

Anno 10, numero 19

Maggio 2012

# A. D. Informa

NOTIZIARIO DELL'ORGANIZZAZIONE DIVOLONTARIATO  
"AMICI DEL DIABETICO"

## Editoriale

### *Il lato sociologico della sanità e del concetto salute*

*\* di Sergio Raffaele*

Troppo spesso, specie in questi ultimi tempi di difficoltà congiunturali, le problematiche sanitarie hanno avuto una lettura basata principalmente sul principio della riduzione della spesa nelle scelte del bilancio a spese del principio della salute e della persona.

Le questioni gestionali del quotidiano hanno prevalso rispetto, per esempio, al bisogno di un maggiore approfondimento sui contenuti delle professioni sanitarie, piuttosto che al ruolo delle persone nel rapporto terapeutico; come pure sono rimasti in secondo piano gli aspetti culturali ed informativi nonché situazioni socio-ambientali dei diversi contesti territoriali.

Eppure nel settore della salute si incrociano, contemporaneamente, approcci organici e psicologici, s'intrecciano fattori etici, antropologici ed economici, biologici e politici; si tratta di situazioni mutevoli che seguono lo sviluppo della società e che andrebbero continuamente riparametrati con approfondimenti di tipo sociologico. Una riflessione che ci porta a dire che la salute è una lente attraverso cui osservare il sociale, ma che può anche essere letta in maniera capovolta.

Oggi il concetto di salute si identifica come aspetto principale del *welfare* a causa dell'interesse che il tema del benessere suscita nei cittadini del terzo millennio, soprattutto

*(Continua a pagina 3)*

## Cariplo per l'Associazione

### **Decisivo l'intervento della Fondazione**

L'Associazione "Amici del Diabetico" esprime sentimenti di gratitudine nei confronti della Fondazione CARIPLO per il sostegno economico ricevuto che consentirà all'Associazione di assicurare continuità al Progetto pluri-specialistico del Team Diabetologico Allargato; un'esperienza, questa, avviata presso la Struttura Complessa di Diabetologia dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano che coinvolge un numero rilevante di clinici (24) i quali affiancano detto Reparto nel percorso di cura delle persone con diabete che vi afferiscono.

Il Progetto, supportato dal nostro Sodalizio, prevede uno sviluppo triennale e, in quest'arco temporale, saranno impiegate le risorse messe a disposizione dalla Fondazione; in particolare, le somme saranno impiegate per coprire l'onere di alcuni specialisti sostenuti dall'Associazione tramite Convenzione con l'Amministrazione Ospedaliera (cinque professionisti: Diabetologa, Neurologa, Oculista, Cardiologa e Psicologa).

Un'altra quota parte sarà invece impiegata per la sistemazione di spazi e arredi per le nuove prestazioni e i servizi

*(Continua a pagina 3)*

### **Guida alla lettura**

|  |        |
|--|--------|
| Rinnovo del Consiglio Direttivo di <b>A.D.</b> | pag. 2 |
| Bilancio consuntivo 2011 - preventivo 2012     | pag. 4 |

## Elezioni in A.D

### Si è rinnovato il Consiglio Direttivo dell'Associazione L'elenco dei Consiglieri eletti

Come da programma, lo scorso 21 Aprile, si è svolta l'Assemblea generale degli Amici del Diabetico la quale ha dapprima approvato, all'unanimità, la Relazione del Presidente, Sergio Raffaele, relativa all'attività svolta nell'esercizio del 2011 e di quella in programma per l'anno corrente; a seguire, il Tesoriere, Fabio Vicini, ha illustrato il Bilancio consuntivo dello scorso anno e quello preventivo del 2012 anch'essi ratificati all'unanimità.

I documenti richiamati saranno trasmessi all'Ufficio Volontariato dell'Amministrazione Provinciale di Milano per il mantenimento dei requisiti dell'iscrizione al Registro del Volontariato.

Subito dopo, i Soci presenti hanno esercitato il diritto di voto il cui esito ha visto l'elezione degli undici componenti il Consiglio Direttivo. Nel corso del prima seduta l'organo appena rinnovato ha provveduto ad assegnare le deleghe con alcune

| I NUOVI ELETTI   | LE DELEGHE                |
|------------------|---------------------------|
| Sergio Raffaele  | Presidente                |
| Filippo Mauri    | Vicepresidente Vicario    |
| Fabio Vicini     | Tesoriere                 |
| Marilena Ferioli | Segretaria                |
| Giovanni Concina | Direttore Affari Generali |
| Giovanni Bianchi | Vice Tesoriere            |
| Ennio Granata    | Rapporti con Istituzioni  |
| Daniela Loda     | Responsabile eventi       |
| Sergio Olmeda    | Rapporti con i Soci       |
| Walter Simia     | Responsabile Screening    |
| Antonio Velluto  | Direttore AD Informa      |

conferme e diverse novità. Di seguito l'elenco:

#### L'eredità del Consiglio uscente

Ci sembra doveroso richiamare la storia di questi tre anni, almeno sul piano dei principi, che hanno ispirato e condotto la nostra azione. Abbiamo vinto tante piccole sfide sostenuti da una volenterosa spinta creativa rafforzata strada facendo e che, nel tempo, è diventata convinta motivazione giocata sul piano degli interventi relativi alla prevenzione e sull'attività per migliorare la qualità di vita

dei nostri Soci e delle persone con diabete del «nostro» Centro.

Per raggiungere i risultati che ci eravamo prefissi abbiamo attinto ad un forte senso del dovere e di responsabilità e, poi, abbiamo sempre creduto nelle cose facevamo e portavamo avanti convinti di condividere gli obiettivi collegialmente decisi. Siamo stati sempre animati da un sincero spirito di servizio cercando di leggere un po' nel futuro per organizzare meglio il nostro presente. Ci siamo accorti che c'è un mondo che viaggia a velocità maggiore rispetto al passato e questa consapevolezza ci ha portato a non aggrapparci alle certezze che solo pochi anni fa ci sembravano in grado, da sole, di garantire un buon futuro. Sì, siamo stati ottimisti ricercando con posatezza una maggiore creatività sociale in maniera libera convergendo verso obiettivi comuni. Siamo stati premiati da una Commissione nazionale di esperti per l'innovazione di un nostro Progetto del Team Diabetologico Allargato perché siamo stati in grado di riaccordare, in maniera stabile, la nostra capacità organizzativa con quella della Struttura Diabetologica dell'Ospedale.

Abbiamo operato, senza "romanticismo" perché prevalessero in ogni sede e circostanza professionalità, responsabilità e umanizzazione dei servizi attraverso modalità relazionali, strategie, strumenti e metodi compatibili con le esigenze più profonde delle persone, che abbiamo messo al centro nei fatti.

Non sono mancati i frutti e i riconoscimenti: negli ultimi tre anni sono aumentati del 50% i nostri Soci, le loro rimesse in quote di iscrizione, del 100% l'adesione del 5 x mille, fino alla grande sponsorizzazione di Cariplo. Così accanto al Progetto del Team Diabetologico è stata affiancata una progettazione variegata da un grande valore aggiunto ma dai costi complessivamente contenuti. Un'eredità che certamente il nuovo Consiglio Direttivo deciderà di capitalizzare e rilanciare magari adeguandola all'incalzare di sempre nuovi e maggiori bisogni.

Un dato è certo e ci viene unanimemente riconosciuto: sono significativamente aumentati prestigio e visibilità dell'Associazione contribuendo così a rafforzare valori e identità.

(Continua Editoriale da pagina 1)  
to nel mondo occidentale.

Rispetto al passato, infatti, è possibile assistere ad una spinta maggiore verso la richiesta di una “personalizzazione” della cura in contrapposizione alla massificazione dei percorsi uguali per tutti; sempre più spesso si parla di superare i confini ancora esistenti tra i diversi settori di intervento per privilegiare, invece, un approccio integrato e multidisciplinare.

Questo vale anche nel tanto discusso rapporto medico-paziente che si vuole sempre più improntato su un nuovo piano di parità, di reciproco scambio e interazione (patto terapeutico) non sempre riscontrabile nella cultura dei tecnici della salute. Al medico di oggi viene richiesto il possesso di doti distintive ed integrate da associare a quelle professionali al fine di curare la persona oltre che la malattia (cioè il prendersi cura). In questa figura il cittadino vorrebbe riscontrare capacità nel rapporto umano, amore per la professione, attenzione alla prevenzione, reperibilità, disponibilità all’ascolto, impegno nell’aggiornamento e nella comunicazione.

Una integrazione che dovrebbe riguardare tutto il sistema salute con il coinvolgimento e la reciprocità anche con le istituzioni e tra le stesse, tra il pubblico con il privato e il privato sociale, sia pure nel rispetto delle singole responsabilità e sfere funzionali.

La risultante dovrebbe essere l’offerta di una maggiore qualità, efficienza ed equità dei servizi attraverso un controllo di gestione che, oltre alla valutazione del dato economico, si soffermasse sulla soddisfazione dei cittadini, sul ruolo della prevenzione e degli stili di vita, la funzione degli stakeholder del settore e, quindi, della sussidiarietà e il ruolo della famiglia, della domanda e dell’offerta di salute ed una maggiore attenzione alla comunicazione sanitaria.

Occorre allora che tutte le parti sociali trovino il tempo e la forza politica di elaborare modelli di riforma e concertazione sulla base delle nuove forme di bisogno e di attenzione verso i soggetti tradizionalmente non rappresentati; altrettanto è richiesto alle imprese e alle famiglie per elaborare una cultura della sussidiarietà di tipo attivo, promozionale e responsabile.

\* **Presidente A.D.**

(Continua da pagina 1)

resi in ambito ambulatoriale e una parte minore sarà impiegata per l’acquisto di attrezzature tecnologiche a carattere diagnostico.

Si tratta, quindi, di una “compartecipazione” alla spesa complessiva per un Progetto che nell’arco dei tre anni programmati avrà un costo per l’Associazione di circa 150 mila Euro. L’approccio plurispecialistico assicurato dal Team trova ampia soddisfazione da parte dei pazienti poiché consente di essere seguiti nel medesimo Reparto in un percorso clinico ben strutturato e disegnato dai Diabetologi che fissano gli appuntamenti per le tante visite di controllo protocollari che le linee guida prevedono per questa patologia cronica.

Tale collegialità assicura un sistema di cura condiviso e consente ai medici di disporre di un’unica cartella clinica di tutta la storia del paziente in carico all’Ambulatorio Diabetologico. I dati ricavati dal monitoraggio del Progetto sono, sul piano dell’evidenza, rivelano già la bontà della scelta progettuale, sia piano numerico delle prestazioni mediche effettuate ma, soprattutto, dal lato della qualità, dell’appropriatezza terapeutica e assistenziale.

Una realtà che consente di riflettere un abbattimento drastico delle liste d’attesa e del numero delle complicanze, con la risultante di realizzare una significativa riduzione delle spese a carico del servizio pubblico (minori ricoveri, minori prescrizioni e uso di presidi) ma, soprattutto, di far guadagnare una miglior qualità di vita ai pazienti e alle loro famiglie. Ma al di là del dato tangibile, quello di Cariplo rappresenta anche un riconoscimento che assegna a detta esperienza il valore di una buona prassi di cui uno degli obiettivi principali riguarda la sua replicabilità in altre realtà uguali e simili a quella del Fatebenefratelli.

## **È ancora possibile coniugare buona qualità dei servizi e sostenibilità economica?**

È cosa nota: nel nostro giornalismo le cattive notizie hanno quasi sempre il sopravvento su quelle buone. Si tratta di una situazione che non risparmia certo la sanità, ancorché non mancano alcune giustificazioni, per chi fa informazione, nel denunciare le pratiche che non funzionano. Ma va anche riconosciuto che nelle migliaia e migliaia di prestazioni di tutti i giorni si riscontrano testimonianze che dimostrano come il nostro sistema sanitario è, altresì, in grado di assicurare un livello di salute tra i migliori in Europa. Quanto auspichiamo è, invece, l’opportunità di dare risalto alle buone pratiche in modo che si possano replicare laddove è possibile attraverso un approccio progettuale in modo che siano chiari e valutabili gli obiettivi da raggiungere.

Questo vorrebbe dire creare una “vetrina” *ad hoc* per la «buona sanità», cioè quella che troppo spesso non «fa notizia», quasi sempre scalzata dai casi più eclatanti di malfunzionamenti e cattiva gestione. Le buone pratiche, invece, potrebbero contribuire alla «socializzazione» e alla replica delle esperienze in chiave progettuale maturate nelle singole aziende sanitarie; queste stesse potrebbero poi renderle disponibili per quanti volessero ulteriormente migliorarle in una logica di confronto aperti tra enti e operatori interessati. In un quadro nazionale si potrebbero verificare indubbe le sinergie da utilizzare a favore della qualità dei servizi e della maggiore sostenibilità del sistema.

**Dunque, una buona sanità deve fare notizia a vantaggio della comunità e del sistema in generale.**

Il nostro Bilancio: un uso trasparente delle risorse

## Una nota integrativa illustra gli orientamenti delle entrate e degli impieghi

Le liberalità ricevute nel 2011, a causa della nota congiuntura economica del paese, hanno subito una certa contrazione (anche se 10 mila euro sono state registrate nell'esercizio successivo). Quasi tutte le somme raccolte hanno avuto un carattere vincolante e, quindi, sono state in buona parte impegnate per la realizzazione di quei Progetti oggetto della richiesta : nello specifico hanno pesato le Convenzioni in atto con l'Amministrazione Ospedaliera per la copertura dei compensi ai clinici esterni del Team Diabetologico Allargato con oltre 18.000 Euro, l'acquisto di attrezzature da donare successivamente a favore del Centro di Diabetologia o altri Reparti ( 2.297,00 + 2.840,00). Significative anche le risorse impiegate per la formazione, gli *screening* glicemici sul territorio, iniziative editoriali e di promozione dell'Associazione (3.963,00 + 1921,00 + 4.077,00). La voce "Attività di Missione" (10.614,00) è riferita ai costi per la formazione e l'educazione sanitaria in forma residenziale in buona parte rimborsata da Regione Lombardia da uno sponsor e dalla compartecipazione dei partecipanti e loro familiari. Pesante la cifra delle spese postali, ma questo è il prezzo che bisogna scontare per le oltre 10 comunicazioni con i nostri Soci che speriamo di abbattere dopo la pausa estiva con trasmissioni telematiche in sostituzione delle spedizioni postali. Tutte le liberalità accreditate sono state debitamente rendicontate ai Donatori specificando il livello degli obiettivi raggiunti, il loro impiego con allegata apposita ricevuta per accedere alle agevolazioni fiscali previste dalle norme. Nessun compenso è stato assegnato ai componenti del Consiglio Direttivo, ma solo rimborso spese ai Volontari (701,00 euro) per spese documentate sostenute per conto dell'Associazione. Il Consiglio Direttivo è stato sempre attento a mantenere l'equilibrio finanziario a garanzia dell'autonomia dell'Organizzazione provvedendo a degli accantonamenti

(Continua a pagina 5)

| Bilancio consuntivo al 31/12/2011      |                  | Bilancio preventivo 2012                   |                  |
|--|------------------|--|------------------|
| COSTI                                  |                  | COSTI                                      |                  |
| Dettaglio Costi                        | Importi C        | Dettaglio costi                            | Importi €        |
| Assicurazione Soci attivi 2010         | 363,00           | Assicurazione Soci attivi 2011             | 400,00           |
| Attrezzature varie                     | 2.297,00         | Attrezzature varie                         | 3.000,00         |
| Cancelleria                            | 545,00           | Cancelleria                                | 600,00           |
| Attività di missione x Soci e Pazienti | 10.614,00        | Attività di missione x Soci e Pazienti     | 12.000,00        |
| Postali e telefoniche                  | 3.179,00         | Postali e telefoniche                      | 3.000,00         |
| Rimborsi spese ai Volontari            | 701,00           | Rimborsi spese ai Volontari                | 800,00           |
| Borse di Studio x Centro Diabetologico | 18.485,00        | Consulenze e Borse di Studio x Centro      | 42.000,00        |
| Pubbl. "AD Informa" + Abbon. Giornali  | 3.963,00         | "AD Informa" + Bil. Soc. + Abbon. Giornali | 4.500,00         |
| Acquisto prodotti x Soci con diabete   | 3.124,00         | Acquisto prodotti x Soci con diabete       | 3.500,00         |
| Donazioni verso l'Ospedale             | 2.840,00         | Donazioni verso l'Ospedale                 | 5.000,00         |
| Screening /Manif. /Giorn. Mond. Diab.  | 1.921,00         | Screening /Manif. /Giorn. Mond. Diab.      | 2.500,00         |
| Marketing: Fund raising /Promoz. /Sen  | 4.077,00         | Marketing: Fund raising /Promoz. /Sensib   | 4.500,00         |
| Spese bancarie e c.c.p.                | 212,00           | Spese bancarie e c.c.p.                    | 230,00           |
| Perdite di esercizio                   | 111,00           | <b>TOTALE COSTI</b>                        | <b>82.000,00</b> |
| RISULTATO D'ESERCIZIO 2010             | 0,00             |  |                  |
| <b>TOTALE</b>                          | <b>52.432,00</b> |  |                  |
| RICAVALI                               |                  | RICAVALI                                   |                  |
| Dettaglio Ricavi                       | Importi          | Dettaglio Ricavi                           | Importi          |
| Quote associative 2010                 | 8.785,00         | Quote associative 2011                     | 8.500,00         |
| Liberalità ricevute                    | 11.380,00        | Liberalità presunte                        | 31.000,00        |
| Donazione di privati                   | 1.370,00         | Contrib. CARIPLO su 30 mila assegnati      | 14.000,00        |
| Rimborsi spesa Screening effettuati    | 0,00             | Rimborsi x Screening previsti              | 0,00             |
| Rimborso acquisto attrezzature         | 1.374,00         | Rimborsi acquisto attrezzature             | 1.500,00         |
| Prodotti per soci                      | 1.990,00         | Prodotti per Soci con diabete              | 2.300,00         |
| Interessi attivi                       | 8,00             | Interessi attivi                           |                  |
| Contributo cinque x 1000               | 10.288,00        | Contributi cinque x 1000                   | 10.000,00        |
| Rimborso educazione sanitaria          | 8.909,00         | Rimborso educazione sanitaria              | 9.000,00         |
| <b>Totali ricavi</b>                   | <b>44.103,00</b> | <b>Totale ricavi</b>                       | <b>76.300,00</b> |
| Utili esercizi precedenti              | 8.329,00         | Utilizzo esercizi precedenti               | -5.700,00        |
| <b>Totali ricavi</b>                   | <b>52.432,00</b> | <b>Totale ricavi</b>                       | <b>82.000,00</b> |

## Etica, giustizia sociale e responsabilità dei cittadini

Proprio in questi giorni si sta discutendo della possibilità di tassare il cosiddetto "cibo spazzatura" come le merendine e le bibite gassate (*junk food*) nel medesimo solco già tracciato da altri Paesi, quali la Francia, l'Inghilterra e gli Stati Uniti; lo scopo è di prevenire, da una parte, i principali fattori di rischio quali obesità e diabete e, dall'altra, recuperare risorse da destinare, per esempio, all'edilizia ospedaliera.

Intraprendere questo percorso equivale a realizzare una sorta di "stato etico" per disincentivare il consumo di cibi e bevande dannose o di non coprire i costi per cure dovute ad infezioni derivate dai *piercing*, tatuaggi piuttosto che da interventi di chirurgia plastica estetica. La domanda che sorge spontanea è se si può parlare di giustizia sociale mettendo in discussione quel modello che garantisce tutto a tutti. Ora, se è vero che la salute è un principio/diritto irrinunciabile che il Servizio Sanitario deve garantire, c'è anche da considerare che in questa tutela oggi rientrano prestazioni anche molto costose rivolte a cittadini che si trovano in situazioni di malanni derivanti da un proprio negativo comportamento e stile di vita errato. Il dibattito su questi aspetti è aperto in una fase particolare di scarse risorse disponibili le quali dovrebbero essere impiegate con razionalità ed equità evitando, tra l'altro, di far pesare sulle generazioni future le diseconomie di oggi. La posizione più equilibrata richiederebbe che ogni cittadino dovrebbe assumere una posizione responsabile nei confronti della propria salute aumentando l'impegno ad assumere atteggiamenti e stili di vita virtuosi tali da evitare situazioni di morbosità. Tra queste ultime rientrano, sicuramente, gli effetti nocivi provocati dal fumo, dall'uso dell'alcool, dal ricorso alle varie droghe, da rapporti sessuali a rischio, da disordini alimentari e tanti altri atteggiamenti scorretti (guidare senza la cintura di sicurezza, non uso del casco, velocità eccessive, avventurarsi in mare o in montagna senza le necessarie conoscenze, ecc.).

In questi casi è lecito interrogarsi circa l'opportunità di introdurre meccanismi che, in qualche misura, possano penalizzare, in tutto o in parte, comportamenti errati. Certo, questo non dovrebbe precludere l'accesso alle cure ma potrebbe prevedere una rivalsa intera o parziale delle spese da sostenere. Molto probabilmente l'introduzione di un simile meccanismo porterebbe alla stipula di polizze assicurative, peraltro già esistenti, per i rischi nei confronti di terzi. Verrebbero così liberate risorse che potreb-

bero essere destinate per acquisire nuove attrezzature, per migliorare l'assistenza agli anziani o altre a realizzare iniziative di prevenzione. Resta da capire se i tempi sono maturi per dare vita a soluzioni del genere. Rimane, tuttavia, una certezza: ogni atteggiamento corretto dei cittadini corrisponde a produrre economie di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale con l'effetto di un loro migliore e più produttivo impiego.

## La compartecipazione alla spesa sanitaria tra equità e giustizia

Sempre più di frequentemente viene prospettata l'ipotesi di una rimodulazione dei ticket sanitari sulla base di criteri di equità, trasparenza e omogeneità. L'attuale congiuntura economica (con la carenza di risorse pubbliche indicate come causale per tali decisioni), rischia di mettere a repentaglio alcuni dei capisaldi del nostro sistema sanitario, cioè equità e universalità; un rischio che può intaccare, ovviamente, anche la qualità dei servizi.

Dunque, a fronte della carenza di risorse pubbliche diventa doveroso (ma anche etico) chiedere a chi può di sostenere alcune esigenze sociali e sanitarie dei meno abbienti; ciò equivale a determinare che l'equità di cui si diceva venga affiancata dalla solidarietà. Se nuovi ticket devono proprio essere introdotti essi dovrebbero avere, appunto, il senso della solidarietà e, quindi, una compartecipazione alla spesa sanitaria, ma non per "fare cassa", ma piuttosto ispirata da criteri di giustizia sociale.

Criteri che devono prevedere alcune salvaguardie per coloro che portano addosso una patologia cronica e che per questo sono costretti a ricorrere con continuità a prestazioni sanitarie più o meno costose.

Ci sono spazi per intervenire in una questione sempre attuale: cioè quella dell'appropriatezza, una situazione che va affrontata alla radice anche con un cambio di mentalità. Il pensiero corre ai tanti ricoveri inappropriati o a indagini complesse (quando basterebbero esami più semplici) con il risultato di determinare disorganizzazione, allungare le liste d'attesa, appesantire la spesa incidendo negativamente sulla risposta e la qualità dell'offerta sanitaria.

Potrebbe allora l'introduzione di ticket rappresentare un deterrente per evitare, o ridurre tale costume, le cui ricadute danneggiano chi effettivamente ha necessità? Razionalizzare la spesa rappresenta, comunque, la via maestra e scalare tutto quello che può determinare economie per mantenere e non intaccare gli attuali livelli di assistenza.

(Continua da pagina 4)

per far fronte gli impegni contrattuali con l'Amministrazione Ospedaliera relativi al Progetto Team. Una scelta che ha permesso di coprire la perdita del 2011 a causa della citata contrazione delle liberalità. Le prospettive per il 2012 non prevedono uno sbilancio poiché abbiamo certezza di ottenere diverse liberalità che vanno ad aggiungersi ad una parte delle risorse che attingeremo dai 30 mila complessivi resi disponibili dalla Fondazione Cariplo.

Le previsioni per il 2012 dal punto di vista finanziario trovano un "appesantimento" per le Convenzioni con l'Ospedale: infatti, i clinici a nostro carico aumentano di due unità, e precisamente per una Cardiologa, la dr.ssa S. Gramenzi e una Diabetologa, la dr.ssa Menicatti: due brave professioniste che presteranno servizio esclusivamente per i pazienti in carico al nostro Centro. L'importo complessivo per il sostegno al Team Diabetologico sale a 42.000,00 euro con la prospettiva di arrivare a 48.000,00 mila. Per il resto le voci del 2012 differiscono di poco dal consuntivo del 2011.

## INSIEME IN GRUPPO: PERCHÈ? Il supporto psicologico nell'ambito del Team

Nel contesto multidisciplinare del Team Diabetologico Allargato procede con assiduità lo spazio dedicato alla consulenza psicologica, di frequente proposta alle persone (o da esse stesse richiesta) per fare fronte a momenti di difficoltà. In tale ambito continua, ormai da otto anni, il lavoro con il gruppo di sostegno psicologico, quale strumento valido per affrontare i vissuti collegati alla diagnosi di diabete (ma anche per altre forme di difficoltà) nella quotidianità o nelle relazioni interpersonali.

### Ma perché il gruppo?

Quante volte affrontare un momento di disagio o difficoltà, tanto sul piano fisico, quanto su quello emotivo, può farci sentire soli, cioè "a secco" di risorse ed energie? Spesso, in queste situazioni, si provano sentimenti che impediscono di chiedere aiuto: il senso di vergogna, di isolamento, la paura di essere giudicati e criticati, il timore che nessun'altro possa comprendere il nostro disagio. Eppure, in quanto persone, cresciamo e ci evolviamo *sempre* in relazione con altri. Perché, dunque, rimanere soli proprio nei momenti in cui avremmo bisogno di maggiore supporto? Un gruppo coeso e che lavora su tematiche importanti è un "contenitore" solido dove, un po' per volta, ci si può inserire ed aprire con fiducia, cercando insieme delle soluzioni.

Poter sentire come i disagi e le preoccupazioni che percepiamo solo nostri siano in realtà presenti anche in altri membri del gruppo è fonte di un primo e intenso sollievo: « non sono l'unico! »

Il gruppo, poi, permette la condivisione della propria esperienza e delle strategie utilizzate per fare fronte alle situazioni di difficoltà. Esso è una fonte importante di informazioni, che arrivano dall'esperienza diretta di chi si

trova in una situazione simile alla propria e, quindi, si sente più vicino a sé. Nel gruppo si scambiano consigli, informazioni, timori e possibili soluzioni.

Un altro aspetto centrale del supporto psicologico in gruppo va ricercato proprio nella sua organizzazione: il "gruppo aperto" è un circuito in cui si succedono persone che si trovano in momenti diversi della loro esperienza. C'è chi è "nuovo" e chi "ci è già passato": vedere la propria situazione "in prospettiva" infonde speranza, aiuta a comprendere che è possibile trovare un adattamento a situazioni davanti alle quali, spesso, ci si sente impotenti. Non da ultimo, poi, il gruppo è uno strumento importante per aumentare la conoscenza di sé e prendere consapevolezza delle proprie potenzialità e limiti. Immaginiamo, dunque, una sorta di "stanza degli specchi" nella quale ci è consentito vedere la nostra immagine in modi nuovi ed inediti; uno status che non ci fa sentire giudicati o criticati, anzi ci permette di affrontare al meglio le situazioni se vissuti nell'ottica di un sostegno reciproco.

Perché il gruppo possa funzionare al meglio, tuttavia, è indispensabile una oculata valutazione dei nuovi inserimenti: è il momento giusto per la persona? Si tratta dello strumento che, in quel momento, può essere più costruttivo? Ed ancora: è il momento giusto per il gruppo? Domande su cui riflettere insieme per dare voce alle proprie esigenze e poter dare loro la migliore delle risposte possibili. La condivisione, il sostegno, la speranza, una migliore conoscenza di sé: nasce insomma la sensazione che, in gruppo, *sia possibile*.

Dr.ssa Giulia Bozzola  
Psicologa dell'Associazione A.D.

## Le responsabilità nella cura della gestione del diabete Il ruolo del medico e quello del paziente

Il diabete è una patologia autogestita e la responsabilità di tale autogestione appartiene al paziente.

Da questo assunto discende che la persona che porta detta patologia deve sviluppare un approccio all'*empowerment*, cioè maturare una serie di conoscenze e aumentare la consapevolezza e la capacità di essere responsabile del proprio processo di cura. L'Associazione Amici del Diabetico, che sin dalla sua costituzione ha dedicato ampio spazio all'educazione terapeutica tradizionale, ha virato decisamente verso l'*empowerment* del paziente aprendo ad iniziative che associavano, nel contempo, conoscenza e responsabilità e, soprattutto autonomia gestionale della patologia. Sono iniziate così le esperienze dei soggiorni residenziali educativi, con l'organizzazione di Seminari a cadenza mensile sui principali temi che riguardano la patologia diabetica, l'orientamento verso l'autocontrollo, i progetti sull'alimentazione, le lezioni sulla conta dei carboidrati, e così via. Questa la nostra conversione maturata soprattutto negli ultimi anni dell'attività sociale, è entrata a far parte stabilmente della nostra cultura e della nostra *mission*.

Tuttavia, spesso ci chiediamo quanto la classe medica abbia maturato la concezione che uno degli obiettivi primari nell'assistenza alle persone con diabete è quello di consentire alle stesse di sviluppare una buona autonomia nella gestione della propria condizione, insegnando loro alcune tecniche e fornendo i necessari strumenti che possano essere di aiuto ad assumersi questa responsabilità. Infatti, l'educazione terapeutica è condizione imprescindibile nel percorso di autonomizzazione del paziente con patologia cronica e fa parte degli obiettivi di cura. In campo diabetologico è necessario possedere conoscenze e attitudini per un approccio bio-psicologico e non solo bio-medico.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito "l'educazione terapeutica" un processo formativo che deve rendere i pazienti capaci di acquisire e mantenere le capacità che permettano poi di gestire nel modo migliore la loro vita con la malattia. L'educazione è, pertanto, un processo continuo direttamente integrato nella cura. È disegnato per aiutare i pazienti e i loro familiari a comprendere la malattia e il trattamento, a cooperare con gli operatori sanitari, a vivere in salute e a mantenere e migliorare la qualità di vita. Tutto ciò richiede che l'educazione terapeutica venga somministrata da operatori sanitari preparati e addestrati. La cultura che privilegia tale approccio rappresenta sicuramente una sfida rispetto alla cultura tradizionale. Gli stessi *standard* italiani per la cura del diabete approdano alla medesima posizione nella convinzione che, al contrario, il solo approccio bio-medico espone al rischio di trascurare quello psico-relazionale e, conseguentemente, di perdere l'alleanza con il paziente.

## Diabete: misurare per valutare

**Solo la conoscenza dei dati di farmacoeconomia, correlati ad indicatori di esito, può ottimizzare l'uso delle risorse e la qualità delle performance**

La patologia diabetica continua a mostrare una tendenza in aumento a livello globale tant'è, come è noto, che l'accresciuta prevalenza ha portato L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a definire il diabete e le sue complicanze una vera "epidemia" e, quindi, un problema sanitario per tutti i Paesi per il suo impatto sociale e di sostenibilità economica. Viene calcolato che il costo pro-capite del sistema sanitario per una persona portatrice risulta tre-quattro volte superiore a quella non diabetica. Eppure, l'investimento economico in sanità -di per sé finalizzato alla copertura di prestazioni e farmaci- dovrebbe realizzare un'efficace politica di prevenzione e cura della salute pubblica. Purtroppo, assai di frequente, la disponibilità di sempre nuovi e migliori farmaci e tecnologie più evolute non correlano con un miglioramento atteso della qualità delle cure. Nella pratica quotidiana tale constatazione porta a parlare, nel mondo scientifico e professionale, di **inerzia terapeutica** (o clinica); infatti, la sola conoscenza delle linee guida non è di per sé sufficiente a migliorare gli *outcome* della malattia. Ecco allora la messa in moto da parte dei decisori che governano il sistema delle scelte ad intervenire per innescare nuove procedure che possano abbattere i costi cercando di non penalizzare l'efficacia finale delle cure: un equilibrio difficile da raggiungere anche se non impossibile. Ma da dove partire per ottenere risultati che soddisfino entrambe le due precedenti opzioni? A nostro avviso una puntuale informazione sulle performance mediche e dei vari costi potrebbe consentire una più appropriata efficienza produttiva unitamente ad una maggiore efficienza distributiva del sistema sanitario. Una tale conoscenza è oggi possibile in virtù di banche dati ben organizzate che consentono una puntuale



"tracciabilità" delle informazioni economiche e sanitarie che facciano però riferimento a precisi indicatori predefiniti per una lettura completa della situazione sul piano dei risultati ottenuti. Infatti, una appropriata programmazione sanitaria richiede un monitoraggio continuo in grado di misurare il rapporto di efficacia/efficienza riferito al carico assistenziale dei pazienti e contestualizzato alla complessità delle patologie (soprattutto quelle cro-

niche). Lo scopo ultimo è valutare la qualità dell'assistenza in modo da avvicinare sempre più le probabilità di esiti positivi di salute desiderati alle conoscenze professionali aggiornate. La sfida medica, nel caso del diabete, oltre alla dieta e all'attività fisica, deve includere un uso "combinato" di farmaci (ipoglicemizzanti, ipolipemizzanti, antipertensivi, antiaggreganti, ecc.) tenendo conto che il *goal vincente* è evitare o ridurre l'incidenza delle complicanze croniche del diabete.

L'assistenza ad un paziente con diabete comporta un impegno di risorse per tutta la durata della sua vita, non solo sugli aspetti legati alle complicanze ma anche sul numero degli anni e della qualità di vita guadagnati. Dare risposte congrue a tale situazione può comportare variazioni di costi significativi delle terapie (specie nei casi critici) nonché portare ad un considerevole aumento degli accessi ai Centri e all'impegno multiprofessionale dei Team di diabetologia. Allora, ai fini della verifica della sostenibilità, è importante conoscere e ricavare dagli archivi elettronici i diversi aspetti del costo dell'assistenza del paziente diabetico, nonché il costo



economico che deriva dall'approccio professionale e dalla *compliance* (adesione) del paziente alla cura impostata dal medico. Oggi questa valutazione è resa difficile ed incompleta dalla impossibilità di integrare le varie banche dati esistenti, si pensi a quella dei Medici di Medicina Generale. Il rischio per quest'ultimo, poi, è di essere valutato sul numero delle prescrizioni di farmaci senza una valu-

tazione che una maggior spesa farmaceutica di oggi (per la continuità di cura primaria e secondaria) può servire a maggiori benefici in prospettiva (riduzione di costi per ricoveri, infarti, complicanze). Ma, al di là di ogni considerazione, resta una realtà inconfutabile: conoscere, misurare, confrontare e valutare rappresenta un percorso obbligato se si vogliono abbassare i costi e migliorare la pratica medica.

Riprendiamo e pubblichiamo un articolo apparso sull'ultimo numero della Newsletter dell'Ospedale "Parola di F.B.F."

## UNA SQUADRA DI SPECIALISTI PER VINCERE IL DIABETE

Da alcuni anni è attiva presso la Unità Operativa di Diabetologia del Fatebenefratelli, diretta dal dottor Pietro Rampini, l'esperienza del Team Diabetologico Allargato che vede il paziente al centro di un sistema di cura incentrato su un gruppo di medici specialisti nelle diverse patologie correlate al diabete. Un approccio innovativo che in questi anni si è andato sempre più affinando e allargando a nuovi specialisti dell'ospedale. Il Team **Diabetologico Allargato** del Fatebenefratelli nasce infatti nel segno della interdisciplinarietà, essendo il diabete una patologia multifattoriale che coinvolge l'organismo a 360 gradi: Cardiologo, Nefrologo, chirurgo vascolare, Andrologo, Oculista, Psicologo, Dietista, sono le principali figure inserite in questo programma teso a creare una rete ospedaliera con l'obiettivo di migliorare la qualità di cura del diabetico che in questo modo si sente pienamente seguito e supportato da tutti i punti di vista nell'affrontare la malattia. "I **Nefrologi** del mio reparto sono stati tra i primi ad aver sperimentato questa collaborazione con il Team Diabetologico", dice **Aurelio Limido**, Direttore della U.O. di Nefrologia e Dialisi FBFB, "un rapporto che ultimamente si è potenziato con il coinvolgimento di tre nefrologi che visitano più volte alla settimana, presso il reparto di Diabetologia, i pazienti del Team: sono la dottoressa Loredana Radaelli, il dottor Aldo Castiglione e la dottoressa Carola Fabbri. La nefropatia diabetica è infatti una complicanza frequente nel diabetico e attualmente è la seconda causa, dopo



Il Dott. Aurelio Limido, Primario della Unità Operativa Complessa di Nefrologia

l'ipertensione, di insufficienza renale terminale. Il Team con i suoi diversi specialisti ha proprio il compito di rallentare questa patologia, in modo da evitare, o almeno ritardare, l'eventuale ricorso alla dialisi".

### PIEDE DIABETICO: ARRIVA UN PERCORSO DI RIABILITAZIONE

Una delle complicanze più frequenti della patologia diabetica è il cosiddetto piede diabetico che, a seconda dei casi, richiede un trattamento endovascolare o chirurgico a cui far seguire un percorso di riabilitazione motoria. Da alcune settimane è possibile per i pazienti del Team Diabetologico Allargato del Fatebenefratelli accedere al centro di riabilitazione dell'Ospedale Pio Albergo Trivulzio. La Unità Operativa di Chirurgia Vascolare del Fatebenefratelli, diretta dal dottor Marco Viani, ha infatti stipulato una convenzione con la Struttura Complessa

del Servizio Fisiokinesiterapia e Riabilitazione, diretta dal dottor Pierluigi Rossi del Pio Albergo Trivulzio, per quei pazienti diabetici amputati che richiedono un percorso di



*In primo piano il dr. Viani e la sua "squadra" dei Chirurghi Vascolari* protesizzazione. "È

un servizio in più che offriamo ai pazienti del Team Diabetologico e che completa il percorso terapeutico offerto. Nel reparto di Chirurgia Vascolare eseguiamo annualmente circa 200 procedure di endovascolarizzazione degli arti inferiori di cui il 50% è di pazienti diabetici", dice Viani.

### IL RUOLO DELL'ASSOCIAZIONE AMICI DEL DIABETICO

Chiediamo a Sergio Raffaele, Presidente dell'Associazione "Amici del Diabetico" (A.D.), che da anni opera all'interno del Fatebenefratelli con i suoi Volontari per sostenere e promuovere il Team Diabetologico Allargato, quali risultati sono stati ottenuti in questi anni in termini di prevenzione e cura del diabete. "Sono diversi i risultati ottenuti attraverso l'approccio cooperativistico dei tanti clinici del Team: un Progetto avviato tre anni fa e supportato economicamente (per una parte) dalla nostra Compagine con un ruolo anche di stimolo e di "ponte" tra la Diabetologia e i Reparti coinvolti. Ma, limitandoci alla lettura delle affermazioni dei due Direttori, si ha una traduzione diretta dei vantaggi che ne derivano per i pazienti che soffrono della patologia diabetica. Tutti sanno quanto pesante sia la pratica della dialisi e come si abbassi la qualità della vita di una persona che per tre volte alla settimana deve sottoporsi a tale procedura. Il continuo controllo condotto dai tre Nefrologi richiamati dal dr. Limido si è risolto spesso in una funzione di prevenzione in un percorso clinico strutturato e disegnato dal Diabetologo che può essere letto come la "presa in carico" del paziente. Quanto agli aspetti vascolari i numeri richiamati dal dr. Viani chiariscono l'impegno della sua "squadra" cui l'Associazione guarda con grande rispetto e riconoscenza facendone un punto di riferimento certo: infatti, rivascolarizzare un paziente con gravi lesioni al piede può evitare l'amputazione dell'arto consentendo la ripresa della deambulazione della persona trattata. Un risultato che si commenta da solo! Avremo modo di affrontare i vantaggi derivanti dall'attività degli altri clinici del Team, il cui impegno ha però un unico denominatore finale: "migliorare la qualità di vita" dei paziente (e dei suoi



## Ipoglicemie: perché sono pericolose le discese sotto una certa soglia

Moltissime persone che soffrono di diabete sono particolarmente concentrate a riportare alla normalità i valori alti della glicemia ben consapevoli che, nel tempo, questi potrebbero fare insorgere le ben note complicanze diabetiche. Tuttavia, il maggior problema nella terapia intensiva con insulina è rappresentato da episodi di ipoglicemia che, ricorrentemente, viene identificata con valori glicemici inferiori ai 70 mg/dl. Sotto tale soglia si innestano i “sensori cerebrali” i quali tendono a stimolare la secrezione di ormoni regolatori in corrispondenza dei primi sintomi di allarme di tale stato. Abitualmente i sintomi insorgono con valori glicemici sotto i 60 mg/dl e consistono in tremori, sudorazione fredda, ansietà, irritabilità e fame; una situazione che induce il soggetto a ingerire cibo per “rientrare” nella norma. **Ma perché vanno evitate queste discese che molti studi considerano pericolose?** Prima di tutto la tendenza alla ripetizione di episodi ipoglicemici porta il cervello, nel tempo, ad adattarsi all'ipoglicemia fino a ridurre progressivamente i segnali di allarme (inferiori al 50 mg/dl). Tale incapacità va ormai classificata come una complicanza vera e propria del diabete poiché con la scomparsa di detto meccanismo protettivo la persona si trova esposta al rischio di una marcata neuroglicopenia e, quindi, con gravi conseguenze cerebrali quali la confusione mentale, la cefalea, alcune anomalie

familiari) afferente al Centro Diabetologico fidelizzandoli al nostro Ospedale, passando però dalla piena soddisfazione dello stesso (svolge più visite nello stesso giorno,



Il dr. Pietro Rampini, Direttore Team Diab. con il Presidente A.D., Sergio Raffaele

rivede sempre lo stesso specialista), che produce una sua migliore compliance con minor consumo di presidi; poi, tutte le risultanze degli esami e delle prescrizioni confluiscono in

un'unica cartella clinica. Non ultimo, grazie a questo affiancamento -che si richiama alla logica del curare prendendosi cura con continuità- si realizza un effettivo contenimento della spesa sanitaria. La riconoscenza del Direttivo A.D. va anche al Direttore della U.O.C. di Diabetologia, dr. Rampini, per la generosa abnegazione con cui coordina questo percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale, nonché alla Direzione Ospedaliera che ha assecondato questa *best practice* cui guarda con interesse il “sistema diabete” lombardo e che ha già ottenuto diversi riconoscimenti a più livelli.

Carlotta Pievani

comportamentali, crisi convulsive e situazioni di coma. Studi più recenti hanno fissato l'attenzione sul ruolo dell'ipoglicemia nel provocare eventi cardiovascolari assai pesanti con diverse alterazioni elettrocardiografiche, con rischi di attacchi ischemici transitori e deficit neurologici nonché di disfunzioni cognitive. In definitiva, è proprio necessario porre una assoluta attenzione, soprattutto nel diabete di tipo 2, a terapie ipoglicemizzanti troppo aggressive.

La necessità di prevenire episodi ricorrenti di ipoglicemia riguarda in modo particolare le persone più anziane, specie se hanno alle spalle molti anni di patologia e magari in presenza di disturbi cardiovascolari. In questi casi appare opportuno “accontentarsi” di una emoglobina glicosilata di valori leggermente più alti rispetto alle soglie ritenute ottimali (tra il 6 e il 7%).

### La chetoacidosi

I chetoni si formano nel sangue e passano poi nelle urine quando l'organismo non ha più l'insulina necessaria per utilizzare i carboidrati introdotti con l'alimentazione; vengono allora utilizzati come “carburante” i grassi e le fibre dei muscoli.

I chetoni sono considerati elementi tossici e, quindi, il fisico fa di tutto per espellerli (ciò genera sete e frequente minzione).

La presenza dei chetoni (chetoacidosi) determina sintomi chiari: alito fruttato, sensazione di spossatezza, sete, respiro corto e frequente.

Pertanto, occorre valutare la presenza di chetoni nelle urine ogni qualvolta si notano tali sintomi o, comunque, quando la glicemia supera i 250 gr/dl. Una chetoacidosi molto seria, su valutazione medica, si risolve con una somministrazione di insulina.

### Il glucosio nelle urine

Quando la quantità di glucosio nel sangue è sotto controllo i reni lo filtrano e lo riassorbono riportandolo nel sangue.

Se il glucosio supera la cosiddetta soglia renale, ossia il livello al di sopra del quale il rene non è più in grado di “riassorbirlo” passa direttamente nelle urine provocando la glicosuria.

Il valore standard della soglia renale si aggira intorno ai 180 mg/dl.

La presenza di glucosio rivela, dunque, che il soggetto ha avuto per un certo periodo di tempo valori glicemici elevati alquanto sopra della norma.

## Ridurre il consumo di sale aiuta a prevenire o abbassare la pressione arteriosa

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

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

### Comprendiamone i motivi

Le molecole di sodio (il sale è un composto di cloro e sodio= NaCl) si legano a quelle dell'acqua; più sale si assume e più acqua viene trattenuta nel sangue. Quest'acqua tende ad far alzare, per motivi 'idraulici', la pressione delle arterie. Ma l'aspetto più importante è che l'eccesso di NaCl interferisce con i meccanismi che nel rene regolano la pressione mettendo così in moto il sistema "renina-angiotensina". È paradossale pensare che molte persone ipertese assumono giornalmente vari farmaci per 'disattivare' tale sistema mentre sarebbe di grande aiuto ridurre la quantità di sale spesso somministrato "a pioggia" (a prescindere) a tavola ancor prima di aver assaggiato la pietanza. Secondo le Società Scientifiche rimanere al di sotto di 6 g al giorno rappresenta un buon compromesso per non sacrificare il gusto e la prevenzione dei rischi. Va tenuto conto che il 10% di sale lo si assume naturalmente con molti alimenti e su cui non è il caso di intervenire. Il 30-40% deriva dalla preparazione dei cibi ed è in questo caso che si può intervenire abituando il palato tanto che, dopo poco tempo, esso si adatta fino ad gustare tutti gli sapori ed aromi prima "oscurati" dal sale. È anche opportuno diminuire le volte in cui si consumano formaggi e salumi per via dei grassi e del sale contenuto. Mentre sarebbe il caso che le stesse aziende che lavorano alimenti, come pure gli stessi fornai, riducessero l'aggiunta di sale nella preparazione.

### Alcuni consigli in sintesi

- Sapendo che dopo i primi giorni il gusto si abitua e non avverte più la sensazione dell'insipido, occorre non portare la saliera a tavola
- salare l'acqua della pasta con un piccolo cucchiaino e non con il solito pugno
- evitare di usare il dado per brodo
- non raddoppiare il sale se lo si è già usato in cottura evitando, quindi, nel condimento
- condire verdure e carne con spezie varie
- astenersi dal comprare alimenti con etichette dove si legge la presenza di sale
- portare in tavola di rado salumi e formaggi
- educare la famiglia ad assumere le medesime abitudini.

## In cucina

## Come soddisfare gusto ed equilibrio glicemico

La possibilità di scegliere come componente proteico, alternativamente, il pesce, la carne o il latticini permette di ampliare le proposte culinarie domestiche e, quindi, di rispondere in modo soddisfacente a tutti i gusti e desideri (di chi ha il diabete, ma anche di chi non lo ha).



La dr.ssa G. Volpi, dietista del Team

Quella di rivolgersi ai cosiddetti "piatti unici" può risultare una scelta indovinata in grado di soddisfare il palato, mantenere il necessario equilibrio glicemico, presentare un impatto calorico adeguato e una spesa contenuta. Presentiamo di seguito due ricette per quattro persone che soddisfano queste condizioni, con il consiglio di consumare al termine un piatto di ortaggi.

### Farfalle con ricotta, zucchine e zafferano

Tagliare le zucchine a dadini, metterle in padella con un po' d'olio a farle cuocere. Nel frattempo mettere a bollire l'acqua in un pentola per cuocere la pasta da scolare al dente. Una volta cotte le zucchine unire la ricotta e lo zafferano facendole mantecare nella padella aggiungendo le farfalle.

Calorie: 630 Carboidrati: 60 g – Proteine 29 g – Grassi: 22 g.

### Ingredienti

300 g di farfalle  
300 g di ricotta  
1 bustina di zafferano  
200 g di zucchine  
20 g di olio extravergine  
Sale: quanto basta

### Risotto ai tre cereali, pollo, radicchio e mela verde

Disossare la coscia di pollo tagliandola a straccetti facendoli saltare in padella con poco olio e farina; pulire e lavare il radicchio. Tostare in un tegame il riso e i cereali con olio e cipolla trita sfumandolo con vino bianco; quindi cuocere il riso utilizzando il brodo di pollo e a metà cottura aggiungere il radicchio e gli straccetti. A cottura ultimata aggiungere la mela verde a fettine e servire.

Calorie: 639 Carboidrati: 87g – Proteine 28 g – Grassi: 20 g.

### Ingredienti

320 g di riso integrale + orzo e grano saraceno  
400 g di pollo  
400 g di radicchio rosso  
400 g di mela verde  
40 g di olio extravergine  
Sale: quanto basta

## QUANDO LA SALUTE VIAGGIA SUI SOCIAL NETWORK sempre più frequente la ricerca di informazioni sanitarie sui social media

Lo confermano tutta una serie di indagini: internet è diventata la prima fonte di informazioni sanitarie *online*; tra le informazioni più frequentemente ricercate nella rete prevalgono quelle riguardanti le diverse patologie, i trattamenti, le procedure mediche e, ovviamente, notizie relative a medici, ospedali e strutture sanitarie. Ma la vera novità è che una buona parte degli *internauti* della sanità si è spostata sul cosiddetto Web 2.0 (l'insieme di tutte quelle applicazioni *online* che permettono uno spiccatissimo livello di interazione tra il sito e l'utente (*blog, forum online, chat, YouTube, Facebook, Twitter, Myspace, Google+*), cioè un canale collaborativo –sia pure virtuale– che porta a cercare un confronto e a condividere stati d'animo, a confrontare le proprie preoccupazioni mediante la comunicazione.

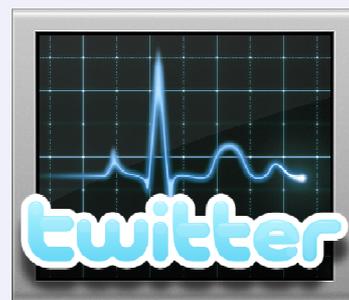


Succede così che un numero sempre maggiore di persone si rivolge a questi strumenti innovativi preferendoli a

quello tradizionale e statico di internet (targato Web 1.0). Ma vediamo quali possono essere i motivi di tale scelta che, a nostro avviso, non riguarda solo un naturale aggancio al nuovo che avanza. Ci sono ragioni sicuramente di tipo sociologico e, prima tra tutte, un sentimento interiore di conoscere le esperienze degli altri intorno alla 'sofferenza' dello stesso disturbo e, quindi, alla volontà di conoscere cosa altri pazienti/persone riferiscono intorno alle stesse problematiche e l'uso di determinati farmaci per curarli. Dunque, scelte che partono dal bisogno di confronto con altri che hanno gli stessi problemi e che, attraverso questi strumenti, riescono spesso a soddisfare la propria legittima curiosità che un tradizionale Web sanitario non riesce più a soddisfare. Anche la classe medica, del resto, ha iniziato a frequentare detti Portali partecipativi che poi, essi stessi, contribuiscono ad alimentare. La condivisione di conoscenze mediche, di casi e di dati clinici nonché di aspetti legali è sempre più necessaria. Altrettanto interessante appare il ricorso a *blog* e a strumenti di social media come *Facebook, Twitter* e *YouTube* anche da parte di siti istituzionali, di associazioni di pazienti e di volontariato. Le potenzialità di tali innovazioni sono molto rilevanti per lanciare campagne di sensibilizzazione e promozione della cultura della salute tra la popolazione. Sicuramente, in un futuro non molto lontano, non è difficile ipotizzare che tutte le strutture sanitarie impiegheranno tali mezzi finalizzati a rendere la comunicazione verso la propria utenza più efficace e funzionale

quello tradizionale e statico di internet (targato Web 1.0). Ma vediamo quali possono essere i motivi di tale scelta che, a nostro avviso, non riguarda solo un naturale aggancio al nuovo che avanza. Ci sono ragioni sicuramente di tipo sociologico e, prima tra tutte, un sentimento interiore di conoscere le esperienze degli altri intorno alla 'sofferenza' dello stesso disturbo e, quindi, alla volontà di conoscere cosa altri pazienti/persone riferiscono intorno alle stesse problematiche e l'uso di determinati farmaci per curarli. Dunque, scelte che partono dal bisogno di confronto con altri che hanno gli stessi problemi e che, attraverso questi strumenti, riescono spesso a soddisfare la propria legittima curiosità che un tradizionale Web sanitario non riesce più a soddisfare. Anche la classe medica, del resto, ha iniziato a frequentare detti Portali partecipativi che poi, essi stessi, contribuiscono ad alimentare. La condivisione di conoscenze mediche, di casi e di dati clinici nonché di aspetti legali è sempre più necessaria. Altrettanto interessante appare il ricorso a *blog* e a strumenti di social media come *Facebook, Twitter* e *YouTube* anche da parte di siti istituzionali, di associazioni di pazienti e di volontariato. Le potenzialità di tali innovazioni sono molto rilevanti per lanciare campagne di sensibilizzazione e promozione della cultura della salute tra la popolazione. Sicuramente, in un futuro non molto lontano, non è difficile ipotizzare che tutte le strutture sanitarie impiegheranno tali mezzi finalizzati a rendere la comunicazione verso la propria utenza più efficace e funzionale

quello tradizionale e statico di internet (targato Web 1.0). Ma vediamo quali possono essere i motivi di tale scelta che, a nostro avviso, non riguarda solo un naturale aggancio al nuovo che avanza. Ci sono ragioni sicuramente di tipo sociologico e, prima tra tutte, un sentimento interiore di conoscere le esperienze degli altri intorno alla 'sofferenza' dello stesso disturbo e, quindi, alla volontà di conoscere cosa altri pazienti/persone riferiscono intorno alle stesse problematiche e l'uso di determinati farmaci per curarli. Dunque, scelte che partono dal bisogno di confronto con altri che hanno gli stessi problemi e che, attraverso questi strumenti, riescono spesso a soddisfare la propria legittima curiosità che un tradizionale Web sanitario non riesce più a soddisfare. Anche la classe medica, del resto, ha iniziato a frequentare detti Portali partecipativi che poi, essi stessi, contribuiscono ad alimentare. La condivisione di conoscenze mediche, di casi e di dati clinici nonché di aspetti legali è sempre più necessaria. Altrettanto interessante appare il ricorso a *blog* e a strumenti di social media come *Facebook, Twitter* e *YouTube* anche da parte di siti istituzionali, di associazioni di pazienti e di volontariato. Le potenzialità di tali innovazioni sono molto rilevanti per lanciare campagne di sensibilizzazione e promozione della cultura della salute tra la popolazione. Sicuramente, in un futuro non molto lontano, non è difficile ipotizzare che tutte le strutture sanitarie impiegheranno tali mezzi finalizzati a rendere la comunicazione verso la propria utenza più efficace e funzionale



### AMICI DEL DIABETICO su Facebook e su Twitter

Di fronte al fenomeno dei *social media* anche l'Associazione Amici del Diabetico, dopo qualche titubanza per l'impegno richiede, ha alla fine deciso di aderire al "nuovo" che avanza individuando in essi un'opportunità per una comunicazione più diffusa e mirata. Così è stata creata nello scorso ottobre la pagina su Facebook e, successivamente, su Twitter. Attraverso questi due strumenti l'Associazione si propone di raggiungere molti più pazienti e cittadini che vogliono raggiungere una maggiore informazione e sensibilizzazione su temi quali la prevenzione, l'adesione a corretti stili di vita, la pratica dell'attività fisica costante, le azioni di contrasto alla obesità, al fumo e all'uso non regolato di alcol.

L'Associazione intende sostenere, soprattutto, le sue attività, i vari interventi di educazione proposti dai clinici formatori e di trovare nuovi Volontari. In definitiva, creare una vera comunità dove poter condividere la propria storia con altri. Le indagini condotte sui visitatori dei *social media* rivelano che sono proprie le persone che soffrono di patologie croniche i soggetti più propensi a stabilire relazioni con coloro che presentano le medesime problematiche.

The screenshot shows the Facebook profile of 'Amici del Diabetico - Milano'. The profile picture is a logo with the text 'Amici del Diabetico' and 'Organizzazione di Volontari'. The cover photo features a blue heart rate line graphic with the word 'twitter' in white. The page has 24 likes and 31 events. The main post is titled 'Camminando sotto le Stelle' and describes a group walk on June 9th. Other posts include a meeting on June 7th and a dinner on May 16th. The page also shows a search bar and navigation options like 'Ti piace' and 'Messaggio'.

## URGE L'UMANIZZAZIONE DEI PRONTO SOCCORSO

La necessità di migliorare la relazione tra pazienti, familiari e operatori

A tutti, nella vita, sarà capitato di trovarsi in una sala d'attesa di un pronto soccorso o di dover accompagnare un parente o un amico per motivi di cure d'urgenza. Un vero e proprio crocevia tra territorio e ospedale dove si concentrano situazioni di dolore, di tensione, di *stress* e di ansia da prestazione. Se ne è parlato molto in questi ultimi tempi determinando forti polemiche, indagini ed inchieste sul loro funzionamento da parte di soggetti istituzionali. Va anche valutato come altre volte questo luogo produce momenti di gratitudine sia per la tempestività sia per l'alta professionalità dei diversi operatori sanitari, ma purtroppo questi casi non fanno notizia.

Non si scopre nulla di nuovo rilevando che una parte negativa nel rapporto territorio-ospedale deriva prima di tutto da una lunga e snervante attesa e, quando finalmente arriva il proprio turno d'intervento, si interrompe qualunque informazione tra quanto accade al paziente e gli accompagnatori in attesa. Dunque, si pongono, da una parte problemi di carattere organizzativo e strutturali con l'identificazione di spazi separati di attesa per i diversi codici di priorità, l'adozione di regole puntuali e palesi per gli accompagnatori, di punti telefonici e postazioni internet; dall'altra parte appare necessario affidarsi a dei "facilitatori" che sappiano tenere un canale di contatto tra i pazienti in attesa e i familiari, definendo, conseguentemente, un progetto di formazione ed impiego degli operatori socio-sanitari ed un protocollo di comunicazione soprattutto in presenza di pazienti pediatrici. Resta sempre il problema di decongestionare il pronto soccorso non sempre adeguati alla domanda che -va detto- si presenta spesso una pensata del cittadino come un passaggio per risparmiare. Verosimilmente andrebbe immaginato un unico Dipartimento per la gestione di una rete organizzativa configurata da una centrale operativa (118) in grado di coordinare il Sistema di emergenza territoriale, da un sistema di emergenza ospedaliera per il governo clinico nella fase di avvicinamento al pronto soccorso di destinazione, quindi il Pronto Soccorso e il Dipartimento. Rimane il discorso del personale (medico e infermiere) cui è richiesta una grande professionalità ma, soprattutto che sia omogeneamente e stabilmente inquadrato nel sistema in modo che possa essere legittimato a svolgere la propria attività in tutte le articolazioni organizzative, funzionali oltre che direttive. Risulta così chiaro che le abilità tecniche del medico devono racchiudere capacità di comunicazione, di relazione e di etica affiancate ad una buona visione organizzativa. Quindi, il suo approccio deve essere globale (non solo organo-specifico) e mirato ad una continua rivalutazione delle condizioni cliniche del paziente.

Subentra poi il discorso delle risorse che possono fare da volano per una stabilizzazione del sistema e decongestio-

nare l'area dell'emergenza; a tal fine è necessario un adeguamento degli organici, delle strutture, degli standard formativi, della retribuzione per i carichi di lavoro e di rischio, il riconoscimento di lavoro "usurante".

**Mentre andiamo in stampa Regione Lombardia ha già adottato alcune delle misure stabilizzanti. Le riporteremo nel prossimo numero con tutte le novità.**

**Il Dipartimento d'emergenza e accettazione, conosciuto come "DEA"**

Si tratta di un Dipartimento dell'ospedale di moderna concezione ed organizzazione, nato dall'evoluzione del semplice pronto soccorso; esso comprende varie unità operative incentrate sulla cura del paziente in area critica. Si può anche sentir parlare di Dipartimento emergenza-urgenza (DEU).

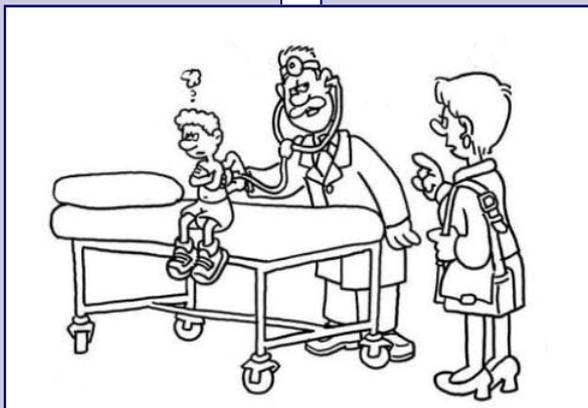
Il DEA è costituito da unità operative omogenee affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

L'obiettivo del DEA è creare un'integrazione funzionale delle divisioni e dei servizi sanitari atti ad affrontare i problemi diagnostico-terapeutici dei pazienti in situazioni di emergenza. È basato su un modello organizzativo multidisciplinare che riunisce in un'unica struttura diversi specialisti.

I DEA sono suddivisi in due livelli in base alle specialità presenti nell'ospedale. Si definisce EAS un Dipartimento d'Emergenza ad alta Specialità, di solito presente negli ospedali di rilevanza nazionale.

**DEA di primo livello** Garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di pronto soccorso anche le funzioni di osservazione e breve degenza, di rianimazione (attraverso spazi appositi, noti come sala rossa) e deve inoltre garantire interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica). Sono inoltre assicurate prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.

**DEA di secondo livello** Oltre alle prestazioni fornite dal DEA I livello, assicura funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la neurochirurgia, la cardiocirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia toracica e la chirurgia vascolare, secondo indicazioni stabilite dalla programmazione regionale. Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati o le unità spinali, ove rientranti nella programmazione regionale, sono collocati nei DEA di II livello





## Intolleranza al glucosio, rischio cardiovascolare e obesità Presentata al Circolo della Stampa la “Copenaghen Roadmap” per la prevenzione, la diagnosi precoce, l’assistenza e il controllo del diabete

Le alterazioni del metabolismo glucidico comprendono, oltre al diabete mellito conclamato - definito secondo le più recenti classificazioni come la presenza di glicemia a digiuno superiore a 126 mg/dl e postprandiale superiore a 200 mg/dl - l'intolleranza al glucosio (glicemia postprandiale fra 140 e 200 mg/dl) e l'iperglicemia a digiuno con valori vicini al 126 mg/dl).

Il diabete mellito rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare; si ritiene, infatti, che la persona con tale disturbo presenta un rischio quasi doppio di andare incontro ad infarto miocardico rispetto al non diabetico e pressochè equivalente a quello di un paziente che ha già avuto un infarto miocardico. Inoltre, il diabete è anche riconosciuto come un importante fattore di rischio per mortalità per tutte le cause e non solo per malattie cardiovascolari. Nel quadro già particolarmente pesante dal punto di vista prognostico, per le persone con diabete sono sempre più numerose le segnalazioni in letteratura che suggeriscono un rischio cardiovascolare associato ad uno stato di alterato metabolismo glucidico, una situazione che le colloca in uno stadio di non diabete conclamato o di cosiddetto prediabete; oggi questi soggetti sono raggruppati nella situazione di **resistenza all'insulina** e, da un punto di vista più strettamente clinico, **nell'intolleranza al glucosio** e **nell'iperglicemia a digiuno**.

Diversi studi recenti hanno infatti evidenziato che queste due condizioni possono, in molti casi, rappresentare uno stadio preclinico del diabete mellito, tant'è che una parte significativa di questi pazienti svilupperà la malattia diabetica conclamata. Ne deriva che è importante e quanto mai opportuno, in presenza di tale situazione, mettere in campo iniziative di prevenzione cardiovascolare per evitare che insieme al diabete si determini il quadro della cosiddetta sindrome metabolica. Tutto ciò porta a concludere che l'attenzione al rischio di patologia cardiovascolare va posta non solo ai pazienti con diabete, ma anche a quelli che presentano una significativa **resistenza all'insulina** con **intolleranza al glucosio** ed **iperglicemia a digiuno**.

### OBESITÀ RISCHIO DI ICTUS

Già in diverse occasioni il Notiziario ha trattato il tema dell'obesità rappresentandolo come uno dei maggiori fattori di rischio cardiovascolare. L'obesità è considerata il disturbo metabolico più diffuso nei paesi industrializzati dell'occidente, mentre il sovrappeso rappresenta ormai un problema a livello globale. Nel nostro

paese si stima che ben un adulto su tre è in sovrappeso mentre gli obesi rappresentano circa il 9%. Cifre che numericamente corrispondono, rispettivamente, a 15 milioni di persone in sovrappeso e circa 4 milioni quelle obese. Gli **indicatori di obesità**, fino pochi anni addietro erano costituiti dalla semplice valutazione del peso corporeo; di recente sono stati invece sostituiti da parametri sempre più precisi ed affidabili, rappresentati ad esempio dall'**indice di massa corporea (BMI, Body Mass Index)**, il rapporto fra peso in chilogrammi ed altezza in metri al quadrato, che consente una più corretta e standardizzata distinzione in quattro categorie secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità: sottopeso (BMI < 18,5) normopeso (BMI 18,5-24,9), eccedenza ponderale

(BMI 25-29,9) ed obesità (BMI ≥ 30). E' certo il fattore di rischio intercorrente tra la malattia cerebrovascolare - rappresentata principalmente da ictus - e tre diversi indicatori di obesità, vale a dire **BMI**, **circonferenza addominale** (ritenuta patologica quando supera i valori di 88 cm nella donna e 102 cm nell'uomo) e il **rapporto circonferenza vita-fianchi**. La situazione descritta dovrebbe indurre, pertanto, ad assumere atteggiamenti di contrasto all'aumento ponderale e le raccomandazioni sono quelle di sempre: adottare una alimentazione sana e bilanciata conducendo uno stile di vita adeguato con il ricorso ad un esercizio fisico costante. Anche i consigli sono quelli di sempre, cambia solo l'intensità e la loro applicazione.

**I CONSIGLI DA SEGUIRE**  
Il controllo del peso corporeo per sconfiggere l'obesità è un impegno che va assunto per sempre e prelude a molti cambiamenti nel condurre la propria esistenza. Infatti, diete veloci possono realizzare benefici a breve termine ma non a lungo termine magari per riprendere il peso appena perso. Va evitato l'errore di preparare da soli una dieta per perdere peso che va invece concordata con professionisti specializzati e preparati (medico e dietista). È tuttavia importante trovare un metodo assegnandosi degli obiettivi realistici senza mai scoraggiarsi. Così l'esercizio fisico

va scelto con cura. Deve apparire piacevole e non rappresentare un "sacrificio". Inoltre va preferita l'attività aerobica continua (camminare, andare in bicicletta, fare jogging, danzare, nuotare, ecc.) per smaltire il grasso in ec-

### I CONSIGLI DA SEGUIRE

Il controllo del peso corporeo per sconfiggere l'obesità è un impegno che va assunto per sempre e prelude a molti cambiamenti nel condurre la propria esistenza. Infatti, diete veloci possono realizzare benefici a breve termine ma non a lungo termine magari per riprendere il peso appena perso. Va evitato l'errore di preparare da soli una dieta per perdere peso che va invece concordata con professionisti specializzati e preparati (medico e dietista). È tuttavia importante trovare un metodo assegnandosi degli obiettivi realistici senza mai scoraggiarsi. Così l'esercizio fisico

va scelto con cura. Deve apparire piacevole e non rappresentare un "sacrificio". Inoltre va preferita l'attività aerobica continua (camminare, andare in bicicletta, fare jogging, danzare, nuotare, ecc.) per smaltire il grasso in ec-

(Continua a pagina 14)



cesso; tale attività aiuta il cuore e i muscoli ad utilizzare l'ossigeno in modo più efficace migliorando il funzionamento dei polmoni e del sistema circolatorio. L'altro aspetto attiene ad una corretta alimentazione; anche in questo caso va ricercata una dieta "guidata" con abitudini sane onde evitare di stancarsi presto arrendendosi. Va ridotta, naturalmente, l'assunzione di grassi preferendo quelli monoinsaturi (come l'olio d'oliva extravergine) che riducono il colesterolo "cattivo" senza abbassare quello "buono". Meglio evitare i grassi di origine animale (burro, lardo, carni grasse, latticini, formaggi e insaccati). Molto consigliato il consumo di pesce (preferendolo a quello delle carni rosse) magari cucinato al forno, a vapore o bollito, così da non aggiungere condimenti. Altrettanto consigliabile è il consumo delle fibre contenute negli alimenti integrali come pane e pasta in quanto aiutano a prevenire la resistenza insulinica soprattutto in chi è già obeso. Ovviamente va limitato il



consumo di cibi ad alto contenuto di calorie (dolci, cibi fritti) a vantaggio di frutta e verdura che danno un senso di sazietà. Ci sono poi alcuni buoni espedienti da seguire: per esempio fare la spesa facendo la lista del necessario, leggendo le etichette per scegliere gli alimenti con meno calorie e meno sale. Opportuno usare piatti di formato più ridotto, mangiare più lentamente, usare pasta che fa volume (gli spaghetti si ammassano), fare spuntino con una carota o un frutto, al ristorante scegliere piatti semplici e non elaborati. Cosa si può controllare per ridurre i fattori di rischio: il fumo, la vita sedentaria, l'alcol, lo stress. Quelli che non si possono controllare: la storia familiare, l'età, particolari malattie.

La Copenaghen Roadmap: "Agire oggi per cambiare il domani" è promosso dall'OCSE con il contributo non condizionato di Novo Nordisk nell'ambito del Progetto *Changing Diabetes*. Maggiori particolari nel prossimo numero del Notiziario.

## I personaggi del meeting di ringraziamento al Team Diabetologico



## “IL MOVIMENTO È VITA”

Un progetto della Sardegna  
contro obesità e diabete

Un interessante progetto sperimentale contro l'obesità e diabete per i ragazzi di prima media è stato messo a punto dall'Assessorato alla Sanità della Regione Sardegna. Si chiama “*Movimento è vita*” e prevede tre ore in più di educazione fisica a scuola e due anni di attività strutturata. Con tale iniziativa s'intende sensibilizzare una larga parte dell'opinione pubblica sarda, adulta e giovanissimi, sull'importanza che una pratica di costante attività fisica e di una sana alimentazione possa notevolmente contribuire ad abbassare il pericolo dell'insorgenza di obesità, sovrappeso ed evitare/ritardare l'esordio di gravi patologie come il diabete e disturbi cardiovascolari. Nel Progetto sono stati volutamente coinvolti direttamente i bambini curiosi di conoscere i giusti equilibri tra carboidrati, proteine e zuccheri.

Nel dettaglio, il progetto, che si avvale della collaborazione del Coni, di enti di promozione sportiva, di società e federazioni sportive, degli enti locali (Comuni e Province), è articolato in due fasi principali, una rivolta alla popolazione prediabetica, in sovrappeso e obesa, l'altra agli scolari.

Per la prima parte del piano, il progetto prevede un intervento su un campione di soggetti (tra i 600 e i 900) su base volontaria in un Centro Endocrino-metabolico. Il Piano è articolato in 2 anni di attività fisica strutturata da svolgersi tre volte la settimana per tutto l'anno, prescritto dallo specialista in Medicina dello sport della Asl ed eseguito da laureati in Scienze motorie. L'intervento sarà realizzato attraverso l'istituzione di una *equipe* di medicina dello sport composta dal medico dello sport, dal diabetologo-endocrinologo, dall'igienista e o nutrizionista, dal laureato in scienze motorie e dallo psicologo. L'obiettivo è trasmettere ai soggetti selezionati (diabetici, obesi, sovrappeso) le abilità, le competenze e le capacità per svolgere e fare svolgere un'attività fisica consona al recupero delle funzioni cardiometaboliche, articolari e motorie per ridurre la progressione dell'alterazione metabolica e dell'incremento ponderale e migliorare la qualità della vita.

L'altra parte de “Il movimento è vita”, inserito nel Piano regionale di Prevenzione 2010-2012, è esteso a tutto il territorio regionale e mira a incrementare il livello di attività fisica nella popolazione scolastica per almeno altre 3 ore settimanali, oltre alle due ore curricolari già previste. Obiettivo primario è aumentare la capacità del sistema scolastico di utilizzare l'esercizio fisico a fini preventivi dell'obesità e del sovrappeso e come esempio di stile di vita salutare.

Il Progetto di intervento parte dalla scuola attraverso la formazione degli insegnanti che avranno poi il compito di educare, anche culturalmente, i giovani all'importanza della pratica dell'attività fisica. L'intervento sarà realizzato attraverso la collaborazione di un'equipe di Medicina dello sport formata, oltre che dal medico dello sport, anche dal nutrizionista e dallo psicologo.

La formazione degli insegnanti di educazione fisica sarà

## LA MUTUALITÀ PER SALVAGUARDARE LE CURE DOPO GLI ULTIMI TAGLI

Le sempre maggiori difficoltà del Servizio Sanitario stanno mettendo in discussione l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che, come noto, è ancorata alla compatibilità economica del sistema.

Tuttavia, come organismo di volontariato, chiamato a difendere il diritto alla salute dei più fragili, riteniamo che l'attuale congiuntura economica non possa e non debba 'sovertire' il principio dell'universalità dell'accesso alle cure.

Siamo altresì convinti che la continua insistenza al risparmio e all'efficienza non possa essere solo una regola se, nel medesimo tempo, non si attiva una effettiva lotta agli sprechi o allocazione corretta dei costi.

Tutto questo mentre ci troviamo di fronte ad un invecchiamento progressivo della popolazione, ad una innovazione tecnologica inarrestabile, alla maggiore diffusione delle patologie croniche degenerative; situazioni che indurranno sempre maggiori costi tanto da mettere in forse la sostenibilità del sistema in un futuro non lontano, forse "domani". Il ricorso continuo ad una "compartecipazione" alla spesa sanitaria attraverso l'introduzione di nuovi ticket (o l'appesantimento di quelli già esistenti) rischia di minare l'equità di accesso alle prestazioni specialistiche diagnostiche ambulatoriali, alle prestazioni di pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, nonché alla sopportabilità del prezzo dei farmaci.

Basti pensare a quanto avvenuto in Danimarca che ha introdotto una tassa sui cibi grassi o sulle bevande ricche di zuccheri o quanto praticato in Francia che chiede il pagamento, per il ricovero ospedaliero, di 16 euro giornalieri per abbattere i costi di vitto e alloggio. Insomma, una sorta di politica calmieratrice per abbassare l'eccesso della domanda ma soprattutto per aumentare le entrate del Fondo sanitario.

Dopo queste premesse il pensiero corre naturalmente a forme alternative di accesso alle cure puntando sull'adesione dei cittadini alla mutualità del territorio, ai fondi integrativi degli enti locali o ai fondi sanitari e socio-sanitari integrativi esistenti che, sostanzialmente risultano sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale e sono orientati principalmente verso gli interventi specialistici e dell'odontoiatria.

L'implementazione di queste forme potrebbe delineare un diverso scenario del sistema, dove la salute dovrebbe mantenere la sua cornice universalistica con il coinvolgimento del settore pubblico, del privato, del privato sociale e gli stessi cittadini.

Una buona riforma della mutualità andrebbe a realizzare una migliore *governance*, orientando risorse e obiettivi verso una maggiore efficienza, ad una copertura qualitativa sul territorio capace di coniugare i diritti con la responsabilità (individuali e collettive) con il fine comune di tutelare la salute.

compito degli specialisti in medicina dello sport e nutrizione e sarà effettuata attraverso corsi e/o seminari. Gli insegnanti di educazione fisica e/o i laureati in scienze motorie prepareranno idonei programmi di attività motoria da svolgere all'interno della scuola.

Un'esperienza veramente positiva che meriterebbe di essere replicata anche nelle cosiddette “Regioni più avanzate”.

## DONARE: Le agevolazioni fiscali per privati

L'Associazione **"Amici del Diabetico" (A.D.)** è una O.N.L.U.S. (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale), ISCRITTA AL Registro Regionale delle Organizzazioni di Volontariato della Lombardia – Sez Provinciale

### INFORMAZIONI SULLE AGEVOLAZIONI FISCALI PER I DONATORI

È possibile scegliere se **dedurre** o **detrarre** l'importo delle donazioni.

Ci sono tre possibilità:

1. in base alla normativa D.P.R. 917/86 si può scegliere di **detrarre** dall'imposta lorda il 19% dell'importo donato, fino ad un massimo di 2.065.83 euro (le **detrazioni** sono le somme che, una volta calcolate le imposte da pagare, si possono sottrarre da queste, in modo da pagare meno);
2. in base alla normativa D.P.R. 917/86 si può scegliere di **dedurre** dal proprio reddito le donazioni per un importo non superiore al 2% del reddito complessivo dichiarato (le **deduzioni** sono le somme che si possono sottrarre da reddito su cui poi si calcolano le imposte);
3. in base al D.L. 35/2005 si possono dedurre da proprio reddito le donazioni, in denaro e in natura, per un importo non superiore al 10% del reddito complessivo dichiarato e, comunque, nella misura massima di 70.000 euro annui.

### DA RICORDARE:

1. Le agevolazioni fiscali **non sono cumulabili** tra loro;
2. è preferibile rivolgersi al proprio consulente di fiducia per scegliere la formula più adatta alle proprie esigenze;
3. è opportuno conservare la ricevuta, postale o bancaria della donazione;
4. per donazioni tramite domiciliazione bancaria/postale carta di credito, bonifico e assegno l'estratto ha valore di ricevuta.

## SOTTOSCRIZIONE PER A.D.

### COME DONARE PER I PRIVATI

I nostri Progetti di crescita possono essere sostenuti attraverso:

#### IN BANCA

- **Bonifico bancario intestato a:**  
"Amici del Diabetico" (A.D.)  
COD. IBAN: IT85K0504801794000000034119  
Banca Industria & Commercio  
Sportello dell' Ospedale Fatebenefratelli  
Corso di Porta Nuova, 23—2012 Milano
- **Assegnobancario**

#### IN POSTA

Conto corrente postale intestato a:  
"Amici del Diabetico"  
Cod. IBAN ITQ18J07601016000000**43489202**

#### PER IL 5 PER MILLE

Inserire il n. di  
codice fiscale **97226520159**  
nella Sezione ONLUS e Volontariato  
e apponendo la propria firma



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. 43489202  
[info@amicideldiabetico.org](mailto:info@amicideldiabetico.org)  
[www.amicideldiabetico.org](http://www.amicideldiabetico.org)  
Facebook: amici del diabetico  
Twitter: @amicidiabetico

### A.D. Informa

NOTIZIARIO  
DELL'ORGANIZZAZIONE  
DI VOLONTARIATO

"AMICI DEL DIABETICO"

Corso di Porta Nuova, 23  
20121 Milano

Direttore responsabile

**Antonio Velluto**

Proprietario ed Editore

"Amici del Diabetico"

#### Redazione

Carlotta Peviani  
Marilena Ferioli  
Sergio Raffaele  
Filippo Mauri  
Mario De Palma

#### Stampa

Service Point  
Via Venosa, 4  
20137 Milano

Elaborazione grafica

**Giovanni Volpi**

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