

Editoriale**Una buona politica
per una buona salute**

di Sergio Raffale *

I recenti processi di aziendalizzazione della sanità portano ad un controllo continuo dei criteri di appropriatezza finendo col far prevalere il primato dell'economia con il rischio, di fatto, di sostituirsi gradualmente (e inesorabilmente) alla logica clinica.

Un altro pericolo può anche verificarsi quando il progresso tecnico-scientifico non è accompagnato da un analogo sviluppo della coscienza: in questo caso è l'uomo l'oggetto della scienza e non il suo soggetto.

Per non parlare del sistema organizzativo dove il più delle volte mancano i necessari anelli di congiunzione tra l'assistenza clinica e l'assistenza domiciliare; di fronte a patologie che tendono a cronicizzarsi tale assenza pesa sulla rete familiare e sposta i problemi dall'area sanitaria a quella sociale. In un quadro del genere intervenire con tagli cosiddetti "lineari" può generare una pericolosa sindrome dell'abbandono

*(Continua a pagina 3)***Il modello assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale per la cura del diabete**

Le prospettive dell'esplosione del diabete nel prossimo decennio e l'aumento dei costi relativi sono sicuramente un motivo di preoccupazione tra i decisori delle politiche sanitarie e degli stessi operatori. I sistemi sanitari di tutto il mondo, tra l'altro, si trovano oggi ad impegnare circa il 70/80% delle loro risorse nella cura delle malattie croniche anche per effetto del costante invecchiamento della popolazione negli ultimi anni. Si assiste, di conseguenza, ad una maggiore presenza e prevalenza di patologie croniche con costi diretti (ricoveri, medicine, visite specialistiche, ecc.) o indiretti (invalidità, giornate perse di lavoro, coinvolgimenti familiari). Far fronte a questo pesante impatto rappresenta, dunque, una vera sfida sia per quanto attiene alla qualità di vita delle persone sia per la sostenibilità economica. Le rilevazioni ci dicono che in Italia circa il 5% della popolazione (3,5 milioni di persone) è affetto da diabete mellito e circa 1 milione e mezzo lo è senza saperlo. Tra le patologie croniche il diabete è una malattia simbolo che assorbe tra il 7-10% della spesa sanitaria complessiva. Ciò corrisponde a calcolare che la spesa

media per singolo paziente si aggirano tra i 2.750 e i 3.350 Euro tenendo presente che i costi individuali sono strettamente legati al naturale e progressivo peggioramento del quadro clinico per via dell'insorgenza delle possibili complicanze. Peraltro, tutte queste

*(Continua a pagina 3)***RISERVA IL TUO 5 PER MILLE
per "AMICI DEL DIABETICO"**

Inserisci codice fiscale

97226520159

nella Sezione Onlus e Volontariato e apponi la firma nel modello con cui paghi le tasse.

COME DONARE

In Posta: Con il Conto corrente N.

43489202

intestato a: "AMICI DEL DIABETICO"

In Banca: Presso Banca Commercio & Industria

Sportello H. Fatebenefratelli - Milano
IBAN:**IT04M0504801601000000 34119****Guida alla lettura**

Il modello assistenziale per la cura del diabete	pag. 1
Il Bilancio dell'Associazione	pag. 2
Il modello assistenziale del Team Diabetologico	pag. 4
Associazioni dei pazienti	pag. 5
Il rapporto medico-paziente	pag. 6
Alimentazione: la frutta fresca	pag. 7
Misurare i valori glicemici	pag. 7
Diabete e salute della bocca	pag. 8
L'iniezione dell'insulina	pag. 9
L'etica del digiuno	pag. 9
Il microinfusore e la sua utilità	pag. 10

Iperensione arteriosa - quando misurare la P.A.	pag. 11
Ridurre il consumo di sale	pag. 12
Sesso, diabete e problemi di coppia	pag. 13
Precauzioni contro le scottature	pag. 14
Attenti alle ferite da non sottovalutare	pag. 15
Camminata e visita alla Pinacoteca di Brera	pag. 15
La sussidiarietà: art. 118 della Costituzione	pag. 16



Approvato il Bilancio dell'Associazione e l'attività in programma per il 2013

Lo scorso 20 aprile si è tenuta l'annuale Assemblea dei Soci che ha provveduto ad approvare la Relazione del Presidente Raffaele sull'attività sociale svolta nel 2012 e quella prevista nel 2013. Per motivi di spazio, tali documenti saranno pubblicati sul sito dell'Associazione (www.amicideldiabetico.org). Il Sig. Arini subentra nel Consiglio Direttivo in sostituzione dell'Avv. Granata che ha optato per le funzioni di Revisore dei conti.

All'unanimità sono stati approvati i documenti di Bilancio illustrati dal Tesoriere Vicini. Di seguito i riferimenti del 2012-2013.

La pubblicazione del Bilancio dell'Associazione rientra da sempre nella tradizione e nella cultura operativa degli "Amici del Diabetico". Più che un gesto di normale trasparenza, riteniamo tale pubblicazione un passaggio fondamentale nella vita di un soggetto *non profit* che correttamente desidera rendere conto del proprio operato a tutti gli *stakeholder* per continuare a mantenere ed accrescere quel tasso di fiducia conquistato negli anni.

I costi preventivati per il 2013 fotografano un quota che riteniamo significativa per la dimensione dell'Associazione stessa; buona parte dell'importo risulta impegnato per sostenere le Convenzioni con l'Amministrazione Ospedaliera essendo noto che l'Associazione sopporta il costo per diversi clinici che fanno parte del Team Diabetologico Allargato salito dai 41 mila dello scorso anno a 47 mila. Una conduzione oculata degli scorsi anni ci consente nella previsione di utilizzare degli utili

degli scorsi anni per una somma 19.400,00 Euro e un incremento di circa 9 mila Euro rispetto agli impegni del precedente esercizio.

La lettura evidenzia alcuni risparmi ma anche altri incrementi. Questo è il caso della collaborazione di una segretaria part-time che passa da 2 mila per i pochi mesi del 2012 a 6 mila Euro per un regolare contratto dell'intero 2013.

L'altro incremento previsto riguarda la voce la "Pubblicazione di AD Informa" che passa da 3.727,00 a 6.000,00; sotto questa voce, infatti, rientra la pubblicazione del 2° **Bilancio Sociale** che si presenta quest'anno all'interno e all'esterno per ribadire i valori propri dell'ente per quanto riguarda la *governance* e la visione del concetto di Responsabilità Sociale. (Il documento sarà ufficializzato nel corso della celebrazione del XV anniversario di costituzione dell'Associazione fissato ai primi del prossimo dicembre.)

Dunque, intendiamo affiancare al Bilancio economico finanziario un processo di "rendicontazione sociale" che prende in esame tutte le iniziative interne/esterne portate avanti dall'Organizzazione e descrive i rapporti e il campo delle relazioni tenuti con i diversi *stakeholder*. Due Bilanci affiancati per rendere conto del capitale sociale maturato e condividere con tutti gli *stakeholder* un patrimonio di etica, di responsabilità frutto dell'impegno di operatori integri e corretti che ha permesso al Sodalizio di "navigare" in acque tranquille e di guadagnare terreno sul piano della fiducia e della reputazione.

Bilancio consuntivo al 31/12/2012

COSTI

Dettaglio Costi	Importi €
Assicurazione Soci attivi 2012	363,00
Attrezzature varie	2.935,00
Cancelleria	365,00
Attività di missione per Soci e Pazienti	7.076,00
Postali e telefoniche	2.891,00
Rimborsi spese ai Volontari	788,00
Convenzioni Osped. per Centro Diabetologico	41.000,00
Acquisto prodotti x Soci con diabete	2.383,00
Donazioni verso l'Ospedale	2.215,00
Screening /Manif./Giornata Mondiale Diabete	3.604,00
Pubblic. A.D. Informa + abb. Giornali	3.727,00
Marketing/Fund raising/Promoz./Sensibilizzaz.	3.198,00
Spese bancarie e c.c.p.	192,00
Spese collaborazione amministrativa	2.000,00
Risultato d'esercizio	112,00
TOTALE COSTI	72.849,00

RICAVI

Dettaglio Costi	Importi €
Quote associative 2012	8.334,00
Liberalità ricevute	48.550,00
Donazioni	2.360,00
Rimborsi spesa Screening effettuati	0,00
Rimborso acquisto attrezzature	0,00
Rimborso prodotti per Soci	1.080,00
Contributo 5x1000	9.000,00
Rimborso educazione sanitaria	3.525,00
Totale ricavi	72.849,00
Utilizzi utili esercizi precedenti	0,00
TOTALI RICAVI	72.849,00

Bilancio preventivo 2013

COSTI

Dettaglio costi	Importi €
Assicurazione Soci attivi 2013	400,00
Attrezzature varie	2.400,00
Cancelleria	600,00
Attività di missione per Soci e Pazienti	3.000,00
Postali e telefoniche	2.000,00
Rimborsi spese ai Volontari	800,00
Convenzioni Osped. per Centro Diabetologico	47.000,00
Acquisto prodotti x Soci con diabete	3.500,00
Donazioni verso l'Ospedale	1.500,00
Screening /Manif./Giornata Mondiale Diabete	2.000,00
Pubblic. A.D. Informa + abb. Giornali	6.000,00
Marketing/Fund raising/Promoz./Sensibilizzaz.	4.500,00
Spese bancarie e c.c.p.	200,00
Spese collaborazione amministrativa	6.000,00
Ripristino locali sede Associazione	1.500,00
TOTALE COSTI	81.400,00

RICAVI

Dettaglio Ricavi	Importi €
Quote associative 2013	10.000,00
Liberalità presunte	37.500,00
Donazioni	2.500,00
Rimborsi x Screening previsti	0,00
Rimborsi acquisto attrezzature fitness	0,00
Rimborso prodotti per Soci	2.000,00
Contributo 5x1000	10.000,00
Rimborso educazione sanitaria	0,00
Totale ricavi	62.000,00
Utilizzo esercizi precedenti	19.400,00
TOTALE RICAVI	81.400,00

(Continua da pagina 1)

considerazioni impongono la costruzione di nuovi modelli assistenziali rivolti alla prevenzione del diabete nelle persone a rischio, a rendere il più precoce possibile la diagnosi evitando o annullando le insorgenze delle complicanze diabetiche. Ma accanto alle politiche di prevenzione è necessario intervenire anche in altre direzioni come: a) l'ottimizzazione delle sempre minori risorse finanziarie disponibili, b) la riduzione del peso della malattia sul contesto sociale, c) il raggiungimento di una maggiore efficienza/efficacia dei servizi sanitari preposti, d) la riduzione delle disuguaglianze sociali e la maggiore equità nell'accesso alle cure, e) una maggiore uniformità di cura su tutto il territorio nazionale (a partire almeno da quello regionale locale). Da tempo sosteniamo la necessità che la vasta e capillare rete diabetologica specialistica e la diffusa assistenza primaria (medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta) debbono trovare modelli efficienti con modalità di cura integrati (e senza sovrapposizioni) realizzando un'efficace continuità dell'assistenza ai pazienti avvalendosi dell'azione delle Associazioni di persone con diabete. Così le persone a bassa complessità clinica potrebbero essere seguiti dalla medicina generale lasciando alle strutture specialistiche le cure per i soggetti più complicati. Un modello da realizzare attraverso un confronto/condivisione nell'ambito delle varie fasi della malattia dove ogni persona possa trovare la risposta assistenziale più appropriata per la propria salute. Tale passaggio, tuttavia, deve prevedere degli standard assistenziali ma, soprattutto, presuppone che le persone ricevano: 1) una completa informazione sulla malattia, 2) una periodica educazione terapeutica, 3) un addestramento delle procedure dell'autocontrollo glicemico, 4) una dieta personalizzata, 5) regolari intervalli di controlli diabetologici e cardiovascolari, 6) lo *screening* delle complicanze d'organo e del 'piede diabetico'.

Se mai ce ne fosse stato bisogno il presente articolo conferma le scelte operate dagli "Amici del Diabetico" nelle iniziative a favore dei propri Soci e dei pazienti in generale e a supporto del Centro di Diabetologia. Nel primo caso il Sodalizio organizza

(Continua da pagina 1)

che, naturalmente, spaventa il paziente e i suoi familiari che si sentono assorbiti da modelli di cura predeterminati più attenti alla salute del bilancio aziendale e non a quello delle persone.

Secondo il nostro punto di vista una politica seria deve rendere disponibili nuove conquiste scientifiche in modo da non creare quel divario sociale che porta alla disaffezione, quando non ribellione: un principio sancito dalla nostra Costituzione (art. 32) che assegna allo Stato il compito di garantire «cure gratuite agli indigenti».

Certo, l'universalità e la gratuità delle cure rischia di penalizzare il livello delle prestazioni in tempi di crisi come quelli che stiamo vivendo. Esiste, dunque, l'interrogativo di come il cittadino possa e debba concorrere a coprire i costi della salute, evitando di abbassare la qualità a scapito dei più poveri. Seguendo i principi della Costituzione anche in questo caso la politica deve scegliere un approccio che ponga i maggiori contribuenti a fronteggiare le spese per la propria salute liberando risorse per i più indigenti.

Sappiamo bene che la medicina costa sempre più e ciò rende indispensabile che la politica riformuli le sue scelte in base a principi di equità e appropriatezza. Pertanto, nel ripensare i suoi rapporti con la sanità, la politica deve riconsiderare

anche le politiche del welfare, individuandole come fattore di coesione sociale e di giustizia sociale.

Deve inoltre farsi carico di orientare scelte che hanno a che fare con gli stili di vita del cittadino innestando comportamenti preventivi rispetto ad alcune patologie (obesità, rischio cardiovascolare, contrasto al fumo e all'alcool, esercizio fisico); tutte scelte che hanno una ricaduta positiva sul piano della salute. C'è poi la sfida che una buona politica dovrebbe porre verso la prevenzione anche attraverso la formazione dei cittadini con iniziative rivolte all'educazione alla salute, al consumo responsabile dei farmaci, all'interconnessione e integrazione tra i diversi servizi.

Ed infine, un ruolo importante della politica dovrebbe essere quello di favorire e valorizzare le nuove soggettività presenti nella società civile, in primo luogo la rete del Volontariato, senza frenarne l'azione, evitando eventuali eccessi di controllo e della cultura del sospetto. In conclusione la buona politica deve ancora rifarsi alla Costituzione (art. 118) pensando alla sussidiarietà orizzontale (v. art. pag. 16) facilitando una certa osmosi positiva tra pubblico e privato con convergenze sinergiche a vantaggio del malato e della sua famiglia. In conclusione, salute e politica rappresentano un binomio su cui il Paese si gioca la sua reale credibilità.



Camminata al Parco Sempione con successiva visita alla Pinacoteca di Brera

numerosi Seminari all'anno di educazione sanitaria e diversi interventi di educazione terapeutica ed alimentare curando, altresì, le informazioni con tutti i mezzi telematici di cui dispone. Ma, soprattutto, interviene sostenendo finanziariamente

un modello assistenziale per il quale ha ricevuto molteplici riconoscimenti da importanti istituzioni (C.ne di esperti presieduta dal Ministero della Salute, da Fondaz. Cariplo, da Fondaz. Sodalitas, dal Comune di Milano e Clubs Lions).

Il modello assistenziale previsto dal Team Diabetologico Allargato

L'Associazione "Amici del Diabetico" (A.D.) supporta il Centro Diabetologico attraverso una serie di interventi che vanno dalle borse di studio alle donazioni, dalle rilevazioni della soddisfazione di quanti vi accedono alla spinta verso l'innovazione e, soprattutto, mediante un'intensa attività formativa ed educativa finalizzata a promuovere nel paziente una coscienza consapevole e responsabile proponendo Seminari di educazione sanitaria, soggiorni residenziali, Camminate di gruppo, corsi di alimentazione; tutto ciò nella convinzione che solo la conoscenza della patologia e delle sue molteplici sfaccettature può consentire al paziente di stabilire quel "patto terapeutico" per dialogare consapevolmente con il suo diabetologo. Oggi la Struttura Diabetologica si presenta con un pool di medici che assicura una copertura a 360 gradi e molti percorsi personalizzati che la pongono all'avanguardia nell'ambito del "sistema diabete"; considerevole il numero degli operatori sanitari che ne fanno parte, in tutto 26. Vediamone la composizione e la provenienza:

Il Team "dedicato" dell'organico della Struttura Diabetologica:

- Dr. P. Rampini (Diabetologo-Primario)
- Dr.ssa N. Cerutti (Diabetologa)
- Dr.ssa P. Morpurgo
- Dr.ssa L. Menicatti
- Inf.re G. Bonino
- Inf.ra F. Morreale
- Inf.ra V. Pirastu
- Inf.ra F. Morreale
- Inf.ra M. Bonino
- P. Nicosia (Ruolo amministrativo)
- Dietiste A. Di Girolamo, G. Volpi, P. Barbieri
- Dr. Gp. Testori (Data Manager)

A seguito di una iniziativa condivisa tra i Responsabili del Centro e l'Associazione è stato messo a punto il cosiddetto "Team Diabetologico Allargato" cioè un gruppo di clinici la cui specialità risultasse direttamente correlata alla patologia. Così, alcuni Reparti dell'Ospedale, grazie ad una sensibilità dei relativi Primari e al ruolo di "cerniera" svolto dall'Associazione, hanno

messi a disposizione del Centro dei loro medici che, in giorni prestabiliti, si recano in Diabetologia per le previste visite protocollari cui deve sottoporsi una persona con diabete. Ne elenchiamo i nominativi e la specialità:

- dr. A. Castigione (Nefrologo)
- dr. dr.ssa C. Fabbri (Nefrologa)
- dr. M. Viani (Chirurgo Vascolare)
- dr. A. Pinto (Chirurgo Vascolare)
- dr. R. Scarabelli (Chirurgo Vascolare)
- dr. M. Nicola (Andrologo)
- dr. Baron (Neurologo)

Al fine di assicurare un completo approccio plurispecialistico, rispetto alla multifattorialità della patologia diabetica, è intervenuta l'Associazione "Amici del Diabetico" assicurando al Team un altro gruppo di clinici. Per il loro onorario A.D. sostiene un notevole sforzo economico tramite apposite convenzioni sottoscritte a favore dell'Amministrazione Ospedaliera dell'Ospedale Fatebenefratelli. In tutto sono cinque i clinici a nostro carico secondo il sottostante elenco:

- dr.ssa Laura Menicatti (Diabetologa)
- dr. Enrico Franciosi (Oculista)
- dr.ssa Silvana Gramenzi (Cardiologa)
- dr.ssa Loredana Radaelli (Nefrologa)
- dr.ssa Giulia Bozzola (Psicologa)
- Inf.ra Rosina Perra * (Volontaria)

Perché il Team Diabetologico Allargato e quali i vantaggi per i pazienti - Il ruolo di A.D.

Di seguito quelli più evidenti:

- contenimento: spesa sanitaria, ricoveri ospedalieri, consumi di presidi sanitari;
- riduzione n. visite e complicanze diabetiche;
- più visite nella stessa giornata;
- centralità del Pz e sua fidelizzazione all'Ospedale;
- maggior coinvolgimento dei pazienti;
- vicinanza dell'Associazione con i suoi diversi interventi formativi e servizi per Soci e pazienti;
- condivisione/comunicazione tra

specialisti degli interventi clinici e di un unico database;

- maggiore aderenza, appropriatezza ed equità di cure;
- gestione integrata con il Medico di Medicina Generale e suo coinvolgimento;
- miglioramento della qualità di vita dei diabetici e loro familiari;
- minori giornate di lavoro perse con minori costi indiretti;
- liberare risorse per altre emergenze;
- definizione di modelli di Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale con profili di cura personalizzati;
- l'azione di informazione e di coinvolgimento attivo dell'ambito familiare e sociale della persona con diabete promossi dall'Associazione;
- replicabilità del modello in altre realtà ospedaliere;
- misurabilità delle prestazioni realizzate;

ma soprattutto:

- le prescrizioni del Diabetologo evitano il passaggio delle prenotazioni e quindi la ricerca dello specialista sul territorio dove poi rimarranno i suoi dati; un passaggio dal medico di famiglia e il ritorno dal Diabetologo;
- il paziente trova sempre lo stesso specialista che conosce la sua storia;
- il Team promuove la definizione di modelli di Percorsi Diagnostico-Terapeutico e Assistenziali con profili di cura individualizzati e condivisi con la persona con diabete per ridurre/annullare il peso della patologia sulla qualità e sulla aspettativa di vita del paziente;
- favorisce l'informatizzazione clinica per una gestione condivisa del dato clinico e per un processo continuo di verifica e di miglioramento della qualità dell'assistenza;
- tutti i dati del percorso diagnostico-terapeutico riguardanti i pazienti, infatti, confluiranno nell'unica cartella clinica in modo che i diversi specialisti del Team Allargato avranno piena visione di tutto il trascorso del paziente, evitando così possibili sovrapposizioni e un rischioso conflitto tra

Associazioni dei pazienti e società scientifiche a difesa delle patologie croniche

Il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe garantire ai cittadini l'accesso alle cure ritenute necessarie sia per le patologie croniche che per quelle acute. Purtroppo non sempre è così perché ogni Regione tende a fare a modo suo, anzi accade che nello stesso ambito territoriale ogni ASL si comporta in maniera autonoma. Questo non può essere accettabile perché la completezza delle cure non deve dipendere dalla casualità di trovarsi in una zona piuttosto che in un'altra.

Per paradosso le cure non possono essere dipendenti dalla differenza del numero del codice postale, tradendo il dettato costituzionale quale diritto alla salute con prestazioni minime che a livello ospedaliero e territoriale devono essere fornite secondo quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Accade, infatti, che i LEA non sono garantiti in maniera omogenea nel nostro Paese e sono sempre più frequenti le anomalie soprattutto se si guarda a livello delle prestazioni territoriali, dove non tutto è stato ben definito, determinando possibili sprechi, inappropriately e assenza di controlli.

Questo non toglie che in alcuni casi il legislatore, ben informato dalle Associazioni e dai medici, ha saputo

dare risposte adeguate alla sfida posta dal diabete anche a causa del numero crescente di persone interessate.

Ma oggi, mentre scriviamo, a fronte dell'insufficiente offerta di prestazioni e di presidi ai malati cronici nelle diverse zone, si è aggiunto un pericoloso ostacolo all'innovazione e alla concorrenza, e cioè:

la Società per azioni del Ministero dell'Economia, la **CONSIP**, ha indetto una gara nazionale per l'acquisizione/distribuzione dei presidi da destinare all'autocontrollo della glicemia, quali i misuratori, le strisce e le lancette.

Questo significa che i Diabetologi saranno "costretti" a prescrivere, preferibilmente, il sistema risultato vincitore della gara basato al 70% sul prezzo più basso e il restante 30% sulla qualità. Un metodo che non tiene conto del fatto che la prescrizione dell'autocontrollo rappresenta l'aspetto fondamentale e decisivo della terapia; in quanto tale esso va sicuramente personalizzato in maniera condivisa tra medico e paziente, come hanno sempre sottolineato le Associazioni che rappresentano le persone con diabete e le stesse Società scientifiche.

Ma qual è il rischio? Come già accaduto in alcune realtà, il criterio del

prezzo più basso fa temere che a vincere la gara siano prodotti di qualità inferiore penalizzando l'affidabilità, la maneggevolezza, la facilità d'uso, la *privacy* e la portabilità.

Soprattutto le Associazioni dei pazienti si sono battute perché rimanga il libero mercato il quale, negli ultimi decenni, ha assicurato l'immissione di strumenti molto più evoluti nei sistemi dell'automonitoraggio. Ciò ha consentito di creare una interazione più forte tra il paziente e il medico, consentendo a quest'ultimo di disporre di un'ampia scelta di soluzioni senza un aggravio dei prezzi.

L'esito della gara, infatti, potrebbe interrompere tale circolo virtuoso limitando la distribuzione solo alle vincitrici della gara col risultato che l'utilizzatore dovrà rinunciare alla predetta personalizzazione e, nel contempo, le aziende soccombenti potrebbero decidere di uscire dal mercato italiano non potendo proporre le loro ultime innovazioni.

Un danno doppio che merita un'attenta riflessione da parte dei decisori i quali devono avere la consapevolezza che il risparmio presunto dell'oggi potrebbe tradursi in maggiori oneri del domani sia economici che sociali.

farmaci e prescrizioni.

Il Progetto, che coinvolge cinque Reparti (e altrettanti Primari) collaboranti, si sviluppa nell'ambito della Struttura di Diabetologia dell'Ospedale, la quale possiede ampie potenzialità per sviluppare le attività e, oltre

alle principali attrezzature tecnologiche (in buona parte donate dall'Ass.ne), dispone delle necessarie competenze professionali per assicurare sistemi di cura avanzati, coerenti con le linee guide espresse dalle due Società Scientifiche della Diabetologia Italiana. L'approccio

plurispecialistico ha favorito il raddoppio degli spazi del Centro Diabetologico a cui l'Associazione ha do-

IL MODELLO PROPOSTO DA A.D.

- Approccio al diabete di tipo multi-professionale e multidisciplinare
- Coinvolgimento attivo, consapevole e responsabile nel percorso di cura della persona col diabete

nato le principali necessarie attrezzature tecnologiche, creato sinergie tra i diversi Reparti, suscitando nuovi interessi professionali dei clinici del Team che hanno avuto modo di diversificare la loro attività. L'accesso a nuove risorse e un più convinto e largo concorso degli stessi pazienti offrirebbe più garanzie per la continuità del Progetto da consegnare, a conclusione, ai soggetti competenti -

Ospedale/Regione- per la sua adozione come modello in virtù della sua "esportabilità".

Infatti, la replicabilità del modello rimane uno degli obiettivi del Progetto ufficializzato con due Convegni scientifici (Hotel Michelangelo nel 2008 e al Pirellone nel 2010) con la partecipazione dei migliori specialisti della Diabetologia lombarda. Un terzo evento è fissato per il prossimo tardo autunno con la presentazione degli ultimi esiti dell'esperienza; in tale sede sarà solennizzato, contestualmente, il 15° anniversario di costituzione degli "Amici del Diabetico" nonché il 10° anno consecutivo della pubblicazione del Notiziario "AD INFORMA".

Il rapporto medico-paziente come strumento di cura

Tra gli svariati aspetti del diabete, consideriamo anche l'impegno costituito da visite mediche, controlli, prelievi; essi sono indispensabili per monitorare l'andamento della patologia e gli effetti della terapia farmacologica, e per prevenire adeguatamente eventuali peggioramenti. Ma come sono vissute queste occasioni di confronto con il medico? Vediamo alcune situazioni tipo. Alcune persone vivono la fastidiosa sensazione di non essere compresi ed accolti, quasi lo specialista non fosse in grado di comprendere appieno le difficoltà del curarsi e dell'avere il diabete.

A volte il controllo medico è vissuto con ansia e vergogna; ciò avviene soprattutto nei casi in cui si crede di non essere stati dei "buoni pazienti", ad esempio quando non ci si è attenuti correttamente alle prescrizioni farmacologiche o alle indicazioni sulla dieta. In questi casi è bene ricordare che la cura non è una "performance" e il medico non è un giudice, bensì un

alleato con il quale condividere e cercare di comprendere proprio quelle difficoltà rispetto alle quali proviamo vergogna e senso di inadeguatezza.

Ancora, alcune persone riferiscono la sensazione di una visita troppo frettolosa, dati i tempi "frenetici" del reparto. Come tutti ben sappiamo, il medico si trova sempre più spesso a dover conciliare una buona attenzione al paziente con richieste di sempre

ospedaliera.

Per questo, il tempo dedicato alla visita è un'importante risorsa che non va sprecata. Potrebbe essere utile, ad esempio, dedicare pochi minuti prima della visita ad una riflessione sulla propria situazione, sui dubbi e i quesiti da porre, "mettendo insieme" le osservazioni sul proprio stato di salute che appaiono più rilevanti.

Ciò permetterebbe di ottimizzare il tempo e la comunicazione con il medico e, al tempo stesso, sentirsi più attivi e consapevoli rispetto alla propria condizione. Altre volte la visita è vissuta con rabbia, qualora la terapia proposta dal medico non sortisca immediatamente gli effetti benefici che ci saremmo attesi. In tal caso è importante ricordare che la terapia non è "universale": il diabete si manifesta con caratteristiche costanti, è vero, ma anche con aspetti specifici in ciascuno.

A volte è necessario modulare ed "aggiustare" la terapia iniziale. Tali aggiustamenti sono possibili solo con l'esperienza della terapia da parte della persona, che impara così a conoscere il proprio diabete, e da parte del medico, che individua le modalità di risposta tipiche di quel paziente. Infatti ciascuno ha un corpo diverso dagli altri, ed esigenze diverse che dipendono dallo stile di vita e dalle abitudini (ad esempio lavoratore o pensionato, sedentario o sportivo). Il medico diabetologo dovrebbe essere, per la persona con diabete, un punto di riferimento ed un alleato nella cura.

Esprimere al medico curante le proprie necessità è il primo passo verso la ricerca di un compromesso accettabile tra i bisogni personali e le necessità imprescindibili legate alla cura. Infine, il medico non può e non deve essere visto come "dispensatore" di terapie, alle quali il paziente si adatta passivamente; il medico fornisce indicazioni con responsabilità e competenza, ma sta poi alla persona assumersi la responsabilità della propria cura.



La Dott.ssa Giulia Bozzola

*Dott.ssa Giulia Bozzola
Componente del Team Diabetologico
Consulente Psicologa A.D.*

maggior efficienza e rapidità provenienti dall'azienda



Iseo Lago- Il gruppo dei partecipanti al soggiorno residenziale di educazione sanitaria

Alimentazione: la frutta fresca e le sue proprietà

Il rapporto tra frutta e diabete è sempre stato un argomento controverso e con tante false credenze; a lungo si è ritenuto che l'unico frutto concesso alle persone con diabete fosse la famigerata "mela renetta". Sicuramente la frutta è tra gli alimenti che più di altri conduce ad equivoci portando ad errori nella gestione del diabete.

Ricorrentemente si sente parlare di "frutti proibiti" tanto da portare molti pazienti a rinunciare al loro consumo, oppure, al contrario c'è chi -sbagliando- li equipara alle verdure.

Parlando di alimentazione nel diabete non esistono, ormai da tempo, indicazioni universali validi per tutti, come vedremo in seguito.

Intanto è bene evitare di parlare di "frutta proibita" anche se è vero che non tutta la frutta è uguale, essendo noto che vi sono differenze nel contenuto di zuccheri e nell'**indice glicemico**. Infatti, la frutta contiene zuccheri, ma è anche ricca di fibre, acqua, vitamine e sali minerali, mentre ha un contenuto calorico

modesto.

Pertanto, la variazioni di detti elementi influenzano la risposta sulla variazione glicemica, ma anche nella velocità con cui la glicemia sale dopo il suo consumo (che rappresenta quello che prima abbiamo indicato come **indice glicemico**).

Ovvio, dunque, che chi ha il diabete deve tener conto di tali elementi, specie di zuccheri, presenti in ciascuna porzione di frutta da inserire nella propria dieta.

Una buona regola è di non superare i 15 gr di contenuto di zucchero dopo aver conosciuto il valore per ogni porzione del singolo frutto.

Per stare dentro tale valore si può fare riferimento alla tabella accanto riportata, con l'indicazione degli indici glicemici medi fatto 100 l'indice del glucosio puro.

Dalla lettura della tabella si evince la variabilità dell'indice glicemico in-

fluenzato dalla varietà, dal grado di maturazione dei frutti, dal tipo di preparazione; notare come nel melone ad alto contenuto di zuccheri corrisponde un basso indice glicemico.

In definitiva il consumo della frutta va inserito nell'ambito di una alimentazione bilanciata che porta a ribadire che non esiste un frutto proibito ma è opportuno calcolare quantità e frequenza di consumo in relazione alle caratteristiche del singolo alimento e all'alimentazione

Frutti	Zuccheri	Indice glicemico
Banane	60 gr	70-80
Cachi	9 gr	50
Anguria	200 gr	75
Fichi	80 gr	35
Fragole	200 gr	25
Kiwi	100 gr	50
Mele	110 gr	28-44
Melone	180 gr	60-70
Pere	100 gr	38
Pesche	160 gr	28-56
Pompelmo	180 gr	30
Prugne	130 gr	39
Uva	80 gr	46-59

Valori glicemici - Soglie consigliate per mantenere un buon compenso

Nella nostra attività quotidiana di vita associativa e tra gli amici la domanda ricorrente riguarda la soglia dei valori oltre i quali si entra nell'orbita della patologia diabetica. Nelle maggior parte dei casi le persone scoprono di avere il diabete grazie al test della glicemia inserito in altri esami richiesti per varie tipologie di indagini. Secondo la letteratura corrente e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, due valori anche di poco superiore a 126 mg/dl porterebbero il soggetto ad essere "classificato" come diabetico. Certo, prima di una sentenza definitiva vanno verificate alcune condizioni perché il valore rilevato è collegato a diversi fattori ed è opportuno essere prudenti senza creare inutili allarmismi.

E però qualche segno di pericolo si è manifestato e allora occorre ripetere il test a digiuno. Tradizionalmente si è sempre effettuato il cosiddetto esame "perfetto" al fine di rilevare le alterazioni che intervengono bevendo un bel bicchierone di acqua con circa 75 gr di zucchero in essa sciolto. In questa circostanza la glicemia viene misurata prima e più volte nelle ore seguenti. Se dopo due ore la glicemia si presenta compresa tra i 140 e i 200 mg/dl si parla di ridotta tolleranza ai carboidrati; sopra il limite di 200 si parla di diabete vero e proprio. In ogni caso, al di là delle di-

verse interpretazioni di questi valori, in circostanze del genere si può intravedere una situazione di «pre-diabete» (definizione americana) o, comunque, di 'anticamera del diabete' alla quale è opportuno prestare la doverosa attenzione cominciando a rivedere il proprio stile di vita.

Parlando invece dei diabetici, quanti sanno quali sono i valori entro cui mantenersi per ottenere una buona emoglobina glicata che allontana sicuramente il sopraggiungere delle cosiddette complicanze diabetiche? Normalmente una persona non diabetica presenta valori sotto la soglia del 6%; per un diabetico è importante mantenersi al di sotto del 6,5-7% anche se è corretto interpretare questi valori personalizzandoli. Un diabetico consapevole deve possedere le conoscenze necessarie sui valori definendo una strategia di rientro nel caso di limiti elevati.

In un altro articolo di questo Notiziario abbiamo parlato dell'importanza di utilizzare glucometri che consentono di trasferire i dati sul Personale Computer; attraverso la lettura ed interpretazione dei grafici il paziente e il medico, fotografano il punto di partenza, per poi stabilire degli obiettivi da raggiungere attraverso un tracciato chiaro, realistico e condiviso.

Questo percorso deve servire a far cre-

scere la cultura del miglioramento; in particolare il paziente deve riconsiderare alcune abitudini di vita prendendo in mano il volante della sua patologia. Inoltre, le sue misurazioni devono assumere il significato di moderazione imparando ad usare la libertà (la delega del Diabetologo) per recuperare uno stile di vita sano, compiere tutte quelle scelte che possono portare al rispetto del proprio corpo e non essere di peso agli altri componenti della famiglia.

Pubblichiamo di seguito una tabella indicativa circa i valori glicemici correlati ai risultati dell'emoglobina glicata.

Valori glicemici medi	Valori glicata
Glicemia media di 135 mg/dl	6%
Glicemia media di 170 mg/dl	7%
Glicemia media di 205 mg/dl	8%
Glicemia media di 240 mg/dl	9%
Glicemia media di 275 mg/dl	10%
Glicemia media di 310 mg/dl	11%
Glicemia media di 345 mg/dl	12%

Secondo gli standard di cura definiti recentemente dalle Associazioni dei Medici Diabetologi AMD e SID, una persona con diabete deve sforzarsi di mantenere i valori della glicemia a digiuno tra i 90 e i 130 mg/dl e quelli post-prandiali al di sotto dei 180 mg/dl

Attenzione alla qualità del peso!

Il bersaglio deve colpire la massa del grasso ma non a scapito della parte muscolare

Il problema della dieta e della cura dimagrante è all'ordine del giorno nei media, per molti addirittura un'ossessione.

Quasi tutti i paesi moderni hanno tracciato delle linee guida per informare la popolazione nelle scelte nutrizionali capaci di migliorare la qualità della vita.

Purtroppo la frenesia quotidiana ha portato ad una esasperata riduzione dell'attività fisica con conseguenze che questo giornale spesso ha evidenziato in termini di rischio (Obesità, diabete di tipo 2, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, ecc.).

Mangiare meno e stare attenti ai consumi energetici è importante, ma sicuramente insufficiente. Infatti, pur essendo il peso un indicatore importante bisogna avere consapevolezza che la sua riduzione non può avvenire a scapito della massa muscolare. Anzi, la stessa va potenziata agendo invece sulla massa grassa.

Questo spiega perché, molto spesso, alle cosiddette diete dimagranti o ipocaloriche non sono seguiti risultati duraturi vanificando le rinunce effettuate.

Allora la riduzione del peso va considerata in una duplice visione: liberarci dal bagaglio del grasso e, contemporaneamente, cambiare stile di vita bandendo la sedentarietà a favore dell'esercizio fisico.

La parte muscolare è il "motore" del nostro fisico.

Ricordarselo significa evitare il rischio un inflaccidimento piuttosto che un sano dimagrimento.

Dunque: attenti alla qualità del peso!



Diabete e salute della bocca

Attenzione: la cavità orale deve essere tenuta in perfette condizioni per evitare il rischio di lesioni che, specie nella persona con diabete, possono presentarsi con maggiore frequenza qualora non vi sia un costante equilibrio glicemico. Ci soffermeremo ad esaminare delle più ricorrenti lesioni: la gengivite, la parodontite e la carie.

La **gengivite** è causata da una aumentata presenza di depositi di batteri sul colletto del dente fino a formare una placca. In questo caso la gengiva si presenta di colore rossastro a causa dell'infiammazione, piuttosto gonfia e tendente a sanguinare, in particolare quando viene usato lo spazzolino. La pulizia regolare dei denti è il rimedio principale per evitare il formarsi della **placca dentale**. Molto consigliato il ricorso a dentifrici ricchi di fluoro e, comunque, un controllo presso il proprio dentista il quale, con un accurato trattamento, potrà evitare la diffusione dell'infiammazione e l'insorgenza della parodontopatia.

La **parodontite** si sviluppa a causa di una gengivite cronicizzata e a lungo trascurata per sottovalutazione. Un'igiene approssimativa permette la proliferazione dei germi e dei microbi di alimentarsi dei residui dei cibi che si insinuano e permangono nel solco gengivale (cioè lo spazio tra il dente e la gengiva). Un intervento ritardato può portare la malattia a raggiungere l'osso mascellare mettendo a rischio la sensibilità del dente. Anche per la parodontite la causa principale può essere addebitata ad una non adeguata igiene orale, ma non va dimenticato che i primi processi infettivi nelle persone con diabete sono determinati dalle frequenti iperglicemie perché i microbi si moltiplicano più velocemente in presenza di maggiori quantità di glucosio.

La **carie**, quando non curata, può portare alla distruzione del dente e la causa principale è la placca batterica la quale, calcificandosi, si trasforma in **tartaro** che, visivamente si presenta come un deposito biancastro e aderente al dente. Il tartaro si sviluppa in virtù della presenza di zuccheri, per la scarsa igiene e dall'alcol che abbassa l'acidità al livello della cavità orale. Intervenire in tempo è un buon rimedio per evitare che i germi attac-

chino lo smalto arrivando sino alla polpa, procurando, poi, dei forti dolori del paziente.

Dopo le informazioni soprastanti si comprende come, soprattutto le persone con diabete, devono prestare una particolare attenzione all'igiene orale, ancorché in assenza di specifici problemi.

A diagnosi confermata di diabete, oltre ad una buona igiene domiciliare è necessario ogni quattro-

cinque mesi un trattamento di tipo professionale per eliminare tutti i fattori di rischio (tartaro, radici, carie, abitudini scorrette). Importante allora affidarsi a professionisti che conoscono e riconoscono le problematiche legate alla patologia diabetica. Un laureato in igiene dentale potrà essere in grado di adottare le metodiche più opportune per prevenire potenziali disagi fisici, ma anche economici per le cure e la riabilitazione protesica. Ma c'è di più: negli ultimi anni diversi studi hanno fatto emergere una precisa associazione tra la parodontite e le malattie cardiovascolari. Si è scoperto che la parodontite è un fattore che predice l'aterosclerosi in adulti sani.

Anche il fumo è considerato un fattore di rischio per la malattia parodontale. Sicché l'odontoiatra e l'igienista dentale rappresentano due figure chiave per la prevenzione della parodontite, del diabete e delle malattie cardiovascolari.

Tuttavia, prima di intervenire si deve prestare molta attenzione anche ai tempi della seduta (non superiori ai 40 minuti) istruendo il paziente per seguire una corretta igiene orale facendo leva sulla motivazione.

Alcuni consigli pratici di comportamento:

Spazzolare i denti dopo ogni pasto utilizzando il filo interdentale una volta al giorno insistendo con la pulizia negli spazi interdentali e nei solchi gengivali. Gli spazzolini vanno sostituiti mediamente ogni due-tre mesi. Effettuare dei controlli periodici presso il proprio dentista sia pure in assenza di lesioni evidenti o in caso di instabilità dei livelli glicemici.

In presenza di stati infiammatori è consigliabile far ricorso ad alimenti non troppo solidi.

Se il cavo orale presenta infezioni è opportuno controllare con più frequenza la glicemia.

le misure di prevenzione per evitare le alterazioni del cavo orale, quali gengiviti e parodontiti con manifestazioni cardiovascolari

L'iniezione dell'insulina

La giusta tecnica e conoscenza dei siti

Chi inizia la terapia insulinica deve ricevere dal Team Diabetologico le necessarie informazioni e seguire un sia pur breve passaggio di addestramento al fine di adottare una corretta tecnica di somministrazione. Ma sono molti gli errori che spesso si verificano in questa operazione sia nella scelta del sito che nelle modalità con cui è eseguita l'operazione; la *routine*, la superficialità piuttosto che la ripetitività del gesto, possono arrecare ipoglicemie o iperglicemie con evidenti danni sul compenso glicemico. Vediamo quali devono essere le modalità corrette.

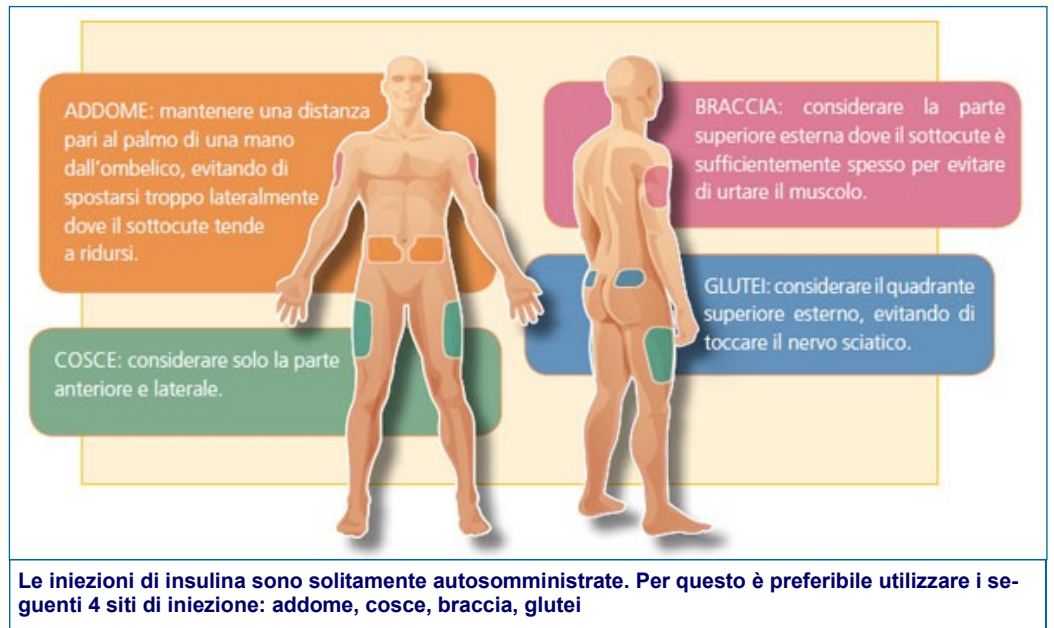
L'insulina e gli analoghi del GLP-1 devono essere iniettati nel tessuto sottocutaneo, cioè lo strato costituito generalmente da grasso che si trova tra l'epidermide e il muscolo. Infatti, l'insulina iniettata prima dei pasti deve essere resa disponibile per l'organismo secondo quanto stabilito, essendo noto che la diversità dei tessuti rilasciano l'insulina in modo diverso: se finisce nei muscoli, oltre ad procurare fastidio, il suo rilascio e quindi la sua efficacia sarà più rapida e imprevedibile.

I siti di iniezione - Sono quattro ed esattamente: braccia, cosce, addome e glutei. È importante, a questo punto, alternare detti siti per prevenire antiestetici noduli (lipodistrofie) che possono formarsi qualora l'iniezione viene effettuata sempre nello stesso punto. Le attuali insuline consentono di utilizzare indifferentemente detti siti purché vengano adottate tecniche corrette e aghi di lunghezza appropriate. Qualora sia scelto l'addome l'iniezione deve essere localizzata a quattro dita di

distanza dall'ombelico, sia destra che a sinistra. Se la scelta cade sui glutei è corretto individuare la zona esterna vicino ai fianchi ed è consigliata per l'ultima somministrazione della giornata. Per gambe e braccia la zona riguarda la parte esterna tra spalla e gomito mentre nelle gambe tra i fianchi e il ginocchio. Da escludere le parti interne dei due arti perché risulterebbero più dolorose.

nello stesso punto c'è il rischio di fare crescere il tessuto sottostante con la formazione di noduli di grasso creando delle lipodistrofie le quali, più che un fattore estetico, influiscono sul rilascio dell'insulina. Per evitare tale situazione è opportuno alternare i siti prima indicati ruotando, in senso orario, i punti di somministrazione.

Mono uso dell'ago - Va saputo che gli



L'uso del "pizzico" - Gli adulti magri e gli adolescenti che usano l'ago di 6-8 millimetri dovrebbero usare la tecnica del "pizzicotto" sollevando con tre dita la parte adiposa dell'addome inserendo l'ago a 90 gradi e contando sino a 10 prima di estrarre l'ago. Per quelli di 4 millimetri non è necessario fare il pizzicotto.

Attenzione alle lipodistrofie - Se si continua ad iniettare l'insulina sempre

agli per l'insulina presentano un profilo studiato per evitare lacerazioni nella pelle quando penetrano e sono lubrificati per favorire la penetrazione. Pertanto è importante non riutilizzare il medesimo ago per un secondo o addirittura terzo utilizzo in quanto il suddetto profilo si deturpa lacerando il tessuto; inoltre, il passaggio dell'insulina diventa più lento e il velo del lubrificante perde di efficacia: ne consegue una iniezione più dolorosa e meno efficace.

L'etica del digiuno: la riduzione delle calorie come scelta di salute e di longevità

Mangiare nel modo giusto non vale solo per le persone con diabete! Eminentissimi studiosi sono giunti alla conclusione che una corretta dieta contribuisce positivamente a mantenere il benessere del corpo e della mente, mentre influisce contemporaneamente sui complessi meccanismi della longevità.

Questo atteggiamento nei confronti del cibo è incluso nel cosiddetto "stile di vita" e corrisponde a scegliere e dosare con saggezza gli alimenti per avere una sorta di "assicurazione sulla vita". Scegliere gli alimenti giusti e non esagerare nelle quantità significa fare **prevenzione** e può anche risultare una cura

per evitare disturbi cronici potenzialmente gravi.

Dunque, mangiare meglio o peggio può far bene oppure molto male e poi l'educazione alla prevenzione, oltre a salvare vite, rappresenta anche una questione etica. Come non ricordare le inutili e spesso dannose quantità di cibo consumate nel nostro mondo occidentale a fronte di un disequilibrio nella disponibilità di alimenti e di acqua nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo.

È ancora possibile rimanere indifferenti? Così, mangiare meno corrisponde ad una scelta morale ed etica con conseguenze positive sulla salute di ciascuno essendo

accertato che un consumo adeguato di calorie diminuisce le probabilità di sviluppare patologie anche gravi.

La provocazione del "digiuno consapevole" in chiave metaforica va intesa quale forma del mangiare correttamente orientandoci ad optare per uno stile alimentare il più possibile variato scegliendo però i cibi provenienti da fonti vegetali e privilegiando cereali e legumi insieme a verdura e adeguate porzioni di frutta.

Tra l'altro, adottare una alimentazione consapevole con cibi sani e gustosi può rafforzare la psiche, renderci magari più felici, risvegliando nuovi interessi

Microinfusore: verso il pancreas artificiale o accettazione della responsabilità terapeutica?

Da alcuni anni le diverse aziende americane che si occupano di diabete stanno investendo sul cosiddetto “**pancreas artificiale**” per accaparrarsi l’esclusiva di questo strumento che lascia intravedere la possibilità (e per molti il miraggio) di tornare ad essere una persona ‘normale’. Talché con questo sistema il paziente con diabete non dovrebbe più preoccuparsi di controllare la sua glicemia e i relativi dosaggi insulinici: uno strumento sofisticato, servendosi di evoluti algoritmi, consentirà alla persona di mantenere sotto controllo il proprio assetto glicemico. Dunque, uno strumento per bandire le diete restrittive e la ‘rottura’ della pratica multiniettiva. Il sistema non è ancora definitivo per lo scetticismo dell’Agenzia Americana che controlla i farmaci (la FDA) sulla sua totale automazione ed indipendenza delle fasi di controllo; i dubbi discendono principalmente da una questione di sicurezza temendo problemi di ordine elettronico o di eventuali virus che possono interferire sul funzionamento del software programmato all’interno di telefoni cellulari con ciò inficiando i valori della glicemia. Nel vecchio continente, cioè in Europa, dove la cultura è

meno influenzata dalla potenza economica delle assicurazioni e delle aziende biomedicali, i percorsi di cura sembrano andare in tutt’altra direzione. Nel nostro continente, nel tentativo di contrastare la crescita della patologia si è scelta la strada della consapevolezza e della responsabilità attraverso il coinvolgimento dei pazienti e il cambiamento degli stili di vita. E’ la cultura della **Educazione terapeutica** che potrebbe, tra l’altro, arginare una crescente spesa sanitaria, con i connessi problemi di sostenibilità. Va letto in tale direzione il Piano nazionale del diabete approvato dalla Conferenza Stato-Regioni lo scorso novembre rivolto a razionalizzare la spesa del Sistema sanitario. Nel Piano sanitario viene assegnato un ruolo determinante alle Associazioni di Volontariato che sono chiamate a svolgere iniziative formative per una migliore autogestione della. Lo scopo, oltre alla riduzione della spesa, è quello di “lavorare” sul paziente affinché, attraverso la promozione di sentimenti quali l’autostima e la sensazione del benessere personale, agisca sul controllo del peso, della glicemia, della pressione arteriosa, con effetti collaterali sulle malattie cardio-

vascolari, neoplasie, disabilità, depressione. Sia pure indirettamente questo nuovo itinerario dovrebbe generare una “convergenza” tra lo Stato e il cittadino, il burocrate e lo psicologo, i vertici dell’Azienda Ospedaliera o della ASL e il paziente cronico. Guardando le due realtà descritte Americani ed Europei sembrano andare in direzione opposte: i primi rivolti a “liberare” i pazienti da ogni responsabilità facendo ricorso alla tecnologia; i secondi ricercando la collaborazione e l’autogestione consapevole della persona. Schierarsi appare una scelta difficile e problematica. Però è reale il dubbio che possa essere una macchina a promettere (o illudere) i soggetti con diabete a dimenticarsi di avere la patologia, togliendogli l’incubo della malattia. Questo non significa guardare al progresso con diffidenza. Il microinfusore ha costituito un grande passo avanti per alcune tipologie di pazienti; ma la fiducia verso il progresso tecnologico e le novità biomedicali devono essere declinati e armonizzati con il benessere della persona la quale, comunque, deve rimanere centrale.

Microinfusore:

un grande alleato per l’esercizio fisico per le persone insulinotratte

La terapia con microinfusore per le persone insulino-trattate che desiderano svolgere attività fisica è particolarmente adatta sia per gli sportivi sia per gli atleti. Capita spesso che di fronte ad una ipoglicemia si è tentati di rinunciare a svolgere una qualunque iniziativa sportiva piuttosto che una passeggiata in montagna ritenendo di non essere adatti. Magari non si è pensato che prima di affrontare un esercizio fisico intenso è opportuno seguire una preparazione adeguata affrontando l’argomento con il Team diabetologico per trovare una soluzione.

L’esercizio fisico rappresenta una parte importante del percorso di cura di una persona con diabete per le ricadute positive non solo sul profilo glicemico ma anche per la pressione, la coagulazione del sangue, l’equilibrio dei lipidi e la funzionalità del cuore, delle arterie e, dunque del sistema cardiovascolare. Per ottenere risultati ottimali dall’attività fisica la persona con diabete deve definire schemi insuli-

nici, alimentari e di automonitoraggio che possono diventare ancora più efficaci se la terapia si affronta con **utilizzo del microinfusore**.

Tale procedura non riguarda solo gli ‘atleti’ ma anche i giovani adulti e gli anziani; infatti il microinfusore è la modalità di erogazione dell’insulina più simile a quella fisiologica permettendo di gestire molto meglio le variazioni metaboliche indotte dall’esercizio fisico e, in modo particolare, quello aerobico. Camminate sostenute a piedi o in bicicletta, corsa (e anche nuoto) sono particolarmente consigliabili.

Praticare con regolarità un esercizio fisico, di durata ed intensità adeguata definita con uno specialista, determina una riduzione dell’insulinaresistenza migliorando così la risposta glicemica.

Quali le possibili alterazioni alle quali prestare attenzione: a) l’esercizio fisico, consumando lo zucchero presente nell’organismo può indurre a delle ipoglicemie sia durante che dopo lo sforzo fisico; b)

negli sport anaerobici, in quelli misti o riguardanti gli sport di squadra (dove si alternano sforzi intensi a momenti di stasi) il rischio è di incorrere in iperglicemie da *stress*.

Questi inconvenienti possono invece essere meglio gestiti con il ricorso al microinfusore con una adeguata programmazione dello strumento prevedendo schemi basali diversi per le giornate in cui si è deciso di svolgere l’attività fisica: si possono definire così le procedure più idonee per affrontare il ‘prima’, il ‘durante’ e il ‘dopo’ regolando conseguentemente insulina, controllo glicemico e alimentazione.

Frequentemente, dopo uno sforzo fisico si possono verificare delle ipoglicemie nella prima parte della notte (il corpo a riposo tende a ricostituire le scorte di glucosio bruciate nel corso dell’esercizio) ma non nella seconda. Con il microinfusore si può trovare con flessibilità di ridurre la basale tra mezzanotte e le tre, aumentandola nelle ore successive.

Diabete e ipertensione arteriosa: l'opportunità di seguire un trattamento il più possibile personalizzato

I grandi progressi conseguiti dalla ricerca fisiopatologica, farmacologica e clinica hanno indicato percorsi diagnostico-terapeutici di grande rilevanza per il trattamento del paziente iperteso. Tuttavia, dal punto di vista epidemiologico, si ha pure la diffusa consapevolezza che, nonostante la molteplice disponibilità di farmaci efficaci e ben tollerati, non più di un quarto dei pazienti trattati raggiunge l'obiettivo terapeutico; non solo, c'è la fondata convinzione che negli anni a venire aumenterà significativamente il numero dei soggetti ipertesi. Inoltre, è ormai una certezza, che l'obiettivo nei pazienti ipertesi non debba riguardare esclusivamente la riduzione dei valori pressori ma, piuttosto, va orientato alla riduzione complessiva del rischio cardiovascolare. Grande interesse deve poi essere rivolto all'individuazione e quindi il trattamento dei fattori di rischio associati, compreso il danno d'organo iniziale, all'individuazione dei target pressori e all'importanza della terapia di combinazione per conseguirli, al comportamento clinico in rapporto al genere e all'età e le opzioni terapeutiche più appropriate in presenza di malattie associate.

Ma quando iniziare la terapia anti-ipertensiva? Le principali linee guida europee e americane suggeriscono che al trattamento farmacologico debba iniziare a fronte di valori pressori maggiori/uguali a 140/90 mmHg dopo aver utilizzato gli interventi farmacologici. Nel contempo tali linee suggeriscono una valutazione del rischio cardiovascolare globale del paziente (presenza di pregressi eventi, patologie o fattori di rischio concomitanti e danno d'organo). Nel caso della presenza concomitante di diabete è chiara ormai l'evidenza di benefici del trattamento nel range pre-ipertensivo (130-139 mm/Hg). Le stesse linee guida consigliano per questi soggetti obiettivi anche più ambiziosi, cioè al di sotto dei 130/80. Recenti analisi di ricerche cliniche con-

dotti in pazienti ad elevato rischio cardiovascolare nonché nelle persone anziane e nei soggetti con diabete hanno dimostrato che l'intervento terapeutico non riesce a ridurre il rischio al di sotto della soglia del 12-14% in cinque anni. Resta comunque una realtà che una terapia anti-ipertensiva riduce significativamente l'incidenza della mortalità e della morbilità. Ma raggiungere gli obiettivi nei vari gruppi di pazienti ipertesi non è un risultato facilmente e frequentemente ottenibile; in Italia si attesta sul 24% anche per una certa resistenza del medico ad un impiego di farmaci in numero e dosi sufficienti ad ottenere il risultato desiderato. Ciò a dispetto di una dimostrata utilità di una terapia anti-ipertensiva in "associazione" quando non si riesce a raggiungere la normalizzazione dei valori pressori con la monoterapia. Le stesse linee guida, in alcuni casi, prevedono di iniziare la terapia dall'associazione di due farmaci, soprattutto se il paziente presenta, alla diagnosi, valori pressori superiori di 20 mm/Hg per la diastolica e di 10 per la sistolica rispetto all'obiettivo di riferimento. In questo caso la normalizzazione ha una percentuale di successo del 75-80% contro il 50% della monoterapia col vantaggio di utilizzare dosi inferiori dei farmaci rispetto alla monoterapia con dosi più elevate. Dunque, sono indubbi i vantaggi anche se l'associazione dei due principi deve seguire determinate regole. E' infatti richiesto un approccio graduale, con un aumento progressivo delle dosi, a cui poi far seguire l'associazione di un ulteriore farmaco e, infine, con l'aggiunta di un quarto farmaco fino al raggiungimento di un controllo ottimale della pressione arteriosa. In caso di insuccesso di tale procedura della combinazione razionale di tre-quattro farmaci il medico deve considerare la possibilità che si tratti di una ipertensione resistente alla terapia e che vanno trovate altre soluzioni.

Se conviene misurare la pressione: alcuni consigli semplici e pratici

La risposta è affermativa e riguarda soprattutto le persone che sanno di essere ipertese e per le quali è opportuno procedere all'automisurazione della pressione sanguigna. Questa pratica è fondamentale per tali soggetti per verificare l'efficacia del trattamento, considerando che circa il 30% degli ipertesi in terapia farmacologica non raggiunge un buon controllo della pressione.

Secondo recenti studi statistici l'autocontrollo è una buona abitudine in generale, in quanto consente di verificare l'ipertensione anche in chi non sa di averla.

Ma come procedere senza entrare nella "spirale" dello stress psicologico della misurazione continua o, viceversa, vivere con assoluta indifferenza, non misurandola mai? Un medico attento suggerisce, all'inizio della terapia, due misurazioni al giorno, che possono diventare settimanali qualora si dimostri che il trattamento in corso sembra funzionare.

Un altro aspetto cui fare attenzione sono le mutate condizioni ambientali. Trovarsi ad una certa altitudine, o con il cambiamento sensibile della stagione deve suggerire una verifica.

A questo punto sorge spontanea la domanda: come procedere all'automisurazione? Lo sfigmomanometro del medico non è di facile uso, perché è necessaria la presenza di una persona che sappia usarlo. È quindi opportuno optare per gli strumenti automatici (cosiddetti elettronici) con il dispositivo a bracciale.

Questi ultimi sono da preferire a quelli da polso, con i quali è più facile incorrere in errori di misurazione. Infine, conviene fare più misurazioni nelle medesime condizioni, preferibilmente dopo quattro-cinque minuti a riposo, facendo poi una media dei valori ottenuti.

Queste notizie provengono dagli studi di tre importanti società scientifiche americane e sono stati pubblicati sulla rivista Hypertension.

Dolore al torace: Quando è giusto preoccuparsi

Quale significato dare quando si avverte un dolore al torace o dalle parti del cuore? Abbiamo imparato che una volta avvertiti questi sintomi è bene recarsi dal medico, ma è anche bene sapere che non sempre si tratta di problemi cardiaci. Molto dipende dall'età e dalle caratteristiche del paziente. Per chi è ansioso, per esempio, può trattarsi di una manifestazione psicosomatica dell'agitazione; spesso dietro il malessere si nasconde un reflusso gastroesofageo. Di solito, eventi cardiaci gravi provocano fitte dolorose piuttosto acute. Allora è il momento di preoccuparsi, soprattutto se si è a conoscenza di disturbi alle coronarie o di arteriosclerosi. In tal caso è consigliabile ricorrere in fretta ad effettuare un elettrocardiogramma seguito da altre indagini per stabilire con esattezza l'origine di cui il sintomo doloroso è espressione. Per una **persona con diabete** è molto più facile che si possa trattare di un "mal di cuore" soprattutto in presenza di valori pressori fuori controllo e di valori glicemici costantemente elevati. Per questi soggetti il rimedio più efficace è la prevenzione.

Perché ridurre il consumo di sale aiuta a prevenire o ridurre la pressione arteriosa



Valori pressori di riferimento

Valori ottimali	120/80
Normale fino a	130/85
Patologica oltre	135/85

Questi alcuni consigli pratici per misurare la pressione:

- sono da preferire strumenti automatici o semiautomatici da braccio: gli apparecchi da dito o da polso sono poco accurati;
- non fumare, non bere alcol, caffè o tè nella mezzora precedente al test;
- non misurare la pressione entro la mezzora dal pasto o dopo aver effettuato attività fisiche, neppure se ci si sente agitati;
- riposare 5 minuti prima del test;
- misurare la pressione al braccio dove generalmente risulta più elevata;
- scegliere una giusta posizione: seduti, non accavallare le gambe, usare un supporto per la schiena e del braccio che deve essere appoggiato al tavolo all'altezza del cuore (con gli strumenti da polso, questo deve essere all'altezza del cuore);
- non parlare né muoversi durante il test;
- ripetere l'operazione dopo 2 - 3 minuti;
- annotare su carta i risultati ottenuti.

Fonte: Linee guida Società Italiana Ipertensione Arteriosa

Il sale è un componente importante per l'organismo dell'uomo, tuttavia, ne basta una dose minima poiché, dopo l'astensione dal fumo e l'esercizio fisico, la sua riduzione può abbassare, in maniera significativa, la pressione arteriosa (si calcola che 7/8 persone su 10 con diabete soffrono di ipertensione). Riducendo il sale nella propria dieta una persona, tanto più se è ipertesa, può puntare ad abbattere di 5-10 mm/Hg sia la pressione 'massima' che quella 'minima'.

Oggi sappiamo con certezza che l'ipertensione contribuisce, assieme ad altri fattori di rischio, all'insorgenza dell'infarto del miocardio, alla malattia vascolare degli arti inferiori, agli ictus cerebrali e al deterioramento cognitivo. Per paradosso, l'eccesso di sale viene espulso con le urine e con il sudore ma esso, però, prima di essere eliminato, fa in tempo a creare dei danni - anche severi - al nostro organismo. Comprendiamone i motivi.

Le molecole di sodio (il sale è un composto di cloro e sodio= NaCl) si legano a quelle dell'acqua e più sale si assume e più acqua viene trattenuta nel sangue. Quest'acqua tende a far alzare, per motivi 'idraulici', la pressione delle arterie. Ma l'aspetto più importante è che l'eccesso di cloruro di sale (NaCl) interferisce con i meccanismi che nel rene regolano la pressione mettendo successivamente in moto il sistema "renina-angiotensina". È paradossale pensare che molte persone ipertese assumono giornalmente vari farmaci per 'disattivare' tale sistema mentre sarebbe di grande aiuto ridurre la quantità di sale spesso somministrato "a pioggia" (a prescindere) a tavola ancor prima di aver assaggiato la pietanza.

Secondo le Società Scientifiche rimanere al di sotto di 6 g al giorno rappresenta un buon compromesso per non sacrificare il gusto e la preven-

zione dei rischi. Va tenuto conto che il 10% di sale lo si assume naturalmente con molti alimenti e su cui non è il caso di intervenire. Il 30-40% deriva dalla preparazione dei cibi ed in questo caso la scelta è di abituare il palato, tanto che dopo poco tempo esso si adatta fino a gustare tutti gli sapori ed aromi prima "oscurati" dal sale. È anche opportuno diminuire le volte in cui si consumano formaggi e salumi per via dei grassi e del sale contenuto. Mentre sarebbe il caso che le stesse aziende che lavorano alimenti, come pure gli stessi fornai, riducesse l'aggiunta di sale.

Alcuni consigli in sintesi

Sapendo che dopo i primi giorni il gusto si abitua e non avverte più la sensazione dell'insipido, occorre:

- non portare la saliera a tavola;
- salare l'acqua della pasta con un piccolo cucchiaino e non con il pugno;
- evitare di usare il dado per brodo;
- non raddoppiare il sale se lo si è già usato in cottura evitandolo quindi nel condimento;
- condire verdure e carne con spezie varie;
- astenersi dal comprare alimenti con etichette dove si legge la presenza di sale;
- portare in tavola di rado salumi e formaggi;
- educare la famiglia ad assumere le medesime abitudini.



Sesso e diabete

La sessualità è un tema che coinvolge molti aspetti della vita di ogni individuo e il diabete può mutare la condizione della persona, soprattutto nell'uomo. Chi ha il diabete vive la propria sessualità con timore sia per ragioni fisiche che psicologiche. Per ridurre questi timori è importante conoscere il problema affrontando l'argomento senza imbarazzo con il proprio medico. Nell'uomo il problema principale è l'impotenza, definita in maniera più appropriata "disfunzione erettile". Circa il 50% degli uomini con diabete ne soffre specie dopo i primi dieci anni dall'insorgenza. Il disturbo nelle

donne è più spesso legato a problematiche di ordine psicologico piuttosto che fisico e, in particolare, a sintomi depressivi e di difficoltà nell'adeguamento al cambiamento di vita dovuto all'insorgenza del diabete. Quest'ultimo può provocare una riduzione dell'eccitazione sessuale con una lenta (e a volte limitata) lubrificazione spesso causa di dolore nel completare il rapporto. La disfunzione negli uomini può dipendere da un *danno vascolare*, cioè da una alterazione delle pareti delle arterie che portano il sangue all'organo maschile. In altri casi da un *danno nervoso* conseguente, cioè, ad una complicanza legata ad un problema di nervi che regolano l'erezione come la manifestazione di "neuropatia diabetica". I soggetti

che presentano già un fattore di rischio di sviluppare la patologia diabetica devono assumere uno stile di vita che eviti il fumo, l'alcool, l'uso di stupefacenti i quali possono rappresentare una concausa della disfunzione.

Dunque, l'adesione ad uno stile di vita sano e senza eccessi, nonché l'adozione di una alimentazione corretta e un'attività fisica svolta con costanza, possono evitare/ritardare il rischio di sviluppare il diabete che, oltre alle note complicanze (occhi, reni, cuore), ha come conseguenze anche le alterazioni della sfera sessuale. Da ciò la necessità di uno *screening glicemico* con una periodicità almeno annuale essendo il diabete una malattia "silenziosa".

Il diabete in coppia: è un terzo incomodo ma può divenire "pilastro" della convivenza e migliorare la relazione

Torniamo a parlare di questo argomento perché sollecitate da tante domande pervenute per diverse vie all'Associazione. Prima di tutto è opportuno liberare il campo da alcune luoghi comuni sapendo a priori che in qualunque coppia, anche la più normale, si pongono problemi di ruoli, di spazi individuali e comuni che spesso obbligano a compiere scelte difficili.

Tale situazione si riflette anche nella vita sociale di tutti i giorni, influenzando anche la zona affettiva e relazionale in genere.

Essere coppia porta ad una restrizione dei propri spazi di libertà, alla condivisione di quello che ci appartiene e, quindi, a dover rinunciare ad una parte di sé; si parla di aspetti che, inevitabilmente, possono generare dei conflitti.

Questo è ancora più vero per le coppie con diabete le quali presentano aspetti caratteristici più specifici e frequenti perché subentra una "condizione medica" che influenza i gesti nella quotidianità per la presenza del "terzo incomodo". In questo caso, infatti, la coppia non può scegliere e trova difficile cambiare il terreno principale del suo conflitto che finisce per essere deciso dal partner che vive la condizione.

Tuttavia esistono anche moltissime

situazioni nelle quali, la presenza di una persona con diabete diviene un pilastro della convivenza. Come afferma una nota Psicoterapeuta di Padova, tale presenza può divenire un 'segreto' della coppia e dar luogo a tanti piccoli stratagemmi e ad una forte complicità fra i partner che però non deve diventare l'unico perno della relazione.

In tale situazione può accadere che la persona che tende a sottovalutare il diabete e ad eludere le esigenze della cura, trova spesso nel partner una figura sostitutiva

di tipo genitoriale fino ad assumere funzioni di controllo.

Ma di converso, può anche accadere che un atteggiamento molto ligio e auto-limitante nei confronti della terapia porti il partner a svolgere una funzione "eversiva", cioè ad cercare di aprire dei varchi e degli spazi di libertà.

Forse sarebbe opportuno affrontare il problema non parlando di diabe-

te, non della salute di una persona ma, piuttosto, di salute della coppia. Forse è questo il consiglio che si può dare a tutte le persone con diabete e ai loro partner, cioè andare oltre il diabete, decentrando le ansie. Vale a dire non preoccuparsi del pancreas che non funziona, ma del corpo che esiste e agisce da soggetto e oggetto di desiderio e amore.

In questo modo risulta possibile vedere se stessi come un insieme inestricabile di mente e di corpo ma, soprattutto non vedere se stessi come persone con

diabete ma piuttosto solo come persone.

Non esistendo modelli di riferimento la sessualità è una componente della vita di relazione e fa parte del processo di evoluzione della coppia: rappresenta, inoltre, la libertà che una coppia riesce a ritagliarsi nella condizione in cui si trova, non un sogno in cui si finge di essere qualcosa d'altro.



Precauzioni contro le scottature

In vista dell'estate: come preparare la pelle

Forse non tutti sanno che per preparare al meglio la pelle a ricevere i raggi del sole è opportuno partire prima di tutto da una corretta alimentazione. Si può partire dagli integratori, ma attenzione: vista la grande varietà presente in commercio è bene farsi consigliare da persone esperte per fornire all'organismo le sostanze giuste e su misura. Assumere un prodotto sbagliato o in eccesso può risultare dannoso. Partire dai cibi freschi della dieta mediterranea è una buona scelta; il riferimento è alle carote (ottimo un centrifugato al mattino) fonte di carotenoidi, al melone che contiene un potente enzima antiossidante, fino ai pomodori, del gruppo caroteni anch'essi dotati di un buon potere antiossidante. Ci sono poi prodotti contenenti vitamine ed estratti vegetali che rinforzano le difese cutanee preservando la cute dai fastidiosi eritemi e macchie; contemporaneamente preparano la pelle ad una pigmentazione omogenea e prolungata nel tempo. Bisogna comunque ricordare che un tale trattamento va iniziato almeno 20 giorni prima dell'esposizione al sole e va proseguita per tutto il periodo in cui si rimane in vacanza. Va poi tenuto presente che la pelle va curata anche dall'esterno e, soprattutto, è importante idratarla con oli vegetali puri al 100% come quello delle mandorle dolci, di germe del grano, di jojoba. Infine, chi non ama l'esposizione al sole ma ricerca comunque una coloritura ambrata la cosmesi offre prodotti abbronzanti di nuove generazioni ricorrendo a "terre naturali" con ingredienti interamente naturali, senza conservanti, coloranti, additivi, interamente ipoallergici.

Carote e pomodori

È noto che contengono caroteni, producono un effetto antiossidante e favoriscono la sintesi dei tessuti rendendo la pelle più resistente. Possono essere consumati in forma centrifugata alternandoli a colazione almeno un mese prima dell'esposizione. Tale trattamento

stimola la produzione della melanina e favorisce il processo abbronzante, svolgendo anche una azione protettiva della pelle.

Melograno

Contiene antiossidanti come polifenoli, tannini e antocianine, componenti che svolgono un'azione positiva sullo stato di benessere dell'organismo. Proprio ai tannini estratti dal suo succo (ricco di vitamina A e B) vengono attribuiti proprietà astringenti e diuretiche; inoltre il suo consumo serve come protezione contro i danni associati allo stress ossidativo aumentando le difese antiossidanti.

Melone

È un disintossicante per il corpo, è ricco di acqua e di vitamine A e C, di calcio, potassio, e manganese. Consumarlo corrisponde a dissetarsi e, quindi, ad idratare il fisico favorendo l'espulsione delle tossine. È poco noto, ma con la polpa del melone è possibile predisporre un'efficace maschera per la pelle secca.

Ribes

È una vera miniera di vitamina C e flavanoidi, cioè due componenti altamente antiossidanti;

il suo succo assicura la sintesi del tessuto connettivo (provvedendo al collegamento, sostegno e nutrimento degli altri tessuti dei vari organi).

In particolare, per le sue peculiarità, svolge un'azione protettiva mentre rafforza il cuoio capelluto; inoltre, sotto forma di impacco o maschera, dona volume e brillantezza ai capelli preparandoli alla bella stagione.



Una buona ricetta per 4 persone

bucatini con carciofi e speck

gli ingredienti

320 gr di bucatini, 4 carciofi (+ aceto o limone), una cipolla, olio extravergine d'oliva, $\frac{1}{2}$ bicchiere di vino bianco, 80 gr di speck + 2 uova, 70 gr di grana padano grattugiato, tre rametti di prezzemolo + pepe e sale.

la preparazione

1. sfogliare la parte dura dei carciofi eliminando bene punte e gambo; dividerli in 4 spicchi e tagliarli in quattro, quindi tagliarli a fettine sottili immergendoli in un recipiente con acqua e aceto (o limone);
2. rosolare appena la cipolla tritata nell'olio unendo poi i carciofi e rosolare ancora per alcuni minuti a fiamma viva. aggiungere quindi un po' di vino e abbassando la fiamma; salare q.b. e fare cuocere per 15 minuti a recipiente coperto;
3. tagliare lo speck a filetti tostandoli brevemente in un po' d'olio;
4. a parte, sbattere le uova aggiungendo il grana padano, sale pepe, prezzemolo tritato e lo speck;
5. fare cuocere la pasta in acqua abbondante aggiungere sale q.b. e, una volta scolata, si unisce ai carciofi. rosolare per un minuto e versatevi la salsa di uova e speck mescolando vigorosamente.

Attenti alle ferite: condizione da non sottovalutare

Solitamente per “ferita” si intende uno stato patologico consistente nella distruzione dei tessuti cutanei, associata alla perdita di sostanza e alla compromissione della funzione; per definizione vengono distinte in “croniche” ed “acute”.

Le ferite croniche

Hanno una loro complessità e, a differenza di quelle acute, non evolvono secondo i fisiologici meccanismi biochimici e cellulari di riparazione del tessuto, riepitelizzazione, rimodellamento; condizioni patologiche particolari, come problemi vascolari o diabete ne possono essere causa.

Le ferite croniche più comuni

- Ulcere vascolari
- Ulcere del piede diabetico
- Ulcere da pressione, cioè le piaghe da decubito
- Ferite correlate a patologie oncologiche

Le ferite acute

Sono quelle recenti che seguono un processo di guarigione fisiologico e che dovrebbero risolversi mediamente entro il 21° giorno. Generalmente sono causate da traumi, avere un'estensione limitata o estesa (come nel caso delle ustioni). Molte di queste necessitano di una semplice medicazione.

Le infezioni

Rappresentano una complicanza nella quale può incorrere una ferita, specie se estesa e profonda; se è di derivazione chirurgica, l'incisione non guarirà spontaneamente, (la cosiddetta deiscenza chirurgica). Dunque, le ferite infette richiedono una particolare attenzione del medico che deve far ricorso a medicazioni con antisettici e antibiotici.

Le medicazioni corrette

- Coprire le ferite
- Causare il minor dolore e danno alla rimozione
- Mantenere le ferite umide
- Assorbire il sangue o l'eccesso di essudato
- Inibire lo sviluppo di batteri

Le ustioni

È noto che le ustioni vengono classificate in base al loro spessore andando dal I al III grado, altrimenti definiti superficiali o profonde. Le prime interessano solo la superficie della cute presentando un arrossamento (eritema), un livello medio di dolore, una cute secca e assenza di vesciche. La loro guarigione prevede una risoluzione in due-tre giorni. Le altre ustioni coinvolgono strati più profondi della cute con formazione di vesciche, gonfiore e maggior dolore. Richiedono una medicazione che guarisce tra i 20 e i 30 giorni se non intervengono infezioni particolari.

Le medicazioni e la falsa credenza

Da sempre si è portati a credere che la maniera migliore per guarire le ferite è lasciarle “asciugare”; ricerche più recenti hanno invece dimostrato che è più opportuno coprirle mantenendole umide; ciò consentirà un minor rischio di cicatrici ed eviterà che la rimozione della medicazione possa consentire dolore o, peggio, ulteriori danni.

Originale iniziativa di A.D. Camminata di Gruppi con visita a Brera

Lo scorso 4 maggio, si è tenuta un'interessante iniziativa dell'Associazione che ha riunito un folto numero di Soci (28 iscritti) per una “Camminata di Gruppo” allo scopo di sensibilizzare chi soffre di diabete ad aderire ad uno stile di vita ‘attivo’ per guadagnare salute.

L'originalità dell'evento è stata la successiva visita guidata alla Pinacoteca di Brera accompagnati dalla Diabetologa, la dr.ssa Nadia Cerutti, e dalla Dietista, Anna Di Girolamo.

Le due professioniste si sono soffermate ad illustrare le raffigurazioni delle “nature morte” dei quadri selezionati per l'occasione dalla

Direzione della Pinacoteca. In particolare sono stati presi in esame gli alimenti presenti nei dipinti con riferimento al contenuto dei carboidrati e dell'indice glicemico. La dr.ssa Cerutti, che è anche un'esperta di Nutrizionista, ha spiegato i vantaggi di ricorrere ad una corretta dieta mediterranea ai fini di un buon controllo glicemico.

La giornata ha riscosso un alto gradimento da parte di tutto il Gruppo e della stessa Sovrintendenza, cui va la nostra riconoscenza sia per l'organizzazione, sia per la gentile

accoglienza riservata.

Apprezzamento è stato espresso anche dalle due nostre professioniste che hanno accettato di buon grado di seguirci sottolineando il tipo di scelta effettuata dall'Associazione che ha unito la Camminata alla visita culturale a sfondo, comunque educativo.

Considerato il successo ci sembra opportuno replicare l'esperienza quando se ne presenteranno le condizioni.

Infatti, i temi della giornata saranno ripresi in un più ampio programma che porterà

L'Associazione ad organizzare un week end educativo residenziale in provincia di Pavia dedicato all'attività fisica e al *counting* dei carboidrati.



La Dott.ssa Nadia Cerutti



Un momento della visita a Brera



La Dietista Anna Di Girolamo

Approfondimento

La sussidiarietà secondo l'art. 118 della Costituzione

Il principio di sussidiarietà è regolato dall'articolo 118 della Costituzione italiana che prevede che "Stato, Regioni, Province, Città Metropolitane e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio della sussidiarietà". Tale principio implica che le diverse istituzioni debbano creare le condizioni necessarie per permettere alla persona e alle aggregazioni sociali di agire liberamente nello svolgimento della loro attività. L'intervento dell'entità di livello superiore, qualora fosse necessario, deve essere temporaneo e teso a restituire l'autonomia d'azione all'entità di livello inferiore. Il principio di sussidiarietà può quindi essere visto sotto un duplice aspetto:

- in senso verticale: la ripartizione gerarchica delle competenze deve essere spostata verso gli enti più vicini al cittadino e, quindi, più vicini ai bisogni del territorio;
- in senso orizzontale: il cittadino, sia come singolo sia attraverso i corpi intermedi, deve avere la possibilità di cooperare con le istituzioni nel definire gli interventi che incidano sulle realtà sociali a lui più vicine.

La crescente richiesta di partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle azioni che riguardano la cura di interessi aventi rilevanza sociale, presenti nella nostra realtà come in quella di molti altri paesi europei, ha dunque oggi la sua legittimazione nella nostra legge fondamentale. Quest'ultima prevede, dopo la riforma del Titolo V, anche il dovere da parte delle amministrazioni pubbliche di favorire tale partecipazione nella consapevolezza delle conseguenze positive che ne possono derivare per le persone e per la collettività in termini di benessere spirituale e materiale.

In effetti l'applicazione di questo principio ha un elevato potenziale di modernizzazione delle amministrazioni pubbliche in quanto la partecipazione attiva dei cittadini alla vita collettiva può concorrere a migliorare la capacità delle istituzioni di dare risposte più efficaci ai bisogni delle persone e alle soddisfazioni dei diritti sociali che la Costituzione ci riconosce e garantisce.

Da un lato alcune amministrazioni pubbliche hanno già intrapreso iniziative volte a favorire la sussidiarietà orizzontale e dall'altro la società civile si è mossa nella stessa direzione con azioni concrete sostenute peraltro da una parallela attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, di ricerca e di documentazione e, più in generale, di approfondimento scientifico del fenomeno.

I cittadini attivi, applicando il principio di sussidiarietà (art. 118 ultimo comma della Costituzione), si prendono cura dei beni comuni. Entrambi, volontari e cittadini attivi, sono "disinteressati", in quanto entrambi esercitano una nuova forma di libertà, solidale e responsabile, che ha come obiettivo la realizzazione non di interessi privati, per quanto assolutamente rispettabili e legittimi, bensì dell'interesse generale.

Quando la Costituzione afferma che i poteri pubblici "favoriscono le autonome iniziative dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà", essa legittima da un lato i volontari tradizionali, che da sempre svolgono attività che si possono definire di interesse generale e, dall'altro, quei soggetti che si definiscono cittadini attivi, persone responsabili e solidali che si prendono cura dei beni comuni. I cittadini attivi, in quanto non proprietari bensì custodi dei beni comuni, esercitano nei confronti di tali beni un diritto di cura fondato non sul proprio interesse, come nel caso del diritto di proprietà, bensì sull'interesse generale. Ciò che giustifica il loro impegno è infatti solo in parte un loro interesse diretto e immediato alla produzione, cura e sviluppo dei beni comuni. C'è anche questo, certamente (e infatti ciò può essere un elemento che differenzia i volontari dai cittadini attivi) ma ciò che spinge i cittadini attivi a prendersi cura dei beni comuni è la solidarietà. In sostanza, i volontari sono "disinteressati" in quanto vanno oltre i legami di sangue per prendersi cura di estranei, i cittadini attivi sono "disinteressati" in quanto vanno oltre il diritto di proprietà per prendersi cura di beni che sono di tutti. In entrambi i casi, si tratta di un'evoluzione quanto mai positiva della specie umana, che dimostra in tal modo di saper uscire dalla ristretta cerchia familiare e dall'individualismo proprietario per aprirsi al mondo.

da Cittadinanza attiva

*La vita senza allegria è
una lampada senza olio*



Amici del Diabetico
Organizzazione di Volontariato
dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico

Corso di Porta Nuova, 23
20121 Milano
Tel. e FAX: 02.63632775
Cell. 328.4540498
Cod. Fisc. **97226520159**
c.c.p. **43489202**
info@amicideldiabetico.org
www.amicideldiabetico.org
Facebook: amici del diabetico
Twitter: @amicidiabetico

A.D. Informa

NOTIZIARIO
DELL'ORGANIZZAZIONE
DI VOLONTARIATO
"AMICI DEL DIABETICO"

Corso di Porta Nuova, 23
20121 Milano

Direttore responsabile

Antonio Velluto

Proprietario ed Editore

"Amici del Diabetico"

Redazione

Carlotta Peviani
Marilena Ferioli
Sergio Raffaele
Filippo Mauri
Mario De Palma

Stampa

Service Point
Via Venosa, 4
20137 Milano

Impaginazione grafica

Giovanni Volpi

Autorizzazione
Tribunale di Milano
n. 374 del 24/6/2002