

EDITORIALE***La persona prima della malattia
e il valore etico delle cure***

* di Sergio Raffaele

Un sistema di cura organizzato sulla persona, anziché sulla malattia. Questa, a nostro avviso, la nuova sfida che si pone per la medicina moderna se si considera che il quadro di riferimento vede ormai un continuo aumento delle malattie croniche rispetto a quelle infettive.

Riorientare i sistemi sanitari centrandonli sulla persona dovrebbe rientrare nell'agenda di ogni sistema salute. Ovviamente ciò richiede la revisione degli attuali meccanismi di finanziamento, una diversa formazione professionale, oggi troppo iperspecializzata, che produce spesso frammentarietà e discontinuità di cura, il superamento di una cultura che si rivolge soprattutto al corpo e alla malattia aumentando il rischio di trascurare la persona nel suo aspetto più ampio.

È necessario che tra chi assiste e l'assistito si determini una reale **alleanza** che tenga conto -anche in presenza di grave disabilità- dell'identità e della personalità del paziente e, possibilmente, delle preoccupazioni della sua famiglia.

Un'alleanza che può essere ottenuta solo con una maggiore vicinanza alla persona e l'erogazione di un'assistenza in cui tutti i partecipanti siano coinvolti e consapevoli.

(Continua a pagina 2)

Aspetti clinici del diabete nell'anziano

* di Patrizio Marnini

L'invecchiamento della popolazione si accompagna anche all'aumento di prevalenza del Diabete.

Il 20% circa degli anziani ha un Diabete diagnosticato o non diagnosticato, cui si deve aggiungere un ulteriore 10% con IGT (*intolleranza al glucosio*): 4.5 milioni di persone sono quindi a rischio nel nostro Paese per malattie cardio-cerebro-vascolari e disturbi cognitivi, legati alla malattia diabetica.

La fisiopatologia del diabete nell'anziano riconosce due elementi fondamentali: l'insulino-resistenza e la ridotta secrezione insulinica determinate da molteplici fattori, di cui ricordiamo i principali:

- riduzione della sensibilità della beta-cellula all'azione delle incretine;
- insufficiente pulsatilità della secrezione insulinica;
- aumento del grasso viscerale;
- diminuzione della massa muscolare;
- riduzione dell'attività mitocondriale;
- problematiche nutrizionali;
- modificazioni del ritmo sonno-veglia;

(Continua a pagina 3)



Dott. Patrizio Marnini

Guida alla lettura

Impotenza e diabete - Allarme CV	pag. 2
Diabete e cause di disfunzione sessuale	pag. 4
Problemi di coppia	pag. 5
Nuovi ticket per non esenti	pag. 5
3° soggiorno educativo a Iseo	pag. 6
Educazione sanitaria per vincere il diabete	pag. 7
Diabete e sport	pagg. 8-9
Conferenza nazionale Associaz. del diabete	pag. 10
Anziani oggi - Risorsa sociale	pag. 11
Stile di vita e alimentazione	pagg. 12-15
Carta Regionale dei Servizi	pag. 16

**14 DICEMBRE 2011
XI MEETING AMI.DIABE**

È questa data in cui si terrà il tradizionale incontro volto a ringraziare i Volontari, tutti gli operatori sanitari che ci hanno assistito nell'arco dell'anno, gli specialisti formatori, i diversi collaboratori e quanti hanno contribuito a rendere più efficace tutta la nostra attività associativa.

Come al solito, il Consiglio Direttivo è impegnato a rendere gioioso questo evento nel corso del quale saranno consegnati dei riconoscimenti alle persone che si sono particolarmente distinte in gesti di solidarietà e vicinanza nei confronti del nostro sodalizio.

L'appuntamento, dunque, è per **mercoledì 14 dicembre, per le ore 19:30, presso l'Hotel Michelangelo di Via Scarlatti, 33** (vicino alla Stazione Centrale).

Impotenza e diabete: un campanello d'allarme per le patologie cardiovascolari

di Carlotta Peviani

Nel mondo si contano 150 milioni di casi di impotenza ed entro il 2025 si arriverà ad oltre 322 milioni. Solo in Italia sono 3 milioni gli uomini colpiti da deficit erettile. Cifre notevoli che devono far riflettere e porre l'attenzione su questa patologia spesso sottovalutata e tenuta nascosta anche al proprio medico di base. Minimizzare questa problematica significa chiudere gli occhi di fronte a un vero campanello di allarme che indica possibili complicanze cardiovascolari.

“Il legame tra disfunzione erettile, arteriosclerosi e patologie cardiovascolari è ormai scientificamente noto”, spiega **Massimiliano Nicola, Urologo del Reparto di Urologia FBF e del Team Diabetologico FBF**, “tra i fattori di rischio responsabili di questa patologia vi sono età, fumo, lipidi nel sangue, obesità, sedentarietà, diabete e ipertensione arteriosa.

Ma senza dubbio nella disfunzione erettile la componente vascolare la fa da padrona”.

In che modo la disfunzione erettile è un campanello di allarme?

“Nei pazienti colpiti da patologie vascolari, quali infarto, ictus cerebrale, vi è un incremento della disfunzione erettile.

Spesso l'impotenza precede eventi vascolari successivi. In questo senso è un vero sintomo sentinella o meglio un fattore predittivo”, continua il dottor Nicola, “si calcola, infatti, che tra l'insorgenza della disfunzione erettile e lo sviluppo di eventi coronarici e cerebrovascolari trascorra un tempo di circa 36 mesi. In particolare i pazienti

diabetici prima di sviluppare un evento cardiaco manifestano una disfunzione erettile. Se poi il paziente oltre che diabetico è anche iperteso nell'80% dei casi è soggetto a impotenza”

Come si arriva alla diagnosi?

“Il medico deve valutare tutti i fattori di rischio, le patologie concomitanti, gli eventuali traumi spinali, pelvici e la farmacoterapia (in particolare l'assunzione di antipertensivi, antidepressivi, ansiolitici ecc. spesso responsabili della disfunzione).

Solo così è possibile impostare un'eventuale terapia che oggi è per lo più di tipo farmacologico. In particolare la classe di farmaci più utilizzata è quella degli inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE-5) disponibili sul mercato dal 1998”.



Dott. Nicola, Urologo e Dott.ssa Mazzola, Cardiologa del Team FBF

Disfunzione erettile: si deve giocare d'anticipo

La disfunzione erettile, in particolare se grave, è dunque un importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. “Questi pazienti diabetici con disfunzione erettile svolgono una normale attività quotidiana in pieno benessere e in assenza di sintomi riferibili a malattia coronarica”, spiega **Anna Alice**

Mazzola, Cardiologa del Reparto di Cardiologia FBF e del Team Diabetologico FBF, “per questo nel nostro percorso clinico-diagnostico, in collaborazione con l'Urologo e il Diabetologo del Team, indaghiamo persone apparentemente sane, ma con diabete e disfunzione erettile sottoponendole a test provocativo: si tratta di un'ecocardiografia color-doppler dopo stimolo farmacologico.

Questo esame consiste nella somministrazione di un farmaco che incrementa progressivamente la frequenza cardiaca come avviene durante uno sforzo fisico; durante l'infusione del farmaco è monitorato

(Continua a pagina 3)

(Continua Editoriale da pagina 1)

Ne consegue che anche il servizio offerto deve orientarsi verso il paziente senza alcun burocratismo. Solo così il campo delle relazioni dei partecipanti, entro cui si muovono affetti, emozioni, professionalità e può essere in grado di sviluppare rapporti sinceri e determinare un sistema di cura ad alto valore etico.

Anche se la cura della malattia rimane la missione fondamentale è altrettanto indubbio che uno dei principali difetti dell'attuale sistema sanitario rimane la sottovalutazione della dimensione umana tanto che l'erogazione dei servizi è spesso fonte di insoddisfazione.

Resta famosa l'espressione di uno studioso secondo cui “è molto più importante sapere che tipo di paziente ha una malattia che non che tipo di malattia ha un paziente”. Quest'ultimo presenta sempre più maggiore consapevolezza e accesso all'informazione: legge giornali, ascolta la radio, guarda la TV e sempre più consulta internet. Da qui un'accresciuta richiesta di salute, di prestazioni e di qualità di vita.

Dunque, la medicina centrata sulla persona deve fornire risposte complessive con trasformazioni che coinvolgono la famiglia, la comunità, gli amministratori, gli enti erogatori.

Non dobbiamo dimenticare che tale concetto affonda le sue radici nei valori e nei principi universali custoditi nell'animo dell'uomo e nel diritto internazionale.

* Presidente A.D.

l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa e soprattutto sono indagate, con l'esecuzione dell'ecografia cardiaca, eventuali modificazioni della funzione contrattile del cuore.

Questa indagine viene abitualmente eseguita nel nostro reparto ed è ben tollerata. Lo scopo è dunque svelare la malattia coronarica, giocando in anticipo, prevenendo quindi complicanze cardiovascolari quali l'infarto", continua la dottoressa Mazzola, "sono numerosi i soggetti "sani" che, grazie a questo esame, hanno rivelato una malattia coronarica e sono stati trattati in tempo".



Dott.ssa Nadia Cerutti,
Diabetologa del Team FBF

"In alcuni soggetti, specie più giovani", aggiunge **Nadia Cerutti, Diabetologa del Reparto**

di Diabetologia FBF e del Team Diabetologico, "la disfunzione erettile può essere uno dei primi segni della patologia diabetica non ancora diagnosticata. Il 50% circa dei soggetti maschi diabetici soffre infatti di disfunzione

erettile e in circa il 12% questa patologia rappresenta il sintomo di esordio del diabete".

Dunque, è importantissimo che il Diabetologo *in primis* ponga al paziente la questione della disfunzione erettile, con domande precise attraverso un test specifico e, se lo ritiene necessario, lo indirizza all'Andrologo e al Cardiologo del Team.

Questo tipo di monitoraggio nei pazienti diabetici deve essere costante nel tempo al fine di prevenire gravi conseguenze di tipo cardiovascolare". "Tenere sotto controllo il diabete aiuta a prevenirne tutte le sue complicazioni,

disfunzione erettile compresa" aggiunge

Paola Silvia Morpurgo, Diabetologa del Reparto di Diabetologia FBF e del Team Diabetologico,

"per questo si deve innanzitutto agire sugli

stili di vita: assumere una dieta adeguata, svolgere un'attività fisica regolare, tenere sotto controllo lo *stress*, ridurre l'assunzione di alcolici e sospendere il fumo".



Dott.ssa Paola Silvia Morpurgo,
Diabetologa del Team FBF

(Continua da pagina 1)

- h) inattività fisica;
- i) polifarmacoterapia;
- j) comorbilità.

Per le ragioni sopraesposte, il Diabete Mellito nell'anziano presenta alcune varietà cliniche potendosi presentare in modo:

- 1) asintomatico;
- 2) con sintomi aspecifici (astenia, calo ponderale, instabilità dell'umore);
- 3) sintomatico: - sintomi osmotici (rischio elevato di disidratazione) - acidosi metabolica - poliuria, nicturia - infezioni ricorrenti - prurito - deflessione del tono dell'umore - disturbi visivi - cadute frequenti - sindromi algiche da neuropatia, vasculopatia, artropatia -malattie cardio-cerebro-vascolari.

In ogni caso, non esiste ad oggi, in termini nosologici, un tipo particolare di Diabete nell'anziano.

La diagnosi spesso viene posta in occasione di malattie intercorrenti, complicanze o all'esordio per eventi acuti. L'anziano con Diabete presenta alcuni **aspetti critici** che meritano l'attenzione del Diabetologo e del Medico di Medicina Generale:

- a) alterazioni cognitive (deterioramento cognitivo, Alzheimer);
- b) depressione;
- c) problemi nutrizionali (inappetenza, difficoltà della masticazione, diminuzione del potere economico, solitudine, malnutrizione, ecc.);
- d) inattività fisica;
- e) disabilità (determinata da neuropatia, arteriopatia, vasculopatia, compromissione del visus, patologia cardio-cerebro-vascolare, frequenti cadute), con relazione temporale tra Diabete
- f) limitazione funzionale;

g) ipoglicemia:

I diabetici anziani hanno un rischio aumentato di episodi ipoglicemici per:

- 1) apporto nutrizionale inadeguato;
- 2) compromissione cognitiva;
- 3) inusuale attività fisica;
- 4) politerapia;
- 5) comorbilità;
- 6) insufficienza multi organo;
- 7) terapia diabetologica incongrua;
- 8) errata somministrazione di farmaci;
- 9) ridotta sensibilità ai sintomi dell'ipoglicemia con gravi conseguenze legate alla neuroglicopenia.

Il rischio di ipoglicemia associato all'uso degli ipoglicemizzanti e/o all'insulina aumenta con l'età.

Le sulfoniluree comportano un rischio elevato di ipoglicemia (specie la glibenclamide).

Per le criticità sopra ricordate, occorre un piano terapeutico sicuro ed efficace ed una strategia assistenziale diabetologica che non può prescindere da una valutazione globale e multidimensionale della persona con Diabete anziana, con particolare importanza al riconoscimento di una sindrome geriatrica, alla comorbilità, alla diagnosi di "fragilità", alla qualità della vita e al contesto socio-culturale. Solo gli anziani attivi, integri dal punto di vista cognitivo e con un'aspettativa di vita lunga (10 anni) devono essere trattati con i medesimi criteri validi per gli adulti. In tutti gli altri casi l'approccio di cura diabetologica sarà rispettoso delle peculiari condizioni cliniche del malato.

* *Patrizio Marnini*
Endocrinologo, membro GAT Regione Lombardia

Diabete e cause di disfunzione sessuale Aspetti psicologici ed organici del deficit erettile

Sino a poco tempo addietro si è ritenuto che gli aspetti psicologici fossero la causa primaria nell'alterazione del meccanismo dell'erezione.

Prima di addentrarci nell'argomento è corretto rilevare che sul problema intervengono cause **immodificabili**, legate a condizioni patologiche, altre sono invece **modificabili** perché discendenti da motivi comportamentali.

Oggi la disfunzione è attribuita a più cause come quelle endocrine, neurogene, vascolari (arteriose e venose), farmacologiche e altre ancora. Sono quindi molteplici i fattori dell'alterazione: in alcuni casi anche concomitanti e che possono sovrapporsi alla sfera psicologica.

A tale quadro, poi, vanno ad aggiungersi ulteriori cause esterne quali le lesioni nervose o vascolari derivanti da cure radioterapiche, oppure discendenti da interventi chirurgici o endoscopici a livello delle pelvi (come nel caso della prostatectomia).

Vi sono, infine, le cosiddette "cause predisponenti". Tra queste quella più imputata è l'abitudine al fumo; se poi è associata ad altri fattori di rischio come l'obesità, l'uso di alcol e di droghe si produce un effetto moltiplicatore che aggrava la situazione del deficit.

Che fare? Dopo il passaggio dal medico familiare è bene recarsi dall'urologo-sessuologo quando il disturbo è persistente. Quindi, l'indagine va rivolta a definire quali dei fattori richiamati in premessa sono la causa della disfunzione, cioè se organica, psicologica o mista.

Purtroppo la patologia diabetica è tra quelle cause che provocano situazioni di deficit per le alterazioni vascolari che possono essersi verificate da una lunga presenza della patologia; ovviamente, lo specialista deve tenere conto di tale condizione e valutare le cure e i farmaci assunti per contrastare gli effetti.

Solo dopo attente valutazioni possono essere delineate le soluzioni terapeutiche le quali spaziano dai farmaci orali e iniettabili, a dispositivi meccanici, fino ad interventi chirurgici.

Questa lettura avrà sicuramente provocato una domanda ai nostri lettori non più giovanissimi. Vale a dire: "c'è un limite d'età per decidere di curare la disfunzione erettile?"

La risposta è NO!

È però importante affrontarla come problema di coppia e con la consapevolezza che la soluzione è importante nell'ottica di migliorare la qualità della vita.

Disfunzione erettile e diabete

Il problema è sempre di grande attualità, e non potrebbe

essere diversamente data la sua incidenza sulla qualità di vita, specie sui soggetti diabetici più a rischio nell'anticipo temporale di tale disfunzione.

Tuttavia, oggi è possibile far ricorso a tanti rimedi per evitare preventivamente tale disagio e, comunque, lo si può neutralizzare e superare nella maggior parte dei casi mediante apposite terapie e corretti comportamenti. Per dirlo chiaro e tondo: l'impotenza si può curare.

Non c'è dubbio che per evitarla o ritardarla bisogna partire da una alimentazione sana ed equilibrata e mantenendo un buon compenso metabolico e glicemico.



Tuttavia, se capita, si può avere successo ricorrendo a soluzioni farmacologiche sempre più mirate ed efficaci, ma sempre su controllo e monitoraggio medico.

Volete saperne di più?

Dal portale BAYER è possibile scaricare il libro della collana dedicato alle complicanze sessuali causate dal diabete.

Tre illustri esperti spiegano con chiarezza cause, rimedi e strategie di prevenzione. Il libro ha un sottotitolo accattivante e tranquillizzante: "Ovvero come affrontare il problema e vivere meglio".

Il testo è corredato da simpatici disegni colorati attraverso i quali vengono spiegati con semplicità il «cosa fare» una volta incappati nel problema.

All'efficacia espositiva concorre anche l'uso di schemi, questionari, elenchi di domande-chiave, ecc.

Dimenticavamo l'indirizzo del Portale: www.diabete.net, un sito molto ricco di informazioni sulla patologia diabetica che molti soci attrezzati avranno sicuramente già consultato.

Problemi di coppia

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 sollecitati 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, fra l'altro, 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 può trasformarsi in 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 situazioni 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 diabete, 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,



Il costo dei nuovi ticket per i non esenti

Dal 1° agosto scorso la Regione Lombardia, a seguito della manovra economica del governo, ha rivisto il costo del ticket sulle prestazioni ambulatoriali modulandolo con una cifra variabile in modo proporzionale al valore tariffario della prestazione che andrà da 0 a 30 Euro. Resterà, pertanto, invariato il tetto massimo di 36 Euro del ticket con la maggiorazione di una quota fissa secondo la seguente progressione:

Fascia valore ricetta in Euro	Quota in Euro fissa per ricetta	Fascia valore ricetta in Euro	Quota in Euro fissa per ricetta
fino a 5	0	Da 41,01 a 46	12,30
Da 5,01 a 10	1,50	Da 46,01 a 51	13,80
Da 10,01 a 15	3,00	Da 51,01 a 56	15,30
Da 15,01 a 20	4,50	Da 56,01 a 65	16,80
Da 20,01 a 25	6,00	Da 65,01 a 76	19,50
Da 25,01 a 30	7,50	Da 76,01 a 85	22,80
Da 30,01 a 36	9,00	Da 85,01 a 100	25,50
Da 36,01 a 41	10,80	Oltre 100	30,00

I medici prescrittori, al momento della compilazione dell'impegnativa, hanno l'obbligo di verificare il diritto all'esenzione, per livello di reddito, dell'assistito il quale non potrà più procedere all'autocertificazione.

Maggiori informazioni sul sito del Regione: www.sanita.regione.lombardia.it.

Insieme per guadagnare salute “Imparare nella dimensione di gruppo 3° soggiorno educativo a Iseo

Questo il messaggio sotteso nel 3° soggiorno educativo residenziale che Amici del Diabetico ha organizzato ad Iseo (Bs) lo scorso ottobre, al quale hanno partecipato 31 persone tra pazienti e familiari.

Il corso è stato caratterizzato da un programma intensissimo condotto da una Diabetologa, da un *Trainer* esperto di attività fisica e da un Infermiere professionale. La selezione dei partecipanti, effettuata dai sanitari del Centro di Diabetologia, è avvenuta su pazienti con diabete di tipo 1, di tipo 2 e di tipo 2 trattati con insulina.

Questa iniziativa rientra nella programmazione decisa dal Consiglio Direttivo dell'Associazione che ha individuato nell'educazione uno dei punti forza di tutta l'attività sociale, un percorso pensato e organizzato in una logica di *empowerment* (*sviluppo e crescita delle conoscenze attraverso una maggiore assunzione di responsabilità e capacità decisionale, consapevole ed autonoma*).

Da anni, infatti, l'Associazione tiene dei Seminari educativi/informativi, a cadenza mensile, chiamando i più illustri clinici della regione a parlare di diabete, delle sue



Iseo - Il gruppo dei partecipanti

“dell'umanizzazione della patologia” e tutto si esaurisce in poco tempo. Il corso dedicato “fuori casa”, il contesto positivo di libertà, creano *comunità* e, soprattutto, determinano quel *clima relazionale* e di amicizia che per molti supera il vantaggio didattico delle nozioni acquisite.

Vanno in questa direzione le testimonianze della maggioranza dei partecipanti. La risposta più ricorrente è: «non sono più solo»;

ed ancora: «ho trovato tanti amici con i quali confrontarmi e condividere le mie problematiche; dopo questo corso non ho più vergogna di dichiararmi diabetico, e così via».

Particolare attenzione è stata riservata a sensibilizzare i partecipanti sulla metodologia adatta a mantenere viva la motivazione e la spinta ad essere costanti nel praticare gli



Iseo - Il Pres. Raffaele illustra il programma del soggiorno residenziale educativo

complicanze e, soprattutto, di prevenzione. Tale prassi ha giovato molto per aumentare la conoscenza dei tanti partecipanti e far vivere minori “paure” nell'approccio ai sistemi di cura; inoltre, la frequenza ha creato varchi positivi in termini di responsabilizzazione rivolti all'autogestione nonché di sensibilizzazione nell'uso etico delle risorse messe a disposizione dal sistema sanitario.

Ma allora perché la scelta residenziale? Prima di tutto l'esperienza dei seminari, sia pure di qualità per l'alta professionalità dei formatori selezionati, non consente gli approfondimenti necessari per appropriarsi definitivamente delle nozioni apprese.

In secondo luogo: nel Seminario manca l'aspetto



Iseo - Un momento dei lavori

esercizi fisici.

A tale intervento sono state associate lezioni riguardanti le procedure da seguire per una gestione corretta delle **procedure dell'autocontrollo e della autogestione** della patologia; in questo ambito hanno trovato ampio spazio i comportamenti e gli stili di vita con riferimenti sugli aspetti cognitivi e le conoscenze di una adeguata ed **equilibrata alimentazione.**



Iseo - Raffaele, Mazzucchi, Bonino, Morpurgo

Diabete ed educazione

La formazione per conoscenza della patologia aspetto centrale per vincere la sfida del diabete

Alla persona che soffre di diabete viene sempre più di frequente chiesto di assumere un ruolo attivo per fare scelte adeguate e consapevoli al fine di meglio "governare" la malattia.

Ma perché questo avvenga è doveroso passare attraverso una accorta preparazione.



Dott.ssa Anna Veronelli
dell'Ospedale S. Paolo

Nei Centri Ospedalieri risulta che il Diabetologo non ha il tempo di illustrare, in maniera pratica, le procedure dell'autocontrollo e il suo ruolo si ferma a discutere sui risultati ottenuti dal paziente

basandosi sul confronto e sulla narrativa dello stesso.

Se dopo la visita resta tempo sufficiente si affronta il tema delle possibili correzioni e dei suggerimenti conseguenti.

È ormai tradizione che nei Centri l'informazione e parte dell'educazione sia stata delegata alla figura dell'infermiere che, così, diventa una figura di riferimento per molti pazienti, soprattutto quelli anziani per i quali è molto complesso riuscire a far cambiare stili di vita.

Ma a parte alcuni casi, nessun Centro possiede degli infermieri necessari e dei locali appositamente dedicati dove svolgere questa fondamentale attività. Spesso queste figure risultano numericamente insufficienti oppure non posseggono una preparazione



Dott. Giampaolo Testori

adeguata.

Un'opera di supplenza viene svolta dai Volontari delle Associazioni dei pazienti alcune delle quali chiamano professionisti disponibili e preparati.

In ogni caso è sempre l'Infermiere professionale il soggetto più qualificato a fornire delucidazioni, anche quelle più semplici, come



Dott. Pietro Rampini - Direttore
del Centro Diabetologico FBF



Dott.ssa Loredana Radaelli
nefrologa del Team FBF

pungersi un dito o individuare i siti più consigliati per l'iniezione di insulina.

La nostra Associazione proprio nello scorso mese di ottobre ha organizzato un corso residenziale di tre giorni sul lago di Iseo (come riportato in un

altro articolo di questo Notiziario) dove, assieme al Diabetologo, erano presenti il Trainer di attività fisica e l'Infermiere professionale del Centro.

Nasce da queste esperienze dirette l'orientamento dell'Associazione a puntare prima sull'educazione e poi sull'empowerment* del paziente come avevamo anticipato nell'editoriale del numero precedente firmato dal Presidente Raffaele.

Una scelta, questa, che nelle intenzioni del Direttivo sarà destinata a rimanere centrale nella missione dell'Associazione.

(* Incontro rivolto ad influenzare la crescita di responsabilità del paziente, incrementando il livello di partecipazione e capacità decisionale autonoma nell'uso della delega,



Le regole da rispettare prima di avviare una attività fisica

Il presente articolo intende trattare l'argomento Attività Fisica (A.F.) tenendo conto di alcune regole generali rispetto alle terapie seguite per gestire il diabete. Infatti, avviare dei programmi di esercizi fisici senza prendere le adeguate precauzioni può, in alcuni casi, comportare dei rischi che possono essere minimizzati attraverso un screening pre-esercizio seguendo dei programmi personalizzati concordati con il proprio diabetologo.

Questo diventa necessario soprattutto se s'intende iniziare una attività più intensa di una semplice camminata, o se tratta di discipline sportive per le quali è opportuno procedere ad accertamenti approfonditi come ad esempio un test da sforzo, per comprendere se si in presenza di una tipiche complicanze del diabete.

L'inizio di un piano di allenamento deve tener conto del **tipo di terapia** in corso, il **tipo di attività** e l'**orario**, l'**intensità**, il **livello di allenamento**, la **glicemia di partenza**.

Chiaramente le indicazioni sono molto diverse a seconda che sia in corso:

- **una terapia orale:** nel **diabete tipo 2**, solamente i farmaci che stimolano la produzione d'insulina comportano rischio di ipoglicemia quando viene svolta un'attività fisica inusuale. In questi casi bisogna sapere come comportarsi per evitare l'ipoglicemia (ridurre il farmaco e/o assumere spuntini di carboidrati);
- oppure una **terapia insulinica intensiva:** in questi casi, la **gestione dell'attività fisica** (che sia una camminata non prevista o uno sport a livello agonistico) richiede la conoscenza e la messa in pratica di precise regole per variare insulina e gestire gli spuntini. Come regola generale si consiglia l'assunzione di circa 15-30 gr di zuccheri per 30-60 minuti di attività fisica.

Nel diabete, l'esercizio fisico è parte integrante della terapia. Per questo deve essere gestito come un farmaco: posologia, modalità di esecuzione, controlli...

L'attività fisica è una componente essenziale del benessere globale di qualsiasi persona, durante tutta la vita: il suo svolgimento regolare riduce il rischio di malattia cardiovascolare, aiuta nel controllo del peso, riduce i fenomeni di osteoporosi e la **mortalità** per cancro.

Infine, migliora il tono dell'umore e ha un effetto positivo sul benessere psicologico.

Gli effetti positivi nel diabete?

È ampiamente dimostrato che l'attività fisica, attraverso i suoi effetti positivi sulla sensibilità all'insulina, sul metabolismo del glucosio e sul mantenimento del peso corporeo, previene l'insorgenza del diabete tipo 2.

L'esercizio fisico regolare riveste, inoltre, un ruolo

determinante nel miglioramento del controllo metabolico e nel ridurre la mortalità cardiovascolare nei soggetti diabetici.

Alla luce di tutto ciò, si può senz'altro dire che l'attività fisica è parte integrante della cura del diabete ma, essendo una "terapia", è importante conoscere:

- quale tipo di attività fisica svolgere,
 - come gestire i farmaci,
- quali controlli, prima e nel tempo, devono essere fatti. Non possiamo, quindi, limitarci ad un semplice "muoversi un po' di più": certamente qualsiasi aumento del movimento nello svolgimento delle attività fisiche quotidiane è positivo ma, per avere un ruolo terapeutico vero e proprio, l'esercizio fisico deve essere gestito come un farmaco: posologia, modalità di esecuzione, controlli ecc.

Fino ad ora il consiglio alle persone con diabete di svolgere attività fisica, pur conoscendone i grandi vantaggi, è rimasto un po' generico, poco dettagliato e monitorato.

Far diventare l'attività fisica parte integrante del proprio "stile di vita" possiede un enorme vantaggio: una volta superate le difficoltà iniziali (cambiare abitudini, trovare il tempo, fare fatica...), lo svolgimento regolare aumenta il senso di benessere e quindi gratifica le persone e le stimola a mantenerlo nel tempo.

Qual è l'attività fisica più indicata, nella persona con diabete?

Le attuali linee guida, al fine di migliorare il **controllo glicemico**, favorire il mantenimento di un peso corporeo ottimale e ridurre il rischio di malattia cardiovascolare, consigliano lo svolgimento di almeno 150 minuti/settimana di attività fisica aerobica di intensità moderata (50-70% della frequenza cardiaca massima) e/o almeno 90 minuti/settimana di esercizio fisico intenso (sopra il 70% della frequenza cardiaca massima).

L'attività fisica deve essere distribuita in almeno 3 giorni alla settimana e non ci devono essere più di due giorni consecutivi senza attività.

Accanto all'attività fisica aerobica, in assenza di controindicazioni quali complicanze cardiovascolari o della malattia o altre patologie, le persone con diabete di tipo 2 devono essere incoraggiate a eseguire, 3 volte alla settimana, esercizio fisico contro resistenza (cioè ripetizioni di esercizio, con piccoli pesi) per tutti i maggiori gruppi muscolari.

L'esercizio andrà definito nei dettagli con il diabetologo.



Camminata al Parco Sempione

Diabete e Sport***Come affrontare al meglio gli sforzi quando si pratica un'attività fisica più intensa del solito***

Prima di iniziare un'attività fisica 'eccezionale' è opportuno abituare il proprio fisico a sostenere uno sforzo prolungato, ponendosi obiettivi crescenti in maniera progressiva e, comunque, in stretto accordo con i propri medici.

Così, a partire dai primi giorni, sarà possibile comprendere la soglia oltre la quale comincia ad avvertirsi il cosiddetto "fiatone" rispetto all'intensità dello sforzo e della sua durata. Va da sé che in questa situazione -dove cioè si richiede di più al nostro fisico- è quanto mai opportuno conoscere qualcosa di più circa le sue esigenze e delle sue reazioni.

Sembrerà contraddittorio, eppure la persona con diabete parte più avvantaggiata dovendosi prima di tutto confrontare con gli esperti e finisce così per saperne di più sull'utilizzo degli alimenti in termini di carboidrati piuttosto che di grassi o di proteine necessarie per assecondare lo sviluppo dei muscoli; tutti aspetti che portano una persona con diabete a controllarsi prima dell'attività.



*Camminata al Parco Sempione
Visita al Museo Egizio*

Cosa significa controllo: in questo caso vuol dire misurare la capacità di amministrarsi, di affrontare con determinazione e

insieme con umiltà gli obiettivi comprendendo subito quanto è possibile 'forzare' e quando è invece consigliabile fermarsi. Questo è un aspetto fondamentale se si decide di sostenere uno sforzo fisico prolungato e che richiede un giusto equilibrio psicologico.

E ancora: **controllo** significa impegnarsi a misurare spesso la glicemia riflettendo sui risultati ottenuti,



*Iseo - Attività fisica terapeutica
con il Trainer Alessandro Rodriquez*



Iseo - Bicicletta

soprattutto, se si è soggetti insulino-trattati al fine di valutare l'introito calorico di un pasto sapendo che durante o distanza di tempo possono insorgere delle ipoglicemie.

Un grande aiuto può derivare dal microinfusore che consente di gestire meglio, per esempio, una lunga corsa. Con una buona educazione e conoscenza dello strumento è possibile dosare l'insulinizzazione in ogni momento nel corso dell'attività fisica mantenendo in equilibrio il livello glicemico prima e dopo lo sforzo fisico.

A seguire vengono riportate alcune regole cui attenersi o cosa non bisogna mai dimenticare o sottovalutare quando si pratica una qualsiasi attività fisica e si fa uso di farmaci per il diabete.

I dieci consigli degli esperti

- *Ricorda che il movimento è essenziale per prevenire molte patologie*
- *Cerca di essere meno sedentario, infatti la sedentarietà predispone all'obesità*
- *Bambini e ragazzi devono potersi muovere sia a scuola sia nel tempo libero, meglio se all'aria aperta*
- *L'esercizio fisico è fondamentale anche per gli anziani*
- *Muoversi significa camminare, giocare, ballare andare in bici*
- *Se possibile, vai al lavoro o a scuola a piedi*
- *Se puoi evita l'uso dell'ascensore e fai le scale*
- *Cerca di camminare almeno 30 minuti al giorno, tutti i giorni, a passo svelto*
- *Sfrutta ogni occasione per essere attivo (lavori domestici, giardinaggio, portare a spasso il cane, parcheggiare l'auto più lontano)*

Un passaggio da progettare con cura

Il trasferimento dal servizio della diabetologia pediatrica a quello degli adulti: quali i problemi

Lo scorso 8 ottobre si è tenuta a Riccione la 1^a Conferenza Nazionale delle Organizzazioni di Volontariato che si occupano delle persone con diabete.

L'incontro, organizzato da "Diabete Italia" (un organismo che comprende tutte le componenti del sistema diabete) ha visto la presenza di ben 110 Associazioni le quali hanno avuto modo di confrontarsi e di esprimere le proprie opinioni.

Per quanto brevi, sono state diverse le pause in cui mi è capitato di affrontare l'argomento richiamato nel titolo del presente articolo confrontandomi con Presidenti di Associazioni di giovani.

Sono partito da questa premessa per sviluppare un argomento spesso sottovaluto e cioè il passaggio dal Servizio di Diabetologia Pediatrica al Servizio di Diabetologia del "adulti".

Detto passaggio -che ricade in una fase particolare di transizione tra infanzia ed età adulta- richiede competenze specifiche di cui tener conto; tale cambiamento attiene certamente gli aspetti clinici ma deve riguardare il livello delle conoscenze delle Associazioni degli adulti che devono essere preparate nella "accoglienza" affinché i possibili disagi del "trasferimento" siano ridotti al minimo.

Sono rimasto particolarmente disorientato dalla discussione animata tra un Presidente maschio degli adulti e di una giovane madre Presidente di un'Associazione dei giovani.

Due posizioni talmente distanti che mi hanno colpito come se la patologia non fosse quella diabetica ma qualcosa di non ben identificato fatto solo di "NOI" e "VOI".

Mi sono chiesto, in particolare, come potrebbe reagire il giovane in questo passaggio contrassegnato dall'inserimento nel mondo del lavoro piuttosto che dall'ingresso in Università. Il dubbio maggiore (e qui dichiaro la mia ignoranza) mi è sorto quando mi sono chiesto come gestire il passaggio tra il Centro Diabetologico



Pres. Raffaele alla Conferenza Nazionale delle Associazioni del

(Continua a pagina 11)

La prima conferenza Nazionale delle Associazioni del Diabete

Si è svolta a Riccione lo scorso 8 ottobre con la partecipazione 110 Associazioni provenienti da tutta Italia. È la prima volta che si tiene una tale assise voluta ed organizzata da **Diabete Italia**, un organismo dove sono presenti tutte le componenti del cosiddetto "Sistema Diabete". Certamente un avvenimento che esalta il ruolo che svolgono le Associazioni delle persone con diabete nel campo dell'educazione e socializzazione, della diffusione delle conoscenze, nella difesa dei diritti dei pazienti, nelle politiche di prevenzione e sensibilizzazione, nell'influenzare le scelte da parte delle Istituzioni competenti. Sono queste, ma non solo, le principali iniziative che vedono un ruolo attivo di queste meritorie compagini, una posizione che si sono conquistata attraverso atteggiamenti equilibrati e responsabili, ma anche di grande intransigenza, dove era richiesto. Più recentemente esse hanno compreso l'importanza di riunirsi in coordinamenti facendo "massa critica". Tuttavia, non tutti hanno recepito sino in fondo, l'importanza di questa presenza nel sistema diabete e sono ancora numerosi i soggetti che chiedono a cosa serve un Associazione per pazienti che soffrono di diabete. Tutto questo fino a quando, sulla spinta di un bisogno, s'incrocia l'Associazione che possiede una *cassetta degli attrezzi* abbastanza fornita per dare una risposta alle tante difficoltà che una persona portatore di tale malattia incontra nella quotidianità.

Attraverso questa Conferenza, **Diabete Italia** ha inteso presentare se stessa alle Associazioni ma, soprattutto, ascoltarle e fare in modo che questo "universo" dialoghino e diano luogo a sinergie, scambi di opinioni, occasioni per crescere. Secondo gli organizzatori, inoltre, con questa iniziativa non si voleva dar luogo al 'solito' convegno; infatti, dopo un discorso del professor Jean Philippe Assal (fondatore dell'Educazione terapeutica) e della dr.ssa Paola Pisanti del Ministero della Salute, un gran numero di Associazioni nel corso di sessioni dedicate, ha avuto modo di esprimere le proprie posizioni affrontando temi specifici ma di comune interesse. In particolare, i temi/quesiti affrontati dai Presidenti che si sono alternati:

Opportunità. C'è bisogno di noi. In una fase in cui l'assistenza sanitaria sta subendo significativi "tagli", le Associazioni hanno la responsabilità e la possibilità di promuovere un cambiamento o perlomeno di fare argine?

Cosa facciamo per essere incisivi e credibili?

Sfide. Cosa occorre per mettersi in gioco? Coinvolgere di più i soci? Essere più visibili nel territorio? Maggiore rigore e qualità nella nostra azione? Ascoltare i bisogni e dialogare con Istituzioni lontane e sfuggenti? Difficoltà ed esperienze di successo.

Dialogo. Incontro, confronto, scambio di informazioni. Le Associazioni possono operare da sole? Ricevono i supporti necessari? Che cosa potrebbe dare Diabete Italia?

Anziani oggi. Una risorsa sociale da valorizzare

Spesso si sente affermare che l'invecchiamento della popolazione è un problema.

Ma ormai studiosi e sociologi sono di opinione diversa e affermano che avere milioni di persone che tra i 70 e gli 80 anni sono in buona forma fisica e mentale sono una vera e propria risorsa. L'attesa di vita negli ultimi 50 anni è cresciuta di ben 12 anni tanto che oggi la media è di 77 anni per gli uomini e di 84 per le donne.

Sicché la soglia della vecchiaia si attesta ai 70 anni per i maschi e a 76 per le femmine. Infatti, il naturale declino della capacità fisiche è in buona parte superato dalle nuove tecnologie che consentono spostamenti e comunicazioni senza particolari fatiche. Ma anche per le capacità cognitive c'è uno spostamento in avanti dell'età che ci porta ad affermare che nove persone su dieci a 65 anni svolgono gli stessi ruoli di 10 anni prima. La metà degli ottantenni mantiene le capacità quasi normali nelle attività quotidiane tanto che la vera paura in questa fascia di età è perdere la propria autosufficienza.

Questa rappresentazione conferma che essere anziani non è un problema, anzi solitamente "danno" di più di quanto "prendono" come dimostra l'indagine condotta del Censis



dalla quale emerge che il 40% continua a produrre risparmi e la stessa percentuale fornisce un aiuto economico alla famiglia divenendone pilastro. Merita una particolare sottolineatura, dal punto di vista sociale, il ruolo che molti nonni assicurano ad una coppia che desidera avere dei figli.

Se, come crediamo, tutto questo è vero la domanda non è quanto costa l'anziano ma di cosa ha bisogno e può offrire alla società.

Ma qual'è la spiegazione che ha donato 20 anni in più di vita in buona salute rispetto ai 50 anni fa?

Sono diversi i fattori che hanno favorito tale avanzamento a cominciare da quelli igieniche/ambientali delle nuove abitazioni (acqua corrente, fognature, riscaldamenti, ausili tecnologici, ecc.) e, a seguire, le migliori condizioni di lavoro meno usuranti e dei relativi ambienti, condizioni che hanno inciso

positivamente sull'insorgenza di particolari malattie.

Ma rispetto a tante variabili c'è una significativa certezza: i risultati migliori sono stati raggiunti in ospedale dove gli effetti più accentuati sono stati ottenuti con una riorganizzazione degli interventi di emergenza, del miglioramento delle tecniche assistenziali nelle unità coronarica, nonché delle tecniche chirurgiche e di emodinamica interventistica.

Non v'è dubbio che la gestione dell'evento acuto cardiovascolare in ospedale è uno dei cardini che ha influito sulla longevità, tanto da rendere l'infarto un dei tanti eventi della vita (mentre prima era mortale o lasciava pesanti strascichi).

Che dire, poi, degli interventi di angioplastica coronarica effettuati senza "aprire" il paziente e con tecniche evolute anestesologiche. Se poi si entra nel tema delle terapie farmacologiche si assiste a cure in grado di prevenire e controllare diversi fattori di rischio quali sono gli antiaggreganti, anti ipertensivi, farmaci rivolti al contrasto del colesterolo e dei trigliceridi e, come nel nostro caso, di migliorare il profilo glicemico.

Ma siccome la medicina, anche quella preventiva, non può tutto è opportuno intervenire nei cosiddetti stili di vita che richiedono una regolarità attività fisica, un'attenzione all'alimentazione tenendo conto dei contenuti del cibo, necessario evitare eccessi nell'uso dell'alcol e nell'abbandono del fumo. Sono questi alcuni dei principali fattori cui rifarsi per mantenere un buon stato di salute e di qualità della vita.

(Continua da pagina 10)

Pediatrio e quello degli adulti.

In altri termini, come viene vissuto dal giovane il passaggio da un Centro all'altro e se esiste dietro un percorso programmato per evitare il possibile trauma col rischio di perdere il contatto con il 'vecchio' senza entrare nel 'nuovo'?

Lasciare la certezza di un Team, al quale è da attaccato e dove ha sviluppato forti legami emotivi sin dalla nascita, per affrontare una situazione che non conosce (non più in presenza dei genitori) e in un luogo frequentato da centinaia di persone (spesso tanto anziani e con varie difficoltà fisiche) può risultare particolarmente difficile.

Allora, la domanda è: quanti Centri adottano le procedure previste dai protocolli e, per quanto ci riguarda, cosa fanno e devono fare le Associazioni dei pazienti per agevolare detto passaggio che non può e non deve essere solo amministrativo?

La soluzione, a mio avviso, è che un Centro per adulti deve essere capace di ben gestire l'arrivo del giovane comprendendone le esigenze e le difficoltà (sessualità, gravidanza, studio, lavoro, cinema, discoteca, happy

Vantaggi di una vita attiva per prevenire molte patologie

Lo abbiamo ripetuto in tutte le “salse” quanto sia importante mantenere uno stile di vita dove l'esercizio fisico procura alla persona (non solo quella con diabete) uno stato di benessere fisico e salutare. Ma soprattutto, una vita attiva rappresenta lo strumento migliore per prevenire molte patologie.

Per mantenersi in buona salute è necessario “muoversi” cioè camminare, ballare, giocare, andare in bicicletta. Un buon livello di attività fisica, infatti, contribuisce ad abbassare i valori della pressione arteriosa e quelli dell'ipercolesterolemia, a prevenire malattie cardiovascolari, obesità e sovrappeso, diabete, osteoporosi; contribuisce, inoltre, al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione e senso di solitudine.

Per i bambini e i ragazzi in qualunque momento della giornata svolgere che portano al movimento comporta:

- un sano sviluppo dell'apparato osteoarticolare e muscolare
- il benessere psichico e sociale
- controllare il peso corporeo
- favorire il funzionamento degli apparati cardiovascolare e respiratorio.

Inoltre, lo sport e l'attività fisica contribuiscono ad evitare, nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti sbagliati, quali l'abitudine a fumo e alcol e l'uso di droghe.

Per le persone meno giovani l'esercizio fisico è particolarmente utile poiché:

- ritarda l'invecchiamento
- previene l'osteoporosi
- contribuisce a prevenire la disabilità
- contribuisce a prevenire la depressione e la riduzione delle facoltà mentali
- contribuisce a ridurre il rischio di cadute accidentali migliorando l'equilibrio e la coordinazione.

Si può trarre vantaggio anche solo da 30-45 minuti di moderato esercizio quotidiano. Senza per questo doversi dedicare ad una attività specifica. Infatti, l'attività fisica

(non necessariamente sportiva) può essere connessa con le attività quotidiane, come ad esempio spostarsi a piedi o in bicicletta per andare a lavoro o a scuola, usare le scale al posto dell'ascensore. Dunque, è essenziale rimanere attivi sfruttando ogni possibile occasione, ad esempio: dedicarsi ai lavori di giardinaggio, fare la spesa, portare a spasso il cane.

Praticare con regolarità attività sportive almeno 2 volte a settimana aiuta a:

- aumentare la resistenza
- aumentare la potenza muscolare
- migliorare la flessibilità delle articolazioni
- migliorare l'efficienza di cuore e vasi e la funzionalità respiratoria
- migliorare il tono dell'umore.

In alternativa è consigliabile utilizzare il fine settimana per lunghe passeggiate e/o gite in bici, ballo e nuotate in piscina.

Rischi di una vita sedentaria

La vita sedentaria è una condizione predisponente, insieme ad una cattiva alimentazione di importanti patologie, quali:

- diabete di tipo 2
- disturbi cardiocircolatori (infarto, miocardico, ictus, insufficienza cardiaca)
- insufficienza venosa
- sovrappeso e obesità
- osteoporosi, artrite
- ipertensione arteriosa
- aumento dei livelli di colesterolo e trigliceridi nel sangue
- alcuni tumori.

L'attività fisica regolare rappresenta un fattore protettivo per le malattie cardiovascolari e il diabete, sia in termini di mortalità che di morbilità.

In particolare, agisce abbassando la pressione arteriosa e i valori dei trigliceridi nel sangue, aumentando il colesterolo HDL (colesterolo buono) e migliorando la tolleranza al

Il ruolo delle fibre nel ridurre l'impatto glicemico

È un argomento del quale ci siamo spesso occupati sia pure all'interno di una discussione più ampia sul tema alimentazione. In questa occasione si è deciso di dedicare un articolo prendendo spunto dai risultati di un recente studio dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica la quale ha rilevato come si sia progressivamente ridotto il numero delle famiglie italiane che consumano almeno una porzione al giorno di frutta e verdura; ciò a dispetto di quanto sostenuto e consigliato da tutte le Linee guida alimentari.

Eppure è noto che le fibre alimentari svolgono un ruolo di prevenzione nei confronti di alcune malattie e delle condizioni più comuni e non presentano alcuna controindicazione, a differenza della maggior parte dei farmaci.

Vediamo allora qual'è la differenza principale tra le fibre e gli altri nutrienti (zuccheri, proteine e grassi).

La principale è che le fibre presentano un modesto valore nutritivo tant'è che non vengono classificate come fonte di energia, pur essendo dei carboidrati complessi in quanto non vengono assorbiti a livello intestinale.

Però esse svolgono un ruolo importante poiché riescono a “modulare” l'assorbimento dei nutrienti nell'intestino, favoriscono il transito intestinale; inoltre, richiamando acqua, e aumentando il volume fecale contribuiscono al senso di sazietà.

Sono due le tipologie delle fibre più comuni: quelle solubili che producono un effetto sul metabolismo e quelle non solubili che svolgono un ruolo “meccanico” sull'apparato digerente.

Quelle solubili si trovano soprattutto nei legumi e nella frutta, quelle insolubili sono contenute, soprattutto, nei cereali integrali, nelle verdure e negli ortaggi.

Queste ultime hanno un effetto moderatore sulla flora batterica dell'intestino combattendo la stitichezza. Il ruolo delle fibre solubili contenute nelle verdure, nei legumi e nella frutta hanno anche l'effetto di rallentare la velocità di

È possibile dimagrire ancora prima di iniziare a mangiare ? Perdere peso e controllare la glicemia

Perdere peso e riportare la glicemia sotto controllo riguarda una fetta molto ampia della popolazione diabetica. In entrambi i casi la soluzione ideale non è svolgere uno sforzo intensivo e breve, quanto cercare di ottenere un progressivo miglioramento lento e graduale delle proprie abitudini. Ciò è andare avanti senza correre ma anche senza fermarsi cambiando le abitudini un po' alla volta.

Molte buone abitudini, infatti, fanno riferimento a ciò che avviene prima e intorno al pasto.

Molti pensano che dovendo avere una cena importante alla sera tendono a saltare il pranzo; questo è da sconsigliare anzi è controproducente perché il corpo si "difende" dal digiuno trasformando in grasso una quota maggiore di calorie assunte col rischio di abbuffarsi successivamente.

Ricordare che è salutare fare colazione bene con carboidrati, proteine e fibre. Poi, tra pranzo e cena è opportuno tenere un intervallo di 7/8 ore.

Mangiare molto presto, come di solito accade a diversi anziani, corrisponde a rimanere digiuni dodici ore; anche questo è inopportuno. Cosa fare? Un suggerimento è ritardare il consumo della frutta al momento di andare a letto.

Adesso vediamo qualche trucco anti-fame

È bene partire da uno slogan: meglio si mangia meno si ha fame.

Chi si trova in una posizione di affamato, quasi certamente ha sbagliato qualcosa. In questi casi è consigliabile partire con le fibre (insalata, verdure) in modo da attutire la fame senza apporto di calorie.

Quindi si può passare ai carboidrati (pasta, pane) e infine agli alimenti più ricchi di grassi.

No ai fuori pasto

Quando si staziona parecchio tempo a casa, magari nel fine settimana, o stando avanti alla TV, è molto facile orientarsi verso la porta del frigo: questa è una delle principali cause per cui si ha poi difficoltà ad abbassare peso e glicemia.

Alcuni manuali le definiscono "calorie rubate" che possono raggiungere le calorie di un pasto. Dunque, mai rubare briciole di parmigiano aspettando che il pasto venga pronto.

Non c'è dubbio che la tentazione di sgranocchiare qualcosa (per fame o per noia) è forte. Anche qui un consiglio: perché non tenere in frigo una riserva di verdure consistenti e croccanti, come peperoni, sedano, carote, finocchi, già tagliati a bastoncini da ruminare?

Resta il fatto che, in ogni caso, è necessario un po' di autocontrollo e di impegno magari spostando lo spuntino sotto i pasti principali per sedersi a tavola senza l'ansia del

assorbimento di zuccheri e grassi.

Proprio per questo motivo le linee guida stilate dalle due Società scientifiche consigliano alle persone con diabete di assumere almeno cinque porzioni a settimana di verdura e frutta sostituendo il 'primo' per almeno quattro volte con un piatto di legumi.

L'effetto modulazione nell'assorbimento non vale solo per gli zuccheri ma si estende anche agli altri nutrienti; pertanto, le fibre sono consigliate anche a soggetti per chi tende ad avere livelli elevati di colesterolo e trigliceridi nel sangue.

Infine, le fibre sono consigliate anche a chi soffre di emorroidi, fistole o altri tipi di problemi nell'ultimo tratto dell'intestino. L'ideale sarebbe quello di assumere 30 grammi di fibre al giorno, ma potrebbero bastare anche 20 grammi

cibo.

Cucinare sano è importante

Non vi è alcun dubbio che nel cucinare ci sono tanti spazi di miglioramento come la preferenza per una cottura a vapore perché evita tanti condimenti, rispetta maggiormente i contenuti nutritivi dei cibi, come vitamine e sali.

La cottura al forno può benissimo sostituire il vapore.

Per esempio la carta oleata sostituisce più che bene l'olio sulla teglia, utilizzare un cartoccio di alluminio funziona assai meglio che spalmare di grasso gli alimenti; così come è possibile utilizzare il vino in cottura poiché ad alta temperatura l'alcool evapora.

Quanto tempo rimanere a tavola

Sembra paradossale: più tempo si sta a tavola e meno si mangia; infatti, la sensazione di sazietà si raggiunge intorno ai venti minuti.

Se invece si mangia lentamente, masticando bene e a lungo, la sensazione di sazietà è percepita durante il pasto.

Ovviamente c'è il trucco da tener presente: a tavola vanno ridotte le tentazioni, per cui è consigliabile sparecchiare in fretta, non lasciare in giro pentole e piatti di portata, mettere a tavola solo la porzione stabilita di pane.

E poi sconsigliabile leggere o guardare la TV durante il pasto perché senza accorgersi si mangia di più. Molto meglio dedicarsi a quello che si sta mangiando e conversare.

Preferire la qualità alla quantità

Mangiare deve rappresentare un piacere: in questo caso vuol dire scegliere cibi colorati, ricchi di profumo e sapori.

Opportuno apparecchiare sempre la tavola, anche se si è da soli, scegliendo piatti belli possibilmente di circonferenza ridotta accompagnando il secondo con qualche guarnizione, facendo ricorso ai sapori (erba cipollina, origano, salvia, limone, peperoncino, basilico, rosmarino).

Esempi di consumi calorici per 60 minuti di attività quotidiane o sportive	
Attività	Consumo
Passeggiare	200
Fare ginnastica	245
Andare in windsurf	265
Rifare i letti	300
Ballare	300
Giocare a tennis	450
Giocare a basket	455
Fare aerobica	505
Ballare il rock'n'roll	525
Fare trekking	560
Andare in bici	595
Marciare	595
Fare canottaggio	700
Nuotare	700

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 verso 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 la LDL e meno nei confronti della HDL).

Vanno sicuramente tenuti lontano i grassi vegetali idrogenati (comunemente 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 45 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.

A qualsiasi età, prima di intraprendere un'attività fisica

(Continua a pagina 15)

Il calcolo dei carboidrati per valutare la dose di insulina personale

I diversi passi da compiere per risalire alle quantità presenti nei cibi da assumere

Fino a qualche tempo fa il calcolo dei carboidrati si proponeva alle persone che erano trattate con il microinfusore, mentre adesso questa "conta" viene considerata importante in tutte le persone comunque trattate con insulina.

I *CHO counting* (come viene definito in inglese) consente di risalire alla quantità presenti negli alimenti che si stanno assumendo. Questa conoscenza consente di adeguare la propria terapia insulinica alla tipologia dei pasti (sapendo che le proteine e i grassi, pur contenendo calorie, non concorrono ad innalzare la glicemia soprattutto nelle due ore successive ai pasti).

Il **primo step** è la conoscenza dei degli alimenti che contengono i carboidrati come ad esempio tutti i derivati della farina e dei cereali (pasta, riso, patate, prodotti da fondo. Quello che non va confuso (istintivamente spontaneo) è la differenza tra proteine e calorie.

Così gli alimenti ricchi di proteine e grassi, come le uova, le noci o le creme, non contengono carboidrati ma non forniscono molte calorie; detto in altri termini fanno ingrassare ma non influenzano la glicemia postprandiale in quantità misurate.

Una particolare attenzione va riservata alle bevande alla frutta che contengono una notevole quantità di "zuccheri aggiunti".

Quanto agli alcolici bisogna tener conto che un bicchiere di vino nel corso del pasto non influenza la glicemia mentre fuori pasto gli alcolici (inducendo il fegato a ridurre la secrezione basale di glucosio) possono provocare ipoglicemia.

Il **secondo step** è la valutazione del peso delle porzioni degli alimenti che contengono carboidrati.

All'inizio è bene fare ricorso alla bilancia per pesare 'a crudo' gli alimenti, soprattutto se non si ha una certa pratica di una valutazione 'ad occhio'. In certi casi è consigliabile sostituire alla bilancia con unità di misura utilizzando ora la tazza, ora il cucchiaino o la mano (come per la frutta). Con un pò di allenamento è possibile stimare con una buona precisione una gran parte degli alimenti. L'Associazione "Amici del Diabetico" ha dedicato parecchia attenzione a questo argomento affrontato più volte nei seminari mensili di educazione e in corsi dedicati nei soggiorni residenziali negli ultimi tre anni.

Come già richiamato in altra parte del Notiziario si è cercato di far passare il messaggio che è superata la vecchia logica dei 'cibi proibiti' (la proibizione di un alimento porta solo a valorizzarlo) e, quando possibile, lo si mangia senza fare alcun calcolo.

Si arriva così al **terzo step** per stabilire quanti carboidrati ci sono in 100 gr degli alimenti considerati.

Nel **quarto step** vanno calcolati i gr di carboidrati che ci

(Continua a pagina 15)

No alle diete troppo restrittive

La perdita di peso passa da una corretta conoscenza alimentare e da una solida collaborazione con il Team Diabetologico

Non è infrequente sentir parlare di cibi adatti ad una persona che soffre di diabete, oppure questo cibo tu non lo puoi mangiare perché hai il diabete.

Eppure il concetto di dieta per diabetici” risulta superato da qualche decennio e appartiene ad una epoca in cui i medici non possedevano gli attuali strumenti o, comunque, non dominavano conoscenze approfondite guadagnate negli ultimi tempi.

Oggi nessun Diabetologo propone al suo paziente una lista di alimenti proibiti o di diete prestampate perché se non si è eccessivamente obesi alla persona si concede libertà, facendo però leva sul suo senso di responsabilità. Nella maggior parte dei casi si è capito che la dieta, specie se molto prescrittiva e di lungo termine, non funziona perché nel momento in cui viene interrotta si verifica una ripresa del peso perso, vanificando tanti sacrifici e rinunce.

Alla persona che soffre di questa patologia viene consigliato uno stile alimentare corretto, più sano, equilibrato e moderato.

Questa alimentazione prevede alcuni principi di base semplici e dettate dal buon senso, come ad esempio:

- a) **controllare** le calorie assunte per mantenere il peso nella “normalità” e possibilmente ridurlo del 10%;
- b) **suddividere** i principi nutrienti in modo equilibrato, vale a dire 50-55% di carboidrati (pasta, riso, pane, patate, legumi), 20-25% di proteine e 20-25% di grassi;
- c) **consumare** da quattro a cinque porzioni al giorno di vegetali (da 300 a 600 grammi);
- d) **preferire** il pesce o le carni bianche per via del minore contenuto di colesterolo;
- e) **privilegiare** i cibi integrali per il maggior contenuto di fibre;
- f) **condire** le pietanze preferendo l’olio extravergine d’oliva;
- g) **limitare** gli alimenti con alto contenuti di grassi

animali (formaggi, salumi, prodotti dolciari).

Ma aderire a questi principi vuol dire seguire un percorso educativo dove il paziente assume un ruolo di protagonista attivo e consapevole.

Dunque, solo una vera educazione terapeutica è in grado di fornire quelle nozioni di base, fino ad acquisire le capacità per “modulare” le informazioni acquisite elaborandole secondo le necessità individuali ma sempre nel rispetto dei principi terapeutici fondamentali.

Acquisire le nozioni di base vuol dire sviluppare la capacità di distinguere gli alimenti in base al contenuto prevalente in carboidrati, proteine e grassi.

L’educazione terapeutica alimentare introduce il concetto di “equivalenza” e quindi di “scambio” tra alimenti dello stesso gruppo (vedi A.D. Informa n. 17) che permette di ottenere una sorta di flessibilità sicuramente più gratificante.

Questo consente di pianificare il proprio pasto variando gli alimenti ma mantenendo una quota costante di carboidrati.

Ma il vero problema è mantenere sempre alta una certa motivazione e perché ciò si verifichi è importante che la persona veda dei risultati. Quindi, è importante scegliere quali obiettivi s’intendono raggiungere facendo scelte individuali.

Attenzione ai fuori pasto

Va saputo che i cosiddetti “fuori pasto” sono un vero nemico della glicemia e del peso, perché nella maggior parte dei casi sono ricchi di zucchero o di grassi.

Inoltre, la stessa quantità di carboidrati assunta lontani dal pasto ha un impatto maggiore rispetto a quello che avrebbe all’interno di un pasto.

I fuori pasto o gli spuntini sono uno degli argomenti più spinosi dell’alimentazione nella patologia diabetica; certamente essi non sono indispensabili, mentre è consigliabile che il diabetico ne parli col proprio

(Continua da pagina 14)

costante, è comunque fondamentale il consiglio e il parere del medico sulla propria condizione personale: per una conferma dell’assenza di particolari controindicazioni, oltre che per un suggerimento sul tipo e sull’intensità dell’attività che si può intraprendere.

In particolare, se durante lo svolgimento di una prestazione fisica si presentano disturbi, è consigliabile sospendere la prestazione stessa.

Tra i segnali di allarme più comuni: difficoltà di respirazione, dolore al torace, palpitazioni, nausea, svenimento, dolori muscolari accentuati, offuscamento della vista, vertigini e stanchezza eccessiva.

(Continua da pagina 14)

sono nella porzione dell’alimento o della bevanda.

Nel **quinto step** andranno conteggiati le unità di insulina necessarie per “bruciare” la quantità dei carboidrati assunti: questo significa che se si sono introdotte 80 gr di carboidrati il mio rapporto personale Insulina/carboidrati è di 20 avrò bisogno di 4 unità ($4 \times 20 = 80$). Va chiarito che il precedente rapporto è diverso per ogni persona.

Infine il **sesto step** è rivolto a misurare l’esattezza della precedente ipotesi riportando i dati sul diario.

Un ultimo aspetto cui fare attenzione è che se si mangia dopo poche ore (colazione e pranzo ravvicinati) va calcolata la quantità residua di insulina ancora in circolazione dal bolo (unità) precedente

Carta Regionale dei Servizi(CSR): come utilizzarla

Continuazione dell'articolo pubblicato nel precedente numero 17 dello scorso giugno

Come si fa ad **interagire con Enti e Pubbliche Amministrazioni nel modo più semplice e comodo** utilizzando l'innovazione a proprio vantaggio?

E' facile: con i **servizi on line** disponibili in rete.

Sono infatti **attivi numerosi servizi** per sbrigare le faccende quotidiane e le pratiche burocratiche, provvedere a iscrizioni, pagamenti e prenotazioni nei vari ambiti della vita privata e professionale.

E, oltre a quelli presenti, molti altri che prevedono l'utilizzo della Carta Regionale dei Servizi (**CSR**) sono in fase di realizzazione e il loro numero è **in costante aumento**. Dunque, è importante tenersi aggiornati per usufruire delle opportunità offerte e, se non si è provveduto ancora a farlo, va richiesto il **PIN** predisponendo la propria postazione di lavoro (PC + lettore di smart card + software CRS); per essere sempre pronti ad accedere con la CRS è necessario ricordare che **ogni volta che viene richiesto il riconoscimento della identità, con la CRS ci si può autenticare e svolgere le operazioni in sicurezza**.

Una carta, tanti servizi. Ricordiamo che essa può essere:

- Tessera Sanitaria Nazionale,
- Tesserino di codice fiscale,
- Tessera Europea di Assicurazione Malattia per l'assistenza sanitaria nei Paesi della UE e nei Paesi convenzionati,
- Carta nazionale dei Servizi per l'accesso *on line* ai vari servizi della Pubblica Amministrazione, Regionale, Locale e della Sanità, che richiedono un'identificazione sicura del cittadino.

Inoltre la CSR è chiave d'accesso al Sistema Socio Informativo e Socio-Sanitario lombardo (SISS).

In caso di furto o smarrimento della Carta occorre chiamare il n. verde CRS (800.030.606) richiederne l'immediata sospensione e recarsi alla ASL o presso qualsiasi Ufficio dell'Agenzia delle Entrate per la

richiesta del duplicato.

Gli assistiti che non avessero ricevuto la Carta possono, pertanto, richiederla alla ASL.

Il fascicolo sanitario elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è una cartella sanitaria virtuale che raccoglie e rende disponibili tutte le informazioni e i documenti clinici relativi all'assistito (prescrizioni di visite specialistiche, di esami diagnostici e di farmaci, referti di visite specialistiche ed esami, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissioni, dati relativi alle cure in corso e ad altri dati utili o in condizioni di emergenza, ...) generati dalle strutture socio-sanitarie della Regione integrate con il SISS.

Il FSE viene creato solo dopo che il cittadino ha espresso il **CONSENSO** al trattamento dei dati personali ed è consultabile *on line* dai medici e dagli specialisti coinvolti nei processi di diagnosi e cura e dagli stessi cittadini, da casa con il proprio computer.

Come esprimere il consenso

Compilando e firmando un apposito modulo da consegnare agli sportelli della ASL, delle Aziende Ospedaliere, in Farmacia e negli Uffici Postali.

Presentandosi con la propria Carta presso gli sportelli della ASL, delle Aziende Ospedaliere o in Farmacia, dove il consenso sarà registrato



Amici del
Organizzazione di Volontariato
dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oltalmico

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
Service Point
Via Venosa, 4
20137 Milano

Elaborazione grafica
Giovanni Volpi

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

L'amicizia

L'amicizia è preferibile agli onori.

È meglio essere amati che onorati.

Un amico è uno che sa tutto di noi

e continua ad amarci.....

