



Diabaino

News

Anno III - numero 3

Luglio-Settembre 2006

PERIODICO
CULTURALE
SCIENTIFICO
SU DIABETE
E
DINTORNI

La conoscenza rende liberi

Sponsor

La conoscenza rende liberi



In copertina: il monte Pollino

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 Marcianò

REDAZIONE SCIENTIFICA
Mariantonella Ferraro, Eros Barantani
Alessio Rosato, Gabriella Violi, Giuseppe Pipicelli ,
Alberto Salvadori, Leonardo Pentivolpe,
Giovanni De Caridi

FOTOGRAFIE
Emanuele Guerrisi

PROGETTO GRAFICO
M. Cristina Scullino, Pasquale Zumbo

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

Diabaino News

Anno III - n° 3

Sommario

L'Editoriale	pag 4
Allergia all'insulina?	pag 5
VII Soggiorno educativo	pag 6
“Prendiamolo per la gola”	pag 10
Il dolce universo delle “Stars”	pag 11
Celiachia: no al glutine	pag 12
Notizie dal mondo	pag 14
Ernia del disco	pag 16
La vendemmia	pag 18
Dalla parte del diabetico	pag 20
Prevenzione vascolare	pag 21

L'editoriale



Nicolas Amodio è un ragazzo uruguayano nato a Montevideo 23 anni fa, 1 metro e 79 per 73 chili, diventato partita dopo partita un prezioso punto di riferimento nel centrocampo del Napoli. Vi chiederete: d'accordo che il nostro direttore è un giornalista della "rosea", ma perché comincia il suo "editoriale" parlando di un giocatore di calcio, seppure di una squadra prestigiosa come quella partenopea, impegnata nel campionato di serie B col dichiarato obiettivo di risalire nella massima categoria? Il motivo è presto detto: Nicolas Amodio è un diabetico. L'ho scoperto grazie a una segnalazione della nostra infaticabile dottoressa Marian Antonella Ferraro (che per me, come sapete, è semplicemente zia Antonella), la quale mi ha mandato una notizia apparsa sul "Mattino", il quotidiano di Napoli, in cui appunto si diceva che il calciatore sudamericano era stato premiato come <atleta diabetico dell'anno> dall'Associazione italiana medici diabetologici, che ne ha apprezzato non soltanto le qualità atletiche, ma anche il coraggio nel parlare liberamente della sua malattia.

Mi ha fatto molto piacere leggere questa notizia e mi hanno colpito le parole di Amodio: "Vorrei che il mio esempio fosse un segnale per i ragazzi che scoprono di avere il diabete: lo sport non è proibito, anzi...". Lui, Nicolas, di dover convivere con quello strano compagno di viaggio che è il diabete lo apprese ad appena 9 anni: imparò a farsi l'insulina da solo e non rinunciò ai suoi sogni. Così, dopo aver raggiunto la serie A uruguayana con il Defensor Sporting di Montevideo, ha varcato l'Oceano ed è venuto a giocare in Italia, militando dapprima nella Sambenedettese (32 partite e un gol in C1) e poi nel Napoli, con cui l'anno scorso ha vinto il campiona-

to di C1. E ora, appunto, seguita a segnalarsi per il buon rendimento e la grinta: una specie di "piccolo Gattuso" del centrocampo di Reja, che fa affidamento sul temperamento e sulla serietà di questo maratoneta. Il quale arrivato come riserva ha saputo conquistarsi un posto da titolare con il suo spirito di sacrificio, le sue doti tecniche, la sua totale abnegazione alla causa, dimostrata ogni giorno anche attraverso il grande impegno che lo anima negli allenamenti.

Del resto, dico io, ci sono prove nella vita che valgono e rafforzano meglio e più di mille allenamenti. E spesso, quella che apparentemente può sembrare una debolezza, una limitazione, si tramuta in realtà in una "riserva" di forza d'animo capace di far superare difficoltà da molti ritenute impossibili. E questo vale per Nicolas Amodio, che è un campionario del pallone, ma anche per tutti quelli che quotidianamente giocano la loro partita con quello "strano compagno di viaggio" su palcoscenici meno conosciuti, ma non per questo meno importanti. Un abbraccio a tutti,

Nino Minoliti



Allergia all'insulina? Grande problema, micro-soluzione

Allergia all'insulina, una condizione rara che complica non poco il raggiungimento dell'equilibrio glicemico anche in una persona con diabete di tipo 2. La soluzione? infondere insulina a piccolissime dosi utilizzando il microinfusore. E così il signor Antonio, 54 anni è divenuto una delle poche persone con diabete di tipo 2 che utilizzano il microinfusore in Italia. E uno dei pochissimi ad aver iniziato alla tenera età di 54 anni.

L'allergia all'insulina oggi è una condizione molto rara. Ironia della sorte, il signor Antonio era una delle poche persone con diabete di tipo 2 ad accettare anzi a desiderare l'insulina per controllare al meglio la sua glicemia. Quando ha iniziato le iniezioni all'inizio non capiva perché la sua pelle si copriva di macchie rosse, si gonfiava.

"A volte mi sentivo come se non potessi più respirare. Era una sensazione bruttissima", racconta. Quando il signor Antonio chiama la sua diabetologa che era in vacanza la diagnosi arriva pronta: allergia all'insulina. "Abbiamo provato a cambiare tipo di insulina, ma la reazione allergica continuava", ricorda la moglie Maria. Qualche settimana senza insulina e poi a settembre la soluzione.

"La diabetologa mi ha proposto di usare il microinfusore", racconta Antonio. Il microinfusore infatti garantisce la fornitura di insulina attraverso l'infusione continua di piccolissime dosi. "L'insulina viene 'spalmata' su tutta la giornata", spiega giustamente la moglie. Non si formano quei depositi sottocutanei di insulina che scatenano la reazione. "Infatti da quando uso il microinfusore il problema allergia non si è più presentato", afferma Antonio, commerciante all'ingrosso sempre al lavoro in ufficio o in giro per l'Italia.

Lei sa che sono poche in Italia le persone che usano il microinfusore per gestire un diabete di tipo 2, e comunque oltre i 40-50 anni di età?

Me lo hanno detto. E me ne accorgo quando ci incontriamo in Ambulatorio o in Associazione. I miei 'collegi di microinfusore' hanno 20 o 30 anni. Io, devo dire, non ho avuto grandi difficoltà. Certo forse ci ho messo un po' di più di un ragazzo a imparare ma mi sono subito trovato benissimo! Piano piano, aiutato dalla diabetologa, dall'infermiera, dall'esperto di Roche Diagnostics e da mia moglie, ho imparato a inserire l'ago, a cambiare la cartuccia, le batterie, a fare i boli prima di pranzo tenendo presente quanti carboidrati ho mangiato. L'unica cosa che non ho ancora imparato è modificare sono le basali.

Sa che programmando piccoli boli con il microinfusore può anche correggere delle iperglicemie...

Certo e lo faccio: mezza unità o una unità quando

la glicemia è alta. Ma soprattutto lo faccio prima.

Vede io non sono sovrappeso ma sono goloso. Con il microinfusore posso permettermi magari un pasticcino... basta programmare una mezza unità poco prima o dopo e tutto va a posto. E poi penso alle iperglicemie la mattina. Una volta facevano spavento. Oggi quando è tanto è 140. Mi sento più tranquillo e posso fare tutto quello che devo e voglio fare.



Quando ha capito di essere allergico all'insulina, perché non è tornato alle pillole? Forse controllando bene la dieta poteva comunque tenere sotto controllo la glicemia...

Per carità (interviene la moglie) prima di iniziare con l'insulina era seguito con un approccio che prevedeva una dieta molto rigida: era dimagrito, triste, perfino depresso! Neanche a parlarne. L'insulina lo ha fatto rifiorire.

Avere addosso una macchinetta non le da fastidio?

No, per niente l'ho accettata molto bene. Anzi oggi sono una specie di pubblicità ambulante dell'insulina e del microinfusore. A tutte le persone con diabete che conosco dico, "curati il diabete, fai come me, guarda io ora riesco a fare quello che voglio!".

(Fonte: www.microinfusori.it)

Diabete: c'è tutto un mondo intorno

Eccezionale come sempre

"Come è normale, è stata una esperienza eccezionale". Il commento contiene una contraddizione logica, ma questo non preoccupa troppo l'Associazione FAND Gallico (Reggio Calabria) Diabaino Vip Vip dello Stretto che ha organizzato a Sibari il suo settimo Soggiorno educativo.

'Soggiorno', non 'corso', né 'campo scuola', forse lo si potrebbe chiamare 'meeting' e per qualche aspetto 'happening'... "Le definizioni vanno usate tutte e nessuna basta, perché ciascuna coglie un aspetto di quello che vogliamo fare", come illustra Gabriella Violi, presidente della associazione che fa capo alla Fand. Un approccio giocoso e gioioso quello dei Soggiorni organizzati da Diabaino, che qualcuno sta prendendo molto sul serio: "Nei soggiorni educativi della Diabaino, si elaborano e mettono in pratica in maniera spontanea, ma tutt'altro che ingenua, modalità formative estremamente interessanti, quelle di cui leggi nei testi e negli articoli scientifici più recenti e che ti chiedi: riusciremo mai a metterle in pratica in Italia? Eccole qui", commenta Alessandro Sergi, diabetologo dello staff e membro del direttivo della Scuola di formazione che inoltre lavora con il prossimo presidente dell'AMD Adolfo Arcangeli. Sergi è giunto a Sibari sia per dare una mano, come tutti, sia 'in missione per conto di AMD' con l'incarico di osservare e formalizzare l'approccio che quest'anno, come nelle edizioni precedenti, 60-70 persone definiscono, perfezionano e rimettono in discussione in un continuo processo creativo.

Felicità e gioia a Sibari ma anche impegno. Il programma, nei sette giorni dal 26 agosto al 2 settembre, inizia alle 6:30 del mattino e comprende diversi momenti formativi sia 'personali' (si è approfittato per impiantare due microinfusori), sia di gruppo. A Sibari si è studiato, magari tutti in cerchio sulla spiaggia o nella sala riunioni o intorno alla piscina, si è parlato anche dei temi più complessi (l'indice di sensibilità all'insulina o l'insulin-carbohydrate ratio), aspetti che spesso non vengono nemmeno affrontati perché ritenuti troppo difficili. "Ci sono molti conti da fare? Impariamo a farli", afferma Mariantonella Ferraro, coordinatore della Fand in Calabria e direttore del Soggiorno, "la persona con

diabete è una persona che conta. 'Contare' significa calcolare ma anche essere importanti: faccio conti perché dalla correttezza di questi calcoli dipende la mia libertà di scegliere come alimentarmi. E la mia libertà conta, io conto: sono un 'vip' per me stesso e per chi mi sta intorno".

'Essere intorno', essere insieme, è un altro concetto chiave. E rappresenta il presupposto di tutto il resto. "Il piano cognitivo è centrale e noi non facciamo sconti", afferma la diabetologa di origine messinese, "ma il dialogo non può ridursi al piano cognitivo: non posso apprendere se mi manca la motivazione e la motivazione come la posso creare se non con l'accoglienza?".

Il ruolo del medico non è solo impostare e correggere uno schema insulinico, e nemmeno solo consigliare "il medico è colui che tocca il paziente", spiega la Ferraro responsabile dei Servizi di diabetologia dei

poli sanitari territoriali di Gallico (Asl 11 di Reggio Calabria) e di Polistena (Asl 10 Palmi).

Le riunioni iniziali del Soggiorno realizzate utilizzando il Metaplan e la 'borsa del postino' hanno dato un input chiaro: "Non siamo disposti a fare il primo passo, se non abbiamo la garanzia che, qualora necessario, ci sarà sempre qualcuno disposto a tenerci per mano", hanno detto molti, ragazzi e adulti.

Entusiasti tutti i partecipanti, come dimostrato da un 'sondaggio' fatto con una versione 'vivente' della tecnica dei radar chart. È la volontà di cogliere nella sua interezza, senza censure, il vissuto della persona con diabete, la chiave di volta che permette di spiegare le tante particolarità di questi soggiorni che coinvolgono ragazzi e adulti con diabete di tipo 1 e 2, ma anche genitori, parenti e molte persone che col diabete non c'entrano: l'editore, il consigliere della regione Calabria, le insegnanti che hanno aiutato i ragazzi a fare teatro, l'animatore appassionato di cinema, ma che portano volentieri la loro esperienza e sono disposti - come è avvenuto a un diabetologo - a travestirsi da ape regina per divertire - con successo - i bambini. "Il campo scuola non deve essere riservato a diabetici e diabetologi. Così diventa un ghetto, che rafforza la sensazione di diversità".

Gli effetti di questo approccio sono sorprendenti: tre



Diabete: c'è tutto un mondo intorno



ragazzi
parlano
f i t t o
fitto e
scher-
zano.
S o n o
vetera-
ni dei
s e i
campi
scuola
fin ora
o r g a -

nizzati dalla Diabaino? No, si sono conosciuti tre giorni prima. E quella donna gioiosa e un po' sovrappeso è parente di una persona con diabete? È una paziente con tipo 2 alla quale (per ora questo

avviene solo a Gallico) viene proposto il microinfusore? Chi lo sa? Soprattutto, cosa importa? È una persona che è venuta ad ascoltare e a dire qualcosa di se, ad aiutare e essere aiutata. Come tutti.

E quei due senza camice ma indaffarati a trascrivere dati dai loro strumenti, sono diabetologi? No, sono due primari, uno pneumologo, l'altro un fisiologo dello sport. Perché questo Soggiorno educativo propone l'autocontrollo della respirazione, come incentivo alla conoscenza di se stessi, motivazione alla fitness e al miglioramento respiratorio. "Perché siamo qui? Perché stiamo imparando tantissimo" è il loro commento. Quello di tutti, alla partenza.

(Da Modus online di Alberto Pattono)

Info Diabaino vip-vip dello Stretto

SPORTELLO DEL DIABETE:

ASL 11 RC - PST GALLICO
Martedì e Venerdì 9,00 - 11,30
Tel. 0965. 371093

Tel./Fax. 0965. 371822
ASL 10 PALMI - PST Polistena
Lunedì ore 9.30 - 11.30

Tel. 0966-942215
www.diabaino-vip.it
www.diabaino.org
diabainovip@email.it

Presidente:
Gabriella Violi
cell. 338-3683012

Contributi Volontari Liberatori intestati a :

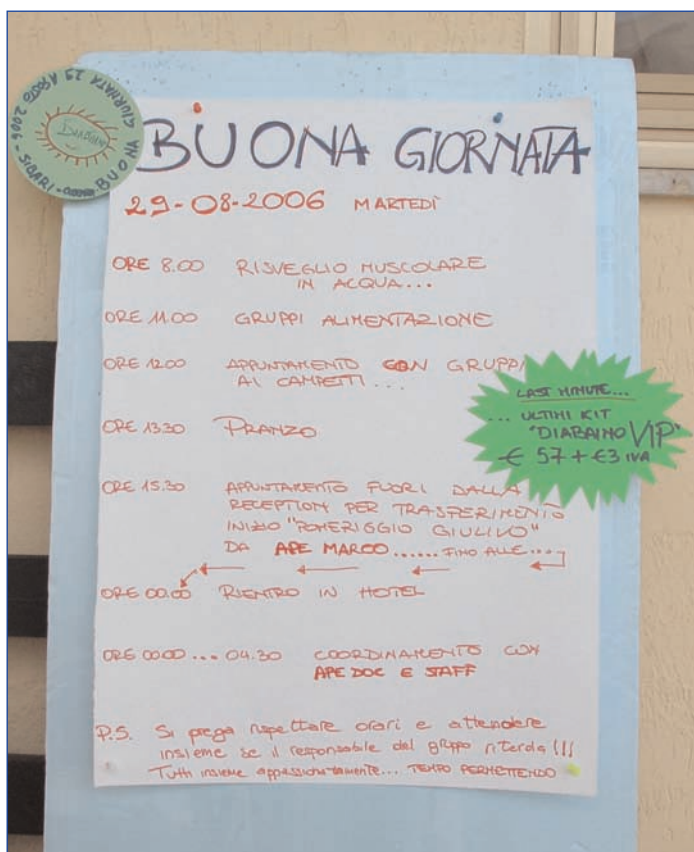
Diabaino Vip-Vip dello Stretto.
ONLUS

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



7° Soggiorno Educativo - Diabete e Qualità di Vita

“Dalla Conoscenza alla Competenza



Che dire di questa avventura? E' stata un'esperienza che mi ha letteralmente cambiato la vita, in quanto ho conosciuto una vera "famiglia", che mi ha preso per mano e mi ha fatto capire come vivere in armonia con questo mio piccolo "inconveniente".

Avere il diabete non è un problema, come pensavo prima, ma solo un piccolo incidente di percorso...capita! L'associazione Diabaino è la mia famiglia, lo posso dire con orgoglio e i miei fratelli e le mie sorelle sono sempre lì pronti ad aiutarmi quando sono in difficoltà. E quante cose ho imparato al soggiorno su come gestirmi al meglio! E se non ci fossi andato? Cosa mi sarei perso! E tutto questo a chi lo devo? Ringrazio Daniela che ha impiegato un anno per convincermi, Santina e Giusy che mi hanno insegnato come cambiare il set del micro, Angelo e Carmelo con i quali formo una triade vincente e Angela che è sempre pronta ad ascoltarmi quando ho un periodo di crisi e mi basta una telefonata di tre minuti per riprendermi. Un grazie infine per l'ape Doc e la mitica Gabry, che sono le uniche che riescono a risolvere i miei piccoli problemi di carattere medico. Grazie a tutti.

Antonio

"Perché siamo qui? Perché stiamo imparando tantissimo".

Mamma mia quanto è vero, si impara tantissimo e in un modo incredibilmente bello, dalle riunioni in cerchio all'escursione sul pollino, dalla "cena super" al semplice dialogo, ogni momento ti insegna qualcosa. Quasi senza accorgertene impari una miriade di cose. Leggendo il programma si potrebbe pensare "sempre le stesse cose" ... niente di più sbagliato. Ormai per me è il quinto soggiorno, gli argomenti sono gli stessi, ma ogni anno si ripresentano in modo diverso, perché la mia situazione è diversa, perché la "formazione" è diversa, perché ci sono tantissime esperienze nuove da mettere sul tavolo. Penso che quello che rende unici questi soggiorni sia il fatto che tutti i presenti siano lì per insegnare e imparare contemporaneamente, dal più piccolo al più grande (per ordine di età ma anche di "grado"). Vedere i "grandi" che si confrontano senza imporsi è stupendo. L'immagine del cerchio sulla spiaggia rende bene l'idea. Che dire, grazie infinite, fate qualcosa di eccezionale, non smetterò mai di ripeterlo.

Emanuele





7° Soggiorno Educativo - Diabete e Qualità di Vita

“Dalla Conoscenza alla Competenza”

Sette anni e non li dimostra.

Già, la Diabaino non è mai stata così attiva. E', come dire, un'associazione "navigata". Di barche, certo, se ne intende. Vuoi perché nel suo logo ce n'è una che avanza a vele spiegate lasciando dietro di sé una scia di api operaie, vuoi perché di traversate ne ha fatte proprio tante. Ha attraversato il mare della disinformazione, ha lambito le coscienze, ha gettato l'ancora nel porto dell'indifferenza e tutto sempre instancabilmente e con tenacia. La stessa tenacia e la stessa caparbità che l'hanno guidata quando ha fatto rotta verso le isole Eolie e ha toccato Malta e poi Corfù, in un percorso che è un abbraccio a quel Mare Nostrum da cui essa è nata e su cui volge il suo sguardo soprattutto quando, allo scadere di ogni anno di attività, realizza soggiorni educativi per giovani e adulti con diabete. E per l'anno 2006 la barca è approdata a Sibari, la città che la tradizione vuole fondata dagli Achei "begli schinieri". Immersi in quello scenario incantevole, in quei lunghi silenzi rotti soltanto dalla voce della storia, si può sentire ancora lo scalpiccio dei cavalli e il clangore delle armi. Si può vedere il balenare del bronzo e, in lontananza, i marinai dalla pelle bruciata dal sole che fanno forza sui remi dirigendosi verso un approdo sicuro. E' un tornare indietro nel tempo, un ripercorrere con la memoria i passi della storia, un ricongiungersi ideale al passato. E l'impegno della Diabaino, anche in campo culturale, non si discute. E poi parlano di crisi del settimo anno!

Mariella Fusaro



*Rubrica di cucina
per mantenersi
in forma*

**Prendiamolo
Per la Gola!**

a cura di **M. Cristina Scullino**

Mangiare fuori

Siamo arrivati all'ultima delle puntate speciali della nostra rubrica in cui vi diamo degli utili consigli su come mantenere una sana alimentazione, anche quando avete voglia di mangiare fuori casa. Sono tratti sempre dal libro "Ricette Straordinarie per il Diabete" e accompagnati, anche in questo numero, da una gustosa ricetta che ha come protagonista il cioccolato. E' un dessert perfetto per le occasioni speciali e, fatto con cioccolato di alta qualità, tende a essere meno ricco di grassi saturi di quello normale. Come al solito...Buona lettura e buon appetito!

L'hamburger

Il contenuto in grassi dei classici hamburger grandi è variabile, perché spesso sono fritti. Se poi lo ricoprite con della salsa e del formaggio, le calorie cominciano a salire rapidamente. Tuttavia, occasionalmente, potete consumarne purché evitate di associare patatine e bevande. Anche la scelta dell'hamburger vegetariano non è necessariamente più sana, dal momento che è solitamente cotto con dei grassi e accompagnato con salsa a base di panna. Se desiderate delle patatine, prendetene una porzione piccola e preferite quelle tagliate grosse, così eviterete metà delle calorie. Per le salse, ricordatevi che il ketchup è preferibile rispetto alle salse cremose. Non dimenticate di ordinare bevande dietetiche, contengono circa 10 cucchiaini di zucchero in meno rispetto a quelle normali. Infine, sgranocchiate una mela o una banana prima di andare in un fast food, per attenuare la fame e non cedere alla tentazione di prendere una porzione più grande!

Il greco

Se optate per il cibo greco, ordinate del pesce, dell'agnello magro cotti alla griglia o del kebab. I piatti base tradizionali greci, come moussaka, taramasalata e humus sono calorici e ricchi di grassi. Abbondate, quindi di tzatziki, un miscuglio povero di grassi a base di yogurt, cetriolo e aglio, accompagnato da un pezzetto di pitta. Anche un'insalata greca scondita e senza feta può soddisfare il palato, magari aggiungendovi del succo di lime fresco e del pepe nero macinato. Un piatto vegetariano come il falafel è solitamente fritto in molto grasso, quindi molto calorico. Attenzione a non esagerare, mi raccomando!

**Budino al cioccolato
cotto al vapore**

Per 6 porzioni:



50 g di cioccolato amaro (cacao minimo 70%), 110g di farina, 110 g di zucchero semolato, 1 cucchiaino di cacao amaro in polvere, 125 ml di latte scremato, 1 uovo, 1 cucchiaino di lievito, ½ cucchiaino di noce moscata grattugiata, 75 g di nocciole tostate e tritate, margarina per ungere.

Fate sciogliere il cioccolato in una terrina a bagnomaria, amalgamate i restanti ingredienti, eccetto le nocciole, in un mixer per 1 minuto a bassa velocità. Unite il cioccolato fuso e frullate per un minuto ad alta velocità. Quindi incorporate le nocciole. Ungete uno stampo per budino da ½ litro con la margarina e versateci la miscela. Coprite con un coperchio o con un foglio di alluminio unto, ripiegato e legato con lo spago. Mettete lo stampo in mezzo a una casseruola e versate intorno dell'acqua bollente fino a raggiungere i tre quarti dal bordo dello stesso. Cuocete a fuoco medio per circa un'ora e ½ o fin quando, inserendo uno stuzzicadenti o la punta di un coltello, non esce asciutto. Togliete il budino dalla casseruola e fate raffreddare per 10 minuti. Capovolgetelo su un piatto di portata e servite con crema alla vaniglia.

Per porzione: 289 kcal., 13 g di grassi (di cui saturi 3 g), 39 g di carboidrati, 0,14 g di sodio.



Il “dolce” universo delle Stars

“Il blues è una musica semplice e io sono un uomo semplice...il blues è un mistero e i misteri non sono mai semplici come sembrano”. Parole di B. B. King, chitarrista e cantante rhythm’n’blues di fama mondiale, nato in una piantagione di cotone nel 1925, in Mississippi. All’età di quattro anni i suoi genitori si separarono e lui visse con la madre, finché lei morì a 25 anni a causa di un male sconosciuto, che più tardi si scoprì essere il diabete. Riley B. , questo il suo vero nome,



fu costretto quindi a trasferirsi dal padre ma, a 16 anni ritornò al paese della madre e iniziò un lavoro come trattorista che gli permise di comprare la sua prima chitarra a 2,50\$. Fondò prima una gospel band, ma “una mano

sulla testa e qualche frase di incoraggiamento” non bastavano certo per vivere e così “scelse” il blues. Registrò la sua musica per la prima volta nel 1940, nel 1951 realizzò il suo primo singolo *Three O’Clock Blues*, che lo portò a New York dove prese il nome di Beal Street Blues Boy che diventò da quel momento la leggenda vivente, B.B. il Re. Nella sua carriera ha tenuto una media di 275 concerti l’anno e ha realizzato, ad oggi, 50 album. Suona la Gibson, battezzata Lucille, e imparando da autodidatta ha creato uno stile tutto suo chiamato call – and – response: un breve pezzo di chitarra seguito da un pezzo vocale, come in un dialogo tra strumento e voce. Membro di Blues Foundation Hall of Fame e di Rock and Roll Hall of Fame, ha ricevuto varie onorificenze, tra cui la laurea ad honorem dell’Università di Yale e diversi Grammy. Alla soglia

degli ottanta anni fa ancora tournée e si racconta in una splendida autobiografia, parlando di razzismo, di lotta per i diritti civili, di donne e soprattutto, naturalmente, di musica. Abbiamo raccontato la sua storia perché quest’uomo solitario e amante della privacy, è anche lui una piccola – grande ape operaia. Più di dieci anni fa, infatti, gli fu diagnosticato il diabete. La sua preoccupazione maggiore furono i buchi sui polpastrelli per il controllo della glicemia. “ Queste dieci dita sono le sole che ho per suonare” diceva. Oggi grazie alle nuove tecnologie, gli apparecchi utilizzati per i prelievi possono pungere altre parti del suo corpo e sono considerati da lui” una delle ultime grandi novità per i diabetici”. Anche il Re del blues, perciò, può essere nominato, a tutti gli effetti, un membro onorario della Diabaino Vip- Vip dello Stretto e volare sul firmamento della musica con la sua corona e la sua inseparabile chitarra, seguendo sempre i propri sentimenti, ovunque lo conducano.

**M. Cristina Scullino
Pasquale Zumbo**



CELIACHIA: ASPETTI MEDICI E DIETETICI DELL'ALIMENTAZIONE SENZA GLUTINE

Cosa sono le intolleranze alimentari

Prima di trattare in termini psico-sociali le problematiche riguardanti le intolleranze alimentari ed in particolar modo il morbo celiaco, si rende opportuno definire le stesse in campo medico.

In biologia si definisce intolleranza l'insieme delle reazioni che un soggetto oppone ad un agente o sostanza che il suo organismo considera estranea e che, solitamente, è invece tollerata dagli altri individui.

In presenza di un individuo intollerante accade che, quando un antigene (o sostanza) alimentare, superata la barriera intestinale, scatena una anormale risposta di ipersensibilizzazione, si genera quella reazione che viene definita intolleranza. Le intolleranze alimentari possono avere, oppure non avere, una base immunologica.

I meccanismi non immunologici riconosciuti includono:

- " carenze enzimatiche, come nel caso dell'intolleranza al latte, che non viene digerito a causa di un deficit dell'enzima della lattasi intestinale o del favismo, per la mancanza dell'enzima glucosio 6 fosfato deidrogenasi;

- " effetti farmacologici, come i sintomi (tachicardia, cefalea...) prodotti dalla caffeina e dalla teina;

- " effetto indiretto causato dalla fermentazione nel colon di residui di cibo non assorbiti;

- " effetto irritante sulla mucosa interna del tratto gastrointestinale;

- " reazioni pseudoallergiche, che producono sintomi a quelli generati da reazioni Ig E mediate (orticaria, angioedema).

I meccanismi di natura immunologica (ai quali appartiene la celiachia) sono di quattro tipi:

- " Ig E mediate;

- " da anticorpi;

- " da immunocomplessi;

- " cellulose-mediate.

Differenze tra allergia ed intolleranza

Nel linguaggio comune, si suole parlare indistinta-

mente di allergia o intolleranza alimentare come se fossero la stessa cosa.

In realtà, nei due casi, sussistono alcune differenze a livello soprattutto biologico.

L'allergia, infatti, è provocata da una alterazione del sistema immunitario che provoca una risposta negativa, da parte dell'organismo, nei confronti di talune sostanze. Nella intolleranza, invece, non vi è alcun meccanismo immunologico alla base, sebbene la sintomatologia (vomito, diarrea dimagrimento, dermatite, asma) sia simile.

Nell'allergia i sintomi compaiono di solito a partire dai trenta minuti fino alle ventiquattro ore dall'ingestione dell'agente allergizzante. Solo in rari casi, i problemi compaiono già dopo pochi secondi.

Nella intolleranza, invece, la comparsa dei sintomi è più lenta e di solito essi si scatenano con l'ingestione di dosi maggiori di alimento.

Le allergie risultano essere meno frequenti delle intolleranze: si stima che lo 0,5% della popolazione italiana sia affetto da allergie ed il 20% da intolleranza.

In alcuni casi, sia le intolleranze che le allergie tendono a scomparire soprattutto nei bambini, dopo un periodo di ferrea dieta.

E' il caso ad esempio dell'intolleranza al latte dalle quale, il più delle volte si guarisce, o della celiachia, che è, invece, una intolleranza permanente al glutine.

....e loro diffusione

Per quanto riguarda la diffusione delle allergie e delle intolleranze alimentari in Italia, si stima che la percentuale della popolazione che presenta problemi nei confronti di uno o più alimenti tende ad aumentare, forse anche in relazione alle manipolazioni che i cibi subiscono. Potenzialmente ogni cibo può provocare reazioni anomale. Spesso la diffusione di una data intolleranza in una determinata area geografica, dipende anche dalle abitudini alimentari vigenti in quella zona.

Molte delle intolleranze alimentari, soprattutto quelle che colpiscono i bambini, scompaiono spontaneamente per non ripresentarsi più, dopo un periodo di ferrea dieta nei confronti dell'alimento



CELIACHIA: ASPETTI MEDICI E DIETETICI DELL'ALIMENTAZIONE SENZA GLUTINE

che crea problemi.

Non è questo il caso di intolleranze più importanti, quale è ad esempio la celiachia definita, appunto, intolleranza permanente al glutine.

L'intolleranza più frequente in assoluto sul territorio nazionale è quella al latte, che colpisce soprattutto i bambini. Ad essa si associano problemi di digeribilità anche verso i formaggi e altri alimenti direttamente derivati dal latte.

Molto meno diffusa risulta essere l'intolleranza al glutine, ma i dati relativi ad essa saranno analizzati in una delle prossime pagine.

Numerosi anche i frutti che possono creare problemi all'organismo. Sono, nell'ordine: la mela, la pesca, il kiwi, le fragole, le albicocche, senza dimenticare che molti altri alimenti, tra i quali le uova, la frutta secca, il lievito... creano sovente reazioni anomale dell'organismo.

Sintomatologia, diagnosi e prospettive di cura

Nella maggior parte delle intolleranze, i sintomi principali sono a carattere esantemático o gastrointestinale. Nel primo caso, il corpo, ed in particolar modo il viso ed il torace, si ricoprono di eczemi e macchie che il più delle volte provocano prurito. Nei casi più gravi si verificano gonfiore e pericolo di soffocamento, se la zona interessata è vicina alla gola, fino al pericoloso shock anafilattico.

Nel secondo caso, la reazione al cibo ingerito riguarda l'apparato digerente e, quindi, stomaco ed intestino, con comparsa di frequenti episodi di vomito, diarrea e conseguente dimagrimento ed alterazione dei normali valori del sangue.

A questi due grandi gruppi di sintomi, se ne affiancano numerosi altri, più sfumati, ma non per questo meno frequenti. Citiamo, ad esempio, la rinite, cioè l'infiammazione della mucosa del naso accompagnata da raffreddore e tosse o l'asma, stato di malessere caratterizzato da respiro affannoso e sibilante, fame d'aria, impossibilità di compiere sforzi fisici.

A questa sintomatologia, possono inoltre aggiungersi altri e vari problemi: gonfiore addominali, stanchezza cronica, mal di testa, otite sierosa, disturbi del comportamento.

Proprio a causa della numerosità e rassomiglianza dei sintomi, risulta quasi sempre complicato stabilire a quale, o quali, alimenti si sia effettivamente intolleranti.

Sarà compito dello specialista interpellato (allergologo, pneumologo, dermatologo, gastroenterologo a seconda degli organi interessati dalle reazioni allergiche) invitare il paziente ad escludere e a reinserire nella dieta personale alcuni alimenti considerati a rischio e, poi, a sottoporsi ad alcuni esami di laboratorio necessari per una diagnosi sicura e veloce.

Nel caso si sospetti un'intolleranza più rara e seria, quale la celiachia, occorre sottoporsi ad altri specifici esami sul sangue, cioè la ricerca degli anticorpi AGA ed EMA e degli anticorpi anti transglutaminasi tissutale, ai quali va affiancata, per una diagnosi assolutamente certa, la biopsia dei villi intestinali. Ma di questo si parlerà più specificatamente nel paragrafo dedicato al morbo celiaco.

Per quanto riguarda le prospettive di cura, relativamente alle intolleranze alimentari, si è detto che alcune di esse passano spontaneamente dopo un periodo più o meno prolungato durante il quale

si esclude dalla propria dieta l'alimento mal tollerato.

In altri casi, l'intolleranza è permanente e, a meno che non si arrivi alla preparazione di un vaccino specifico, per ora l'unica cura possibile è l'astensione totale dal mangiare l'alimento incriminato.



Giuseppe Pipicelli

Rosa Maria Bevilacqua

U. O.C. di diabetologia e dietologia territoriale

A. S. n.7 - Catanzaro

(Fine prima parte)

Notizie dal mondo

I disturbi alimentari ed il diabete mellito

Le giovani donne e le adolescenti con diabete di tipo 1 presentano una coincidenza tutt'altro che casuale di bulimia nervosa. Tuttavia, anche nelle donne non diabetiche di questa fascia di età la prevalenza dei disturbi alimentari che non soddisfa i criteri di bulimia nervosa è aumentata. La comorbidità del diabete di tipo 1 e un disturbo alimentare, aggiungono un fattore di rischio allo sviluppo delle patologie di follow up diabetico. I pazienti con un disturbo alimentare e diabete di tipo 1 sono caratterizzati da un insufficiente controllo metabolico e da un precoce sviluppo delle complicanze diabetiche, come la retinopatia. Il binge eating disorder si riscontra soprattutto nelle persone obese o in sovrappeso. Anche se un binge eating disorder nei diabetici di tipo 2 non è più frequente che nelle persone metabolicamente sane, questo è da considerarsi un fattore di

rischio per un aumento di peso veloce che di regola porta ad un incremento dell'insulino-resistenza.

[A cura di Linda Possanzini]

Trapianti in Italia: dati incoraggianti

I dati preliminari del Centro



Nazionale Trapianti relativi ai primi quattro mesi del 2006 sono estremamente positivi: se il trend

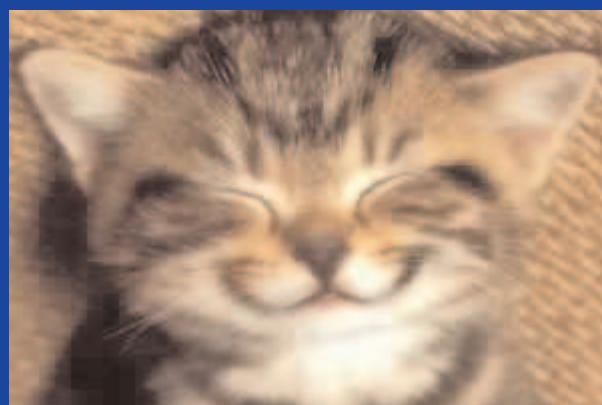
venisse confermato, l'Italia raggiungerebbe i 23 donatori per milione di abitanti (nel 2005 sono stati 21 per milione di abitanti), posizionandosi al secondo posto per numero di donazioni, subito dopo la Spagna e prima degli Stati Uniti. Il numero di trapianti dovrebbe salire dai 3.177 dello scorso anno a 3.468; al tempo stesso, diminuirebbe la percentuale di cittadini che dichiarano la loro opposizione alla donazione, passando dal 29,4% del 2005 al 24%, mentre resterebbero invariati i dati relativi alle liste di attesa. Ottimi risultati da consolidare, ma la vera sfida per il 2006 è colmare il divario tra il numero di donazioni che si registrano nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali. Anche per questo i dati dell'ultimo anno permettono di essere ottimisti: il numero di donatori nel Sud è cresciuto, già nel 2005, del 25%.

[Fonte: paginemediche.it - A cura di Guido Seu]

L'angolino della risata

Il colmo per un diabetico pigro:
il dolce...far niente!

Il colmo per un diabetico giocatore di basket:
essere forte nei...rimbalzi!



Notizie dal mondo

Alimentazione e Complicanze

La Sindrome d'Alimentazione Notturna

I diabetici che consumano grandi quantità di cibo durante la notte sembra che aumentino il loro rischio di complicanze gravi.

I ricercatori hanno osservato che dei 714 pazienti curati presso le loro cliniche diabetologiche, circa il 10% riferiva di mangiare più di un quarto del loro fabbisogno calorico giornaliero dopo cena. Questi pazienti avevano il doppio delle probabilità di diventare obesi, di avere uno scarso controllo glicemico o più complicanze dovute al diabete, inclusa la patologia cardiaca, nefropatia e neuropatia.

Mangiare durante la notte può essere un segno della sindrome d'alimentazione notturna (conosciuta anche come night-eating syndrome o NES), un disturbo che porta la gente non solo a consumare gran parte del loro apporto calorico giornaliero dopo cena, ma anche ad alzarsi più volte durante la notte per fare degli snack a base di cibi molto grassi e zuccherati.

I ricercatori ritengono che la sindrome d'alimentazione notturna può essere parte di una reazione allo stress. E nello studio si è visto che i diabetici con queste abitudini alimentari erano più frequentemente depressi o riferivano di mangiare per rabbia, tristezza o altri sentimenti negativi.

Il co-autore dello studio, il Dr. Paul Ciechanowski della University of Washington di Seattle (USA), afferma che durante i suoi anni di lavoro, ha visto molti pazienti diabetici che "mangiavano per regolare le loro emozioni". Le persone possono essere particolarmente vulnerabili alla sera, quando la calma prende il sopravvento sui problemi quotidiani e vi sono poche distrazioni dalle proprie emozioni.

Visto il collegamento tra il consumare cibo durante la notte e le complicanze del diabete in questo studio, Ciechanowski consiglia ai diabetici con queste abitudini alimentari di parlarne con i propri medici.



La terapia cognitivo comportamentale per qualsiasi tipo di depressione o problematica emozionale è una delle scelte di trattamento. E, Ciechanowski fa notare, che un recente studio ha scoperto come l'antidepressivo Zoloft migliora i sintomi in alcuni soggetti affetti dalla sindrome d'alimentazione notturna.

Traduzione e adattamento a cura di Linda Possanzini

Tratto da Medscape - Fonte: Diabetes Care. 29:1800-1804, 2006

Atteggiamento dei genitori e controllo del diabete dei figli

Un'indagine suggerisce come bambini con diabete in età scolare, ritenuti dai genitori completamente autonomi nel gestire la malattia, abbiano in realtà un controllo glicemico più scarso rispetto a quelli i cui genitori hanno meno fiducia nella loro abilità. Il Dr. H. M. Pattison ed i suoi colleghi dell'Università di Birmingham, hanno chiesto a 51 genitori, per lo più madri di figli dai 6 ai 12 anni, di giudicare la competenza loro e dei loro figli nella gestione della malattia, confrontandola con la media annuale dell'HbA1c (emoglobina glicata). Più alti livelli di confidenza ed

"auto-efficacia" con i genitori non sono associati ad un miglior controllo glicemico. Avere fiducia nella capacità dei bambini a gestire un problema è un atteggiamento spesso positivo anche se ci si riferisce alla loro salute, ma nel caso del diabete può avere "effetti controproducenti" sul controllo glicemico. Il diabete ha un forte impatto nella vita familiare, e più alti livelli di fiducia non devono indurre i familiari a minimizzare l'effetto della malattia, "anche a spese di un buon controllo glicemico", avvisano i ricercatori.

[Tratto da: Reuters Health - Fonte: Archives of Disease in Childhood, June 2006]



Ernia del disco trattata con bioozonoterapia

L'ernia del disco è provocata dalla fuoriuscita dal canale vertebrale di una parte del materiale gelatinoso con conseguente compressione delle terminazioni nervose. Questo meccanismo determina una sintomatologia che si esprime nella maggior parte dei casi con dolori nella parte bassa della schiena, che si riflettono sulla gamba e talvolta fino al piede. Colpisce più frequentemente il disco intervertebrale compreso tra la IV e la V vertebra lombare oppure tra la V lombare e la I sacrale. La diagnosi viene fatta grazie a due tipi di esami TAC e Risonanza Magnetica. Le dimensioni dell'ernia non pongono relazioni col dolore accusato dal paziente, infatti ci sono casi in cui un'ernia di piccole dimensioni si manifesta con dolori acuti ed intollerabili, mentre una di grosse dimensioni può anche passare inosservata in termini di dolori.

Il dolore, più o meno intenso, è determinato dalla maggiore o minore compressione che l'ernia può esercitare sulle radici nervose adiacenti al disco intervertebrale. Le terapie attuate ad oggi sono molteplici, dagli esercizi di stretching, di mobilitazione posturale o FKT - Osteopatia, supportate da farmaci antiinfiammatori e miorilassanti, fino agli interventi più aggressivi che possono culminare con l'atto chirurgico. L'Ozonoterapia è una metodica che nel tempo si è sempre più affermata, grazie a due caratteristiche fondamentali:

1) Scarsa aggressività ed assenza di rischio

2) Risultati (fino all'85%) statisticamente documentati per la regressione delle ernie.

L'Ozonoterapia consiste nell'iniettare una miscela gassosa (ossigeno ed ozono prodotto da una particolare macchina alimentata con ossigeno medicale) ai lati della colonna vertebrale - a qualche centimetro di distanza - nei muscoli paravertebrali alla concentrazione di 20 mic/cc. La terapia viene effettuata ambulatorialmente con una durata media di 8-12 sedute. Il meccanismo di azione dell'ozono pare sia plurimo:

antiinfiammatorio con effetto disidratante, accelerata degenerazione del materiale discale, neoformazione di capillari, disfacimento del tessuto discale erniato e del tessuto periferico dell'anulus fibrosus che comprimono il nervo provocando la sciatica. L'esperienza personale nella conoscenza di tecniche di medicina tradizionale cinese, riflessologia ed agopuntura, mi ha indotto ad utilizzare

in aggiunta alla somministrazione per via paravertebrale, l'iniezione sottocutanea di piccole quantità di gas nei punti di agopuntura che tradizionalmente possono essere utili nel trattamento delle lombalgie. I punti più utilizzati sono: V58, GI10, GI11, VB25, VB26, VB27, VB28. Si iniettano 2-3 cc di gas per punto alla concentrazione di 30-40 mic/cc, sottocute o ancor meglio intraderma, fino a 20-25 cc totali.



Dr. Leonardo Pentivolpe
Centro di Ossigeno - Ozonoterapia di Treviso

Sponsor Roche

Per San Martino cadon le foglie e si spilla il vino

Forse non tutti sanno che la stagione del vino può essere suddivisa in tre periodi:

Il primo è quello della Cura, che inizia con la potatura invernale, nella seconda metà di Gennaio e si conclude nel mese di Luglio.

Il secondo periodo, che va dal mese di Agosto a quello di Novembre è quello della raccolta e della vendemmia, in cui i grappoli maturi vengono raccolti e schiacciati.

Il terzo periodo, che va da novembre a Gennaio, è quello del Riposo, in cui il vigneto va preparato e lasciato riposare in vista della primavera.

Ci interessa qui soffermarci soprattutto sul secondo momento e in particolare sulla vendemmia, con qualche notizia in generale sulle varie fasi del procedimento, a cui aggiungiamo un po' di storia e di virtù del prelibato "nettare degli dei", per terminare con la schede di due dei vini più famosi della nostra amata terra calabra. Buona lettura e...alla salute!

La vendemmia

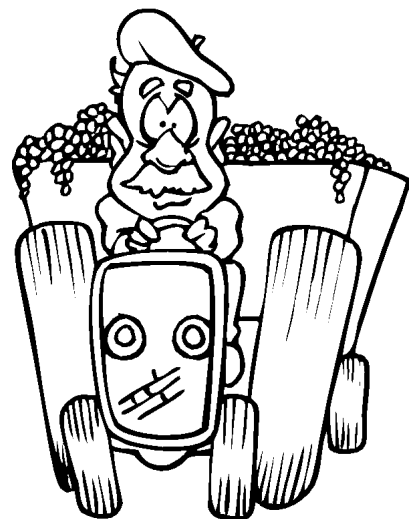
Tra agosto e settembre si raccolgono le uve a maturazione precoce, le uve per la produzione di spumante secco e quelle per la produzione di certi vini passiti. Tra ottobre e novembre, invece, i grappoli a maturazione tardiva. Tra settembre e ottobre si vendemmiano la maggioranza delle uve.

Dopo la raccolta, l'uva viene portata ai locali dove subirà la pigiatura e l'eliminazione dei raspi. Ne risulta una mistura composta di liquidi, bucce e semi. La parte liquida, il mosto, contiene acqua, zuccheri, acidi (tartarico, malico e citrico), tannini, sali minerali e composti azotati. Il mosto può essere separato dagli altri componenti per colatura (lasciando scorrere il liquido filtrando il tutto) o per schiacciamento mediante un torchio. Al liquido così ottenuto viene aggiunta anidride solforosa, che serve a tenere sotto controllo lieviti e batteri. Questo trattamento viene chiamato solfitazione. A questo punto comincia la vera e propria lavorazione del vino che dipende dalla zona, dal tipo di uva o dal genere di vino che si vuole ottenere.

E' noto che la coltivazione della vite, finalizzata alla produzione del vino, risale ad epoche preistoriche ed ha inizio nelle regioni transcaucasiche, fra l'Asia Minore e il Mediterraneo. I vini calabresi sono molti e diversificati per le varie combinazioni di vitigni, ambienti, tecniche di vinificazione. In Calabria sono prodotti circa 1 milione di ettolitri di vino all'anno e il 4% di questo deriva dalle zone a Denominazione di Origine Controllata. Il vino da luogo ad un'importante industria che si sta sviluppando: le aziende calabresi cercano di essere sempre più competitive sui mercati esteri. Per la produzione del vino sono oggi raccomandati o autorizzati 28 vitigni, di cui 13 a frutto bianco e 15 a frutto colorato. Sono riconosciuti DOC 12 vini e IGT 13 vini. Innumerevoli poi quelli da tavola molto richiesti dai mercati nazionali ed esteri. Il vino calabrese è un prodotto di alta qualità, fondamentale nella dieta mediterranea. E' un alimento che presenta una valenza energetica, apportando circa 700 calorie per litro.

Cirò

E' stato il primo vino calabrese a potersi fregiare della Denominazione di Origine Controllata. E' DOC dal 1969. E' prodotto nei territori dei comuni di Cirò e di Cirò Marina (Cirò Classico) e in parte di quelli di Melissa e Crucoli in provincia di Crotone. IL Cirò Riserva è quello invecchiato almeno tre anni e con gradazione alcolica di 13.5. E' meritatamente il vino calabrese più conosciuto e apprezzato in Italia e all'estero e le sue origini sono avvolte nella



Per San Martino cadon le foglie e si spilla il vino

leggenda: gli antichi greci lo offrivano come bevanda e nutrimento agli atleti che partecipavano alle Olimpiadi e prende il nome dalla terra dove sorgeva un tempio dedicato a Bacco. E' prodotto nei seguenti tipi:



Rosso

Colore: rosso rubino

Odore: gradevole, delicato, intensamente vinoso

Sapore: secco, corposo, caldo, armonico, vellutato con l'invecchiamento

Grado alcolico: 12,5

Vitigni: Gaglioppo 95% - Trebbiano T. e Greco B. 5%

Abbinamenti gastronomici: ogni tipo di carne specie se arrosto

Rosato

Colore: rosè più o meno intenso

Odore: delicato e vinoso

Sapore: secco, fresco, armonico e gradevole

Grado alcolico: 12,5

Vitigni: Gaglioppo 95% - Trebbiano T. e Greco B. 5%

Abbinamenti gastronomici: carni in umido, brasati, salsicce, salumi in genere, formaggi molli

Bianco

Colore: giallo paglierini più o meno intenso

Odore: vinoso e gradevole

Sapore: secco, armonico, delicato, vivace e caratteristico

Grado alcolico: 11

Vitigni: Greco B. 90%- Trebbiano T. 10%

Abbinamenti gastronomici: grigliate e piatti di pesce, in particolare tonno e pesce spada.

Pellaro

Prodotto a Indicazione Geografica Tipica (IGT)

Rosso, Rosato e Novello

Area di produzione:

Intero territorio del comune di Motta San Giovanni e di quello di Reggio Calabria, limitatamente alle frazioni di Bocale, Lume di Pellaro, Macellari, Occhio di Pellaro, Oliveto, Paterriti, Pellaro, San Filippo e Valanidi.

Rosso:

Colore: rosso rubino

Odore: vinoso caratteristico con profumo tipico

Sapore: secco, vellutato, armonico

Grado alcolico: 13

Vitigni: uno o più fra quelli raccomandati e/o autorizzati per la provincia di Reggio Calabria

Abbinamenti gastronomici: carni rosse, selvaggina di pregio.



Dalla parte del diabetico



La rubrica legale di Diabaino News

LEGGE 16 marzo 1987 n. 115

Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito

Art. 8

1) La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali.

2) Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante o del medico responsabile dei servizi di cui all'art. 5, attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico.

3) Il Ministro della Sanità, sentito il Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale, indica, con proprio decreto, altre forme morbose alle quali sono applicabili le disposizioni di cui al comma 1.

L'art.8 L. 115/87 è sicuramente più significativo e rassicurante per certi versi, perché sottolinea in modo inconfutabile che il soggetto con diabete può vivere, lavorare e praticare sport così come ogni altro individuo, a patto che sia privo di complicanze invalidanti. Purtroppo, è facile ignorare alcune regole che sono alla base del vivere quotidiano di ogni persona con diabete mellito: il rispetto degli orari, l'educazione alimentare e il movimento, lo stress da evitare o, almeno, circoscrivere, nonostante l'aiuto del diabetologo che ha a disposizione un'ampia gamma di farmaci in grado di gestire i fattori di rischio quasi sempre con ottimi risultati, non sono elementi sufficienti. E' basilare il supporto di una equipe che incoraggi il paziente e sia in grado di monitorare l'operato del diabetologo che lo cura e stila i certificati. Ecco, quindi, che intervengono le associazioni di volontariato, che snelliscono le incombenze burocratiche e supportano moral-

mente il soggetto diabetico e la sua famiglia. Esse garantiscono la continuità dell'autocontrollo e di controlli generali che dovrebbero, comunque, essere propri di ogni individuo, consapevole del fatto che la prevenzione è fondamentale per un'ottima qualità della vita. Ciò comporta anche la necessità di minori risorse finanziarie, anche da parte dello Stato. Allora, cari lettori, cerchiamo di essere combattivi ed attenti ai diritti di coloro i quali si "sentono malati" e non rinunciano a difenderli per vivere meglio, perché è proprio quest'ultimo un dovere prioritario. Sosteniamo, quindi, anche per questo motivo, le associazioni di volontariato che operano fattivamente e produttivamente nell'ambito del nostro territorio.

Maria Marciandò

Appuntamenti Diabaino

10 ottobre 2006 - Pump Club dello Stretto Accu - Chek : incontro tra Pediatria Universitaria e Diabetologia territoriale a Cannitello

15 ottobre 2006- Piazza Indipendenza (RC) "Giornata Nazionale del Diabete" Una mattina insieme per CONOSCERE...e ... fare AMICIZIA "
" Diabete... IN ... Passeggiata... Corsa... Bici...lungo il più bel chilometro d'Italia ... il Lungomare Falcomatà "

5 novembre 2006 - Giornata Screening Melicuccà (ore 8.30 - 12.30 Piazza Municipio)

16 dicembre 2006 - Corso Teorico - Pratico per M. M. G. presso Sala Green, Palazzo della Regione (RC)

16 dicembre 2006 - Convegno Per la cittadinanza " Diabete e Qualità di vita" ore 16,00 - 18,30

La Prevenzione Vascolare

a cura del dott. Giovanni De Caridi

È tempo ormai che dalla "medicina opportunistica del rimedio" si passi alla "medicina dell'iniziativa". Non basta più "farsi curare" le malattie quando si sono già manifestate, ma è necessario imparare a conoscerle, a prevenirle e a curarle meglio, che vuol dire anche prevenirne le complicanze, gli esiti e le ricadute, soprattutto se si tratta di malattie ad alto impatto sociale come quelle vascolari che costituiscono la prima causa di mortalità e invalidità nel nostro paese.

La principale lotta alle malattie vascolari consiste nella prevenzione, che comprende l'informazione e l'educazione ad un più corretto stile di vita, per un più efficace controllo dei principali fattori di rischio mediante diagnosi e trattamento precoce, sia medico, farmacologico che chirurgico. Le malattie vascolari possono interessare le arterie (vasi che portano sangue dal cuore ai vari organi) dette quindi arteriopatie, o interessare le vene (vasi che portano sangue dai vari organi al cuore) dette quindi flebopatie.

Quali sono le cause più frequenti di Malattia dell'Arteria o Arteriopatia ?

La causa più frequente di arteriopatia è l'arteriosclerosi o degenerazione sclerotica cioè indurativa della parete del vaso che quindi perde la sua naturale elasticità.

Una manifestazione importante dell'arteriosclerosi è l'aterosclerosi: nella parete dell'arteria degenerata si accumulano sostanze soprattutto grasse (colesterolo) per cui si forma la cosiddetta placca ateromasiatica che tende a restringere (stenosare) o ostruire il lume, anche perché sulla placca che restringe può formarsi un deposito di sangue (trombo) che può occludere anche in modo rapido il vaso.

Se tutto ciò succede in:

- un'arteria che irrori il cuore (coronaria) l'ischemia è l'angina pectoris e la necrosi è l'infarto miocardico;
- un'arteria che irrori il cervello (carotide), situata nel collo, l'ischemia è il TIA, che sono le iniziali delle parole "attacco ischemico transitorio" in inglese, e la necrosi è l'infarto cerebrale che è alla base dell'ictus cerebrale o colpo apoplettico;
- un'arteria che irrori un arto superiore o inferiore l'ischemia è la cosiddetta claudicazione e la necrosi è la gangrena;
- una grossa arteria addominale (aorta) o nei suoi due rami principali (iliache) che irrorano gli arti inferiori, si può avere una claudicazione o una gan-

grena ad uno o ad entrambi gli arti inferiori.

Quali sono i principali fattori di rischio delle Arteriopatie?

La degenerazione aterosclerotica delle arterie è in relazione con diversi fattori chiamati di rischio:

- ' in particolare l'aumento cronico della pressione arteriosa (in genere superiore ai valori di 140/90)
- ' l'aumento della glicemia (diabete mellito)
- ' l'aumento dei lipidi ematici, soprattutto del colesterolo
- ' il fumo di sigaretta
- ' l'obesità
- ' la vita sedentaria
- ' lo stress
- ' la predisposizione familiare.

Recentemente sono stati individuati come fattori di rischio anche l'aumento dell'omocisteina nel sangue e nelle forme arteritiche anche l'uso di sostanze stupefacenti, alcuni processi infettivi e la presenza di anticorpi nel sangue come gli anticorpi antifosfolipidi o anticorpi antinucleo.

Sappiamo anche che l'aumento del colesterolo e la vita sedentaria favoriscono di più lesioni coronariche, mentre le lesioni arteriose carotidiche o renali o degli arti inferiori ad esempio sono più in relazione con l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito.

L'età è inoltre un fattore di rischio importante e per quanto riguarda il sesso, gli uomini sono più colpiti in genere delle donne, ma dopo la menopausa il fattore tende ad invertirsi.

Cosa si intende per Screening, Diagnosi e Terapia Precoce ?

Nelle fasce d'età più a rischio vale a dire superiori a 55 anni in genere o anche in quelle minori, se la familiarità è positiva o sono presenti stili di vita non corretti, è bene condurre nella popolazione un'indagine (screening) per individuare i soggetti portatori di fattori di rischio.

In tali soggetti è indicato controllare e correggere i principali fattori di rischio modificabili come l'ipertensione arteriosa o il fumo.

Inoltre è bene indagare se sono già presenti o sono stati presenti in passato segni clinici o sintomi di arteriopatia. In questi soggetti a rischio poi è opportuno condurre visite specialistiche e soprattutto esami, oltre che di routine come quelli ematici, l'elettrocardiogramma ecc., anche più specifici come

ad esempio l'ecodoppler carotideo o l'ecografia dell'aorta addominale o l'ecodoppler degli arti inferiori.

Oggi uno screening nella popolazione a rischio per una diagnosi precoce di malattia vascolare è proponibile e auspicabile in quanto permesso dall'utilizzo in ambiente specialistico di apparecchiature innocue, non invasive e precise come gli ecografi o ecodoppler che utilizzano solo ultrasuoni.

Nella maggior parte delle arteriopatie importanti riscontrate con questo sistema è opportuno instaurare almeno una terapia medica in genere antiaggregante piastrinica, che riduce cioè la possibilità di progressione della placca aterosclerotica o di formazione di un trombo. Ma in alcuni casi è opportuno applicare anche un intervento di correzione chirurgica della lesione vascolare, anche se questa è asintomatica ma a rischio, cioè anche se non si è ancora manifestata la malattia.

Questo articolo è una iniziativa mirata a promuovere la lotta contro le principali Malattie Vascolari, come l'Ictus Cerebrale e le Arteriopatie Ostruttive o Aneurismatiche, lotta che è tra le più grandi sfide comunitarie di questo inizio nuovo millennio e che parte proprio da una corretta, semplice ed efficace informazione.

"Che la vita non sia qualcosa che ci succede mentre siamo impegnati a seguire altri programmi" diceva John Lennon.

(Fine prima parte)

Nel prossimo numero vi proporremo altri due importanti questionari. Il primo riguarderà l'arteriopatia obliterante degli arti inferiori, il secondo la patologia venosa degli arti inferiori.

Esistono delle tabelle e dei sistemi per calcolare il cosiddetto "punteggio" di rischio vascolare. Tra questi sistemi riportiamo qui un esempio di calcolo del punteggio di rischio di ictus cerebrale

Scoring System pubblicata dal Royal College of General Practitioners:

$$\begin{aligned}
 & 9 \times \text{età (anni)} \\
 & \quad + \\
 & 2.85 \times \text{valore di PAS} \\
 & \quad + \\
 & 70 \text{ se è presente CHD} \\
 & \quad + \\
 & 90 \text{ se fumatore (1-20 sigarette/die)} \\
 & \text{oppure } 130 \text{ se fumatore (>20 sigarette/die)} \\
 & \quad = \\
 & \text{punteggio}
 \end{aligned}$$

Se il punteggio è superiore a 1000 il rischio è alto!

Legenda: PAS = Pressione arteriosa sistolica, ecc: se il valore è 160/80 bisogna considerare solo 160
CHD = Cardiopatia ischemica, cioè angina o infarto miocardico

Sei a rischio per le malattie cardiovascolari? Compila il questionario e saprai

La concomitanza di più fattori di rischio amplifica con effetto moltiplicativo il rischio di ICTUS e di altre malattie cardiovascolari.

Questionario rischio

	Sì	No
Hai più di 55 anni?		
La tua pressione arteriosa supera 140/90?		
Soffri di diabete o la tua glicemia supera i 126 mg/dl?		
Fumi o hai smesso di fumare da meno di un anno?		
Il tuo colesterolo totale è più alto di 250 mg/dl?		
Fai poca attività fisica? (30 minuti almeno 3 volte a settimana)		
Superi di 10 Kg il tuo peso ideale?		
Nella tua famiglia qualcuno è stato colpito da ICTUS?		
Hai mai avuto in passato un attacco ischemico transitorio o un ICTUS?		
Hai mai sofferto di infarto o malattie coronariche?		
Soffri di Fibrillazione Atriale?		

Fattori di rischio comuni per ICTUS ed infarto
Fattori di rischio più importanti per infarto miocardio
Fattori di rischio più importanti per ICTUS

Se hai risposto sì a più di 2 domande potresti essere a rischio di infarto miocardio o di ICTUS. Parlane con il tuo medico di fiducia.

Sponsor
Freestyle papillon
Abbott

Microinfusore. Conquista di libertà.



**ACCU-CHEK®
D-TRONplus**



**ACCU-CHEK®
Spirit**

Il microinfusore mima la secrezione insulinica fisiologica del pancreas rilasciando microdosi precise di insulina ultrarapida secondo un profilo basale personalizzabile e, quando necessario, dosi aggiuntive prima dei pasti. I microinfusori Accu-Chek sono flessibili e facili da utilizzare, permettendo una vita più libera, con la serenità di uno stato di salute più controllato. Per maggiori informazioni rivolgetevi al vostro Diabetologo.

INFUSIONE DI INSULINA OGNI 3 MINUTI | EROGAZIONE DEL BOLO FACILE, DISCRETA E PRECISA
AMPIA POSSIBILITÀ DI PROGRAMMAZIONE | GRANDE FLESSIBILITÀ IN OGNI CONDIZIONE | CONTROLLI DI SICUREZZA



È un dispositivo medico CE.
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.
Richiesta di autorizzazione depositata il 02/05/2005.

ACCU-CHEK®
Vivi la vita. Come vuoi.