

EDITORIALE

A.D. fa rotta sugli stili di vita

* di Sergio Raffaele

In questi ultimi anni le energie degli "Amici del Diabetico" (A.D.) sono state particolarmente assorbite dal sostegno al Progetto del Team Diabetologico Allargato, un impegno che ci è stato riconosciuto da una Commissione di esperti presieduta dal Ministero della Salute. Oggi questo *pool* di medici che affianca la Diabetologia ha raggiunto un buon livello di strutturazione con percorsi terapeutici e assistenziali ben definiti che incontrano la piena soddisfazione dei pazienti con diabete che afferiscono al Fatebenefratelli. Adesso serve dargli continuità, maggiore collegialità, certezza finanziaria, almeno per i professionisti non inquadrati nell'ambito ospedaliero. Dunque, nessun disimpegno. Tuttavia, la Direzione della Associazione ha ritenuto di rimettere maggiormente al centro della propria azione la persona rimasta, in ogni caso, centrale negli schemi operativi degli interventi sociali annuali. In altre parole il *focus* ritorna su quelle attività ritenute fondamentali per migliorare la qualità di vita di queste persone, agendo sui famosi stili di vita.

I nostri interventi d'ora in avanti si orienteranno ad accrescere la consapevolezza dei pazienti nella gestione della patologia e a sviluppare il bagaglio delle conoscenze (*empowerment*) inerenti, nello specifico, l'alimentazione, l'attività fisica, l'educazione sanitaria, nonché le azioni di contrasto al fumo, all'alcol e

(continua a pag. 16)

**La Diabetologia del Fatebene
ha un nuovo Primario**

È il dr. Pietro Rampini che succede al dr. Testori andato in pensione. L'Unità Operativa segue anche la specialità di Endocrinologia e le patologie legate alla Malattie Metaboliche. Fanno parte del Reparto anche il dr. Baggio, la dr.ssa Cerutti, la dr.ssa Morpurgo e tre Dietiste. Annualmente afferiscono a questa Struttura oltre 3 mila persone, buona parte delle quali per la cura del diabete. Negli ultimi anni è stato costituito un Team Diabetologico Allargato, che consente ai pazienti di usufruire di un particolare percorso terapeutico - assistenziale mediante un approccio di cura plurispecialistico. Il dr. Rampini sovrintende, pertanto, l'attività di ben 24 operatori sanitari la cui specialità è correlata con il diabete; un compito non semplice dovendo contemporaneamente conciliare diverse esigenze: quelli del paziente per consentirgli di svolgere più visite specialistiche nella stessa giornata, cercare di abbattere - per quanto possibile - la lista d'attesa, tener conto delle esigenze dei clinici (quelli "prestiti" alla Diabetologia da altri Reparti e dei consulenti dell'Associazione), gestire utilizzo degli spazi dedicati alle visite evitando le sovrapposizioni.



Il dr. Pietro Rampini
Primario facente funzione di
Diabetologia e Endocrinologia

(continua a pag. 16)

LA CARTA DEI VALORI DEGLI "AMICI DEL DIABETICO"

(Il testo a pagina 6)

Guida alla lettura

Relazione attività 2010	pag. 2
Relazione attività 2011	pag. 3
Nuovo modello ospedaliero	pag. 4
Intervista al dr. Seregni	pag. 4
Bilancio associativo	pag. 5
Codice deontologico	pag. 6
Carta dei valori	pag. 6
Intervista al dr. Prella	pag. 7
Speciale Alimentazione	pag. 8-14
Donazioni e trapianti	pag. 16

**Il Cardiologo
nel Team Diabetologico:
una sicurezza per il paziente**Intervista con il Primario di Cardiologia,
(a pag. 4)

Il Dott. Romano Seregni

**Arriva il Neurologo nel Team
Diabetologico del
Fatebenefratelli**Intervista con il nuovo Neurologo,
(a pag. 7)

Il Dott. Alessandro Prella

RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ SOCIALE SVOLTA NEL 2010

Rendiconto

Seminari Educazione sanitaria: in sala Maria Bambina si sono tenuti 9 Seminari di educazione sanitaria, cioè uno in più rispetto agli 8 programmati. Escluso quello di dicembre, tutti hanno fatto segnare una buona presenza con punte significative, in particolare quella sull'alimentazione, andata oltre la capienza della sala.

Screening: la nostra presenza sul territorio è stata limitata ma in parte compensata da due "Camminate all'aria aperta". Particolarmente riuscita quella svoltasi al Parco Sempione di cui è prevista una replica. Un pieno successo, con quasi 600 test, lo screening effettuato in Via Spallanzani; di particolare significato quello tenuto all'interno dell'H. Fatebenefratelli su incarico della Direzione Generale con il coinvolgimento di 4 primariati e del servizio di Dietologia.

Sensibilizzazione: attività di missione con numerose iniziative ed una ricca produzione documentale (giornale, presenza in Regione, nuovo sito *Internet*, distribuzione testi di educazione, bacheche). Mancata, purtroppo l'attivazione dello schermo TV che rimane, comunque, un obiettivo da realizzare (assolutamente) nel 2011.

Team Diabetologico: sicuramente un anno da rimarcare per i risultati conseguiti. In primis l'arrivo di tre nuovi clinici: Andrologo, Neurologo (entrambi interni all'Ospedale) e Nefrologa; quest'ultima giunta grazie ad una borsa di studio. Il protocollo delle visite prevede due mezze giornate di servizio con progressiva riduzione dell'attuale lista d'attesa. Da inizio anno le visite oculistiche si effettuano presso il Centro di Diabetologia.

Convegno al Pirellone: va ascritto come il momento di maggiore visibilità per l'Associazione e per il Team anche in virtù di un lungo servizio televisivo al TG3 e con interviste al Dir. del Centro e al Pres. dell'Associazione. Il successo è da ricercarsi, tuttavia, nella lettura dei positivi risultati ottenuti dal Team, la piena soddisfazione espressa dai Pz. (il 90% delle risposte dei questionari) e la loro conoscenza dell'attività dell'Associazione (70%).

Premio Dawn Award per A.D.: sicuramente il riconoscimento più importante ottenuto dagli "Amici del Diabetico" per il supporto assicurato al Team, il cui Progetto è stato prescelto in una selezione nazionale nell'ambito del Progetto internazionale "*Changing Diabetes*" per il grado d'innovazione e l'alto valore sociale perseguito.

Nuovi spazi: di certo un altro traguardo insperato sino a qualche anno fa. L'insistenza per ottenerli si è concretizzata entro lo scorso giugno; necessario completare la loro piena operatività con una più puntuale destinazione (aula didattica, piccola palestra, potenziale sede operativa dell'Associazione). Continuerà la "pressione" per ottenere la concessione delle ultime due stanze disponibili al piano dell'Ambulatorio.

Sottoprogetti al Team Diabetologico: avviati quattro Progetti: "Cuore" - "Attività fisica" - "Alimentazione" - "Piede diabetico". Consegnati diversi misuratori di pressione per l'automonitoraggio domiciliare - Acquisita l'attrezzatura di *fitness* per l'aula didattica e per l'attività fisica. Aumentata, ultimamente, la collaborazione con medici e infermieri.



Il Dott. De Ruvo (già commissario F.B.F.) consegna una targa di riconoscenza ad Anna Barzaghi, collaboratrice dell'Ass.ne. Alla destra il Pres. A.D., Raffaele

Donazioni al Centro Diabetologico: sono state complessivamente 6 per un valore totale di Euro **8.395,74** (1.903,02 nel 2009). Un gesto che rientra ormai nella tradizione dell'Associazione. Rilevante (per importo ed utilità) la donazione delle attrezzature per il tratta-

mento del piede diabetico.

Convenzioni: naturalmente sono state confermate quelle dell'Oculista, della Psicologa e le integrazioni per la Diabetologa; a queste si è aggiunta la borsa di studio per la Nefrologa, per una spesa totale di **20 mila Euro**.

Sostegno a situazioni di bisogno: l'Associazione ha dato soluzione a numerose istanze di aiuto risolvendo situazioni critiche di persone e famiglie nell'accesso, richieste di visite e domande varie per lo svolgimento di esami specialistici.

Advocacy (difesa diritti dei pazienti): forse uno dei risultati più eclatanti per aver dipanato -congiuntamente alle altre Associazioni che con A.D. fanno parte della Commissione diabete in Regione- un forte contenzioso con la Regione per evitare una gara con modalità centralizzate tese a limitare la scelta dei glucometri che, tra l'altro, avrebbero relegato in un ruolo marginale le Farmacie nella distribuzione dei presidi clinici.

Presidio: con poche eccezioni, il servizio ha avuto una costante copertura, con ottime *performance* e gradimento dei pazienti.

Nuovi Volontari: ne sono arrivati tre che hanno ormai acquisito le necessarie competenze ed autonomia; altri hanno "allentato" la presenza. Il 2011 si annuncia con 3 innesti.

Cultura interna: è cresciuta solo in parte. Nel Consiglio Direttivo allargato è comunque presente

la consapevolezza circa le capacità organizzative interne in grado di proiettare una buona immagine (*brand*), nonché il possesso di una collaudata organizzazione per gli interventi/servizi cui spesso è chiamato il Sodalizio. Si avverte la necessità di una maggiore coesione a fronte, tuttavia, di un soddisfacente senso di appartenenza.

Raccolta dati, Trainer educaz. fisica, formazione: È a buon punto la raccolta dati per la redazione del 2° Bilancio Sociale, oggi facoltativa ma, a breve, obbligatoria. Il 1° Rapporto aveva "conquistato" molto credito aumentando la reputazione (*rating*) dell'Associazione. Il *Trainer* di educaz. fisica è stato individuato e ci ha seguito in tre occasioni (le due camminate e al campo scuola di Iseo). Formazione Volontari: solo pochi componenti hanno partecipato a corsi o convegni. Iniziative sicuramente da incentivare ed incrementare.

Iseo (BS)- 2° Soggiorno residenziale educativo: la seconda esperienza del genere ha segnato un vero successo per i risultati raggiunti e per l'alto grado di soddisfazione espresso dai partecipanti e loro familiari (30 persone). I costi sostenuti (11 mila €) sono stati coperti dalle quote dei soci e dalle sponsorizzazioni. Tutti i frequentanti non iscritti hanno aderito al tesseramento per il 2011. L'esperienza avrà un seguito periodico annuale.

Campo delle relazioni: Frequenti i servizi chiesti al Centro Servizi Volontariato. Si è rafforzato, forse in maniera definitiva, il legame "a rete" con le altre Organizzazioni del diabete. Significative le sinergie con l'Associazione Voza e la Società dei Buontemponi (quest'ultima anche come sostenitore//donatore). Rafforzate le relazioni anche con le Istituzioni di riferimento (Regione, Comune e Consigli di Zona) e la collaborazione costante e attiva con le Case Farmaceutiche.

2° Meeting Hotel Manin: organizzato per fare il punto sulla collaborazione tra i Reparti dell'Ospedale con il Centro Diabetologico e il Team Diabetologico. Confermato l'impegno dei Primari e dei clinici perché si realizzi la continuità del servizio presso il Team.



Un momento del Seminario di educazione sanitaria nell'aula didattica F.B.F.

X Meeting Ami.Diabe: significativa la partecipazione di ben 125 persone, tra Soci, familiari e diversi *stakeholder*; da rimarcare la presenza dei clinici del Team (quasi al completo) e dei Primari dei Reparti che collaborano con la Diabetologia. Sicuramente un evento che ha mostrato un'immagine molto positiva di A.D. in termini di organizzazione e marketing.

A.D. Informa: l'innesto di una giovane giornalista professionista ha migliorato la qualità dei contenuti anche grazie alle interviste realizzate con i Responsabili medici dei Reparti che collaborano al Team Diabetologico. Messe in luce alcune esperienze di "buona Sanità". Puntuali le uscite e con costi sostenibili. Necessario un maggior coinvolgimento del Comitato di redazione anche per ampliare il numero dei contributi scritti.

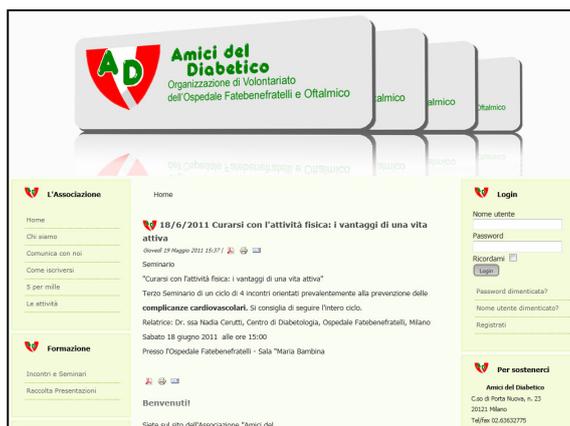
Informatizzazione: l'archiviazione dati è stata interamente informatizzata; così anche il libro Soci che, a fine d'anno, è stato spostato su un Data Base (*Microsoft Access*) con inter-

faccia grafica per un inserimento e ricerca dati semplificati. Il DB consente di seguire le iscrizioni nel tempo, il versamento delle quote, la stampa delle etichette e gli *sponsor*. Rinnovato il parco dei P.C. con l'acquisto di una stampante laser a colore + chiavetta usb per *Internet*.

Internet: dopo qualche anno di stasi, è stato finalmente rilanciato il sito *Internet* dell'Associazione con una impostazione semplice e di facile accesso; consultabili notizie complete sull'Associazione, le iniziative in programma, come iscriversi, donazioni, ecc.; *on line* le principali lezioni dei seminari di educazione sanitaria tenuti in sala "M. Bambina".

Numero degli iscritti: superato il numero di 400 iscrizioni a partire dalle adesioni del 2009. L'incremento delle quote rispetto al precedente esercizio supera i mille euro.

Fund raising (raccolta fondi): il numero dei donatori è passato dai 21 del 2009 ai 32 del 2010 con una raccolta che ammonta a **28.229.00** Euro. (31.400 nell'esercizio 2009).



L'ATTIVITÀ SOCIALE DI A.D. NEL 2011

Progetto Cuore - Distribuzione misuratore della pressione e avvio ai Centri antifumo delle persone che dichiarano al medico la disponibilità a smettere di fumare.

Progetto "Attività fisica" - Attivazione di una piccola palestra dove svolgere alcune lezioni di esercizio fisico il più possibile personalizzato secondo l'età e le abilità fisiche.

Progetto "Alimentazione" - Svolgimento di alcune giornate di preparazione di pasti bilanciati con la collaborazione della dr.ssa Morpurgo e delle Dietiste (in sede e/o fuori sede).

Progetto Piede diabetico - Accordo con il Centro per avviare il trattamento del piede diabetico con il coinvolgimento della Chirurgia Vascolare. Possibile una donazione per incrementare le attrezzature già fornite nel 2010.

Progetto "Educazione sanitaria" - Attivazione dell'auletta didattica nei locali dell'Ambulatorio Diabetologico con la formazione di alcune figure di "diabetico guida". Coinvolgimento delle figure mediche ed infermieristiche secondo la formula "chi forma i formatori".

Progetto "Camminate all'aria aperta" rivolte ad evidenziare i vantaggi e gli effetti di una vita attiva e in movimento.

Organizzazione di 8-9 seminari - di educazione sanitaria rivolta a tutti i pazienti del Centro e dei loro familiari. Individuazione dei temi da trattare e dei formatori.

Sensibilizzazione patologia diabetica - Realizzazione di **10 Screening glicemici** sul territorio, possibilmente in convenzione con l'Ente pubblico e/o con altre Organizzazioni sociali.

Soggiorno educativo residenziale - Organizzazione del terzo corso rivolto ad un *target* di pazienti (insulino dipendenti - insulino trattati - in terapia orale) secondo le indicazioni dei responsabili sanitari del Centro.

Donazioni - previsto un incremento di apparecchiature tecnologiche per l'attività del Centro e del Team Allargato; in particolare di attrezzature per l'attività di *fitness* e per le dotazioni dell'aula didattica.

Bilancio Sociale - Redazione del secondo Rapporto 2009/2010.

Carta dei Valori - Adozione da parte dell'Associazione di un codice etico di comportamento.

Consulenze - Assicurare continuità alle attuali figure di consulenza con l'Ospedale per il rinnovo della convenzione per l'Oculista, la Psicologa, la Nefrologa, e, possibilmente, con l'istruttore di educazione fisica.

Team Diabetologico Allargato - Assicurare pieno supporto logistico al Gruppo dei clinici che ne fanno parte per tutte le esigenze strutturali e strumentali che si rendessero necessarie.

Campo delle Relazioni - Con le Organizzazioni che si occupano di Diabete, il Centro Servizi per il Volontariato ed altri organismi del 3° settore, con le Istituzioni cittadine e Regionali e le Case farmaceutiche con un rafforzamento delle attuali relazioni.

Corsi di formazione rivolti ai Volontari per la creazione della figura del "diabetico guida", per accrescere la cultura del Volontariato, nonché di percorsi mirati alla progettazione.

Iniziative di raccordo tra l'Ass.ne, il Centro Diabetologico, i clinici del Team Diabetologico Allargato con i vertici dell'Amministrazione Ospedaliera del F.b.F..

XI Meeting Ami.Diabe Organizzazione dell'evento con i principali *stakeholder* dell'Associazione.

Marketing - Utilizzo di tutti i mezzi di comunicazione a disposizione per fidelizzare gli attuali soggetti vicini all'Associazione e instaurare *partnership* con nuovi *sponsor*.

N.B. - Alcuni dei progetti indicati verranno a conclusione nell'arco del prossimo triennio.

Un cambiamento necessario

VERSO UN NUOVO MODELLO DI OSPEDALE CENTRATO SUL PAZIENTE

Negli ultimi anni abbiamo assistito a notevoli cambiamenti nella domanda di salute dei cittadini divenuti sempre più informati ed esigenti. Peraltro le modifiche hanno riguardato anche la situazione demografica con un invecchiamento complessivo della popolazione interessando, di riflesso, pure il quadro epidemiologico. Ora, se è vero che uno dei pilastri fondamentali di riferimento della Sanità pubblica è la capacità del "Sistema" a fornire delle risposte concrete ai bisogni di salute proveniente da una domanda, ormai pervasiva, diventa necessario adeguare, di conseguenza, l'offerta di servizi secondo criteri di equità e di sostenibilità (in una situazione di risorse sempre più limitate).

Alla luce di questa realtà s'impone una riorganizzazione radicale superando il tradizionale modello ospedaliero basato sulle Unità Operative (U.O.) e sui servizi, nonché sulla proprietà delle risorse da parte delle stesse U.O., per passare ad un modello che fa perno **sull'intensità assistenziale di cura**. Su questo argomento torniamo ad esprimere la nostra opinione sulla scia dell'esperienza vissuta con la costituzione del **Team Diabetologico Allargato** il quale, in modalità integrata e cooperativa, si prende cura del paziente diabetico. Il cambiamento di cui parliamo richiede un forte coraggio perché da un modello di assistenza sanitaria centrato principalmente sulla malattia si passa ad un modello di assistenza centrata sul paziente.

Secondo quest'ultima impostazione i professionisti sono chiamati a definire i percorsi e gli spazi più appropriati per semplificare il tragitto del paziente nell'Ospedale. Quest'ultimo, infatti, viene collocato in rapporto ad un fabbisogno assistenziale classificato secondo un ordine di complessità: alta, media, bassa e con la separazione della responsabilità clinica da quella gestionale. Si passa così dall'impostazione del tradizionale Reparto riguardante un'unica specialità e con una impostazione di tipo verticistico, verso un modello che prevede un rapporto tra pari con eguale dignità professionale, basata sul reciproco rispetto e sul riconoscimento delle specifiche competenze. **Siamo dell'opinione che l'Ospedale dovrebbe focalizzare la sua attenzione nella gestione del paziente e non "del posto letto"**. Molto spesso le attuali U.O. appaiono chiuse al loro interno e non sono collegate tra di loro mentre un modello più razionale dovrebbe prevedere unità di degenza multi specialistiche, pluridisciplinari e, soprattutto, orientarsi verso la costruzione di processi di continuità assistenziale nel senso che una volta preso in carico il paziente **il sistema si fa carico non solo dei suoi bisogni sanitari, ma anche di guidarlo in maniera proattiva nei nodi della rete assistenziale**.

Ciò corrisponde a spostare il baricentro dalla singola specializzazione al lavoro di Team con la valorizzazione delle figure professionali preposte al governo del sistema, *in primis* i medici e gli infermieri. Siamo consapevoli che occorrerà del tempo per giungere a queste soluzioni e che saranno necessari una serie di passaggi, compreso la ma-

turazione di una cultura fondata sulla centralità del paziente, troppo spesso teorizzata solo nelle parole. Probabilmente ci saranno anche delle resistenze, ma l'obiettivo rimane quello di **farsi carico del paziente a 360 gradi**, pur con tutte le possibili flessibilità. Lo diciamo con grande umiltà, ma anche con sincera convinzione.

S.R.

Il Cardiologo nel Team Diabetologico: una sicurezza per il paziente

Il parere del dr. Romano Seregni, Direttore della Unità Operativa di Cardiologia del Fatebenefratelli

Intervista a cura di Carlotta Peviani

Quanti sono i cardiologi che fanno parte del Team Diabetologico Allargato attivo presso il Reparto di Diabetologia dell'Ospedale?

Sono quattro i Cardiologi della Unità Operativa di Cardiologia e U.C.C. (Unità Cardiologica Coronarica) del Fatebenefratelli che ogni settimana si alternano presso l'Ambulatorio di Diabetologia per visitare i pazienti diabetici inseriti nel programma del Team Diabetologico Allargato dell'Ospedale.

"L'idea del Team Diabetologico del nostro Ospedale è vincente. La complessità della patologia diabetica necessita, infatti, di un pool di specialisti che non si limitino a fare una diagnosi e a prescrivere una terapia, ma che interagiscano costantemente tra di loro", dice Romano Seregni, Direttore della Unità Operativa di Cardiologia e U.C.C. dell'Ospedale, "e questo nuovo approccio alla malattia diabetica, cui la mia équipe di Cardiologi collabora, risponde perfettamente a questa sintesi tra i diversi specialisti.

Il diabete è una malattia multifattoriale e dagli effetti secondari, che investe, seppur diversi tra di loro, molti aspetti della salute del paziente.

Nel nostro caso, noi cardiologi sappiamo quanto questo tipo di pazienti siano maggiormente esposti alla malattia cardiovascolare.

Da qui l'urgenza di impostare, con la collaborazione del Diabetologo, degli screening che valutino il paziente dal punto di vista vascolare".

Che tipo di "alleanza terapeutica" s'instaura tra Cardiologo, Diabetologo e Paziente nel Team del Fatebenefratelli?

"È un rapporto di comunicazione continua, facilitato senz'altro dal database che tutti gli specialisti del Team possono consultare quotidianamente per visionare l'andamento del paziente e gli esami cui è stato sottoposto.

E proprio grazie a questa continua sinergia, tra il mio reparto, quello di Diabetologia e l'Associazione Amici del Diabetico, è possibile impostare un programma di diagnosi precoce tramite una serie di esami strumentali in grado di valutare il rischio cardiovascolare del paziente diabetico prima ancora del manifestarsi dei sintomi.

Bilancio consuntivo al 31/12/2010

Dettaglio Costi	Importi €
Assicurazione Soci Attivi 2010	363,24
Attrezzature varie	1.709,33
Cancelleria	234,45
Attività di missione x Soci e Pazienti	12.591,13
Postali e telefonici	2.382,75
Rimborsi spese ai Volontari	307,70
Borse di Studio x Centro Diabetologico	13.721,22
Pubbl. "AD Informa" + Abbon. Giornali	3.366,20
Acquisto prodotti x Soci con diabete	3.457,08
Donazioni verso l'Ospedale	6.326,63
Screening /Manif./Giornata Mond. Diabete	201,90
Marketing: Fund raising /Promoz./Sensib.	1.953,00
Spese bancarie e c.c.p.	185,26
Totale costi	46.799,89
RISULTATO D'ESERCIZIO 2010	8.358,80
Totale costi	55.158,69

Dettaglio Ricavi	Importi €
Quote associative 2010	6.810,00
Liberalità ricevute	28.229,00
Rimborsi spesa screening effettuati	0,00
Interessi attivi postali/bancari	17,22
Contributi 5x1000	9.324,63
Prodotti per soci con diabete	2.090,00
Contributo Reg. Corso Educaz. terapeutica	7.854,50
Rimanenze prodotti x diabetici	833,34
Totale ricavi	55.158,69

Bilancio preventivo 2011

Dettaglio Costi	Importi €
Assicurazione Soci Attivi 2010	400,00
Attrezzature varie	3.000,00
Cancelleria	500,00
Attività di missione x Soci e Pazienti	13.100,00
Postali e telefonici	2.500,00
Rimborsi spese ai Volontari	600,00
Consulenze e Borse di Studio x Centro	21.000,00
Pubbl. "AD Informa" + Abbon. Giornali	3.000,00
Acquisto prodotti x Soci con diabete	3.500,00
Donazioni verso l'Ospedale	5.000,00
Screening /Manif. /Giorn. Mond. Diab.	500,00
Marketing: Fund raising /Promoz./Sensib.	2.000,00
Spese bancarie e c.c.p.	300,00
Totale costi	55.400,00

Dettaglio Ricavi	Importi €
Quote associative 2011	6.000,00
Liberalità presunte	19.000,00
Rimborsi x screening previsti	300,00
Rimborsi acquisto attrezzature fitness	2.200,00
Prodotti per Soci con diabete	2.200,00
Interessi attivi	20,00
Contributi 5x1000	9.000,00
Rimanenze prodotti persone con diabete	980,00
Contributo Reg. Corso Educaz. terapeutica	6.500,00
Totale ricavi	46.200,00
Utilizzo esercizi precedenti	9.200,00
Totale ricavi	55.400,00

Questo programma di screening, negli ultimi due anni, ha prodotto una positività agli esami in circa il 20% dei pazienti, sui quali è stato così possibile intervenire tempestivamente prima ancora del manifestarsi dell'evento cardiovascolare.

“È un risultato molto interessante dal punto di vista clinico sulla base dell'evidenza che ci incoraggia a proseguire con questa esperienza nell'interesse delle persone con diabete”, conclude il dr. Seregni.

Intravede degli ostacoli in questo percorso integrato?

“Esistono alcune difficoltà di carattere organizzativo ma si cercherà di superarle; rimane però fermo il nostro impegno a sostenere questa esperienza valorizzando l'approccio cooperativo con la certezza che tutto ciò gioverà a preservare la salute e la qualità di vita dei nostri pazienti”.

Il nostro Bilancio in vetrina nel segno della trasparenza e della rendicontazione rivolta agli stakeholder

Secondo una consolidata tradizione pubblichiamo, a beneficio di tutti i nostri Soci e dei molteplici stakeholder, il Bilancio 2010 dell'Associazione che è stato rapportato a quello del 2009.

Una scelta che si muove secondo una logica di trasparenza nella convinzione, altresì, di aver operato con oculatezza destinando le maggiori risorse alle attività di missione secondo i principi e le indicazioni statutarie. In sintesi, alla solidarietà sono state destinate il 70% delle entrate contro il 10,5 delle spese di funzionamento (per acquisizione di attrezzature informatiche). Per la promozione sociale (marketing) di A.D. è stato impiegato l'11,4%, e riguardano le spese del Convegno Scientifico al Pirellone, l'incontro con i vertici dell'Ospedale e i clinici del Team Diabetologico, nonché il Meeting di ringraziamento di fine anno per i Volontari, i collaboratori, gli operatori sanitari, tutti gli stakeholder vicini al Sodalizio. La restante quota è servita per l'acquisto di prodotti curativi da destinare ai Soci (creme, apparecchi di misurazione della pressione, ecc.).

La Carta dei Valori degli Amici del Diabetico è stata redatta sulla base di uno schema generale proposto dalla Fondazione Italiana del Volontariato (FIVOL) e di altri studiosi. La stesura definitiva, assieme al Codice Etico, è frutto di una elaborazione e di un consenso maturato nel tempo nell'ambito del Consiglio Direttivo.

I due documenti, approvati dal C.D. nella seduta dell'11 maggio 2011, vogliono rappresentare un reale punto di ancoraggio cui fare riferimento per mantenere attiva la spinta ideale del Sodalizio e di ogni Volontario ad essere promotori di una cultura e di un agire che si richiamano alla solidarietà; nel contempo, rappresentano una "antenna sensibile" in grado di captare e comprendere i mutamenti e i nuovi bisogni sociali, dandogli soluzione.

I principi fondanti della Carta e del Codice Deontologico intendono riflettere anche un comportamento e una dimensione politica del Volontariato quale soggetto capace di svolgere un ruolo sociale orientato a migliorare le condizioni di vita delle persone mediante gli interventi posti in essere.

La Carta dei principi e il Codice etico sono stati presentati all'Assemblea ordinaria del 14 maggio scorso; si è ritenuto opportuno procedere alla pubblicazione sul Notiziario *AD INFORMA* e l'inserimento nel sito internet dell'Associazione per darne la massima diffusione e quale base di riflessione dei nostri *stakeholder*.

Codice deontologico

Il Volontario

Art. 1 – Opera per il benessere e la dignità della persona e per il bene comune, sempre nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo. Non si ferma all'opera di denuncia ma avanza proposte e progetti nelle sedi opportune per favorire lo sviluppo civile della società. Non cerca di imporre i propri valori dimostrandosi disponibile ad affiancare l'altro senza volerlo condizionare o sostituirvisi.

Art. 2 – Rispetta le persone con cui entra in contatto senza distinzioni di età, razza, religione, nazionalità, ideologia o cesso. S'impegna a rimuovere le cause di disuguaglianze economiche, culturali, sociali e politiche e concorre all'allargamento, tutela e fruizione dei beni comuni.

Art. 3 – Opera liberamente, con consapevolezza e responsabilità garantendo continuità e competenza agli impegni assunti ed ai compiti intrapresi, in una logica di complementarietà e collaborazione.

Art. 4 – Interviene dov'è più utile e quando è necessario, promuove risposte innovative ed efficaci ai bisogni dei destinatari della propria azione, facendo ciò che serve e non tanto quello che lo gratifica.

Art. 5 – Agisce senza fini di lucro, anche indiretto, e non accetta regali o favori personali; può richiedere e ottenere esclusivamente il rimborso delle spese realmente sostenute per l'attività di volontariato svolta. Fa della gratuità e dell'integrità morale l'elemento distintivo del suo agire traendo dalla propria esperienza di dono il vero motivo di arricchimento.

Art. 6 – Collabora con altri volontari e con l'équipe dei medici ed infermieri sostenendo il loro operato e partecipa attivamente alla vita dell'A.O. Fatebenefratelli ed Oftalmico di Milano. Prende parte alle riunioni per verificare le motivazioni del suo agire, nello spirito di un indispensabile lavoro di gruppo. Produce legami, beni relazionali, rapporti fiduciari e cooperazione tra soggetti e organizzazioni concorrendo ad accrescere e valorizzare il capitale sociale del contesto in cui opera.

Art. 7 – Si prepara con impegno, riconoscendo la necessità della formazione permanente che viene svolta all'interno della propria organizzazione. Concorre, attraverso la partecipazione e la testimonianza, alla formazione dell'uomo solidale, al miglioramento della qualità della vita per tutti offrendo il proprio contributo originale al cambiamento sociale.

Art. 8 – È vincolato all'osservanza del segreto professionale su tutto ciò che gli viene confidato o di cui viene a conoscenza nell'espletamento della sua attività impegnandosi a rispettare la *privacy* del paziente. È tenuto a **conoscere fini, obiettivi, struttura e programmi** dell'organismo in cui opera e partecipa, secondo le proprie possibilità, alla vita e alla gestione di questo nel pieno rispetto delle regole stabilite e con senso di responsabilità.

Art. 9 – Rispetta le leggi dello Stato, nonché lo Statuto ed il Regolamento della sua organizzazione e si impegna per sensibilizzare altre persone ai vari valori del volontariato. Quando **impegnato nei servizi pubblici** e in organizzazioni di terzo settore, costituisce una **presenza preziosa** se testimonia un "camminare insieme" con altre competenze e profili professionali in un rapporto di complementarietà e di mutua collaborazione.

Art. 10 – Svolge la propria attività permettendo a tutti di poterlo identificare. Non si presenta in modo anonimo, ma offre la garanzia che alle sue spalle c'è una organizzazione riconosciuta dalle leggi dello Stato, della Regione e dell'Azienda Ospedaliera.

Carta dei Valori degli "Amici del Diabetico"

L'Associazione

Art. 1 – Ispira la sua azione ai principi della partecipazione democratica promuovendo e valorizzando il contributo ideale e operativo di ogni aderente. È compito dell'organizzazione riconoscere e alimentare la motivazione dei Volontari attraverso un lavoro di inserimento, affiancamento e una costante attività di sostegno e supervisione.

Art. 2 – Persegue l'innovazione socio-culturale a partire dalle condizioni e dai problemi esistenti. Pertanto propone idee e progetti, rischiando e sperimentando interventi per conto della comunità in cui opera. Evita, in ogni caso, di produrre percorsi separati o segreganti e opera per il miglioramento dei servizi per tutti.

Art. 3 – Collabora con le realtà e le istituzioni locali e nazionali, valorizzando le competenze e condividendo gli obiettivi. Promuove connessioni e alleanze con altri organismi e partecipa a coordinamenti e consulte per elaborare strategie, linee d'intervento e proposte socio-culturali. **Evita, altresì, di farsi carico della gestione stabile di servizi che altri soggetti possono realizzare meglio.**

Art. 5 – Svolge un preciso ruolo politico e di impegno civico anche partecipando alla programmazione e alla valutazione delle politiche sociali e del territorio. Nel rapporto con le istituzioni pubbliche rifiuta un ruolo di supplenza e non rinuncia alla propria autonomia in cambio di sostegno economico e politico. Non si presta ad una delega passiva che chieda di nascondere o di allontanare marginalità e devianze che esigono risposte anche politiche e non solo interventi assistenziali e di primo aiuto. Inoltre, propone idee e progetti, individua e sperimenta soluzioni e servizi, concorre a programmare e a valutare le politiche sociali e sanitarie **in pari dignità con le istituzioni pubbliche cui spetta la responsabilità primaria della risposta ai diritti delle persone.**

Art. 6 – Sviluppa interventi di qualità coinvolgendo e formando nuove presenze, privilegiando profili professionali per

meglio conseguire le proprie finalità. Favorisce l'assunzione di un **ruolo politico dei suoi Volontari** fornendo loro strumenti per la conoscenza e aiutandoli a maturare le proprie motivazioni; ne sostiene l'azione per rimuovere le cause dell'ingiustizia sociale e dei problemi del territorio, attrezzandoli di competenze specifiche per il lavoro e la valutazione dei risultati.

Art. 7 – È tenuta a fare propria una cultura della comunicazione intesa come strumento di relazione, di promozione culturale e di cambiamento, attraverso cui sensibilizzare l'opinione pubblica e per favorire la costruzione di rapporti e sinergie a tutti i livelli. Essa è chiamata a coltivare e diffondere la comunicazione con ogni strumento privilegiando la rete informatica per migliorare l'accesso alle informazioni, ai diritti dei cittadini, alle risorse disponibili.

Art. 8 – Ritene essenziale la legalità e la trasparenza in tutta la sua attività e, particolarmente, nella raccolta e nell'uso corretto dei fondi e nella formazione dei bilanci. Dichiara la propria disponibilità a sottoporsi a verifica e controllo, anche in relazione all'organizzazione interna. Materializza la sua trasparenza nell'apertura all'esterno e nella disponibilità alla verifica della coerenza tra l'agire quotidiano e i principi enunciati. Al riguardo essa predispone un apposito bilancio sociale accompagnato da un rapporto di sostenibilità.

Art. 9 – Si propone come scuola di solidarietà ispirando i propri interventi a forme di sussidiarietà per la crescita della comunità di riferimento, per il sostegno dei suoi membri e, in particolare, di coloro che vivono situazioni di disagio e di esclusione. Informa la sua azione perché sia concesso al maggior numero di persone la fruizione dei propri diritti, di godere di una maggiore qualità della vita, di contrastare discriminazioni o svantaggi di tipo economico, sociale, sanitario e ambientale.

Art. 10 – Concorre a formare una coscienza critica dei suoi Volontari promuovendo anche la partecipazione dei suoi iscritti ai fini del cambiamento sociale in termini di responsabilità. S'impegna, altresì, a promuovere legami con soggetti che operano nel campo sociale, sanitario, scientifico per creare rapporti fiduciari e di cooperazione e per accrescere e valorizzare il capitale sociale interno ed esterno con cui interagisce.

ARRIVA IL NEUROLOGO NEL TEAM DIABETOLOGICO DEL FATEBENEFRAPELLI

Intervista a cura di Carlotta Previani

Nella "squadra" di medici specialisti qualificati che compone il Team Diabetologico Allargato della U.O. di Diabetologia del Fatebenefratelli, da qualche mese c'è una *new entry*: è il Neurologo **Alessandro Prella**, che tutti i lunedì pomeriggio visita presso il Centro, i pazienti inviati dai Diabetologi per i controlli neurologici previsti dal percorso protocollare.

Il diabete, infatti, ha come complicanza maggiore quella di aggredire i vasi. Da qui la possibilità per questi pazienti di sviluppare delle **vasculopatie**. Il 30% infatti di chi ha il diabete, nel corso degli anni, ha complicanze neurologiche dovute a sofferenze dei vasi cerebrali e dei vasi dei nervi periferici. Da qui l'importanza di avere nel *pool* di specialisti del Team (che interviene a 360 gradi nel percorso di cura del diabetico) la figura del Neurologo.

Dott. Prella, cosa sono le complicanze neuropatiche nel caso di un paziente diabetico?

“Con complicanze neuropatiche s'intendono delle sofferenze a livello dei nervi periferici, che ne determinano un malfunzionamento. Circa il 30-40% dei pazienti con diabete, a una prima analisi clinica, soffre di **sofferenza neuropatica**, percentuale che cresce fino all'80% qualora si ricorra a un'analisi strumentale, attraverso l'elettromiografia. Più la patologia diabetica è cronica e più è probabile che compaia una neuropatia”.

Quali sono i primi campanelli di allarme?

“La funzione del nervo è di trasmettere gli stimoli sensitivi, motori e neurovegetativi.

Nel paziente diabetico è piuttosto frequente la neuropatia sensitiva dolorosa, proprio perché sono intaccate le piccole fibre mieliniche.

Il segnale di allarme, dunque, è proprio il dolore, più frequentemente agli arti inferiori. **Formicolio e insensibilità** alle mani e ai piedi o stimoli dolorosi, sempre alle estremità degli arti, al minimo contatto, sono segnali da non sottovalutare e da segnalare al Diabetologo, il quale valuterà se richiedere la consulenza del neurologo”.

Come interviene il neurologo in questi casi?

“Per prima cosa procede ad un'anamnesi accurata per valutare la sofferenza dei nervi.

All'esame obiettivo la perdita dei riflessi osteo-tendinei è il

primo segno di un inizio di neuropatia nel paziente diabetico.

La fase successiva prevede un'indagine strumentale necessaria per valutare il tipo di neuropatia, attraverso l'elettromiografia, che rivela il tipo di sofferenza del nervo periferico e ci indica se la neuropatia ha una componente sensitiva o motoria. In quest'ultimo caso si riscontra una debolezza muscolare, specie negli arti inferiori.

L'elettromiografia è un esame neurofisiologico che permette di studiare, dal punto di vista funzionale, il sistema nervoso periferico, sfruttando il concetto che il nervo è un conduttore elettrico. In questa prima fase di valutazione da parte del Neurologo diventa essenziale un'analisi accurata del paziente: infatti, nei diabetici non sempre la neuropatia è causata dal diabete, ma può scaturire da altre patologie (per esempio dalla disfunzione della tiroide, o da carenza di vitamine, o essere determinata da proteine anormali nel sangue, può anche avere una base tossica, ecc.). In questo caso esami del sangue più accurati chiariranno le cause della neuropatia.

Vi è poi la **neuropatia disautonomica**, che nella popolazione maschile è causa di impotenza erettile, e che in tutti i pazienti diabetici, insieme all'alterazione delle sensibilità, è la causa del piede diabetico”.

E' possibile prevenire queste complicanze neuropatiche?

“L'unica prevenzione è data dal controllo ottimale del diabete e dallo stile di vita del paziente, quest'ultimo basato principalmente sul controllo del peso e su un'attività fisica costante”.

Quali sono le terapie utilizzate per curare le neuropatie?

“Premesso che **la neuropatia diabetica può essere solo controllata, non migliorata**, vi sono terapie efficaci per quanto riguarda la parte dolorosa di queste complicanze.

In particolare abbiamo tre molecole che si usano singolarmente o in associazione per controllare il dolore nel 60-70% dei pazienti.

Molto utilizzata è anche l'elettrostimolazione. La terapia può inoltre prevedere l'uso di integratori vitaminici e di sostanze che favorirebbero la rigenerazione del nervo, sebbene non vi siano sicure evidenze scientifiche dell'efficacia di questi farmaci.

Se la neuropatia è anche motoria è necessario affiancare un programma di fisioterapia continua.”

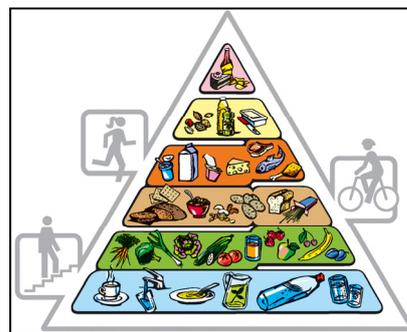
Speciale Alimentazione

IL RUOLO DELLA DIETA NEL SEGUIRE LA TERAPIA DIABETICA

Il rapporto tra alimentazione e diabete è particolarmente stretto, soprattutto in quello di tipo 2; si comprende quindi quanto siano importanti le scelte alimentari con riferimento alla quantità e alla qualità dei carboidrati contenuti. Il diabete, infatti, si manifesta a causa di un difettoso utilizzo dei carboidrati da parte di alcuni tessuti (muscoli e tessuto adiposo) seguito dall'aumento dello zucchero nel sangue (iperglicemia). Ciò avviene quando il pancreas non secreta più insulina (**diabete tipo 1**), oppure per altri due motivi nel **diabete di tipo 2**: a) quando l'insulina prodotta è insufficiente; b) quando l'insulina, pur essendo prodotta in quantità normale, non funziona correttamente per cui il glucosio non riesce a penetrare nei richiamati tessuti (insulinoreistenza). In parole semplici, un eccessivo consumo di carboidrati determina un aumentato bisogno di insulina obbligando il pancreas ad una attività maggiore. Se la risposta non è conseguente si determina il diabete, in altri casi sopravviene il sovrappeso o l'obesità. Il rimedio più efficace in tale situazione è quello di perdere peso ottenendo un miglior compenso glicemico: consigliabile scendere del 5-10% del peso iniziale.

L'apporto calorico in un soggetto normopeso si aggira sui 25-30 kcal per chilo di peso. Di fronte ad un sovrappeso questo apporto deve essere diminuito in modo che le necessità energetiche vengano attinte dai grassi di deposito. Considerato che un chilogrammo di grasso sviluppa circa 7.000 calorie, riducendo l'apporto di 400/500 calorie al giorno si può ottenere una perdita di peso di 2 kg al mese

(400-550 per 30 giorni = 12 mila-15 mila kcal). Inoltre, la perdita di peso può essere determinata da una regolare attività fisica (consigliabile non superare i 4-5 Kg x mese) con un doppio risultato: aumentare il dispendio energetico



e mantenere tonica la massa muscolare. Conservare questa massa è di particolare importanza poiché previene la diminuzione del fabbisogno energetico che invece si verifica quando si perde massa magra

che avviene quando per calare di peso si fa riferimento solo alla restrizione calorica.

Ecco perché in questo caso, pur mantenendo le stesse abitudini alimentari, non si perde più peso. Sia nel diabete di tipo 1 che di tipo 2 è meglio dare la preferenza agli zuccheri complessi ad assorbimento lento (amido) piuttosto che a quelli semplici ad assorbimento rapido (glucosio e saccarosio); nel caso si mangi qualcosa di realmente dolce è bene consumare della fibra che rallenta l'assorbimento degli zuccheri.

Da tenere presente che un pasto equilibrato deve prevedere il consumo del 50-55% di carboidrati + 15-20% di proteine di origine animale + 20-25% di grassi, preferibilmente di origine vegetale. Quanto all'apporto di vitamine e sali minerali, una alimentazione equilibrata tra alimenti di origine vegetale ed animale è solitamente in grado di assicurare il necessario fabbisogno dell'organismo.

PENSARE POSITIVO FACILITA LA VITA E RENDE FELICI

Guardare con un approccio positivo gli "altri" rende le persone emotivamente più stabili e anche più felici. Viceversa, guardare sempre con occhio critico o parlare male, il più delle volte ha un riflesso negativo su se stessi. Questo perché le persone che ci circondano vengono percepite con gli occhi di chi giudica negativamente se stesso, dunque riflettendo la propria personalità.

A tale conclusione è pervenuta una ricerca americana (ripresa da Corriere Salute). In altri termini, la realtà non viene vista per quella che è, ma come il soggetto negativo la vede e, quindi, la percepisce. Gli studiosi che hanno condotto la ricerca scrivono che chi "pensa bene" degli altri possiede un'indole tendenzialmente più amichevole, risultando maggiormente soddisfatto della propria vita.

Di più: stimare gli altri riceve un maggior apprezzamento. Facile, a questo punto, andare oltre la supposizione e cioè che essere ottimisti riduce il rischio di sviluppare disturbi di personalità, livelli significativi di depressione piuttosto che atteggiamenti antisociali. Da questi concetti deriva il fatto che l'osservazione degli altri rimane fortemente influenzata da come si è e, pertanto, chi "vede negativo" tende a sviluppare tratti di personalità negativi, a cadere in depressione con atteggiamenti di tipo narcisistico e antisociale.

Di fronte a questa situazione in antitesi rimane il "che fare" di come, cioè, indurre quanti hanno una visione negativa degli altri ad assumere un contegno più positivo verso il prossimo. Non essendoci una risposta certa di quale strada imboccare è buona abitudine alzare le antenne per comprendere se chi ti sta attorno è una persona affidabile o non lo è. In quest'ultimo caso cogliere tali aspetti può essere determinante soprattutto per evitare danni.

Molto meglio allora circondarsi di persone con attributi positivi perché la situazione può solo portare benefici, rendere la vita più scorrevole, meno faticosa, e creare condizioni per vivere più serenamente: il che potrebbe anche trasformarsi in "felicità".

Speciale Alimentazione

Il sistema di scambio fra alimenti ed equivalenti

In una alimentazione corretta devono essere presenti i diversi principi nutritivi secondo proporzioni predeterminate. Ciò comporta il ricorso a più alimenti che devono combinarsi tra di loro in modo che tutti i **gruppi**, descritti nell'articolo accanto, siano adeguatamente rappresentati.

Da tener presente che ciascun alimento può essere sostituito da uno o più alimenti appartenenti allo stesso gruppo; è altrettanto possibile la sostituzione fra elementi appartenenti a gruppi diversi purché presentino contenuti simili di nutrienti (gruppo 3, cereali e derivati - gruppo 4 legumi).

Questo perché i vari cibi di ciascun gruppo possiedono le medesime caratteristiche nutrizionali e, di conseguenza, vi è un apporto nutrizionale corrispondente.

In questo caso ci troviamo di fronte al cosiddetto *sistema dello scambio tra alimenti* che consente la pianificazione dei pasti seguendo i propri gusti e il mantenimento del peso corporeo.

Va da sé che per effettuare *scambi* corretti risulta necessario conoscere la quantità di ciascun alimento che può essere consumato al posto di un altro adottando il cosiddetto *sistema degli equivalenti* dove gli alimenti sono raggruppati in base al loro contenuto di carboidrati.

Al riguardo, non è difficile reperire apposite guide illustrative.

Una ricetta della salute

Penne con radicchio e ricotta: un piatto da 500 kcal caratterizzato da una estrema semplicità ma, nello stesso tempo, molto gustoso. Diventa un pasto equilibrato aggiungendo una insalata verde (condita con poco olio) e un frutto. Ricetta per 4 persone:

Ingredienti: 320 gr di penne, ½ cespo di radicchio rosso, 30 gr di cipolla, un pizzico di cannella in polvere (se gradita), 100 gr di ricotta vaccina fresca, 20 gr di pomodori secchi, 2 cucchiaini di olio extravergine d'oliva, sale e pepe.

Preparazione: far rosolare nell'olio la cipolla; unire il radicchio mondato e cuocere lentamente per circa 5 minuti. In una terrina sciogliere la ricotta con la cannella, aggiungere un po' dell'acqua della pasta e lavorarla finché diventa una crema. Quando le penne sono cotte, scolarle e saltarle con il radicchio e un po' di pepe. Disporre sul fondo dei piatti la "crema di ricotta" adagiarvi sopra le penne e servire spolverando con i pomodori secchi tritati fini.

Valore nutrizionale per porzione: proteine gr 12; grassi gr. 9 (di cui saturi gr 2,5) carboidrati gr 67; kcal 380; colesterolo mg 14.

(Preparazione dei pomodori secchi: scegliere i pomodorini di Pachino stendendoli su un foglio di carta da forno e condendoli con sale e olio; quindi fare essiccare in forno ad una temperatura di 85 °C.).

I GRUPPI FONDAMENTALI DEGLI ALIMENTI

L'alimentazione giornaliera deve prevedere la presenza contemporanea di tutti i principi nutritivi affinché siano soddisfatte le diverse necessità dell'organismo. Naturalmente, le proporzioni variano a seconda dell'età, del sesso, dell'attività svolta e delle particolari circostanze in cui si può trovare l'organismo. Ad esclusione del latte materno dei primi mesi, non esiste in natura un alimento "completo", vale a dire contenente tutti i principi nutritivi.

Ciò corrisponde alla necessità di variare giornalmente gli alimenti sapendo che ciascuno di essi può essere sostituito da un altro che possiede le stesse caratteristiche nutrizionali.

Di seguito è riportata la classificazione degli alimenti definita dall'Istituto Nazionale della Nutrizione; essi sono stati raggruppati in sette gruppi nutrizionali all'interno dei quali sono da ritenersi equivalenti e, quindi, intercambiabili.

1° gruppo: carni, frattaglie, uova, pesci, i quali forniscono proteine di elevato valore biologico; inoltre apportano vitamine (A, B, D), sali minerali (ferro, fosforo, potassio), nonché *lipidi*. Possono essere sostituiti dagli alimenti del 4° gruppo.

2° gruppo: latte e derivati che forniscono soprattutto *proteine* di alto valore biologico; apportano anche grassi, minerali (calcio, fosforo) e vitamine (A, B, D).

3° gruppo: cereali e derivati (pane, mais, riso, patate); rappresentano la fonte principale di energia per l'alto contenuto di *carboidrati*; forniscono, inoltre *vitamine* del gruppo B e carboidrati non digeribili (fibre) e un apporto di *proteine* (glutine).

4° gruppo: legumi - forniscono proteine di buon valore biologico con elevato valore nutritivo; apportano anche sali minerali (calcio e ferro) e vitamine del gruppo B.

5° gruppo: grassi da condimento (burro, strutto, olio d'oliva e di semi, margarine) - rappresentano una fonte importante di energia; sono da preferire quelli di origine vegetale per il loro ruolo nella prevenzione dell'aterosclerosi.

6° gruppo: vegetali ricchi di vitamina A - ortaggi e frutta di colore giallo-arancione (carote, albicocche, melone, zucca, peperoni, o verdi come spinaci, biette, cicoria, lattuga, radicchio, ecc.) - forniscono notevoli quantità di vitamina A e sali minerali; sono ricchi di fibra.

7° gruppo: vegetali ricchi di vitamina C - ortaggi e frutta acidula (broccoletti di rapa, broccoli, cavolfiore, cavolo, patate novelle, spinaci, arance, limoni, mandarini, pompelmi, fragole, more, ananas, kiwi) - forniscono notevoli quantità di vitamina C e sali minerali; sono ricchi di fibra.

Speciale Alimentazione

Alimentazione e attività fisica

Come comportarsi e cosa conoscere prima di intraprendere un'attività fisica

Nel diabete di tipo 2 l'Attività Fisica (A.F.) è assolutamente indispensabile, soprattutto per i soggetti che si presentano in sovrappeso. Ciò è dovuto al fatto che, se unita ad una corretta alimentazione, l'A.F. comporta un calo ponderale a scapito della massa grassa e molto poco su quella magra (muscoli); questo risultato porta a numerosi vantaggi specie nel migliorare il compenso metabolico del diabete.

Tuttavia, le persone che soffrono di diabete che intendono intraprendere una qualunque A.F. o sportiva devono conoscere diversi importanti particolari prima di praticarla per evitare fastidiosi inconvenienti. Prima di tutto è importante che il diabetico si sottoponga ad una attenta verifica circa la presenza di eventuali complicanze croniche (nefropatia, retinopatia, neuropatia) e di disturbi a carico dell'apparato cardiovascolare (ischemia miocardica o ipertensione arteriosa).

Di fronte ad attività troppo intense, infatti, si possono avere influenze negative nelle situazioni prima descritte. Quanto all'attività sportiva con forte dispendio energetico essa deve essere praticata almeno dopo due ore dall'ultimo pasto ed essere preceduta da un controllo della glicemia; inoltre, tale attività va evitata con valori inferiori a 80 o superiori a 250-300 mg/dl. Nel primo caso si rischia una pericolosa ipoglicemia, nel secondo caso la farebbe aumentare (iperglicemia).

Inoltre, chi usa l'insulina dovrebbe programmare i tempi e l'intensità dell'A.F. in modo da regolare l'assunzione adeguata dei cibi e le relative dosi di insulina. Qualora questo non sia stato possibile, è opportuno agire sull'as-

sunzione dei carboidrati prima e durante lo svolgimento dell'esercizio.

Da queste premesse si intuisce l'importanza della alimentazione che una persona con diabete deve seguire prima di affrontare un'attività sportiva e, soprattutto, regolare l'assunzione dei carboidrati per compensare quelli che saranno "bruciati". Se l'A.F. viene svolta con una certa regolarità, in alcuni casi è possibile diminuire la dose delle compresse, o le unità di insulina.

Alimentazione: suggerimenti generali da seguire

Con riferimento all'alimentazione è opportuno seguire

alcune regole generali prima di intraprendere l'A.F. Di seguito si riportano i suggerimenti principali: Prima dell'attività fisica è consigliabile precederla di 2 ore con pasti leggeri e di facile digestione: per esempio una pasta asciutta seguita da verdure condite con olio extra vergine d'oliva e frutta di stagione. Durante l'attività è bene reintegrare l'acqua e i sali minerali (sodio, potassio, magnesio) che si perdono con il sudore, anticipando così lo stimolo della sete con 150-200 ml (un bic-

chiere ogni 20 minuti, specie d'estate).

Il mercato offre bevande specifiche per gli sportivi e carboidrati a rapido assorbimento (maltodestrine) per garantire un apporto costante di zuccheri.

Dopo l'attività è consigliabile continuare a reintegrare l'acqua e i sali consumando, poi, un pasto completo ricco di carboidrati complessi (es. pasta o riso, pane, carne o pesce o uova, verdura e frutta).

QUANTO SI CONSUMA CON L'A.F.		
Attività	Calorie/minuto	Calorie/ora
Cammino (5 Km/ora) Bicicletta (9,5 Km/ora)	4-5	240-300
Bicicletta (13 Km/ora) Pallavolo - tennis (doppio)	5-6	300-360
Cammino (6Km/ora) Bicicletta (16 Km/ora)	6-7	360-420
Cammino rapido (8 Km/ora) Bicicletta ((18 Km/ora) Tennis	7-8	420-480
Jogging (8Km ora) Bicicletta 19Km/ora)	8-10	4 480-600
Corsa a piedi (9 Km/ora) Bicicletta (21 Km ora)	10-11	600-660
Corsa a piedi (10 Km ora)	11 o più	660 o più

Fonte: simple wins - Franco Tomasi



Un gruppo di partecipanti ad un seminario di formazione sulla patologia diabetica organizzati mensilmente dall'Associazione - Aula didattica F.B.F -

Speciale Alimentazione

OBESITÀ: un'epidemia che aumenta i fattori di rischio nelle persone con diabete

L'obesità è una malattia multifattoriale e cronica determinata da un accumulo di grassi in vari distretti dell'organismo che oggi viene valutata attraverso il cosiddetto "indice di massa corporea"; tale indice si ricava dividendo il peso del soggetto (in chilogrammi) per il quadrato dell'altezza (in metri).

I valori che si ottengono definiscono le varie condizioni; si è considerati nella **normalità** quando il valore ottenuto oscilla tra il 18,5 e il 24,9; si è in **sovrappeso** tra 25,0 e 29,9.

Si parla di obesità di grado I (**moderata**) tra 30,0 e 34,9; quella di grado II (**severa**) tra 35,0 e 39,9; di III grado (**molto severa o grande obesità**) sopra 40.

Un esempio di una persona alta m. 1,70 con un peso di 75Kg si ha: $75/1,70^{(2)} = 25,95$ (cioè un leggero sovrappeso). Pur con qualche limite, tale sistema convenzionale è uno strumento attendibile per la definizione del grasso, che nella donna si accumula nella zona dei fianchi e gluteo-femorale, mentre negli uomini si addensa nella "cavità" addominale e tra i visceri (quest'ultima alquanto pericolosa per la salute).

L'obesità sta colpendo anche la popolazione dei paesi meno sviluppati; da qui il termine di **globesità**.

La letteratura scientifica indica che i soggetti con obesità viscerale superiore a 80-82 cm per le donne o superiore a 102 cm per gli uomini, che presentano altre due complicanze, per esempio pressione arteriosa sopra la norma (130/85 mm Hg), trigliceridi superiori a 150 mg/dl, sono definiti pazienti affetti da **Sindrome metabolica**.

Tale situazione rappresenta la principale causa di mortalità per l'aumentato rischio cardiovascolare il quale comporta, come conseguenza, pesanti ripercussioni di carattere socio-economico.

Gli esperti valutano l'obesità come una patologia grave di salute pubblica da prendere in grande considerazione pri-

ma che il problema diventi incurabile.

Dall'obesità, infatti, è molto difficile guarire, anche se è clinicamente gestibile.

Non esistono diete miracolose, ma è possibile mettere in atto un approccio interdisciplinare integrato volto a modificare, nel lungo periodo, lo stile di vita basato su una alimentazione adeguata con l'aiuto, possibilmente, di un supporto psicologico.

L'opinione assai diffusa è che i soggetti obesi possano migliorare il proprio stato mangiando meno e muovendosi di più.

L'evidenza scientifica dimostra, purtroppo, che in moltissimi casi l'obesità è attribuibile a fattori genetici. La restrizione calorica, l'esercizio fisico e le modificazioni comportamentali costituiscono ancora il modello standard per il trattamento dell'obesità.

Tuttavia, la ricerca di base ha dimostrato che nella maggior parte dei casi l'adozione di uno dei tre provvedimenti adottato singolarmente o in combinazione non porta a risultati positivi a lungo termine.

Anzi, esistono alcuni casi di obesità in cui la carenza energetica su base infiammatoria del tessuto adiposo sconsiglia sia l'introito sia la riduzione della spesa energetica. Una terapia efficace nel trattamento dell'obesità implica, certamente, una perdita iniziale del peso corporeo, ma il vero problema è il mantenere nel tempo il peso perduto.

Per concludere, nei soggetti a forte rischio si può ricorrere all'uso dei farmaci, dopo aver verificato il fallimento del modello comportamentale.



IPERTENSIONE: l'importanza di rientrare nel target

Uno studio pubblicato su "*European Society of Cardiology Journal*" ha constatato che molti medici non attuano strategie terapeutiche aggressive per ridurre la pressione arteriosa per ricondurla entro i limiti suggeriti dalle diverse linee guide delle società scientifiche.

Secondo i dati acquisiti emerge che superare le soglie normali e per lungo tempo aumenta il rischio cardiovascolare.

Inoltre, la ricerca condotta a livello europeo, ha evidenziato che circa il 29% dei medici intervistati si accontenta di una pressione arteriosa sistolica sopra i 140 mmHg mentre il 15% si accontenta di quella diastolica sopra i 90. I livelli di pressione che creerebbero preoccupazione e che spingerebbero ad intervenire si avvicinano alla soglia 168/100 mmHg (quindi abbastanza lontani dal fatidico 130/80).

Secondo il Direttore dello studio, invece, è ben noto e documentato come ad una pressione arteriosa alta corrisponde l'aumento del rischio cardiovascolare.

Pertanto tutti i pazienti (specie le persone con diabete) con livelli superiori a 140/90 andrebbero posti a trattamento clinico costante per ridurre tale rischio i cui effetti ricadono sulla salute e sulla spesa sanitaria.

Speciale Alimentazione

I NUTRIENTI ALIMENTARI ED IL RUOLO NELL'ALIMENTAZIONE

Gli zuccheri

La principale fonte di energia del nostro corpo è rappresentato dagli **zuccheri o carboidrati o glucidi**; tale energia viene utilizzata da tutti i tessuti. Lo stesso cervello ha bisogno di circa 100 gr al giorno di glucosio. Gli zuccheri si differenziano per loro diversa struttura atomica: quanto più essa è semplice tanto più veloce è il loro assorbimento.

La loro definizione prevede gli zuccheri semplici ad assorbimento **molto rapido** (circa 5 minuti); ad **assorbimento rapido** (circa 10 minuti), ad **assorbimento lento** (circa 30 minuti). È bene sapere che tutti gli zuccheri (ad eccezione di piccole quantità di fruttosio) hanno bisogno dell'insulina (un ormone prodotto dal pancreas) per la loro utilizzazione. La velocità di assorbimento è proporzionale alla semplicità della struttura.

Pertanto, è consigliabile per la persona con diabete limitare, per quanto possibile, gli zuccheri a struttura semplice, onde evitare impennate della glicemia. Dunque, il glucosio, grazie all'insulina, penetra nelle cellule dei muscoli e del grasso e, senza bisogno dell'insulina, entra anche nelle altre cellule del corpo.

Nell'alimentazione equilibrata di un soggetto adulto i carboidrati devono fornire un pò più della metà delle calorie totali giornaliere (55-60%).

I grassi

Secondo le loro caratteristiche biochimiche i grassi alimentari si suddividono in **saturi** (grassi di origine animale quali il burro, lardo, strutto) e **insaturi** (grassi di origine vegetale, quali l'olio d'oliva e di semi e grassi contenuti nei pesci).

I grassi di origine vegetale hanno un effetto protettivo nei confronti dell'aterosclerosi; quelli di origine animale, fatta eccezione per quelli del pesce, contengono acidi grassi saturi i quali, specialmente se consumati in eccesso sono nocivi per la salute. Una volta ingeriti, i grassi, dopo un periodo alquanto lungo di permanenza nello stomaco e nell'intestino, tenuto conto che la loro digestione è complessa, vengono trasportati per via linfatica ed ematica ai tessuti e al fegato per essere poi assorbiti ed utilizzati a fini energetici.

Qualora vengano ingeriti in eccesso è evidente che la quota non impiegata a tale scopo si deposita in piccole dosi nei muscoli, il resto nel tessuto adiposo al quale l'organismo fa ricorso quando necessita.

I grassi di cui solitamente si parla sono due: il **colesterolo** e i **trigliceridi**; entrambi sono grassi che circolano nel sangue e il loro livello di presenza è facilmente misurabile. Il **colesterolo** ha una provenienza alimentare e quando si trova in eccesso ha effetti dannosi, in quanto tende a depositarsi nelle pareti dei vasi sanguigni formando delle placche che ne restringono il volume.

Ciò determina un minore afflusso di sangue e la conseguente riduzione della quantità di ossigeno (ischemia). Fortunatamente nel sangue esistono sostanze (HDL) che presiedono alla rimozione del colesterolo cattivo

(LDL). I **trigliceridi** sono formati da tre grassi legati fra di loro e sono conosciuti come grassi di deposito. La loro presenza in eccesso nelle persone con diabete è segno di un cattivo compenso oppure sono l'effetto di un eccessivo consumo di alcol e di dolci.

Le fibre alimentari

Queste sostanze non apportano calorie in quanto non sono digerite; rivestono, però un ruolo importante nell'alimentazione in quanto regolano la funzionalità intestinale e rallentano l'assorbimento degli altri nutrienti, come nel caso di quelle *idrosolubili* (che si sciolgono nell'acqua).

Quelle *non idrosolubili* determinano un aumento della massa fecale con notevole efficacia in caso di stitichezza. Ne sono ricchi tutti gli alimenti di origine vegetale (frutta, verdure, legumi e cereali, ecc.)

Le proteine o protidi

Si trovano in quasi tutti gli alimenti e rivestono un ruolo importante nella nutrizione. Svolgono una funzione ricostruttiva (utilizzate nella fase di accrescimento), per la formazione di nuove cellule e tessuti e per la sostituzione continua delle cellule che progressivamente si distruggono.

In particolari condizioni sono pure fonte di energia. Si trovano in forma **completa** negli alimenti di **origine animale** come uova, latte e derivati, pesce, carne.

Quelle a minor valore biologico (*incomplete*) si trovano negli alimenti di **origine vegetale** quali soia, riso, legumi in genere, cereali e loro derivati (pane, pasta, ecc.).

L'apporto proteico giornaliero di una persona adulta dovrebbe essere di circa 1 gr per ogni chilo del peso corporeo e, comunque, non superare un quinto delle calorie totali giornaliere.

Il loro eccesso può provocare iperazotemia, gotta, riduzione della ritenzione di calcio; una loro carenza può provocare dimagrimento e riduzione della massa muscolare, diminuzione della resistenza, suscettibilità alle infezioni. In caso di problemi renali l'apporto delle proteine deve essere contenuto.

Le vitamine

Non costituiscono una fonte energetica e il fisico ne richiede piccole quantità ma sono necessarie per il normale funzionamento dell'organismo.

È sconsigliabile un loro deficit e sono facilmente alterabili essendo influenzate da trattamenti tecnologici o dalle modalità con cui gli alimenti che le contengono sono cucinati. In generale un'alimentazione equilibrata e bilanciata è in grado di assicurare un regolare apporto vitaminico.

I minerali

Rappresentano i componenti essenziali di tutti i tessuti



Speciale Alimentazione

dell'organismo; essi vengono introdotti sotto forma di sali e svolgono un ruolo regolatore delle funzioni biologiche.

Tra quelli fondamentali sono da ricordare: il **calcio** che serve per la formazione delle ossa, dei denti ed ha un ruolo importante nella coagulazione del sangue.

È contenuto nel latte, nei formaggi, nei legumi secchi. Importantissimo nella crescita dei bambini e negli anziani per la prevenzione dell'osteoporosi. Il **fosforo** serve anch'esso per l'accrescimento e, oltre che nel latte e formaggi, è contenuto nelle granaglie.

Il **ferro**, rappresenta il costituente principale dei globuli rossi e veicola l'ossigeno nel sangue. È contenuto nelle uova, nelle carni magre, nei legumi, nelle verdure verdi. La sua carenza provoca anemia. Il **potassio**, regola il funzionamento dei muscoli e dei nervi, nonché il bilancio dell'acqua nell'organismo.

È presente nelle carni, nel latte e in molte varietà di frutta. Quando è carente provoca debolezza muscolare fino a giungere alla paralisi. Il sodio, svolge le stesse funzioni del potassio, però all'esterno delle cellule.

Lo si trova principalmente nel sale da cucina. Il **magnesio**, insieme al calcio, è coinvolto nella contrazione della muscolatura. Aumenta la resistenza alla fatica ed evita la demineralizzazione delle ossa.

È contenuto nelle verdure, nei cereali, nelle uova, nei cavoli, nelle patate, nelle mele e nel formaggio. Una alimentazione varia ne assicura il giusto apporto.



L'acqua

Il corpo umano è costituito per il 60% di acqua; essa svolge tutta una serie di funzioni quali la regolazione della temperatura (attraverso la sudorazione), la funzione renale per eliminare le scorie derivanti dal metabolismo, la facilitazione dei processi di trasporto e assimilazione (attraverso l'apparato digerente) dei principi nutritivi; inoltre agisce come "lubrificante" a livello polmonare, oculare e cutaneo.

Il fabbisogno giornaliero di acqua si aggira tra 1,5 e 2 litri e dipende da alcune condizioni, quali il clima, il tipo di alimentazione, lo sforzo fisico più o meno intenso; viene eliminata tramite la sudorazione, l'urina, i polmoni, la pelle.

L'acqua non rappresenta una fonte di energia, di conseguenza non apporta calorie e non fa ingrassare.

L'alcol

Non richiedendo particolari processi di digestione, l'alcol viene assorbito e utilizzato rapidamente dall'organismo. Possiede, ovviamente, un ruolo energetico ma non racchiude alcun compito nutritivo.

Circa l'80% è smaltito dal fegato il quale può subire danni quando si esagera (cirrosi epatica); è dannoso anche per il sistema nervoso centrale.

A dosi moderate (300 ml), in assenza di contro indicazioni, può essere consumato con tranquillità e riesce a svolgere un ruolo protettivo nelle malattie cardiovascolari e, soprattutto, possiede proprietà diuretiche.

Stop al fumo

SMETTERE DI FUMARE PER RITROVARE I "PIACERI" DELLA VITA

Ogni persona con diabete dovrebbe sapere di essere vulnerabile al rischio di infarto, di ictus e di altre complicanze agli occhi, reni, piedi, ecc.; la medicina non ha più dubbi sul fatto che il diabete predispone a questi stessi rischi in misura da due a quattro volte superiore alla media.

Le persone con diabete che non smettono di fumare moltiplicano questo rischio da 4 a 8 volte e, in sostanza "prenotano" un appuntamento con queste complicanze oltre a perdersi diversi "piaceri" che la vita consente. Senza contare il ben noto rischio di procurarsi un cancro al polmone, cioè un percorso sempre più "riservato" ai fumatori. Scopriamone i motivi.

Pressione e colesterolo

Il fumo di ogni sigaretta inibisce la vasodilatazione con la restrizione delle arterie e il conseguente aumento della pressione, la quale resta alta anche quando l'effetto della sigaretta è finito. In sostanza i vasi sanguigni vengono danneggiati e perdono di elasticità accentuando poi l'aterosclerosi; nei maschi, inoltre, il danno si estende con la disfunzione erettile.

Questi danni, assieme all'ipertensione, dovuta al sovrappeso e al diabete, aumentano di molto il rischio delle evenienze cardiovascolari. Il fumo, peraltro, ha incidenza negativa sulla dislipidemia inducendo l'aumento del colesterolo cattivo (LDL) a scapito di quello buono (HDL), mentre aumenta la viscosità del sangue che, sua volta, favorisce la formazione di trombi (provocando un ictus o del polmone o di una coronaria).

Ruggine delle arterie

Il fumo produce dei danni anche all'interno delle arterie in quanto induce l'ossidazione dell'endotelio e delle pareti interne ed il conseguente "invecchiamento".

Questo spiega perché chi fuma presenta, molto spesso, un aspetto più "invecchiato" e la pelle meno morbida ed elastica. Ma al di là del fattore estetico, chi fuma è più facilmente soggetto ad ictus, ischemie e infarti ed ha più alte probabilità di sviluppare complicanze, come retinopatia, nefropatia e piede diabetico.

Danno alla beta cellula

Risulta poco noto ma è certo il danno diretto che il fumo arreca alla betacellula influenzando sull'equilibrio glicemico e aumentando il rischio dell'insulinoresistenza, essendo stato dimostrato che chi fuma ha il 30% in più di possibilità di diventare diabetico.

Di fronte a queste evidenze rimane il dubbio che la raccomandazione a non fumare non venga espressa con sufficiente chiarezza.

Certamente, smettere di fumare, abbandonare la sedentarietà o mangiare senza eccessi è cosa assai difficile poiché sottende una precisa volontà a cambiare stile di vita. Tuttavia, si possono scegliere tabacchi a minor contenuto di nicotina e ridurre il numero delle sigarette. Poi esistono centri antifumo cui rivolgersi; opportuno anche farsi aiutare da un *counseling* e da altri ausili.

L'Associazione intende impegnarsi in questa direzione seguendo le nuove linee tracciate dal Direttivo (ed anticipate nell'editoriale) con azioni di contrasto al fumo, alla sedentarietà e favorendo l'automonitoraggio della pressione; un percorso rivolto ad aumentare le conoscenze attraverso programmi di educazione sanitaria, insistendo sul tema dell'auto-gestione e dell'autocontrollo.

Speciale Alimentazione

Mangiare alternativo

UNO SGUARDO PIÙ APPROFONDITO ALLE DIETE ALTERNATIVE

Sempre più frequentemente incrociamo persone che nel nostro Paese stanno optando per stili alimentari alternativi di tipo vegetariano-macrobiotico. Per non parlare di quella quota, sicuramente in crescita, che tende a scegliere alimenti 'bio' o si rivolge alle erboristerie piuttosto che a negozi specializzati in alimenti esotici.

Sicuramente questa situazione è figlia di una accresciuta sensibilità della popolazione conscia delle conseguenze che una cattiva alimentazione può avere sulla salute. Tuttavia, c'è da chiedersi se effettivamente tali scelte si confanno alle persone che hanno già il diabete o che intendono prevenirlo. Secondo il parere degli esperti (diabetologi compresi) una alimentazione 'alternativa' non può essere ritenuta ideale in generale e, tanto meno, per una persona con diabete. In altra parte del giornale si è ampiamente sostenuto come sia importante assicurare all'organismo tutti i nutrienti variando il consumo dei cibi per un apporto "completo" dei contenuti nutrizionali.

È pur vero che una dieta vegetariana presenta delle "convergenze" rispetto alle linee guida che consigliano di mangiare, verdura, frutta, cereali integrali e di sostituire pesci e legumi alle carni rosse. Bisogna però evitare di seguire mode culturali dettate da esigenze etiche o filosofiche mischiando informazioni non controllate con studi scientificamente provati, come il ruolo delle carni rosse nel generare tumori, piuttosto che il ruolo protettivo assicurato dalle fibre.

Dieta macrobiotica

La dieta macrobiotica, valutata dal punto di vista medico, è ricca di fibre e povera di grassi ed assegna un ruolo importante al riso, il quale pur essendo un ottimo cereale si presenta ricco di amido ma scarso di proteine.

Spesso è ricca di sale e, quindi, controindicata per la pressione arteriosa; certamente è priva di quegli elementi cosiddetti 'nobili' che devono essere quindi assunti dall'esterno. Dunque, una dieta del genere può essere accettata se si sta attenti alla quantità di calorie necessarie alla "vitalità" dell'organismo.

Dieta vegetariana

Chi si rivolge a questa dieta in maniera 'rigida' deve fare attenzione al rischio della carenza di proteine. Sicuramente ha effetti positivi sul sistema digerente, aiuta le persone con diabete a ridurre il picco glicemico postprandiale e riduce il rischio di sviluppare diabete e obesità.

Tuttavia, essendo una dieta carente di alcuni importanti nutrienti, risulta quantomeno contraddittorio rivolgersi ad una alimentazione 'naturale' per poi andare in farmacia a comprare degli integratori.

È anche vero che esistono versioni più ampie delle diete vegetariane, perché alla riduzione dei grassi animali viene opposto un aumento di cereali integrali, legumi, verdura e frutta e l'associazione di un moderato apporto di proteine di origine animale e di latte magro (per il calcio); ma resta il fatto che diete del genere possono stancare per cui non è sempre consigliabile affidarsi a diete rigidamente prefissate (con molti dubbi sulla sostenibilità nel tempo) privilegiando, piuttosto, la scelta di rimanere nell'ambito delle preferenze alimentari del paziente.

Alimenti 'bio'

Sono quelli derivati da un'agricoltura che fa a meno di utilizzare i fertilizzanti chimici per debellare i parassiti; viene usata una grande varietà di sementi (evitando, però, quelli geneticamente modificati) e di mangimi tradizionali relativamente all'allevamento. Per fregiarsi del marchio 'bio' gli alimenti sono sottoposti ad una precisa regolamentazione verificata da apposite agenzie. A tutt'oggi però non esiste alcuna certificazione tra alimentazione 'bio' e minore incidenza di infarti. In questo caso, anche se non vi sono prove scientifiche, la medicina è orientata favorevolmente all'agricoltura biologica affermandosi un principio che tutto ciò che è naturale può solo arrecare meno danni.

Chilometri zero

Si parla anche di 'filiera corta', un concetto più di sostenibilità ambientale piuttosto che salutistico. Infatti, c'è da chiedersi che motivo c'è di consumare un frutto o un cibo che ha alle spalle migliaia chilometri prima di giungere sulle nostre tavole, con tutto ciò che ne deriva in termini di maggiori costi economici ed ambientali, quando gli stessi alimenti possono essere reperiti a pochi chilometri? La scelta di prodotti 'vicino casa', invece, significa privilegiare specialità locali e preferire il fresco al conservato. Questo è vero, soprattutto, per frutta e verdura di stagione. Lo stesso vale anche per il pesce facilmente reperibile anche nei mercati.

Dopo queste note ci sembra chiaro un concetto: è consigliabile astrarsi dagli innumerevoli messaggi che arrivano dai media e dei tanti "si dice che" per tornare alla sicurezza della nostra storia. In fondo abbiamo tutti gli strumenti e le conoscenze sufficienti per compiere scelte alimentari con porzioni moderate, adatte cioè ad una vita generalmente sedentaria evitando quelle quantità che si mangiavano quando si lavorava nei campi.

QUANDO UN CORRETTO STILE DI VITA PUÒ PREVENIRE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Ricerche, studi, evidenze scientifiche hanno da tempo accertato con chiarezza come l'adozione di un corretto stile di vita e, in particolare, un'alimentazione appropriata e un'adeguata attività fisica possano ridurre sensibilmente il rischio di incorrere in eventi cardiovascolari. E' altrettanto chiaro che tali interventi hanno delle ricadute positive per le persone con diabete, con la riduzione degli ipoglicemizzanti e gli antiipertensivi, con indubbi vantaggi di carattere sanitario e sociale.

Il ruolo dell'alimentazione

Attualmente la letteratura corrente è orientata a suggerire alimenti a basso indice glicemico come nel caso del consumo di pasta di grano duro, cotta "al dente", il pane "classico", come per i carboidrati dei legumi, della frutta (mele e pere) e della verdura (pomodori). Il consumo di alimenti ad alto indice glicemico, specie tra le persone obese, si associa alla presenza di valori più elevati della proteina C reattiva che, notoriamente, rappresenta un importante predittore indipendente di rischio coronario. Inoltre, si ottiene una buona prevenzione cardiovascolare stando attenti ai grassi alimentari orientando la scelta ver-

Segue a pag. 15

Carta Regionale dei Servizi cos'è e quando utilizzarla

La **Carta Regionale dei Servizi** (CRS) è una carta intelligente dalle molteplici funzioni.

È infatti una **smart card**, cioè una tessera elettronica contenente una chiave privata che garantisce il riconoscimento dell'identità e al contempo tutela la *privacy*. È valida come:

Tessera Sanitaria Nazionale perché sostituisce il tesserino sanitario cartaceo; **Tessera Europea di Assicurazione Malattia** perché sostituisce il modello E-111 e garantisce la assistenza sanitaria nell'Unione Europea e in Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera, secondo le normative dei singoli paesi; **Tesserino del Codice Fiscale**.

Carta Nazionale dei Servizi perché è stata creata secondo

gli standard tecnici internazionali previsti per le **smart card** e per questo consente l'accesso ai servizi *on line* che richiedono un'identificazione. La CRS è gratuita ed è stata spedita a casa a tutti i cittadini iscritti alle ASL della Lombardia. Al momento della consegna è già attiva: infatti gli operatori possono accedere ai dati memorizzati sulla carta per utilizzarli a fini amministrativi. Per usufruire dei servizi *on line* delle Pubbliche Amministrazioni è invece indispensabile essere in possesso del **codice PIN** che se non si ha ancora ricevuto la CRS si può richiedere agli sportelli di Scelta e Revoca dell'ASL della zona di appartenenza. In caso di smarrimento o furto chiamare il **numero verde 800.030.606**. Per richiedere una nuova CRS è sufficiente presentare un'autocertificazione di furto/smarrimento alla ASL o all'Agenzia delle Entrate.



Se si dà il consenso al trattamento dei propri dati, con la CRS si può sfruttare appieno il potenziale dei servizi offerti dal Sistema Informativo Socio-Sanitario lombardo, rendendo immediatamente visibili i propri dati clinici e sanitari al proprio medico di famiglia o ai medici dove si è in cura.

Per tutti questi motivi è necessario portare sempre con sé la CRS.

Dunque, la Carta Regionale dei Servizi serve nella vita di tutti i giorni come Tessera Sanitaria, Tessera Europea di

Assicurazione Malattia e Codice Fiscale e quando si va dal medico, in ospedale e in farmacia.

Grazie ai dati identificativi che contiene e alla sua funzione di **Carta Nazionale dei Servizi** è lo strumento più facile e sicuro che si ha a disposizione per usufruire dei servizi erogati in rete dalla Pubblica Amministrazione. Garantisce, nel rispetto della *privacy*, il riconoscimento della identità permettendo di firmare elettronicamente i documenti e le richieste da inviare alla Pubblica Amministrazione. Nel prossimo numero del Notiziario saranno riportate le modalità dell'utilizzo della CRS *on line*.

"SUBITO" – Un progetto dei Medici Diabetologi per un approccio tempestivo e intensivo dell'esordio del diabete

La scorsa primavera è stato presentato al Circolo della Stampa a Milano il grande progetto 2009-2013 della Diabetologia Italiana denominato "SUBITO". I contenuti del progetto sono stati illustrati dai Responsabili dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) Carlo Giorda e Sandro Gentile. L'iniziativa parte dalla constatazione che il diabete costituisce, solo rispetto a pochi anni fa, un problema di forte impatto sociale ed economico nel panorama della Sanità. Una situazione di cui hanno iniziato a prendere coscienza tutti gli attori interessati a causa della prevalenza di questa patologia. Gli studi condotti nella cura del diabete hanno evidenziato come un trattamento precoce ed intensivo nel momento della diagnosi possa influire in maniera molto più favorevole nel determinare la prognosi. Partendo da questa certezza la ricerca scientifica, grazie alla tecnologia e la sperimentazione di nuovi farmaci, è in grado di definire prospettive più efficaci di trattamento sia della malattia che delle complicanze correlate.

Alla luce di questi cambiamenti, AMD ha messo a punto il richiamato Progetto "SUBITO" rivolto a riunire e valorizzare le diverse competenze presenti nella realtà assistenziale italiana – dall'ospedale al territorio – con il quale si intende realizzare un salto di qualità della Diabetologia del nostro Paese. In definitiva, il Progetto ha come obiettivo principale il miglioramento del compenso metabolico alla diagnosi, o comunque all'esordio, per una presa in carico nella maniera più tempestiva possibile con lo scopo di ridurre il pericolo delle complicanze nel breve e medio periodo. La filosofia del Progetto è quella che, almeno a livello teorico, viene sempre più enfatizzata con il passaggio "dalla cura" al "PRENDERSI CURA" della persona.

so quelli mono- e polinsaturi come quelli presenti nell'olio extra vergine di oliva, nonché in quelli di semi di mais, soia e girasole. Questi ultimi, infatti, svolgono un effetto positivo nella riduzione della colesterolemia (più marcatamente verso le sostanze LDL e meno nei confronti delle sostanze HDL). Vanno sicuramente tenuti lontano i grassi vegetali idrogenati (definiti trans) di produzione industriale, orientandosi al consumo del pesce il cui grasso è ricco di omega-3 che ha funzione antiossidante.

Attività fisica

È accertato che le persone che praticano una regolare attività fisica sono molto meno soggette a sviluppare eventi cardiovascolari fatali e non fatali. Così anche l'incidenza di ictus di natura ischemica o emorragica risultano favorevolmente influenzate dal livello di attività fisica, soprattutto tra le donne. Dal punto di vista quantitativo la raccomandazione strettamente suggerita è di svolgere, per almeno tre-quattro giorni alla settimana, dai 30 ai 40 minuti di attività fisica di intensità medio-moderata. Se invece vi è la necessità di pervenire ad un calo ponderale, tale attività va prolungata portandola sino ad un'ora al giorno. L'attività fisica, inoltre, presenta il vantaggio di compensare il calo delle HDL indotto da molte diete a basso tenore lipidico rappresentando uno stile di vita realmente adeguato alla prevenzione della malattia aterosclerotica e alle sue recidive.

Editoriale (continua da pag. 1)

alla sedentarietà, alla prevenzione delle complicanze (in particolare dei fattori di rischio cardiovascolare), all'adesione delle prescrizioni (*compliance*) riconducibili al buon compenso metabolico e pressorio. Al riguardo, ci siamo attrezzati dei necessari strumenti operativi e ci apprestiamo ad avviare i relativi programmi per concretizzare tale ambizioso programma sul quale si sofferma il presente numero del Notiziario. Ovviamente si tratta di interventi che avranno una pianificazione su base pluriennale e il cui sviluppo sarà regolato secondo le necessità che emergeranno, così come indicato dal Programma sociale 2011.

L'obiettivo è consegnare al Team persone consapevoli della delega ricevuta dal Diabetologo, capaci di *negoziare* con il clinico di turno quel patto terapeutico o meglio quella "alleanza" che deve caratterizzare il rapporto medico-paziente su un piano di *reciprocità*, almeno per ciò che riguarda il conseguimento dei risultati stabiliti.

* *Presidente A.D.*

Nuovo Primario (continua da pag. 1)

Il vero problema rimane, tuttavia, la sostituzione del dr. Testori con un altro clinico onde impedire che i tempi si allunghino oltre modo sia per le prime visite, sia per i controlli periodici ai quali si devono sottoporre i pazienti portatori della patologia diabetica.

Anche da queste colonne intendiamo confermare al dr. Rampini tutta nostra la stima e fiducia assicurando ogni possibile collaborazione affinché la Diabetologia del "Fatebene" rimanga quel Centro di qualità che unanimemente gli viene riconosciuto da tempo, soprattutto da parte dei pazienti. A Lui e alla Sua equipe gli auguri più sinceri di buon lavoro, nel segno della continuità.

Il Consiglio Direttivo A.D.

I nuovi vertici dell'Azienda Ospedaliera

Il Dott. **Giovanni Michiara** è il nuovo Direttore Generale dell'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, proveniente dall'Ospedale di Garbagnate.

Sarà affiancato dal Direttore Sanitario, Dott. **Francesco Reitano** e dal Dott. **Michele Brait**, confermato nel ruolo di Direttore Amministrativo.

Il benvenuto da parte del Consiglio Direttivo degli Amici del Diabetico e l'augurio di buon lavoro al nuovo gruppo dirigente.

Partner in rete

IL PIANO D'AZIONE DELL'UNIONE EUROPEA PER LA DONAZIONE E IL TRAPIANTO D'ORGANI

Semaforo verde dell'Europarlamento sugli standard di qualità e sicurezza degli organi destinati al trapianto. La Direttiva copre tutti i passaggi della catena, dalla donazione al trapianto; inoltre, dispone e sostiene la cooperazione tra i paesi comunitari mentre viene confermata la tolleranza zero contro ogni tipo di traffico illegale.

L'obiettivo del nuovo provvedimento è quello di creare un'area di scambio d'organi a livello europeo e di risolvere il problema delle liste d'attesa, nonché della scarsità di donatori.

Secondo il legislatore UE la definizione di regole comuni dovrebbe facilitare le donazioni, i trapianti e lo scambio tra gli Stati membri, affidando ad un'autorità competente la responsabilità degli standard di qualità e sicurezza per gli organi destinati ai trapianti.

Tale autorità, che approverà le organizzazioni per l'approvvigionamento degli organi nonché i centri di trapianto, dovrà raccogliere i dati sui trapianti effettuati e sovrintendere gli scambi tra gli Stati e i Paesi terzi.

Farà parte del sistema la tracciabilità, la riservatezza e la sicurezza dei dati, mentre dovrà essere assicurata la protezione più ampia possibile

ai donatori viventi. Rimane altresì stabilito che la donazione d'organi debba rimanere assolutamente volontaria e non remunerata anche se il principio della non remunerazione non deve essere da ostacolo per i donatori viventi a ricevere una compensazione per una eventuale perdita di denaro dovuta, appunto, alla donazione.

Al fine di facilitare la cooperazione, la Commissione ha previsto la costituzione di un *network* di autorità competenti con la definizione di procedure rivolte allo scambio di informazione tra gli Stati membri.

Nella Risoluzione finale gli Stati UE vengono esortati ad invitare i cittadini a iscriversi nel registro dei donatori quando richiedono il passaporto o la patente di guida e ad includere nella carta d'identità e in altri documenti una nota che li identifichi come donatori.

Il Piano d'azione prevede la nomina di coordinatori in tutti gli ospedali in cui esiste la possibilità di donazione d'organi; la promozione di programmi di qualità; lo scambio di buone prassi circa i programmi di donazione di donatori viventi; campagne di sensibilizzazione e informazioni sui diritti dei cittadini e dei pazienti; lo scambio di conoscenze tra i professionisti; l'individuazione di donatori; l'individuazione di indicatori comuni per sorvegliare la strategia in materia di organi; la promozione di accordi e soluzioni per monitorare i vari aspetti della medicina dei trapianti; l'implementazione di un sistema di scambio per i casi urgenti; la compilazione di registri per facilitare la valutazione dei risultati post-trapianto.

Nota: negli ultimi numeri del nostro Notiziario non sono apparsi articoli relativi al tema "donazione-trapianti" per assenza di novità di rilievo.

Torniamo a riparlarne nel filone della continuità essendo noto l'impegno di **AD Informa** sull'argomento anche in considerazione che sono, purtroppo, numerosi i casi di diabetici in dialisi che devono ricorrere a questo trattamento.



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. 000043489202

info@amicideldiabetico.org
www.amicideldiabetico.org

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
Elioticinese Service Point
Via Venosa, 4
20137 Milano

Elaborazione grafica
Giovanni Volpi

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