



In collaborazione con il «Programma promozione salute» delle Aziende sanitarie modenesi, coordinato dal dott. Giuseppe Fattori. Per domande e proposte: g.fattori@ausl.mo.it

#302SALUCDR

LA PAGINA

DELLA SALUTE



“D’infarto si muore meno ma l’obesità rimane il primo nemico del cuore”

La prof. Maria Grazia Modena, responsabile del Dipartimento di emergenza-urgenza del Policlinico, racconta i passi avanti che ha compiuto la cardiologia negli ultimi anni. Importante, dice la specialista, «è prevenire e combattere i fattori di rischio

come l’ipertensione, il diabete e l’obesità». Nel 1996 la docente ha fondato il “Centro BenEssere Donna” che fino a ora ha curato 3800 pazienti, occupandosi di prevenzione, diagnosi e terapia delle più frequenti patologie associate alla post-menopausa.

Professoressa Modena, le cure del cuore fanno passi avanti?

«Negli ultimi anni la cardiologia ha compiuto passi avanti straordinari che hanno portato a un abbattimento della mortalità per infarto del miocardio intorno al 4% e a un aumento della vita media della popolazione. C’è dunque poco margine per ulteriori innovazioni in grado di modificare sostanzialmente la prognosi delle malattie cardiovascolari, almeno nell’immediato. Nei prossimi anni assisteremo soprattutto a un maggiore impiego di risorse nella prevenzione primaria della patologia cardiovascolare e a un approccio integrato e plurispecialistico delle varie condizioni di rischio come l’ipertensione, il diabete e l’obesità. Un classico campo di applicazione di questa nuova strategia è rappresentato da prevenzione e cura della sindrome metabolica, una condizione caratterizzata dalla contemporanea presenza nello stesso soggetto di una pressione arteriosa alta e di alcuni disordini metabolici, che risulta associata ad un rischio di cardiopatia ischemica di tre volte rispetto alla popolazione normale e, soprattutto, ad un rischio di diabete di cinque volte».

Il problema maggiore è l’obesità?

«Certo, perché si sta caratterizzando sempre di più come una vera e propria “malattia sociale”, e ad essa vanno indirizzati i protocolli di intervento, anche in sintonia con le recenti posizioni del Ministero della Salute che vede nella lotta all’obesità uno dei progetti primari da mettere in campo per migliorare lo stato di salute generale della popolazione. Attualmente un italiano su dieci è obeso, mentre quasi un uomo su due e una donna su quattro sono in sovrappeso. Il 24% degli uomini e il 37% delle donne hanno una circonferenza addominale considerabile a rischio per malattie cardio-cerebrovascolari e purtroppo non sono esenti i bambini italiani».

Cosa si può fare per la prevenzione?

«Occorrerebbe aumentare il livello di conoscenza dei pazienti, spesso portati a ritenere l’obesità solo un inestetismo e non una malattia. Importante è anche capire se gli specialisti, particolarmente quelli che devono curare le

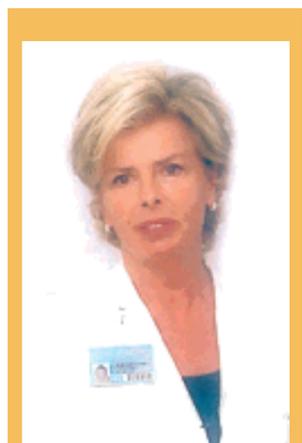
Come si prepara la prima pappa?

«La prima pappa è a base di brodo vegetale, preparato con patata e carota, cui si aggiungono 1-2 cucchiaini di crema di riso o mais e tapioca, 1 cucchiaino di parmigiano stagionato e 1 cucchiaino di olio extra vergine d’oliva. Mai aggiungere sale e dadi da brodo fino ad 1 anno di vita».

Quali ortaggi posso usare nello svezzamento?



patologie cardiovascolari che all’obesità conseguono, hanno una cognizione approfondita della problematica e dei modi, attuali o del prossimo futuro, che possono essere perseguiti per risolverla. Il principale problema sta nel fatto che spesso la malattia viene scomposta dal clinico in una serie di disordini apparentemente non legati fra loro e la cura si occupa di un singolo aspetto del problema, senza una visione unitaria e con prescrizioni di terapia potenzialmente incompatibili.



Maria Grazia Modena è ordinario di Cardiologia all’Università degli studi di Modena e Reggio Emilia e dirige il Dipartimento di emergenza-urgenza del Policlinico universitario modenese

Sulla base di queste considerazioni e seguendo la vocazione della nostra scuola, riconosciuta a livello nazionale e internazionale per i contributi scientifici nell’ambito della valutazione non invasiva dei fattori di rischio cardiovascolare, abbiamo creato all’interno dell’Istituto di Cardiologia dell’Azienda ospedaliero-universitaria del Policlinico un “Centro Cardiometabolico”

con l’obiettivo non solo di offrire un servizio assistenziale di prevenzione e cura del rischio cardiometabolico, ma anche di sviluppare progetti di ricerca finalizzati a una maggiore comprensione dei meccanismi genetici, biochimici e fisiopatologici che legano l’obesità viscerale e l’insulino-resistenza al rischio cardiometabolico».

Uomini e donne si ammalano al cuore allo stesso modo?

«Assolutamente no. Fino a qualche anno fa le ricerche cliniche erano tarate sull’uomo, ma l’organismo della donna è, naturalmente, molto differente: incidono anche fattori come il doppio lavoro femminile odierno - a casa e in ufficio o fabbrica - ad esempio o la propensione femminile a occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri e poi di quelli propri. Peraltro, vivendo mediamente più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all’interno della famiglia. Per troppo tempo si è applicato un modello maschile alle malattie di cuore che, insieme all’ictus cerebrale, rappresentano la principale causa di mortalità e invalidità nel mondo occidentale sia negli uomini che nelle donne».

Per questi motivi ha fondato il Centro “BenEssere Donna”?

«E’ nato nel 1996 e associa vari specialisti operanti al Policlinico che si occupano della prevenzione, diagnosi e terapia delle più frequenti patologie associate alla post-menopausa. Si tratta di un Centro polispecialistico dunque, rivolto alle donne in post-menopausa fino ai 65 anni di età, cui si accede con l’impegno di un medico curante. Fino ad ora abbiamo visto circa 3800 donne». (stefano luppi)

Che frutta dare durante lo svezzamento?

«Si può cominciare da mela e pera, poi dal 6° mese banana, albicocca, pesca, prugna ecc. Dall’8° anche gli agrumi, ma aspettiamo fino al 10°-12° mese con la frutta rossa (ciliegie, fragole ecc.). Noci, nocciole o mandorle non prima dei 3 anni di età per evitare problemi di soffocamento».

In collaborazione con Conad e Modena Radio City

L’OPINIONE

Quando il farmaco ti cambia la vita

di Amelia Beltrami *

Lifestyle drugs, molecole che cambiano lo “stile di vita”. Grazie ad esse si supera la paura, la fame, il sonno, i limiti delle eiaculazioni quotidiane. Oppure sono scorciatoie per non impegnare la forza di volontà e smettere comunque di ingrassare, fumare, drogarsi, stancarsi.

Il mercato di queste sostanze è enorme. E sono costose. Ormai sono più di 10 le molecole che vengono prescritte per utilizzi che non possono essere definiti clinici. E tutte richiedono una prescrizione medica. “Sono tutti malati i consumatori di queste molecole? O hanno solo dei desideri o dei bisogni insoddisfatti?” si chiede Rod Flower del William Harvey Research Institute a Londra.

Per prima cosa bisogna definire cos’è una malattia. La malattia sembra sempre più diventare una deviazione da uno standard considerato norma. Chi è fuori da quella norma è malato. Il maschio dopo i 40 anni è di solito calvo. A volte lo è già a 30, e in alcuni casi addirittura a 18. Eppure la calvizie maschile viene considerata da alcuni una “malattia da curare”, con la scusa che in alcuni (rarissimi) casi, una prematura calvizie può contribuire a generare problemi psicologici, evitabili con un farmaco che promuove la ricrescita dei capelli. In questo caso il farmaco potrebbe essere definito a scopo terapeutico, mentre in altri casi il far ricrescere i capelli potrebbe essere considerato una questione di scelta personale, o di vanità. Nessuno si domanda se la malattia non sia proprio nel considerare malattia una cosa assolutamente normale. O se non sia la stessa pubblicità di prodotti cosmetici e non a creare la malattia.

Il processo ha un nome vecchio, si chiama “medicalizzazione”, e non ce ne libereremo presto. Per questioni economiche: il settimanale Business Week ipotizza addirittura che il boom delle lifestyle drugs “potrebbe rendere l’industria farmaceutica il motore della crescita per l’intera economia Usa”.

Il vero problema, di cui non si parla, è se il gioco vale la candela. Nessun farmaco ha un solo effetto, e gli effetti secondari vanno da lievi a gravi, a letali. In base al calcolo dell’umana sofferenza c’è una sorta di equivalenza fra la gravità della malattia da curare e il peso accettabile di effetti collaterali. Ma quando si comincia a dare molecole chimiche a soggetti sani, chi decide qual è il livello accettabile dei rischi? Chi deve informare? E chi paga quando salteranno fuori le malattie causate dall’uso di questi farmaci? L’unico problema è l’informazione sugli effetti collaterali: se la decisione di assumere o non assumere questo tipo di molecole viene lasciata al cittadino non più paziente, allora l’informazione non può essere solo quella che invita al consumo, ma deve essere un’attenta analisi e una spiegazione completa degli effetti collaterali che certo non può essere lasciata alle aziende produttrici, come si fa per i cosmetici. E soprattutto, chi si occuperà dei farmaci che devono curare veramente le malattie se i soldi per l’industria farmaceutica verranno fuori da queste molecole?

*www.focus.it/Salute/speciale/Le_medicine_per_cambiar_vita.aspx

IL TEST



La gravidanza

1. In gravidanza si possono assumere farmaci?

- Vi sono farmaci sicuri e innocui per il feto
- Meglio evitare tutti i farmaci
- Meglio utilizzare terapie “naturali”

a) Vi sono situazioni in cui l’assunzione di farmaci è indispensabile per la salute della futura mamma e del feto. In molti casi è possibile trovare un medicinale sicuro, in accordo con le indicazioni del proprio medico. Le terapie cosiddette “naturali” (erbe, prodotti omeopatici) non sempre rappresentano una valida alternativa e spesso il loro uso non è testato in gravidanza.

2. E’ normale il vomito nel primo trimestre di gravidanza?

- E’ un disturbo lieve e non esiste nessun trattamento sicuro
- Può manifestarsi in modo grave e persistente e richiedere un trattamento medico
- E’ un disturbo psicosomatico

b) Questa condizione, chiamata iperemesi gravidica, oltre a rendere impossibile lo svolgimento delle normali occupazioni, può condurre a disidratazione, squilibri elettrolitici e deficit nutrizionali. Esistono diversi trattamenti farmacologici efficaci e sicuri, ma vengono poco utilizzati.

3. Che cosa è la toxoplasmosi?

- E’ una infezione molto rara, se contratta in gravidanza si trasmette sempre al feto
- E’ una infezione banale, se contratta in gravidanza non ha conseguenze
- E’ una infezione abbastanza comune, se contratta per la prima volta in gravidanza si può trasmettere al feto

c) Con un semplice esame del sangue effettuato all’inizio della gravidanza si può stabilire se si ha già avuto l’infezione in passato e si è quindi già protette, oppure se non si è mai avuto contatto con questo parassita e si è quindi a rischio di infezione. In questo secondo caso è consigliato ripetere il test ogni 4-6 settimane per diagnosticare precocemente l’infezione e iniziare eventualmente una terapia.

4. Come si previene la toxoplasmosi in gravidanza?

- Evitando il contatto con le persone ammalate
- Evitando il contatto con i gatti
- Seguendo alcune semplici norme igieniche e di alimentazione

c) Il contagio avviene principalmente attraverso l’ingestione del parassita, che si può trovare nelle feci dei gatti infetti, nel terreno, nella carne degli erbivori. La prevenzione si basa soprattutto nell’evitare il consumo di carne cruda o poco cotta e di verdura mal lavata, nel lavaggio accurato delle mani dopo la manipolazione di tali cibi, nell’uso dei guanti per vuotare la lettiera del proprio gatto.

Altre informazioni sono disponibili sul sito del Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva Saperidoc, gratuitamente consultabile online all’indirizzo www.saperidoc.it

IN PILLOLE