeutica nello Stabilimento Farmacologico Militare di Firenze, a Villa Montallegro si è aperto un ambulatorio che applica questa cura. Ne parliamo con il responsabile, esperto di livello nazionale

CANNABIS: NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE

Intervista al dottor Marco Bertolotto



La **terapia con la cannabis** arriva anche a Montallegro con la consulenza e sotto la responsabilità del **dottor Marco Bertolotto**, direttore del Centro di Terapia del dolore e cure palliative dell'Ospedale Santa Corona di Albenga e Pietra Ligure e del Dipartimento di Riabilitazione dell'ASL 2 savonese. Bertolotto, laureato a Genova nel 1984, specializzato in Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore all'Università di Milano (è stato anche presidente della Provincia di Savona), si occupa, presso gli ambulatori di Villa Montallegro, di questa nuova possibilità terapeutica che, al momento, vede pochi centri operativi in Italia. Gli abbiamo posto alcune domande sulla cannabis terapeutica.

Cosa è la cannabis per uso terapeutico?

«La cannabis è un'inflorescenza che contiene oltre 600 sostanze in grado di sviluppare un **effetto curativo** nel nostro organismo: fra queste i cannabinoidi, i terpeni, i flavonoidi e altre sostanze naturali».

Perché la cannabis?

«Il nostro corpo produce cannabinoidi (molecole che agiscono come la cannabis). I recettori di queste sostanze si trovano nel cervello, nel midollo spinale, nei muscoli, nelle articolazioni, nell'intestino, negli organi genitali, nelle ghiandole, nel sistema immunitario; sono presenti ovunque e svolgono un **ruolo fondamentale nel mantenere in equilibrio l'organismo**. Assumere cannabis terapeutica aiuta il corpo a recuperare l'equilibrio perso a causa della malattia».

Quali sono le patologie che è possibile affrontare con la cannabis?

«La cannabis spesso riesce a curare là dove i farmaci tradizionali hanno fallito: dolore cronico, dolore neuropatico, spasmi muscolari, epilessia, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, malattie neurologiche degenerative, nausea e vomito in corso di chemio-radioterapia, stimola-

zione dell'appetito nella cachessia e anoressia, morbo di Crohn. Ricerche condotte "in vivo" e "in vitro" dimostrano un'importante azione anticancro: sempre più spesso, la cannabis viene associata al **trattamento chemio-radioterapico**».

Chi produce la cannabis per uso terapeutico?

«Al momento esiste una sola azienda in Europa produttrice di cannabis terapeutica. Si tratta della **Bedrocan BV che opera per conto del Ministero della Sanità olandese**. Tutte le altre nazioni, dove è lecito usare la cannabis per scopi terapeutici, la acquistano direttamente da quel Ministero. Si tratta di un prodotto sicuro e controllato, esente da pesticidi, metalli pesanti, infezioni batteriche e fungine: è un vero e proprio prodotto farmacologico».

In Italia non esiste produzione?

«In questi giorni il nostro Ministero della Difesa, nello Stabilimento Farmacologico Militare di Firenze, ha iniziato una produzione simile a quella olandese per conto del nostro Ministero della Salute. A fine estate avremo il primo raccolto disponibile».