



Diabaino News

Anno IV - numero 1-2

Gennaio - Giugno 2007

Tariffa a regime libero- Poste italiane spedizione in A. P. 70%
Autorizzazione DCB/RC/113/2005 valida dal 29/07/2005

Fiorisce la speranza

(web image)



In diretta dal Giro...

il direttore Nino Minoli



Fiorisce la speranza

“Respiriamo l’aria e viviamo aspettando Primavera. Siamo come fiori prima di vedere il sole a Primavera” (Marina Rei)

Obiettivo su...

- 3 In diretta dal Giro**
- 4 Dieta e attività**
- 6 Miracolo al Best Western**
- 11 L’anno sociale**
- 17 Alimentazione**
- 19 L’autocontrollo**
- 23 Diabaino a Valdarno**

Le Rubriche di Diabaino News

- 5 L’angolo della risata**
- 9 Prendiamolo per la gola**
- 10 L’universo delle Star**
- 14 Notizie dal mondo**
- 22 Legge e diritti**
- 24 International Journal of Metabolism**

Sostieni la Diabaino

8



Da MacDonalD’s...

20



Diabaino News

Periodico specializzato edito dall’associazione FAND CALABRIA Diabaino vip-vip dello Stretto
Aut. Trib. Di Reggio Calabria n°9 del 19/12 /2003

Direttore responsabile
Antonino Minoliti

Redazione
Mariantonella Ferraro, Maria Cristina Scullino, Gabriella Violi, Pasquale Zumbo

Collaboratori
Mariella Fusaro, Maria Marciànò

Redazione scientifica
Mariantonella Ferraro, Eros Barantani, Alessio Rosato, Gabriella Violi, Giuseppe Pipicelli, Alberto Salvadori, Leonardo Pentivolpe, Luigia Milano

Progetto grafico
M. Cristina Scullino, Pasquale Zumbo

Stampa
Officina Grafica srl - via Matteotti 4 - Villa S. Giovanni

In diretta dal Giro, metafora della vita

Cari amici,

Rieccomi dopo qualche numero di assenza. Vi scrivo dal Giro d'Italia che, come ricorderete, due anni fa partì proprio da Reggio Calabria. Anche questa volta si da un mare bellissimo: la "corsa rosa" - come viene definita nel gergo ciclistico - ha preso il via dalla Sardegna, arcipelago della Maddalena. Così il presente s'intreccia ai ricordi della bella esperienza calabrese, quando anche la nostra Diabaino prese spunto dall'arrivo del Giro per diffondere il proprio messaggio.

Quest'anno il Giro d'Italia non è partito sotto i migliori auspici. Immagino che anche a chi non segue assiduamente il ciclismo siano giunte le notizie dei gravi problemi che attanagliano questo sport meraviglioso e che, a pochi giorni dalla corsa, hanno messo fuori gioco corridori molto popolari, tra cui il vincitore dell'ultima edizione Ivan Basso. Però questa manifestazione ha una forza intrinseca straordinaria: anche

(web image)



nei momenti più difficili - e non ne sono mancati anche in passato - ha saputo trovare la forza per risollevarsi e ripartire, facendo leva sull'amore della gente, che aspetta questo appuntamento di maggio come qualcosa di irrinunciabile. Sono convinto, perciò, che troverà la forza la strada per sucire dal tunnel.

Tante volte mi sono domandato, durante gli oltre 20 anni trascorsi al seguito di questa festa viaggiante, come mai il Giro sia tanto

tutti i giorni ci sono montagne da scalare, crisi da superare, fatiche che sembrano insopportabili e che tuttavia bisogna portarsi appresso. Così come ci sono i momenti lieti, la felicità di un obiettivo centrato, la gioia per un progetto andato a buon fine. Nel racconto di un Giro, fatto di salite e di discese, di noiose tappe di pianura e di avvincenti volate, di calcoli e di gesti di coraggio, c'è tutto sommato l'estrema sintesi di quello che ognuno di noi quotidianamente deve affrontare, cercando di non smarrirsi. Poi ci sono gli eroi in bicicletta - i campioni, sperando che siano sempre senza macchia - e quelli di tutti i giorni, che non hanno i riflettori puntati addosso ma devono pure loro arrivare a un traguardo, che sarà magari meno eclatante, ma non per questo meno importante. E per tutti, famosi e non, laggiù c'è il sogno di una maglia rosa da conquistare: buon Giro e un abbraccio a tutti dal vostro amico "direttore".

Nino Minoliti



(web image)

a m a t o
d a g l i
i t a l i a n i .
S o n o
g i u n t o a
u n a c o n c l u s i o n e :
u n a g a r a
a t a p p e
r i a s s u m e
i l
s e n s o
d e l l a v i t a
d i c i a s c u n o d i
n o i .
A n c h e
n e l l ' e s i -
s t e n z a d i

La Dieta e l'attività motoria nella gestione del diabete

di Giuseppe Picicelli*



La Terapia Nutrizionale Medica (TNM) per il Diabete richiede l'applicazione di principi nutrizionali, medici e comportamentali ed è parte integrante della terapia del Diabete influenzando positivamente la qualità della vita del paziente diabetico.

Fondamentale quindi la conoscenza, da parte del team diabetologico, dei principi nutritivi e della metodologia di approccio nutrizionale, dall'anamnesi alimentare alla raccolta delle abitudini alimentari del paziente fino alla elaborazione della dieta che deve essere integrata con consigli di educazione alimentare importanti quanto la dieta stessa. La TNM include:

- valutazione dei comportamenti nutrizionali medici e sociali
- elaborazione di un programma nutrizionale basato sui normali comportamenti alimentari
- elaborazione di un programma di autocontrollo della malattia diabetica
- valutazione dei risultati della terapia.

Obiettivi clinici e consigli

- Ottenere e mantenere livelli di glicemia quanto più pos-

legate alla nutrizione

- Migliorare o mantenere lo stato di salute generale grazie ad una nutrizione ottimale.

Raccomandazioni

Calorie

Sufficienti a ottenere e/o mantenere un appropriato peso corporeo negli adulti, una normale crescita nei bambini e un adeguato apporto in gravidanza.

Proteine

10 - 20% delle calorie giornaliere (0,8 - 1,2 g/kg/die). Ridurre in caso di nefropatia diabetica (non meno di 0,7 g/kg/die).

Grassi

Individualizzati in base alla valutazione dello stato nutrizionale e agli obiettivi terapeutici. Grassi saturi < 10% delle calorie giornaliere. Grassi poliinsaturi fino al 10% delle calorie. Preferenza ai grassi monoinsaturi.

Colesterolo

< 300 mg/die.

Carboidrati

Individualizzati in base alle abitudini alimentari del paziente e allo stato nutrizionale. La percentuale e la distribuzione variano in base

sibile vicini alla norma

- Ottenere livelli di lipidemia ottimali
- Garantire un adeguato apporto calorico
- Prevenire, ritardare o trattare fattori di rischio o complicanze

alla terapia, intorno al 50-55% delle calorie totali.

Dolcificanti

Il saccarosio non deve superare il 5% delle calorie totali e comunque ne è consigliabile l'uso nel contesto di pasti misti. Preferire l'uso dei dolcificanti senza valore nutritivo (approvati dalla FDA) che non comportano nessun rischio per il paziente.

Fibre

25-30 g/1000 Kcal

Sodio

< 3000 mg/die come in popolazione generale
< 2400 mg/die se ipertensione lieve e moderata
< 2000 mg/die se nefropatia, ipertensione, edemi.

Alcolici

uso moderato se il diabete è ben controllato.

Vitamine/Minerali

come per la popolazione generale.

Strategie e terapia nutrizionale

Grado 1

Piano immediato

Si basa su una valutazione minima e viene iniziato immediatamente. E' utile quando non c'è tempo per una valutazione approfondita

Grado 2

Piano per obiettivi a breve termine

Si basa su obiettivi raggiungibili a breve termine e condiviso dal dietista e dal paziente

Grado 3

Piano realistico

Include le massime variazioni che il paziente è in grado di effettuare

La Dieta e l'attività motoria nella gestione **del diabete**

Piano ottimale

Rappresenta il piano nutrizionale ideale che coincide perfettamente con le abitudini alimentari, lo stile di vita e le esigenze mediche del paziente

Qualsiasi piano deve comunque ottemperare ai seguenti obiettivi:
Diabetici tipo 1 maggiore attenzione alla costanza di apporto di alimenti specie carboidrati;
Diabetici tipo 2 (spesso in sovrappeso) calo ponderale del 5 - 10 % del peso iniziale per ottenere miglioramento del controllo metabolico.

La TNM nel diabetico di tipo 1

Alla diagnosi presenta consistente calo ponderale poliuria e poliipsia.

Strategia

- Tenere conto del fabbisogno alimentare per ripristinare la condizione di normopeso
- Ripristinare il bilancio idrico
- Valutare lo stato nutrizionale
- Valutare le abitudini ali-

mentari precedenti la comparsa del diabete

- Trattandosi spesso di individui molto giovani, coinvolgere nel percorso nutrizionale i genitori con adeguato intervento educativo alimentare

- Valutare l'ambiente socioeconomico in cui il paziente vive

Costanza

maggiore attenzione all'adeguare l'assunzione di alimenti alla dose di insulina e all'attività fisica con variazione dell'apporto alimentare a seguito di variazione del regime insulinico con il fine di mantenere il normopeso e l'euglicemia.

La TNM nel diabetico di tipo 2

Sono spesso pazienti obesi per cui è fondamentale la gestione del peso corporeo.

La maggior parte dei diabetici tipo 2 è obesa e viene incoraggiata a perdere peso nell'ottica del controllo metabolico ottimale non solo del diabete ma anche delle dislipidemie e della pressione arteriosa fino ad ottenere una

riduzione di peso pari al 5 - 10 % del peso iniziale.

Intervallo tra i pasti

Una maggiore suddivisione degli alimenti nella giornata ottenuta con un frazionamento dei pasti migliora la gestione del diabete e delle patologie frequentemente correlate come le dislipidemie, l'ipertensione arteriosa e la sindrome metabolica.

Conclusioni

L'intervento di tipo nutrizionale determina una riduzione dei costi di assistenza sanitaria e miglioramento del controllo metabolico del diabete mellito.

Tutti i Servizi di Diabetologia debbono essere in grado di fornire una corretta e completa TNM a tutti i pazienti diabetici in quanto la TNM è parte integrante della terapia del diabete.

***Direttore U.O.C.
Diabetologia e Dietologia
Territoriale
A.S.n.7 - Catanzaro**

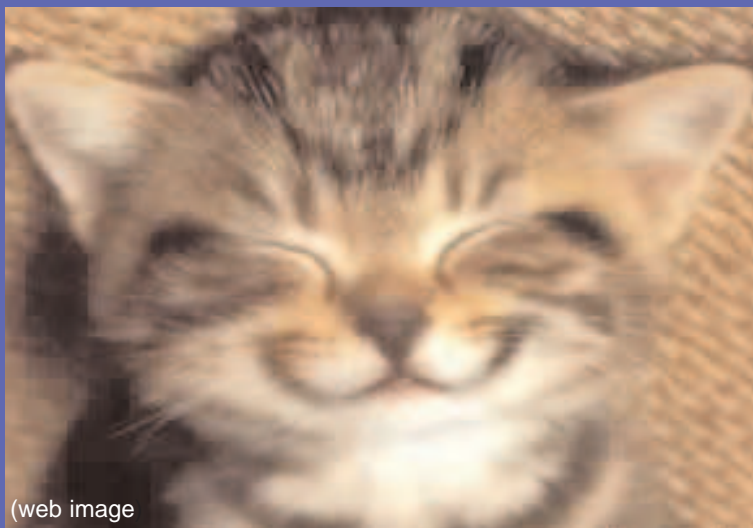
L'angolo della risata

Il colmo per un ex-partigiano diabetico?

Avere problemi di insulino....resistenza!

Il colmo per un marinaio diabetico:

dover evitare i vini, soprattutto....il porto!



(web image)

Miracolo al Best Western



Grazie a un incontro casuale, una famiglia passa da un modello di gestione del diabete rigido, normativo e basato su una scarsa fiducia a un modello in cui ai genitori vengono assegnate le conoscenze, le responsabilità ma anche il supporto necessario per riprendere a vivere una vita normale anzi, di più.

Il Best Western Hotel de la Ville è un bell'albergo: ospita convegni e la hall è piena di uomini d'affari con valigetta 24 ore e telefonino incollato all'orecchio. Insomma non sembrerebbe il 'set' ideale per un piccolo miracolo. Eppure, scherzando appena appena, in questo modo i genitori di Giorgia definiscono un incontro casuale e estremamente improbabile che ha cambiato la vita loro e della loro bambina. "Ci trovavamo in quell'albergo per un pranzo e - come avveniva ogni volta che eravamo al ristorante insieme, chiesi a un cameriere alcune variazioni al menu per mia figlia", racconta la mamma di Giorgia, "dissi: "Sa ha il diabete e non può assolutamente mangiare questo e quello"". Invece di assumere la solita espressione di circostanza, il cameriere rispose con un aperto sorriso. "Stavo per rispondergli piccata che c'era poco da ridere", ricorda Valentina, ex giocatrice professionista di pallacanestro, "quando il cameriere che era giovanissimo, nemmeno 18 anni, mi rispose. "Lei mi sembra mia mamma. Sa, anche io ho il diabete, ma non è affatto necessario evitare i carboidrati, è tutta questione di avere qualche cono-

scenza"".

Salutandosi il cameriere diede alla mamma di Giorgia il numero di telefono della sua diabetologa. Sembrava la fine della storia perché i genitori di Giorgia rimasero comunque fedeli al diabetologo dell'ospedale che dopo un bruttissimo esordio in una grave situazione di chetoacidosi, aveva scoperto, dopo molte diagnosi errate da parte di varie istituzioni, che Giorgia aveva il diabete e l'aveva 'tirata fuori' da una chetoacidosi molto seria. Un bravo medico che, forse a causa della concitata situazione all'esordio, non aveva ritenuto opportuno creare un rapporto di fiducia e responsabilizzazione dei genitori. Dopo l'esordio la famiglia doveva seguire un insieme di regole molto rigide. Cosa non facile con una bambina che allora aveva appena tre anni. "Era come se un terremoto si fosse abbattuto sulla nostra casa", riassume la mamma di Giorgia, "i ritmi di vita di tutti erano assoggettati agli orari inflessibili dei controlli e delle iniezioni. Non era più possibile per me fare altro che stare dietro a Giorgia, non si poteva mandarla all'asilo, gli amici e i parenti si sentivano a disagio con questa



(Foto web)

bimba che non poteva mangiare quasi nulla".

Il numero di telefono lasciato da Antonio il cameriere dell'albergo, rimase in un cassetto fino a una notte in cui per sbaglio la mamma iniettò a Giorgia un'insulina rapida invece che una lenta. "Eravamo terrorizzati, avevamo paura che morisse, oppure che si sarebbe salvata ma che il dottore ci avrebbe portato via la bambina perché ci eravamo dimostrati incapaci di gestirla", ricorda il papà di Giorgia. Era notte chiamarono il loro diabetologo ma questi non risultava reperibile. A quel punto in un cassetto la mamma ripescò il numero di telefono datole da Antonio. Era l'una di notte ma compose il numero lo stesso. "La dottoressa ci tranquillizzò, ci disse cosa fare e fu lei a telefonarci l'indomani mattina per sapere come era andata". L'indomani la mamma passò in ambulatorio a ringraziare la dottoressa. Da lì si passò a una visita e subito dopo arrivò l'invito a partecipare a un soggiorno educativo, uno dei tanti organizzati dalla locale associazione tra le persone con diabete.

Come andò l'esperienza del soggiorno educativo?

Fu uno choc! Non riuscivamo a capacitarci che il diabete fosse

Miracolo al Best Western

compatibile con quella buona qualità della vita, allegria e libertà che vedevamo in tutti gli altri partecipanti. Mi ricordo che dopo poche ore io e mio marito eravamo giunti alla conclusione che i ragazzi che erano con noi non avessero il diabete o comunque non lo stesso diabete di Giorgia. Ricordo di aver visto Giorgia in pulmann con in mano anzi in bocca una fetta di torta. Mi stavo gettando per togliergliela di bocca quando Giorgia mi ha risposto: "Mamma, me l'ha data la dietista!".

Invece il diabete era lo stesso...

Sì, era solo diverso il modo di gestirlo. Quel soggiorno fu indimenticabile, ci sembrava di sognare. Certo per conquistare quella libertà abbiamo dovuto imparare molte cose: distinguere i principi nutrizionali, valutare i carboidrati, calcolare di conseguenza i boli di insulina...

E i boli di correzione...

Esatto. Le faccio un esempio. Il diabetologo che seguì, diciamo pure che salvò, Giorgia all'esor-

dio, non ci aveva parlato dei boli di correzione. In caso di iperglicemia ci aveva detto di far fare esercizio fisico alla bambina. Siccome le iperglicemie capitavano anche di sera, lei poteva trovarci alle 11 di sera in giro per il paese a camminare o al parco giochi oppure, se faceva freddo, a fare i salti sul materasso a mezzanotte.

Con le nuove conoscenze sulla terapia andò tutto a posto?

La qualità della vita sì, la bambina poté tornare all'asilo e frequentare gli amici e i cuginetti, io riuscii a tornare alle mie occupazioni. Tutto avveniva con più leggerezza ma le glicemie rimanevano difficili da gestire.

A quel punto si pensò al microinfusore...

Sì, noi eravamo un po' perplessi. Ci chiedevano come sarebbe riuscita Giorgia, una bambina sempre in movimento a tenere addosso una macchinetta. Ma alla fine accettammo anche perché Giorgia che aveva visto il microinfusore indossato a numerosi amici nei soggiorni educati-

vi, era interessata. A tre anni e mezzo Giorgia ha avuto il suo microinfusore, un modello con un design simpatico, un bel colore e che permette di variare la basale anche di un decimo di unità all'ora, cosa importante con una bambina che pesa 24 chili, e le glicemie piano piano sono tornate a livelli accettabili.

E Giorgia?

È felicissima! A parte che è diventata la mascotte dell'attivissima Associazione, non sente nessuna discriminazione. Tempo fa l'abbiamo sentita mentre parlava con un amico che segue il diabete con le iniezioni di insulina e gli diceva: "Ma tu hai ancora il diabete? Io no! Io sono guarita. Ho il microinfusore!".

(Da www.microinfusori.it Di **Alberto Pattono**)

Visita il sito Diabaino
www.diabaino.it

Info Diabaino

SPORTELLO DEL DIABETE:

ASL 11 RC - PST GALLICO
Lunedì (9-11.30 e 15.30-17.00)
Venerdì ore 9-11.30
Tel. 0965. 371093 - Tel./Fax. 0965. 371822

ASL 10 PALMI - PST Polistena
Martedì ore 9.30 - 11.30
Tel. 0966-942215
www.diabaino-vip.it - www.diabaino.org
diabainovip@email.it - info@diabaino.org

Presidente:

Gabriella Violi - cell. 338-3683012

Contributi Volontari Liberatori intestati a :

Diabaino Vip-Vip dello Stretto ONLUS

1. Banco Intesa Ambroveneto,
Via T.Campanella,1 89100 R.C.
c/c: 205598/82 - ABI 3069
CAB 16310 cod. CIN W
2. Agenzia Postale Gallico (RC)
c/c n. 22482889
Sede Legale: Via Umberto I, 100
89055 Gallico (RC)
Sede Uffici: Via P. Pellicano n.
26/F (zona P.zza Carmine) R.C.
Tel. - Fax 0965. 21516
Codice Fiscale : 92029180806

Aiutaci ad aiutare



**Basta solo
un piccolo
tuo gesto**

**DEVOLVI IL 5 per mille
NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI 2007**

**Puoi farlo con:
il Modello CUD 2007 (consegnato dal datore di lavoro)**

Modello 730/1-bis redditi 2006

Modello Unico 2007

**FIRMA E INSERISCI IL NOSTRO CODICE FISCALE
9 2 0 2 9 1 8 0 8 0 6**

Nel riquadro “sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni ”

Grazie dalle api operaie della Diabaino Vip-Vip dello Stretto

P.S.:

Nella speranza che la burocrazia non vada a rilento, quando saremo informati dagli organi competenti dell'entità globale delle risorse raccolte, sarà nostra cura dare notizia sul loro impiego

**Per ulteriori informazioni contattaci:
Tel. 3383683012 - 3894304076**

**Sede uffici:
via P. Pellicano 26/f - Reggio Calabria
Tel/Fax 096521516
www.diabaino.org - e.mail: info@diabaino.org**

*Rubrica di cucina
per mantenersi
in forma*

Prendiamolo Per la Gola!

a cura di **M. Cristina Scullino**

La carota

La carota è una pianta erbacea appartenente alla famiglia delle ombrellifere. E' anche uno dei più comuni ortaggi. Il suo nome deriva dal greco Karotòn. Può crescere sia allo stato selvatico che per coltivazione. E' diffusa in Europa, Asia e Nord Africa. E' un ortaggio ricco di vitamina A (Betacarotene), B, C, PP, D e E, nonché di sali minerali e amidi. In cucina può essere utilizzata per preparare puree, succhi, minestre, dolci ecc. E' gustosissima anche se consumata cruda in insalata. E' molto indicata per la cura delle affezioni polmonari e nelle dermatosi. Quale gastro-protettore delle pareti dello stomaco è un ottimo antiulcera. Previene l'invecchiamento della pelle, favorisce un aumento delle difese immunitarie contro le malattie infettive, facilita la secrezione del

latte nelle puerpere, tonifica il fegato, regola il colesterolo. Facilita la diuresi, la tonificazione

un ottimo antinfiammatorio molto adatto a curare piaghe, sfoghi cutanei e screpolature.



Composizione e valore energetico (in percentuale per 100 gr. di prodotto)

Parte commestibile 95%
Acqua 91.6 g
proteine 1.1 g
lipidi 0 g
glucidi disponibili 7.6 g
fibra alimentare 3.1 g
energia 33kcal
sodio 95 mg
potassio 220 mg

dei reni, l'innalzamento della emoglobina, la regolazione delle funzioni intestinali. Favorisce la vista portando sollievo ad occhi stanchi e arrossati. E' molto usata in cosmesi perchè antiossidante, stimola l'abbronzatura, prevenendo la formazione di rughe e curando la pelle secca e le sue impurità. La sua polpa è

ferro 0.7 mg
calcio 44 mg
fosforo 37 mg
niacina 0.7 mg
vitamina C 4 mg

(Fonte Istituto Nazionale della Nutrizione)

Insalata di riso con piccole verdure primaverili all'olio aromatizzato

Ingredienti per 4 persone:
Riso comune g. 200, zucchine g. 100, fagiolini freschi g. 100, pomodoro tondo g. 100, piselli g. 50, carote g. 50, olive nere liguri g. 50, olive verdi senza nocciolo g. 50, prezzemolo, cerfoglio, erba cipollina, succo di limone, olio extra vergine di oliva, brodo vegetale.



Lavare e tagliare tutte le verdure

e le erbe aromatiche. Conservare una parte di queste ultima taglia-

ta finemente coperta da un foglio di carta umida. Bollire il riso in un litro di brodo vegetale e raffreddarlo su un vassoio. Bollire le verdure in acqua poco salata in recipienti separati. Amalgamare il riso con tutte le verdure, le olive e le erbe aromatiche finemente tagliuzzate. Condire con l'olio e il succo di limone. Lasciare riposare per 30' e poi servire guarnendo il piatto con ciuffi di erba cipollina e prezzemolo.



Il “dolce” universo delle star

"Qualcuno in Italia mi chiama Mamma Jazz. Mi fa molto piacere. Almeno finché non mi chiameranno Nonna Jazz.". E del Jazz fu l'indiscutibile regina. Con la sua voce inconfondibile ha saputo emozionare tre generazioni di appassionati della musica. Ella Jane Fitzgerald, "Lady Ella", nasce nel 1917 a Newport, Virginia e rimane orfana all'età di 15 anni. Trascorre parte della sua adolescenza nell'orfanotrofio di Riverdale, l'unico della zona disposto ad accettare bambini di colore. Viene poi trasferita al riformatorio di New York: un posto terribile, dove gli abusi fisici sono la regola. Scappa da questo inferno e si rifugia ad Harlem, il quartiere dei neri newyorkesi, dove è costretta a vivere per la strada. La sua vita sembra ormai segnata da un crudele destino, ma tutto cambia all'improvviso, nel 1934, sul palcoscenico dell'Apollo Theatre di Harlem. L'occasione è una delle famose Amateur Nights, le serate dedicate alle competizioni degli artisti dilettanti. Ella si presenta come ballerina, ma l'emozione la blocca, e lei rimane immobile sul palco. Il presentatore, per uscire dall'imbarazzo la spinge a darsi da fare, a inventarsi qualcosa e lei comincia a cantare. La ragazzina timida e insicura vince il primo premio. Viene subito notata da Chick Webb che la vuole come cantante della sua band. E' l'inizio di una lunghissima e luminosa carriera. Nel 1941 inizia a cantare da solista, abbracciando nel

tempo i più svariati generi musicali: swing, bebop, blues, bossanova, samba, gospel, calypso, canzoni natalizie. Vanta un'estensione vocale di tre ottave e una grande capacità di improvvisazione, soprattutto nello scat, fatto non di parole ma di semplici fonemi dal suono accattivante. Ella si esibisce con i più importanti gruppi e solisti e spesso nei suoi concerti si diverte a imitare altri cantanti, diventando un'eccezionale "strumentista della voce". Negli anni '50 è in tournée anche in Europa e Nord America con l'orchestra di Duke Ellington. Duetta con un'altra grande regina del Jazz, Billie Holiday, e incide diversi dischi insieme a Louis Armstrong. Nel 1960, in un'indimenticabile concerto a Berlino, non ricorda le parole di una canzone e improvvisa con grande bravura, ritmo e verve, aggiudicandosi perfino un Grammy Award. In tutta la sua carriera ne vincerà altri 12. Negli anni '60 e '70 si esibisce in tutto il mondo, lasciando un segno indelebile nella storia della musica con i suoi 4 concerti al Festival di Montreux. Si sposa due volte, la seconda con il famoso bassista Ray Brown e adotta un bambino. Muore a 78 anni, nel 1996, e viene sepolta a Inglewood, in California. Abbiamo raccontato la sua bellissima storia perché anche Ella è stata una piccola-grande ape operaia. Pochi sanno che la cantante soffriva di diabete. Fu costretta a sottoporsi ad alcuni delicati interventi agli



occhi che non bastarono però a impedire che perdesse la vista. Per le complicità le furono amputate entrambe le gambe. Continuò a esibirsi con entusiasmo fino al 1992, ignorando i divieti dei medici. Il diabete non rappresentò mai un ostacolo per la sua carriera, non riuscì a impedirle di vivere fino in fondo il suo grande sogno. E' volata con le sue piccole ali e la sua voce straordinaria fin lassù, nel firmamento delle Stelle, diventando un mito e un esempio per tutti. Senza ombra di dubbio, la nominiamo all'unanimità membro onorario della nostra Diabaino Vip - Vip dello Stretto!

M. Cristina Scullino

Inaugurazione

anno sociale 2007

Un compleanno va festeggiato, sempre. Rappresenta un traguardo superato, un obiettivo raggiunto, uno sguardo sul nuovo. E ti ritrovi a spegnere le tue candeline con gioia e trepidazione insieme, perché sei arrivato ma sei già pronto a ripartire, non sai per dove, non sai con chi, per l'avventura della vita. Sette anni sono proprio una bella età e per un'associazione sono un traguardo invidiabile.

E' il caso della Diabaino Vip Vip dello Stretto, la principale associazione di volontariato per la tutela dei diritti delle persone con diabete. E' nata dal nulla, fortemente voluta dalla ferma determinazione e dalla tenace volontà di pochi e offre il suo servizio a tutti.

Ora, a sette anni dalla sua fondazione, è Affiliata FAND Associazione Italiana Diabetici - Ente Morale D.M. 20 Settembre 1993 - Membro I.D.F. International Diabetes Federation - Medaglia d'Oro al merito della Sanità Pubblica. Ne ha fatta di strada! Ma, forse, dovrei dire che ha solcato molti mari perché nel suo logo è raffigurata una barca che avanza a vele spiegate seguita da uno sciame di api operaie.

Si è sempre occupata dell'assistenza a persone con diabete, ha operato nell'ambito della prevenzione delle complicanze, ha fatto informazione. Ha organizzato soggiorni educativi per giovani e adulti con diabete Tipo 1 e 2, ma anche per le loro famiglie. E' stata in prima linea quando la Regione Calabria, con Decreto Dirigenziale n. 1843 del 21-02-2005, ha istituito un gruppo di lavoro di diabeto-

logia che ha stabilito una diminuzione dell'erogazione dei presidi per diabetici.

Allora grazie alla Dott.ssa Mariantonella Ferraro, responsabile dei Servizi di diabetologia dei poli sanitari territoriali di Gallico (Asl. 11 di Reggio Calabria) e di Polistena (Asl. 10 Palmi), regina indiscussa delle api operaie (così sono soliti definirsi i soci) della Diabaino Vip Vip dello Stretto.



Avere il diabete non fa notizia, anche se ti segna la vita. Ma la Diabaino c'è, c'è sempre, da sette anni. E offre il suo servizio a tutti.

Grazie a Gabriella Violi, presidente dell'associazione, per la sua tenacia e l'inflessibile volontà. Un grazie di cuore da tutti noi, persone con diabete e non, per il sostegno morale, per le parole sussurrate e mai urlate, per l'accoglienza, per la sensibilità, per non aver mai fatto sentire un diverso il malato e per averlo reso nuovamente padrone della sua vita.

Avere il diabete non fa notizia, affrontarne le complicanze nemmeno: non è una patologia "eccellente". Ma ti segna la vita che è scandita da periodici prelievi capillari e inoculi di insulina da effettuare nell'arco delle ventiquattro ore, giorno e notte. La Diabaino c'è, c'è sempre. C'era anche quando appena due anni fa, ormai è storia, per un Decreto

Dirigenziale della Regione Calabria i diabetici Tipo 1 dovevano accontentarsi di 75 strisce reattive per la determinazione del glucosio del sangue al mese, 2 strisce e mezzo al giorno. Gravissimo! Inaccettabile! Un paese che si definisce civile non deve risparmiare sulla pelle del malato! Grazie per aver operato sempre con professionalità e competenza. E in un mondo in cui gli scandali della mala sanità sono sotto gli occhi di tutti, non può non essere un punto di riferimento.

Forte dei suoi successi e dei traguardi raggiunti, ha spento le sue sette candeline, e non solo metaforicamente, mercoledì 17 gennaio. A festeggiarla c'erano proprio tutti, api e non, e per la prima volta si è unita allo sciame ronzante l'Accademia del Dialetto Calabrese il "Grifo" che ha presentato lo spettacolo poetico-musicale "Dialettiamoci". Nel corso della serata, nell'atmosfera allegra della festa, musiche, parole e immagini degli artisti dell'Accademia hanno preso forma. E' stato un tornare indietro, un percorrere a ritroso le linee del tempo per giungere ad assaporare i suoni e le voci di un passato che hanno il tocco genuino e verace delle nostre tradizioni. Se un compleanno è il momento più adatto per tirare le somme, il bilancio non può che essere positivo. Altro che crisi del settimo anno! Buon compleanno! Ad maiora!

Mariella Fusaro

Il difficile cammino dell'autocontrollo

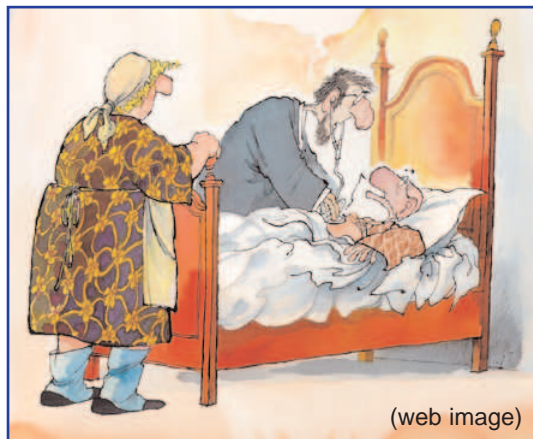
Il diabete è una malattia cronica che richiede, per la sua gestione e controllo, la collaborazione e la partecipazione attiva del paziente; per attuale ciò è necessario che lo stesso acquisisca le necessarie conoscenze sulla malattia. La sua evoluzione, le complicanze, come affrontarle, gli strumenti a sua disposizione per la cura e l'automonitoraggio. Tutto ciò è stato possibile oggi grazie al ruolo fondamentale che ha assunto l'infermiere di

Diabetologia, che rispetto al passato ha acquisito capacità professionali e di approccio verso il paziente fondamentali per un efficace feed-back.

Nel passato vuoi per il ruolo marginale dell'infermiere che contava solo sulle sue capacità intuitive e di contatto umano con l'ammalato, vuoi per la mancanza di strumentazioni, il paziente poteva contare solo sulla propria buona sorte. Oggi di fatto la possibilità data alle figure professionali di laurearsi e specializzarsi in modo settoriale e l'avvento delle tecnologie, con la scoperta dei meter, pongono l'ammalato e l'operatore sanitario di fronte ad uno scambio continuo di messaggi e idee. Il paziente proprio perché cronico ha bisogno di figure professionali di riferimento stabili e sempre più preparate, che possano accompagnarlo con continuità, omogeneità e competenza lungo il percorso della malattia.

La storia dell'autocontrollo inizia nel 1958 quando due chimici Keston e Corner presentarono le prime strisce con reazione enzimatica, fino a quando nel 1967 si costruì il primo strumento che misurava la luce riflessa della striscia colorata e la convertiva

in valore di glucosio. Da allora si sono susseguiti nel tempo vari sistemi fino all'avvento oggi degli strumenti che avvalendosi della tecnologia elettrochimica riescono a dare risultati in tempi rapidi con l'impiego sempre più esiguo di qualità di sangue. Perciò oggi l'infermiere di Diabetologia riveste un ruolo di primaria importanza nel team diabetologico specie per ciò che riguarda la terapia educativa ("L'autocontrollo") al paziente dia-



(web image)

betico per cui deve essere capace di capire e farsi capire attraverso messaggi chiari completi e sempre più aggiornati conoscendo perfettamente il corretto funzionamento di tutti gli strumenti per l'autocontrollo messi oggi a disposizione dal mercato. Acquisire appropriate capacità di autogestione è necessario per dare all'ammalato una migliore qualità di vita al fine di prevenire le complicanze fonte di grande sofferenza per la persona stessa e d'alto costo sociale.

Ma percorriamo cronologicamente rapidamente le varie tappe della storia "moderna" dell'autocontrollo della glicemia. L'era "moderna" nasce oltre 25 anni fa e i primi prodotti erano costituiti da strisce a lettura visiva, strisce

alle quali, con uno spruzzo d'acqua, veniva allontanato il sangue e seguiva poi la lettura visiva o attraverso riflettometri dal costo proibitivo (circa 800.000 lire dell'epoca). Si potrà ben capire come il sistema fosse approssimativo se paragonato alla precisione di oggi. Successivamente arrivarono le strisce ad asciugatura, un poco più precise ma che ponevano problemi relativi alla forza con cui veniva eseguita, dall'operatore, l'asciugatura delle strisce. Ed allora venne ideato un sistema di asciugatura con appositi dispositivi che eliminassero tale variabilità.

Ma il passo decisivo fa la immissione sul mercato delle strisce "No Wipe" (senza asciugatura) strisce tutt'ora in commercio e sempre migliorate. L'autocontrollo, come tutte le novità, ebbe esordi difficili e spesso era utilizzato in modo sbagliato in quanto non vi era coscienza dell'importanza dello stesso. E

così, accanto a controlli della glicemia negli orari più strani si poteva verificare da un lato controlli "una tantum" e dall'altro controlli multipli nella giornata e mutili specie in pazienti di tipo 2. Ma si era capito che l'autocontrollo in particolare e l'autogestione del diabete in generale era uno dei quattro pilastri su cui si fondava il corretto controllo metabolico della malattia diabetica. Ed allora, ad opera del G.I.S.E.D. prima da solo e poi in collaborazione con O.S.D.I., venne istituita l'educazione del paziente diabetico dapprima come aspetto puramente sociale e dal 1996 come aspetto prettamente terapeutico tanto da essere inserita neUe prontuario delle prestazioni erogate dal S.S.N. La

periodicità e la temporizzazione dei controlli, associata alla auto-gestione del diabete, ha fatto fare passi da gigante nel controllo della malattia diabetica. Alle strisce per la glicemia, glicosuria e chetonuria si sono aggiunte, negli ultimi anni, anche le strisce per la chetonemia, più precise e più pratiche.

Ma l'autocontrollo come tutte le metodiche ha delle indicazioni, delle cautele e delle controindicazioni che devono essere prima chiare agli operatori che devono trasferire tali conoscenze ai pazienti. In questo particolare aspetto si inserisce la figura del

moderno infermiere diabetologico oltre ad aspetti legati all'alimentazione e a particolari aspetti della gestione di routine del diabete (una per tutti l'igiene dei piedi). Solo allora sfrutteremo appieno i vantaggi dell'autocontrollo stesso evitandone gli svantaggi dovuti ad un uso non corretto. Tale aspetto diventa sempre più importante in quanto la razionalizzazione delle risorse è uno degli aspetti di economia sanitaria che si deve sempre e comunque tener presente.

Ma la ricerca è in continua evoluzione e avremo senz'altro a breve novità forse di portata epo-

cale che potranno influenzare positivamente la vita dei pazienti diabetici semplificandola e rendendola sempre più vicina a quella delle persona senza diabete mellito. Ogni persona con diabete ha diritto a una vita libera e serena

Luigia Milano

I.P.JU.O.C. Diabetologia e
Dietologia Territoriale
A.S. n.7 Catanzaro
Presidente OSDI Calabria

Ciao, Alfonso

Un attimo ed una vita viene stroncata sull'asfalto. La vita di un uomo che per tutti aveva una parola di conforto, un sorriso. Un uomo che ha saputo vivere l'umanità, nella sua migliore compiutezza. Un uomo che riempiva di significato l'incontro con l'altro, che lo lasciava più consapevole e sicuro: Alfonso Cipriotti. Se ne è andato alla fine del suo lavoro, mentre ritornava a casa, come ogni giorno, per rivedere i suoi affetti. Se ne è andato in silenzio, ma allo stesso tempo richiamando attorno a sé tantissima gente che lo ha sempre stimato. Ha lasciato un vuoto incolmabile nella sua famiglia, ma anche nei suoi amici e colleghi. Alla moglie, alle amate figlie e al fratello vanno il



nostro abbraccio e le nostre condoglianze, con la certezza che Alfonso darà a tutti la forza di superare questo triste momento. È tornato alla casa del Padre un uomo giusto, dedito alla sua famiglia, al lavoro. Un uomo che del culto dell'amicizia aveva fatto una ragione di vita. Non ti diciamo addio, Alfonso. Sarai sempre presente tra di noi, con il tuo sorriso, con il tuo fare rassicurante, continuando, dall'alto dei cieli, a vegliare sulle tue figlie, dando loro conforto per questa tua prematura ed improvvisa dipartita.

Ciao, Alfonso!

Con affetto
i colleghi dell'Asl 11 di Gallico

Ciao Alfonso.....

Camminando sui verdi prati della vita eterna sicuramente hai incontrato Mimmo, Sandro e Armando. E guardando dall'alto, dalle azzurre immensità, hai sorriso insieme a loro abbandonandoti all'onda di ricordi dolcemente struggenti come solo quelli dell'amicizia profonda e sincera possono essere. Ricordo tutto: dai primi passi nella guardia turistica alla convenzione esterna. Quanta strada è stata percorsa! Si dice che il cammino sia meno faticoso se non lo si percorre da soli e tu sei stato uno splendido compagno di viaggio: fiducioso, entusiasta delle novità. C'eri anche il 30 Dicembre 1999, alla

nascita della Diabaino Vip Vip dello Stretto. Da quel momento hai sostenuto la nostra attività e lo hai fatto sempre in ogni situazione, anche difficile. Ti sei sempre prodigato. E che dire di quando ho iniziato a proporre l'impianto di microinfusore... Tu c'eri, pronto a pretendere condizioni migliori di vita per i malati, per non farli sentire tali. Quanti ricordi, quanti passi fatti insieme con un sinergismo che non è mai venuto meno. Ora il mio sogno, il nostro sogno si è realizzato. Il nostro progetto di fare di Gallico un centro di prima grandezza per gli impianti di Devices è una realtà. Ma forse lo sai già, come lo sanno Mimmo, Sandro e Armando. **Ciao. Mariantonella, Gabriella, Alessio e tutte le Api Operaie ti porteranno sempre nel loro cuore.**

Notizie sul diabete

Diabete, pronta nuova cura per controllo glicemia

Un milione di persone non sanno di soffrirne. Casi in aumento. Gli esperti: grazie a una molecola si potrà puntare al cuore della malattia per rallentarla

Puntare al cuore del meccanismo che scatena la forma più comune di diabete, quella di tipo 2, per riuscire a rallentare quella che gli esperti internazionali definiscono da tempo una vera e propria epidemia, che nell'arco dei prossimi 20 anni potrebbe raddoppiare i casi, facendoli passare dagli attuali 170 milioni a 360 milioni. E' quanto risulta da più vasto studio che ha messo a confronto farmaci anti-diabete di tipo tradizionale, con una molecola che agisce secondo un meccanismo diverso. I risultati dello studio Adopt, recentemente pubblicato sul New England Journal of Medicine, sono stati commentati ieri a Roma in una conferenza stampa. "Entro il 2025 il diabete di tipo 2 rischia di diventare un vero problema socio-sanitario, e insieme alla malattia sono destinate ad aumentare le complicanze, soprattutto a livello cardiovascolare", ha detto il diabetologo Domenico

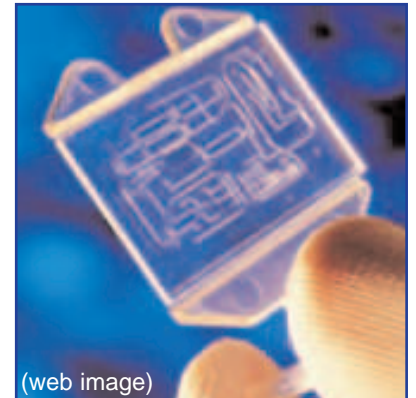
Cucinotta, dell'Università di Messina. La prevenzione, ha aggiunto, "è possibile correggendo lo stile di vita, ma questo obiettivo è ancora lontano". La via obbligata è intervenire presto, ossia non appena la malattia compare, e bene".

Oggi, infatti, la diagnosi di questa forma di diabete è tardiva (e tanto più difficile in quanto la malattia non dà sintomi) e soltanto il 50% dei pazienti riesce ad avere il controllo della malattia.

"E' risultato - ha continuato Cucinotta - che la monostrategia curativa con rosigitazione è riuscita a controllare i valori della glicemia per 5 anni. Il 50% dei pazienti non ha il controllo ottimale della malattia, un milione di persone non sa ancora di essere diabetico mentre molti altri, per inerzia terapeutica, con valore cioè appena superiore alla soglia (125) non vengono curati ritardandone la cura con conseguenze anche gravi come l'infarto". "Stiamo continuando a trattare il sintomo, ossia l'iperglicemia, ma questo è solo la punta dell'iceberg", ha osservato Agostino Consoli, dell'Università di Chieti. Il vero obiettivo, ha aggiunto, "è aggredire i meccanismi alla base della malattia". E' quanto dimostra di poter fare quindi la molecola chiamata rosigitazione, che nello studio Adopt (condotto per circa 5 anni su oltre 4.000 pazienti in 400 centri europei) è stato confrontato con due molecole di tipo tradizionale ed ha dimostrato di riuscire a controllare la progressione della malattia per un periodo più lungo. La spiegazione, secondo Francesco Giorgino, dell'Università di Bari, è nel fatto che la molecola agisce sulle cellule adipose, modificandone il metabolismo e favorendo così in modo indiretto la disponibilità di insulina.

**(Maurizio Fortunato -
tratto da "Gazzetta del Sud"
del 13-02-2007)**

Chip sottopelle misureranno il diabete



(web image)

L'identificazione in radiofrequenza potrebbe risultare utile a milioni di malati affetti da una delle patologie più diffuse al mondo.

VeriChip Corporation, l'azienda realizzatrice del contestato chip RFID per l'identificazione da remoto impiantabile sottopelle (il primo approvato dalla Food and Drug Administration americana), pare abbia trovato il modo di adoperare la propria tecnologia per sviluppare un ritrovato utile a chi soffre di diabete per tenere sotto controllo in ogni momento la malattia.

Il nuovo chip, prodotto dall'azienda sussidiaria Digital Angel, è sensibile al glucosio e viene inserito nel corpo con una siringa. Una volta installato potrà essere impiegato per rivelare in tempo reale il livello di glucosio presente nel sangue con un apposito scanner del segnale RFID. Essendo di tipo passivo, l'apparato non necessita di alcuna batteria o manutenzione per poter operare correttamente nel corso del tempo.

I 230 milioni di persone nel mondo affetti da questa importante patologia, sperano i produttori, potranno presto dire addio alle dolorose punture alle dita finora necessarie per monitorarla

Notizie sul diabete

e tenerla sotto controllo.

La tecnologia RFID, per contro, dimostrerà di poter essere implementata per un miglioramento sostanziale della qualità della vita, e non soltanto per divenire lo strumento di identificazione e controllo globali del nuovo secolo. Ma le perplessità rimangono: proprio l'estrema duttilità della tecnologia che ha permesso la realizzazione dei chip sensibili al glucosio (che sono in attesa dell'approvazione da parte della FDA) fa considerare sempre con estrema prudenza i rischi potenziali connessi alla pervasività dei chip sottopelle. Senza considerare la recente distribuzione di un vero e proprio tutorial utile a clonare e riutilizzare le informazioni digitali in essi contenute.

Fonte: PI (06/11/2006)

Relazione tra grasso addominale e rischio diabete

Il grasso viscerale induce un'elevata produzione di molecole infiammatorie, fattori di rischio cardiometabolico. Uno studio coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione

con la University School of Medicine di St. Louis ha permes-

(web image)



so di scoprire la relazione causa-effetto tra presenza di grasso addominale e aumento del rischio di insorgenza di diabete e infarto. In presenza di grasso addominale viscerale, si riscontra un'elevata produzione di molecole infiammatorie (nello specifico l'interleuchina 6) che sono dei potenti fattori di rischio cardiometabolico.

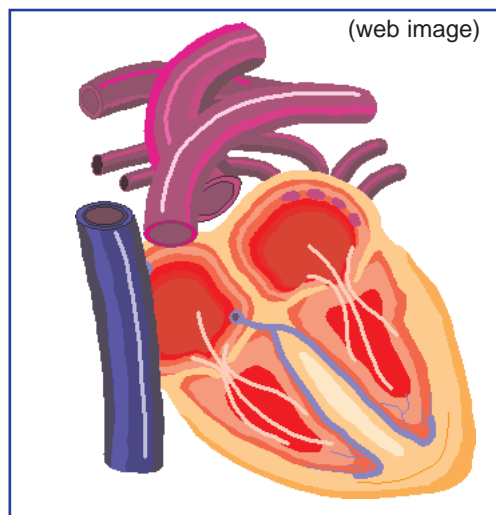
Spiegano gli esperti: "I nostri studi su nutrizione e longevità che conduciamo insieme ai colleghi americani hanno dimostrato per la prima volta che esiste una relazione causa-effetto tra grasso viscerale ed infiammazione sistemica e che, nello specifico, è la produzione di interleuchina 6 ad elevate concentrazioni, in presenza di grasso viscerale, ad aumentare il rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2 ed infarto del miocardio.

Questo succede perchè nelle persone con obesità viscerale, quelle in cui predomina il grasso che si

forma all'interno della pancia e nei glutei, le cellule adipose stimolano una condizione infiammatoria sistemica, con la secrezione ad alte concentrazioni dell'interleuchina 6 (IL-6), un'importante molecola infiammatoria. L'interleuchina 6 a sua volta stimola la produzione nel fegato della proteina C-reattiva, un altro importante marker d'infiamma-

zione".

La ricerca è frutto del lavoro dei ricercatori della Washington University School of Medicine di St. Louis, coordinati da Luigi Fontana, ricercatore anche pres-



so il Dipartimento di Sanità Alimentare e Animale dell'Istituto Superiore di Sanità.

"Il grasso addominale - spiega Fontana - si distribuisce in due compartimenti: grasso addominale sottocutaneo e grasso addominale viscerale (mesenterico ed omentale). Da molti anni era nota l'associazione tra accumulo di grasso addominale e rischio di sviluppare diabete mellito e infarto del miocardio ma nessuno prima d'ora aveva dimostrato una relazione causa-effetto. Già in un lavoro precedente apparso sul New England Journal of Medicine avevamo dimostrato che l'accumulo di grasso a livello addominale sottocutaneo non era un determinante di rilievo dell'insulino-resistenza e dell'infiammazione". "Infatti dopo aver asportato chirurgicamente il 20% del grasso corporeo in donne obese (prevalentemente a livello addominale

Notizie sul diabete

sottocutaneo), queste non avevano migliorato il loro profilo metabolico e infiammatorio. Non potendo rimuovere chirurgicamente il grasso viscerale (per evitare il rischio di infarto intestinale) abbiamo misurato la concentrazione di alcune molecole prodotte dalle cellule adipose nel sangue venoso portale (sangue che la "vena porta" conduce al fegato dopo aver drenato il sangue dell'intestino, del grasso viscerale e del pancreas) e in quello arterioso periferico".

In questo modo abbiamo scoperto - continua Fontana - che la concentrazione della IL-6 nel sangue venoso portale è doppia rispetto alla concentrazione della stessa nel sangue arterioso periferico."

E' stato dimostrato così che esiste una correlazione tra concentrazione portale di IL-6 e quella periferica della proteina C-reattiva, entrambe coinvolte nella patogenesi dell'insulino resistenza (e quindi del diabete mellito di tipo 2) e dell'infarto.

I risultati delle ricerche quindi dimostrano che il primo passo per prevenire diabete e infarto è quello di condurre una vita sana: esercizio fisico e dieta equilibrata. La scoperta è stata pubblicata su Diabetes, la principale rivista in campo metabolico e diabetologico.

**Fonte: Molecularlab.it
(19/02/2007)**

Novità sull'insulina orale

Da molti anni, diverse equipe cercano di mettere a punto un siste-

ma di somministrazione orale dell'insulina ma, finora, questo modo di somministrazione si scontrava con l'acidità gastrica che distrugge l'ormone e col cattivo



di 10 ore. L'efficacia glicemica sarebbe migliorata nell'assumere la capsula prima dei pasti, periodo in cui il ph gastrico è compreso tra 2.5 e 3.7 (mentre scende a 1.2 dopo l'assunzione del pasto). Questa tecnologia sembrerebbe interessante in prospettiva di una somministrazione orale dell'insulina.

**F o n t e :
Biomacromolecules.
2007**

L'Onu: il diabete è una minaccia

Il diabete come grave minaccia per l'umanità.

vo assorbimento intestinale dell'insulina. Lin YH ed i suoi collaboratori hanno recentemente pubblicato un metodo innovativo di protezione dell'insulina che permetterebbe di aumentare il suo assorbimento gastrico. Questa equipe ha ideato una capsula per insulina, le cui pareti sono costituite da chitosano (un poliacaride biocompatibile estratto dal guscio dei gamberetti) e acido gamma-glutaminico. La capacità di assorbimento di questa nuova combinazione è stata provata con successo in vitro su delle cellule intestinali CaCo-2 rendendo possibile in seguito la prova in vivo su alcuni ratti diabetici. Somministrata per via orale, la nuova capsula ha ridotto in modo significativo la glicemia del 60% rispetto al valore basale già dalla quarta ora di somministrazione e per una durata totale

L'Onu per la prima volta la inserisce fra le priorità mondiali e ne fa l'argomento di una risoluzione da indirizzare agli Stati membri. L'approvazione del documento è stata annunciata a Milano dall'International Diabetes Federation. In Italia la patologia colpisce 3 milioni di persone, ma entro il 2025 è destinata a raggiungere fino a 5 milioni di italiani. Le stime dell'Oms, che suggeriscono un'allarmante diffusione dell'epidemia (il bilancio di 180 milioni di persone oggi affette da diabete nel mondo è infatti destinato a raddoppiare in 20 anni), hanno reso necessaria una presa di posizione da parte dell'organismo internazionale, che ha accelerato i tempi di approvazione della risoluzione.

Una Sana Alimentazione per invecchiare in salute

Combattere il colesterolo a tavola

Una alimentazione abbondante e scorretta altera l'equilibrio tra apporto calorico e necessità energetica dell'organismo. Una dieta troppo ricca di grassi provoca un innalzamento eccessivo e persistente dei lipidi nel sangue.

Ma che cosa è il colesterolo? Il colesterolo è una sostanza che circola nel sangue in parte prodotta dal nostro fegato, in parte introdotta nel corpo attraverso l'alimentazione, è trasportata da particolari proteine chiamate lipoproteine quali HDL colesterolo buono e LDL colesterolo cattivo. Il colesterolo svolge nell'organismo un ruolo molto importante, ma alti livelli nel sangue possono risultare dannosi.

Per questo motivo, ridurre il colesterolo è un passo importante per mantenere in salute il cuore.

Spesso dopo aver ritirato il referto degli esami del sangue diciamo: "Ho il colesterolo" Tutti l'abbiamo, e non potremmo farne a meno, il problema deve sorgere quando la sua concentrazione supera un certo valore (si chiama ipercolesterolemia).

Indicazioni per la valutazione dei valori del colesterolo nel sangue:

Classe di colesterolo	Valori	Classificazione
Colesterolemia totale (mg/dl)	< 200 200-239 ?240	Valore desiderabile Valore borderline Valore elevato
Colesterolemia HDL (mg/dl)	>50	Valore desiderabile

Il colesterolo in eccesso tende a depositarsi sulle pareti delle arterie formando delle incrostazioni dette placche aterosclerotiche, che impediscono il normale flusso di sangue e quindi il nutrimento dei tessuti dell'organismo che può causare un evento temporaneo (ischemia) o di lunga durata (infarto, con danni permanenti all'organo stesso).

Quali sono i fattori di rischio?

Sono molti i fattori che influenzano il benessere del nostro cuore. Alcuni di questi non possono essere modificati (come l'età e l'ipercolesterolemia familiare), ma per altri possiamo fare molto (fumo obesità, alimentazione ecc.).

Cosa puoi cambiare	Cosa non puoi cambiare
<p>Il livello di colesterolo nel sangue La pressione sanguigna Il fumo Il peso L'attività fisica Lo stress La tua alimentazione Il consumo di alcol</p>	<p>La tua età La tua storia familiare o personale Fattori etnici Il genere (maschio/femmina)</p>

L'alimentazione svolge un ruolo importante nella prevenzione dei danni dovuti all'eccesso di colesterolo?

Il colesterolo è contenuto solamente in cibi di derivazione animale che sono tutti cibi ricchi di grassi saturi. Il tuorlo dell'uovo e le interiora - come fegato e polmoni - in particolare, contengono molto colesterolo. I cibi di derivazione vegetale (frutta, verdura, cereali) non contengono colesterolo. La quantità di colesterolo introdotto con la dieta non dovrebbe superare i 300 mg al giorno. Anche la vita sedentaria può contribuire ad accrescere i valori del colesterolo.

Quali regole seguire?

- Una buona regola cuocere gli alimenti senza usare condimenti grassi (quindi no alle frittute) possiamo utilizzare la griglia o la piastra, oppure cuocere al cartoccio o al vapore.
- Vanno limitati - se non eliminati del tutto - burro, lardo, le salse; meglio un cucchiaino di olio d'oliva crudo, se temete che le vostre pietanze perdono di gusto, provate a utilizzare, in alternativa ai grassi, le erbe aromatiche; ne esistono tantissime e sono molto saporite. Qualche esempio? La menta, l'origano, il timo.
- Preferire la carne "bianca" pollo, tacchino, coniglio - alle carni più grasse, come quella di maiale (comprese salsiccie, pancetta, prosciutto con grasso, salame), di anatra e di oca; fra i salumi, meglio la bresaola o il prosciutto magro, ricordarsi di eliminare dalla carne sia la pelle che le altre parti grasse.
- Il pesce può rappresentare una sana alternativa alla carne è nutriente e non contiene grassi

Una Sana Alimentazione per invecchiare in salute

dannosi (grassi saturi). Mangiatelo spesso; gli acidi grassi polinsaturi presenti nel pesce abbassano il tasso di trigliceridi nel sangue, svolgono un'azione antitrombotica e sono ottimi antiaritmici. Almeno 3/4 pasti alla settimana dovrebbero essere a base di pesce (ovviamente cucinato in modo adeguato, cioè alla griglia, arrosto, bollito, al vapore, escludendo invece i fritti)

5. Le uova sono molto ricche di colesterolo; il loro uso è quindi da limitare; stesso discorso per gli alimenti nella cui preparazione vengono impiegate uova, come pasta, maionese, creme, torte eccetera.

6. A proposito di latticini, meglio il latte scremato di quello intero (lo stesso vale per lo yogurt) la panna va limitata così come i formaggi grassi (taleggio, gorgonzola); bene invece i formaggi cosiddetti magri (ricotta vaccina, fiocchi di latte).

7. Qualcuno, demoralizzato, può chiedere con un certo risentimento; "Ma che cosa ci resta da mangiare?" Molti alimenti frutta e verdura a volon-

tà purchè crude o cotte senza condimenti sospetti, pasta e riso - anche in questo caso non bisogna esagerare con i sughi - pane bianco o integrale con moderazione e..., molta acqua naturale.

8. Infine ma non meno importante l'Attività fisica

Fare attività fisica contribuisce a normalizzare il livello del colesterolo: contribuisce a mantenere sotto controllo il peso e a "bruciare" i grassi. E' necessario praticare movimento in modo costante, ogni giorno.

Come controllarlo?

Per controllare i livelli si può ricorrere all'autoanalisi (con una semplice puntura del polpastrello) si preleva una goccia di sangue che viene esaminata

da un analizzatore automatico.

Prima di effettuare il prelievo, bisogna astenersi da alcol (per 72 ore) e da cibo (per 12 ore).

(web image)



a cura di Gabriella Violi
(Dietista)

Appuntamenti Diabaino

Le Associazioni Diabaino FAND Calabria di ACRI (CS), di BELVEDERE (CS) e di Gallico (RC), insieme ai ragazzi con diabete in collaborazione con i Servizi di Diabetologia organizzano:

Diabete e Qualità di Vita: "Dalla Conoscenza alla Competenza" Formazione nella formazione "In Campo" con l'Educazione Terapeutica del Giovane con Diabete Tipo 1

**dal 26 al 31 Agosto 2007
all'HOTEL CINCOTTA**

Il Soggiorno Educativo è aperto ai ragazzi con diabete provenienti da qualunque Centro

Calabrese. Gli Operatori Sanitari Volontari che prenderanno parte al Soggiorno educativo, provengono dai Servizi di Diabetologia.

Essi metteranno a disposizione dei nostri ragazzi la loro competenza

OBIETTIVI GENERALI:

L'obiettivo principale è quello di educare i giovani con diabete dalla conoscenza alla competenza della gestione del diabete, dando loro la possibilità di confrontarsi con i loro coetanei e di apprendere le nozioni fondamentali per la conduzione, imparando ad affrontare le difficoltà che possono presentarsi, nel rispetto delle regole.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NEL CORSO:

Medici specialisti diabetologi, infermieri professionali, dietista, Esperto Scienze Motorie, Psicologo, Tutor.

Destinatari: tutte le fasce di età affette da diabete mellito tipo 1

Il Soggiorno Educativo si svolgerà presso: Località PANAREA - Contrada San Pietro 98050 - Panarea (ME)
Tel.: 090 983014-983015
Fax: 090 983211
Email: info@hotelcincotta.it

Per ulteriori info:
www.diabaino.org
e-mail: info@diabaino.org

Autocontrollo visto dal paziente

di Giusy Iacopino

Cosa so sull'Autocontrollo

Quante volte sentiamo parlare dell'importanza dell'autocontrollo in diabetologia

E quante volte ci è stato detto che senza autocontrollo non è possibile gestire il diabete? Troppe, troppe volte...Ma poi, cosa sarà mai questo famigerato autocontrollo? Mi è sempre stato insegnato di andare alla radice delle cose per scoprire il reale significato e così cercherò di fare col termine in questione.

Guardando all'etimologia della parola, la possiamo dividere in due parti:

-auto (dal greco autòs): da se stesso e - controllo che nel significato comune indica: esame, accertamento.

Dunque l'autocontrollo consiste in una minuziosa analisi di se stessi e nella ricerca di ciò che si nasconde dietro quel numerino (glicemia) a volte simpatico e gratificante altre volte, oserei dire, maledetto e scoraggiante.

Occorre precisare che per autocontrollo non si intende "solo" effettuare quotidiane glicemie capillari sine causa per ottenere come risultato un inutile spreco di strisce e pungidito, un inutile dispendio di sangue e soprattutto un modesto risultato.

Per un corretto autocontrollo è necessario conoscere le regole fondamentali del come, del quando e del perché.

Regola del come

Dopo aver disinfettato ed asciugato il dito prescelto risparmiando

sempre il pollice e l'indice, eseguire la puntura sulla parte laterale del polpastrello. Asciugare la prima goccia di sangue e applicare la seconda sulla striscia. Tamponare con cotone asciutto.

Ricordare di controllare il famoso



codice ed eventualmente aggiornarlo, di chiudere il tubetto subito dopo aver estratto la striscia e di cambiare ogni volta e sottolineo ogni volta il pungidito.

Regola del quando

Per evitare di sprecare strisce, sarebbe opportuno seguire uno schema a scacchiera che ci consente di avere una visione completa dell'andamento glicemico nei vari momenti della giornata, ma in giorni diversi. Per esempio se scegliamo di misurare il livello di glucosio al mattino, effettueremo il controllo a digiuno e due ore dopo la prima colazione,

se optiamo per il momento del pranzo, faremo la glicemia prima di pranzare e due ore dopo il pranzo. E così vale per la cena.

Tutti i risultati vanno trascritti sul proprio diario di bordo e sarebbe bene, in riferimento ad essi, scrivere anche la qualità e la quantità degli alimenti assunti, grande aiuto questo per esseri certi della quantità corretta dei carboidrati.

Si badi bene però che per coloro che seguono una terapia multi-niettiva o con microinfusore, lo schema a scacchiera è quotidiano, è bisettimanale per chi assume ipoglicemizzanti orali, è settimanale per coloro che adottano in terapia alimentare.

Regola del perché

Il perché dell'autocontrollo forse ancora oggi non è comprensibile a tutti, anzi spesso diventa motivo di noia e perfino di ansia in vista del colloquio col diabetologo. L'autocontrollo, grazie all'educazione terapeutica, è insieme alla terapia farmacologica, alla terapia alimentare, alla terapia motoria, un pilastro portante della cura al Diabete. Esso dà la possibilità al diabetologo di intervenire tempestivamente laddove si renda necessario modificare la terapia qualunque essa sia, e al dietista di intervenire qualora il paziente necessiti di rivedere la propria alimentazione.

Solo così è possibile trovare quel punto d'incontro tra medico e paziente, quel compromesso che renderà sicuramente più serena e meno "malata" la persona col diabete.

Succede da...



di M. Cristina Scullino



(web image)

Il principe Carlo d'Inghilterra ha dichiarato guerra ai fast food. In visita all'Imperial College London Diabetes Centrè di Abu Dhabi, Carlo, accompagnato da Camilla, ha sferrato il suo attacco contro Mc Donald's e gli altri giganti del settore, accusandoli di essere la causa dell'obesità infantile. In occasione del lancio di una campagna di sensibilizzazione negli Emirati Arabi per la prevenzione del diabete, il principe ha sostenuto che la chiave nella lotta ai disturbi alimentari in età giovanile sarebbe quella di revocare le licenze a Mc Donald's e di promuovere un'alimentazione sana ed equilibrata. La replica del colosso mondiale degli hamburger non si è fatta attendere. Definendo "spiacevoli" le osserva-

zioni del principe, ha furbescamente sottolineato che altri membri della famiglia reale inglese, William e Harry, hanno fatto spesso visita ai ristoranti della catena, dimostrando di gradire quello che il padre definisce "cibo spazzatura". Ma qual è la verità? Il cibo di Mc Donald's è davvero nocivo per la salute? L'Associazione London Greenpeace Group lotta da anni per convincere la gente a boicottare la grande catena di ristorazione, divulgando un opuscolo dal titolo: "Cosa c'è di sbagliato in Mc Donald's? Tutto quello che non vogliono farti sapere". Definisce McD = McKiller, afferma che per raggiungere gli enormi profitti che lo hanno reso il più famoso al mondo, distrugga le

risorse del pianeta, come le foreste pluviali, rapini i poveri, sfruttati i lavoratori, sia responsabile di torture e assassini di animali innocenti, e "sfrutti" deliberatamente i bambini. Come? Dietro una facciata di colori sfavillanti e divertimento per le famiglie, dietro cappellini di carta, grandi sorrisi e palloncini, il clown Ronald, dai capelli arancioni, attrae e seduce i ragazzi. La pubblicità dipinge McD come un posto felice, un circo dove sono disponibili hamburger e patatine per tutti a qualsiasi ora del giorno e della notte, induce i bambini a pensare che se non ci vanno non sono "normali". Tutti ormai riconoscono le sfarzose insegne rosse e gialle che campeggiano nei centri commerciali o nelle strade affollate delle grandi città di 35 paesi del mondo. "Ronald Mc Donald's negli Stati Uniti è più popolare di Gesù Cristo!"- afferma il regista Morgan Spurlock nel suo documentario "Super Size Me", in cui si traccia una linea di confine tra la cattiva alimentazione e il cittadino che la subisce. Una strategia di mercato azzeccatissima ha saputo puntare su un target costituito esclusivamente dai più piccoli e ha fatto centro. Ma è tutto così negativo? Le contraddizioni non sono poche. Mentre sempre più ragazzini vengono ricoverati per malesseri legati ad una cattiva alimentazione, sono nati gli Istituti di Beneficenza Ronald McD, volti a dare assistenza (e soprattutto pasti di pro-

duzione propria) a milioni di famiglie di bambini malati. Molti ospedali degli USA hanno al loro interno strutture di fast food in franchising. Anche in Italia opera la Fondazione per l'infanzia R. McD, che ha al suo attivo la realizzazione di molti progetti in collaborazione con Ospedali pediatrici, Associazioni, Comunità e Istituzioni. Iniziative con il Gaslini di Genova, il San Raffaele di Milano, il Bambino Gesù di Roma, la raccolta fondi per le vittime dello Tsunami, Operation Smile e il 5 X 1000. Ma allora angelo o diavolo? Non lo sappiamo, ma una cosa è certa. Il buon vecchio Ronald ha saputo creare

un vero e proprio impero. Da un'offerta basata all'inizio esclusivamente su hamburger di carne bovina, si è arrivati oggi a un menu che comprende non solo panini, ma anche dolci, insalate, dessert e frutta. Un'idea grandiosa e notevolmente redditizia è stata l'invenzione dell'Happy Meal, una combinazione giocattolo - pasto dimostratasi un successone. E non è finita qui. Recentissimo il videogame, in cui si passa dal livello 1

del pascolo al 2 della macellazione, dalla gestione del fast food a quella del marchio. E presto sarà messo a disposizione su internet il jingle di "I'm lovin'it", come suoneria scaricabile per i telefoni cellulari. Un enorme business, quindi, fatto non solo di divertimento e grandi sorrisi, ma anche di forti responsabilità per i rischi che i grassi del "cibo veloce" arrecano alla nostra salute. Occhi aperti. Non facciamoci incantare dal clown!



Complicanze: identificato un gene associato all'insufficienza renale grave nei diabetici

Un gruppo di ricercatori della Wake Forest University Baptist Medical Center e della Università di Heidelberg ha dimostrato che un gene è in grado di prevenire lo sviluppo dell'insufficienza renale grave o della 'nefropatia terminale' in alcuni soggetti diabetici. Il diabete è la principale causa di nefropatia terminale nel mondo, una malattia che richiede nei casi più gravi per poter sopravvivere la dialisi e il trapianto. Il gene della carnosinasi 1, che si trova nel cromosoma umano 18, produce il fattore protettivo, afferma il Dr. Barry I. Freedman, primario del dipartimento di Nefrologia, in un articolo apparso on line sulla rivista "Nephrology Dialysis Transplantation". "Si tratta di un gene che sembra essere collegato allo sviluppo della nefropatia diabetica grave", ci dice. Il team di ricercatori ha valutato 858 soggetti, inclusi pazienti diabetici con nefropatia terminale in dialisi, pazienti con funzionalità renale nella norma, e individui non diabetici sani. Questi hanno confermato che una forma protettiva del gene della carnosinasi 1 è presente con maggior frequenza tra i soggetti sani e tra quelli diabetici senza nefropatia, rispetto ai pazienti diabetici in dialisi che al

contrario presentano più frequentemente le forme del gene non protettive. Questa scoperta può condurre a nuove strategie di trattamento nei pazienti diabetici suscettibili per proteggerli dall'insufficienza renale e può inoltre fornire un marker per determinare quali pazienti diabetici sono a rischio più elevato di sviluppare in futuro una nefropatia, continua Freedman. Il gene della carnosinasi 1 produce un enzima chiamato carnosinasi. La carnosinasi inattiva la sostanza protettiva carnosina, la quale sembra agire da spazzino delle specie reattive dell'ossigeno. "Antecedentemente a queste analisi genetiche, i nefrologi non erano consapevoli del fatto che questo percorso avesse un ruolo chiave nella nefropatia diabetica", dice Freedman. Inoltre, aggiunge che due gruppi al Wake Forest e in Germania sono stati sottoposti ad esami per la ricerca del gene o dei geni dopo aver concluso che una zona nel cromosoma 18 sembra predisporre i soggetti diabetici di tipo 2 allo sviluppo d'insufficienza renale grave. Freedman spiega le azioni di questo gene applicate agli Europei, bianchi Americani e Arabi. Quando il suo gruppo ha ripetuto le analisi negli

Americani neri, non si è avuta alcuna evidenza che il percorso della carnosinasi sia coinvolto nella loro insufficienza renale. "È possibile che i neri Americani abbiano un differente metabolismo della carnosina, che li rende meno suscettibili alle alterazioni nell'attività del gene della carnosina. Alcune analisi sono attualmente in corso", dice Freedman. "È anche possibile che ulteriori geni nel cromosoma 18 siano associati alla suscettibilità alla nefropatia terminale nei neri americani, e il nostro gruppo sta attivamente cercando di identificarli". Freedman afferma che tra le persone suscettibili all'insufficienza renale, "sarà importante valutare se la somministrazione della carnosina o di agenti che inibiscono l'attività della carnosinasi saranno in grado di proteggere gli individui diabetici dallo sviluppo della nefropatia progressiva". Freedman ha evidenziato che i ricercatori della Wake Forest "possiedono una delle collezioni più grandi esistenti di campioni di DNA prelevati da famiglie di neri e bianchi con membri multipli aventi nefropatia terminale. Stiamo valutando queste famiglie dal 1991".

Linda Possanzini
(Tratto da Medical News Today)



Dalla parte del diabetico

a cura di Maria Marcianò

Art. 9 L 115/87

"Per il raggiungimento degli scopi di cui all'art. 1" (prevenzione - miglioramento modalità di cura, prevenzione delle complicanze, agevolazione del reinserimento sociale, ecc.) "le unità sanitarie locali si avvalgono dell'aiuto delle associazioni di volontariato..."

L'art. 9 sopracitato sancisce formalmente l'operato delle associazioni di volontariato presenti nel territorio nelle AA.SS.LL.

Le associazioni di volontariato, ultimamente, acquisiscono sempre maggiore credibilità, laddove sono presenti, perché fungono da interlocutori tra il paziente con diabete e la struttura sanitaria, agevolando i percorsi di routine per un day hospital, un prelievo e quant'altro, non per ultimo la creazione di un clima familiare, accogliente, che offre sollievo al paziente.

Purtroppo, però, non esiste ancora una unitarietà dell'assistenza su tutto il territorio nazionale, a prescindere dalle associazioni che, comunque, sono le più interessate ed attente a quanto disposto dalla L. 115/87, che le tutela. Allora, quest'ultimo punto deve essere, anche per i "volontari", un impegno da rilanciare e sponsorizzare, senza particolarismi, con stimolo e con la consapevolezza che le associazioni, tutte insieme, costituiscono un supporto solido e concreto in ogni parte d'Italia da non sottovalutare, ma da supportare quotidianamente, in modo concreto e con la voglia di vivere bene nonostante il diabete, perché il problema di "un solo individuo" è lo stesso dell'intera associazione e di tutte le associazioni riunite.

Progetto "Diabete sommerso"

Il mondo delle possibilità e delle attività per i soggetti diabetici è ormai talmente ricco e grande che non si trova più solo sulla terra, ma anche sott'acqua! Proprio così, sott'acqua, tra i mille colori dei fondali, i pesci e tutte le creature che popolano l'universo marino, nell'elemento che meglio di ogni altro ci fa sentire liberi e leggeri. Da qui parte l'idea del progetto "Diabete Sommerso", sommerso per definire quella numerosa percentuale di persone che è affetta da questa patologia senza saperlo. In Italia infatti i diabetici noti sono circa 2.000.000, ma il 50% è sommerso.

Il giovane diabetico o non pratica attività sub o lo fa nascondendo la sua condizione. Il progetto nasce nel 2004 su iniziativa della S.C. Di Diabetologia e Malattie Metaboliche della A.O. "Ospedale Niguarda Cà



(web image)

Granda", in collaborazione con la Associazione Diabetici della Provincia di Milano. Si propone di introdurre alla pratica delle immersioni subacquee con autorespiratore giovani adulti con diabete tipo 1, sfatando così il luogo comune di sport "off limits", se praticato in sicurezza e purchè la patologia sia ben controllata ed esente da complicanze croniche. I primi corsi effettuati dal 2004 al 2006 hanno portato 19 giovani diabetici al conseguimento del brevetto "Open water diver", ottenuto al termine del relativo Corso Pilota, basato sulla didattica Padi (Associazione Professionale d'Istruttori Subacquei), integrata con elementi teorico-pratici sulla condizione diabetica e su un successivo programma di immersioni in acque libere. Le immersioni, sia in apnea che con autorespiratore, sono da sempre state precluse ai diabetici, rientrando nella lista delle attività non consentite. In realtà spesso questa esclusione indiscriminata è priva di fondamenti scientifici. Numerosi studi hanno dimostrato che non si determinano variazioni glicemiche durante le immersioni, mentre per le variazioni di pressione o per problemi gastroenterici, non sono stati riscontrati collegamenti diretti con la patologia diabetica. L'appuntamento con la quarta edizione del corso è previsto per la primavera-estate 2007 e sarà rivolto a giovani adulti con diabete tipo 1, di età compresa fra 18 e 50 anni. Dal punto di vista diabetologico, presupposto per l'ammissione è un buon compenso metabolico in assenza di complicanze. Per quanto riguarda le capacità tecniche, è richiesta solamente la padronanza del nuoto in superficie e in generale una buona acquaticità. Il Corso inizierà nel mese di marzo. Se ci sono buon controllo e consapevolezza, il diabete non impedisce alcun traguardo. Perciò... buona nuotata a tutti!

M. Cristina Scullino

Un Ponte lungo... una conoscenza

Un ponte per vivere meglio. No, non è uno spot promozionale del "Ponte sullo Stretto", anzi. Di strutture in acciaio e cemento ne abbiamo abbastanza. Sono quelli tra le persone ad essere indispensabili. E se il ponte è lungo quasi quanto lo Stivale... tutto è ancora più bello e interessante! Ancora una volta la Diabaino è andata oltre. Oltre i confini geografici. Oltre le distanze. Oltre ogni differenza. L'associazione reggina questa volta è arrivata in Toscana. Ecco pronto un interessante e proficuo "gemellaggio" con l'Associazione Diabetici Valdarno. Dal 21 al 24 aprile, infatti, proprio in località Valdarno (Arezzo), circa 20 api operaie della Diabaino sono volate fin nella terra degli Etruschi per partecipare al soggiorno educativo "Calabria e Toscana, due realtà a confronto".

"Abbiamo creato un primo ponte con la pediatria universitaria messinese e adesso questo gemellaggio con l'associazione di Valdarno - afferma la dottoressa Mariantonella Ferraro della Diabaino -. Un corso, un mini soggiorno educativo per le persone con il diabete, sia adulte che giovani". Una tre giorni intensa, ricca di appuntamenti. "Abbiamo alloggiato nella tenuta Montelucci di Valdarno. Un'esperienza bellissima. In principio c'era un po' di diffidenza. Nel nostro gruppo erano presenti bambini di un anno e adulti al di sopra dei settanta. Ma il diabete è lo stesso per tutti, da 0 a 100 anni. E tra noi l'esperienza del microinfusore l'hanno sperimentata persone dai due anni e tre mesi fino ai settanta". Non sono mancati illustri ospiti, esperti del settore diabetologico. Lo staff del servizio di diabetologia dell'ospedale di Arezzo, guidato dal dottor Paolo Vagheggi, la dott.ssa Sonia Toni responsabile del servizio di diabetologia pediatrica dell'Ospedale Meyer di Firenze, lo staff della

Diabaino, capitanato dalla dottoressa Ferraro con i colleghi Achirpita Pucci e Tota Russo, il responsabile scientifico Alessio Rosato e la dietista Gabriella Violi con i due tutor Giusy e Santina. L'equipe che segue i soggiorni Diabaino è stata completata dall'arrivo in Toscana dei due primari dell'IRccs Auxologico di Milano, Eros Barantani, endocrinologo, e



Alberto Salvatori, pneumologo. Le due associazioni hanno inoltre ricevuto la visita del presidente di Diabete Forum, Roberto Cocci, con il quale hanno avuto un vivace ma positivo confronto.

Nel fitto calendario di appuntamenti, un occhio di riguardo è stato riservato al microinfusore, campo nel quale la Diabaino è all'avanguardia. "Abbiamo sempre seguito con attenzione e interesse le iniziative della Diabaino - racconta Paolo Magrini, presidente della Adv - e quando ci è stato proposto dal dottor Renato Saggiorato di conoscere direttamente questa associazione abbiamo risposto con entusiasmo". Tra l'8 e il 10 dicembre 2006, infatti, Paolo Magrini ha partecipato all'incontro di verifica del soggiorno educativo di Sibari, dal titolo "La Storia Siamo noi", tenutosi al Mediterraneo Park Hotel (Bagnara S. Eufemia d'Aspromonte). E pochi giorni dopo, motivato dalla prima esperienza, Paolo Magrini ha deciso di

tornare in Calabria per partecipare al convegno di chiusura dell'anno sociale dell'associazione reggina, dal nome "Diabate e qualità di vita: l'associazione, la legge, il diabete, la cura, il costo", che ha fatto registrare la partecipazione della dott.ssa Paola Pisanti (Direzione Nazionale della programmazione del Ministero della Salute) che presiede la Commissione Nazionale Diabete. L'associazione di Valdarno ha scelto la Diabaino proprio per l'esperienza che ha maturato nel settore dei campi scuola. Settore nel quale i toscani erano deficitari. Da lì l'esigenza di questa esperienza. "Questo soggiorno educativo aveva come finalità mettere a confronto due realtà differenti come Calabria e Toscana - aggiunge la Ferraro -. La cosa più bella è stata passare dalla diffidenza all'amicizia, dalla seriosità all'allegria. Il nostro gruppo, più vulcanico, col passare dei giorni si è moderato. Per contro, i toscani, dapprima più timidi, sono pian piano venuti fuori. Si è compreso che stare con altre persone che hanno la tua stessa patologia dà l'opportunità di dare e ricevere piccoli tesori di esperienza. E stare insieme a 360 gradi intendo. Oltre a quelli educativi, abbiamo condiviso anche momenti culturali e ludici. E la condivisione porta a risultati importanti". Tra un incontro e l'altro, infatti, grazie anche al supporto del dott. Saggiorato e della moglie Maria Pia, motori dell'organizzazione logistica, il gruppo Diabaino ha trovato il tempo di visitare il santuario della Verna (dove ha vissuto S. Francesco d'Assisi), la città di Arezzo e anche una mostra di Piero della Francesca. Perché anche nel mondo diabete si è liberi di vivere. E di costruire ponti di speranza.

Pasquale Zumbo



News
From

International Journal of Metabolism

Indice glicemico e rischio metabolico

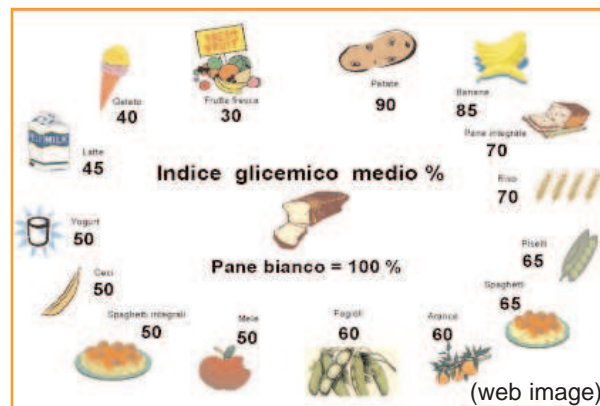
L'obesità è un importante problema sanitario che si associa a malattie altamente prevalenti quali il diabete mellito di tipo 2 (DMT2) dislipidemie e malattie cardiovascolari.

Esistono prove sempre più numerose che il tipo di carboidrati consumati è importante per quanto riguarda il rischio di malattie metaboliche. Le diete con basso indice glicemico (IG) sono state messe in rapporto con un ridotto rischio di DMT2 e di coronaropatie, e con il miglioramento di vari fattori di rischio metabolici.

L'IG è definito come "l'area incrementale sotto la curva glicemica in risposta a un alimento test, espressa quale percentuale della corrispondente area dopo somministrazione di una quantità equivalente di un carboidrato di riferimento, rappresentato da glucosio o pane bianco". Gli alimenti con un basso IG (<70) sono considerati favorevoli in termini di salute, particolarmente per prevenire obesità, DMT2 e malattie cardiovascolari. L'IG è influenzato da numerosi fattori: il tipo di carboidrati (glucosio, 138; maltosio, 105; saccarosio, 75; fruttosio, 30); il contenuto in grassi e proteine di un alimento (un basso IG si associa a un rallentamento dello svuotamento gastrico); le proprietà fisiche dell'alimento (cioè, il suo contenuto in acqua); la presenza di fibre solubili viscosi; il grado di maturazione, la cottura o i trattamenti che rendono i carboidrati più digeribili (ad es., l'amido) e aumentano l'IG; la presenza di altri fattori (ad es., le fibre insolubili che si trovano nei

cereali integrali) che ne rallentano l'assorbimento. Dopo consumo di alimenti con alto IG si ha un grande e rapido aumento del livello glicemico e una grande risposta insulinica. Mentre la secrezione di glucagone viene fortemente inibita.

Livelli glicemici elevati hanno un effetto glucotossico sulle cellule?, probabilmente quale risultato di



un danno ossidativi da radicali liberi. Un basso IG riduce l'iperglicemia e l'iperinsulinemia postprandiali e attenua i rebound postprandiali tardivi degli acidi grassi liberi circolanti, tutti fattori che aggravano varie componenti della sindrome metabolica. Al tempo stesso, riducendo i livelli insulinemici, gli alimenti con basso IG possono ridurre l'attività, stimolata dall'insulina, della 5-idrossi-3-metilglutaril-CoA redattasi, l'enzima-chiave nella sintesi del colesterolo.

Si è visto che nei pazienti con DMT2 i livelli plasmatici delle lipoproteine ad alta densità (HDL) sono inversamente correlati all'IG mentre direttamente correlati sono, negli individui obesi, quelli della proteina C reattiva ad alta sensibilità, un marker sensibile di infiammazione sistemica.

Nei soggetti con DMT2, una dieta con basso IG può avere effetti benefici sulla funzione trombolitica [diminuendo l'attività dell'inibitore-1 dell'attivatore del plasminogeno (PAI-1, Plasminogen Activator Inhibitor-1), che aumenta la formazione di trombi e placche].

Gli alimenti con basso IG possono anche ritardare il ritorno della fame, rallentando lo svuotamento dello stomaco. Molti di essi hanno un elevato contenuto di fibre, che prolunga la distensione del tratto gastroenterico e provoca una secrezione prolungata dei peptidi intestinale colecistochinina, gheralina, glucagone, peptide glucagone-simile-1 (GLP-1, Glucagon-Like Peptide-1) e polipeptide insulinotropico glucosio-dipendente (GIP, Glucose-dependent Insulinotropic Peptide), tutti ipotizzati quali potenziali fattori di sazietà. Aumentando la sazietà, gli alimenti con basso IG possono favorire l'aderenza a diete ipocaloriche.

Gli alimenti con basso IG causano, nei primi giorni, riduzione del peso corporeo, gran parte del quale è una perdita di glicogeno e di proteine accompagnata da deplezione di grandi quantità d'acqua e di minerali.

Nei prossimi anni, gli effetti sulla salute delle diete con basso IG forniranno risposte più chiare ad alcuni dei molti interrogativi finora sollevati.

Autore invitato:
G. Radulian
Bucarest, Romania



L'ipoglicemia notturna può essere evitata nel diabete di tipo 1 ?

L'ipoglicemia notturna occupa un posto speciale nel paesaggio ipoglicemico. Spesso non riconosciuta, particolarmente ansiogena, essa è spesso accompagnata da iperglicemia mattutina, difficile da controllare e attribuita ai meccanismi di controllo della glicemia. È frequente e spiega oltre il 50% delle ipoglicemie gravi negli adulti, e il 75 % nei bambini. Essa apre la porta a un circolo vizioso che genera una successione di episodi iperglicemici e ipoglicemici responsabili del diabete instabile. I diabetici la temono e prendono misure preventive che a volte vanno contro gli obiettivi terapeutici. Anche i medici fanno altrettanto, poiché mette in pericolo la vita, espone i pazienti al rischio di deterioramento neuropsichico, e contribuisce alla instabilità metabolica.

Frequenza e gravità dell'ipoglicemia notturna derivano dal fatto che la notte è il periodo tra i pasti più lungo e meno controllato, durante il quale la sensibilità all'insulina raggiunge il suo massimo, e la percezione dei segni di allarme simpatico-adrenergici sono attenuati dal sonno. Da qui la possibilità che l'ipoglicemia sia grave e asintomatica.

L'uso di analoghi dell'insulina ad azione lenta in un regime bolo-basale, o l'infusione continua di insulina (CSII, Continuous Subcutaneous Insulin Infusion), sono attualmente le modalità migliori per limitare la gravità delle ipoglicemie notturne, pur senza la possibilità di evitarle

completamente. Molte altre soluzioni sono state proposte da medici ingegnosi, in accordo con ampi principi fisiopatologici: spuntino di carboidrati complessi prima di coricarsi, cena ricca di fibra (ad es. crusca), prescrizione di inibitori dell' α -glucosidasi (acarbose o miglitolo) per ritardare l'assorbimento dei carboidrati, consumo di aminoacidi come l'alanina per stimolare la secrezione del glucagone, o uso di agonisti β_2 -adrenergici (terbutalina) per favorire la secrezione di catecolamine. Raju et al hanno valutato queste soluzioni su 21 adulti con diabete di tipo 1, 11 dei quali erano trattati con CSII, e 9 con un regime bolo-basale comprendente un analogo dell'insulina ad azione lenta (insulina glargine). La glicemia veniva misurata ogni 15 minuti, dalle ore 22:00 alle ore 7:00 del giorno dopo, in pazienti per cui per prevenire l'ipoglicemia notturna si usavano varie procedure. In assenza di trattamento preventivo, il 57% avevano ipoglicemie notturne, e nel 27% la glicemia era < 70 mg/dL. Né il pasto assunto con o senza acarbose, né l'ingestione di crusca erano in grado di prevenire l'ipoglicemia, ma questa era meno severa. La terbutalina era la sola terapia che avesse un effetto significativo, sebbene il 19% dei valori glicemici fossero ancora nel range ipoglicemico. La terbutalina aumentava il nadir notturno della glicemia (127 ± 11 mg/dL vs 75 ± 9 mg/dL) ed eliminava gli episodi ipoglicemici con valori della glicemia < 50 mg/dL. Di conseguenza, la glicemia mat-

tutina era più elevata. Si tratta di un approccio interessante, ma non si può affermare che risolva il problema dell'ipoglicemia notturna. È comunque necessaria una conferma in un trial di maggiori dimensioni e di più lunga durata. La diagnosi va migliorata e i predittori identificati. Secondo uno studio recente, uno di questi è l'attività fisica sostenuta nel corso dei giorni precedenti. Una migliore esplorazione della reattività del controllo glicemico, che non è facilmente valutabile nella pratica clinica di routine, porterà probabilmente alla identificazione di altri fattori di rischio. Questo studio contribuisce a smitizzare il famoso fenomeno dell'alba ("dawn phenomenon"). Data l'alta frequenza della glicemia notturna, la dimostrazione di una correlazione positiva tra nadir notturno della glicemia e valore glicemico al mattino è in conflitto con la teoria dell'effetto Somogyi.

L'ipoglicemia notturna e il suo impatto sull'equilibrio metabolico non vanno sottostimati, ma è troppo presto per prescrivere la terbutalina alla fine della sera. Gli analoghi dell'insulina ad azione lenta e la CSII sono le soluzioni più tentate e testate attualmente disponibili per evitare che il sonno sia una trappola glicemica.

Autore invitato:
J.L. Schlienger
Strasburgo, Francia

Sponsor

Sponsor

Sponsor