

FeVe Dimensione diabete

Organo della Federazione Veneta Diabetici

Anno XI • Terzo quadrimestre dicembre 2009 • Poste italiane spa • D.L. 353/03 (conv. in L.27-02-04 n. 46 1 comma), DCB Vicenza

Prevenzione sì, coinvolgimento anche, ma...

di Matteo Crestani

Prevenzione sì, coinvolgimento anche, ma le Associazioni dei malati sembrano avere un ruolo marginale in tutto questo processo. La Regione Veneto si appresta a varare il progetto obiettivo "Prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito", ma nelle strategie che potrebbero prendere il via entro sei mesi dall'approvazione del provvedimento, tra cui un importante coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, che dovranno operare in stretto rapporto con gli specialisti dei centri diabetologici, sembrano non essere contemplate le Associazioni dei malati, relegate ad un ruolo di mera informazione nei confronti della cittadinanza. Lo scenario tracciato dalla Regione Veneto è decisamente preoccupante: sono circa 250 mila i diabetici diagnosticati, con 20 mila nuovi casi l'anno di diabete di tipo 2 e circa 200 di diabete di tipo 1. E per ciascun diabetico, è bene ricordarlo, la Sanità sborsa un minimo di 2.500 euro, somma da attribuire per il 75 per cento ai costi per le ospedalizzazioni ed i farmaci necessari per la cura delle complicanze croniche della malattia e per non più del 25 per cento ai costi per il monitoraggio glicemico domiciliare, i farmaci antidiabetici e le visite periodiche e presso i Medici di Medicina Generale. È doveroso riconoscere che il Veneto può contare su una rete di centri diabetologici

che ha pochi uguali in tutto il mondo. Il sistema, però, sta scricchiolando. Molti centri diabetologici, specie quelli di più piccole dimensioni, sono carenti di infermieri e dietisti e, in alcuni casi, ne sono sprovvisti. Rarissima è la disponibilità di psicologi e podologi. È questa la principale ragione, evidentemente, che ha spinto la Sanità regionale a coinvolgere sempre più attivamente i Medici di Medicina Generale. Il progetto obiettivo parla di "educazione terapeutica" ed è chiaro: "l'educazione del paziente all'autogestione della malattia è un elemento essenziale per la cura, è un compito fondamentale del Medico di Medicina Generale e del team diabetologico e non deve essere considerata di importanza minore rispetto all'appropriate esecuzione dei controlli diagnostici iniziali"

continua a pag. 2

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E LA GESTIONE DEL DIABETICO

È ormai noto che il diabete tipo 2 è una patologia in costante espansione, prevalentemente causata da un errato stile di vita. Le cifre attualmente in possesso, dal punto di vista epidemiologico, dicono che la prevalenza di diabete è attualmente del 4,3-4,5% nel Veneto, con incremento annuo del 4-5%, secondo i dati del Sistema Epidemiologico Regione Veneto. Questi dati sono certamente sottostimati, se confrontati con quelli della provincia di Padova del 4,85% (Fedele, 2008) e Verona del 5,5% (Progetto Verona IHJ, 2005), ed ancor più se confrontati con i dati provenienti dalla Medicina Generale che evidenziano una prevalenza di poco inferiore al 7% (Società Italiana di Medicina Generale, Health Search, 2007). Il dato si dimostra ulteriormente preoccupante soprattutto se si prende in considerazione la pre-



Dr. Enrico Ioverno, Medico di Medicina Generale, specialista in Andrologia e Diabetologia.

senza del prediabete, che la letteratura internazionale afferma avere una prevalenza che arriva anche al 10%, che per un terzo dei casi diventerà diabete.

Negli ultimi anni è diventando sempre più importante il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (MMG) in quanto il diabete, come detto, è sì un rilevante problema di salute pubblica, ma soprattutto è una delle principali cronicità ed è proprio alle cronicità che la figura

del moderno medico di famiglia sta dedicando la maggior parte della sua attenzione e competenza. I recenti accordi regionali per la Medicina Generale, infatti, pongono alcune patologie, fra cui principalmente il diabete, all'attenzione ed alla progettualità in ambito ULSS.

Di recente, inoltre, si sta avviando verso l'approvazione, un importante documento regionale di progetto nella gestione del diabete che vedrà coinvolte tutte le figure professionali, comprese le associazioni dei diabetici, per una gestione integrata della patologia.

Il documento prende in considerazione tutte le tappe della storia della malattia e rivolge la particolare attenzione per il MMG agli esordi della patologia che come noto è insidiosa e inizialmente spesso asintomatica. Il MMG è chiamato pertanto a diagnosticare precocemente i casi di diabete misconosciuti in maniera sostenibile ed operare un monitoraggio epidemiologico continuo del diabete e delle condizioni ad esso correlate.

Al tempo stesso una gestione integrata con i servizi diabetologici potrà permettere un efficace inquadramento ed educazione del paziente con presa in carico prevalente per il MMG o per il servizio diabetologico a seconda dell'intensità di malattia, con una più razionale gestione dei pazienti. Altro punto

continua a pag. 2



*Con il Sole
o con la Luna
che il nuovo Anno
vi porti fortuna*



La Presidenza e il Consiglio Direttivo della FeVeDi augurano alle Associazioni, ai Soci e alle loro Famiglie

Buon Natale

segue da pag. 1

e periodici o alla corretta prescrizione farmacologica". È in atto una rivoluzione, quindi, che auspichiamo non consideri superati i principi stabiliti nel Manifesto dei diritti della persona con diabete, in cui è richiamato che "il sistema sanitario deve garantire alla persona con diabete l'uso di metodi diagnostici e terapeutici appropriati, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Il diritto delle persone con

gione Veneto, che individua tre principali interventi di cura: la prevenzione delle complicanze acute (cbetoacidosi, ipoglicemia, infezioni); la prevenzione delle complicanze croniche (retinopatia; nefropatia, neuropatia) e la preservazione di una normale qualità e quantità di vita. Tanti buoni propositi, insomma. Ma in tutto questo processo di rinnovamento del sistema di prevenzione e di trattamento dei diabetici, sembra del tutto ignorata



diabete a vivere una vita sociale, educativa, lavorativa alla pari delle persone senza diabete deve essere considerato l'obiettivo primario delle azioni di governo". Obiettivi apparentemente condivisi anche dalla Re-

esistenza delle Associazioni dei malati, cui è relegato il ruolo, definito dal progetto obiettivo "importante", della divulgazione ed informazione sul diabete, nonché l'educazione dei pazienti. Restano in vita i "diabetici guida", cui potranno far ricorso i centri diabetologici ed i Medici di Medicina Generale, al fine di trasmettere le conoscenze nella gestione del diabete. Le Associazioni potranno ancora organizzare, in collaborazione con i centri diabetologici, periodi di vacanza-formazione sulla gestione della malattia (campi scuola), dedicati soprattutto ai giovani con diabete tipo 1. L'ultima parola non è ancora detta, per cui non resta che continuare a sperare in un maggior coinvolgimento dei Malati. Il dialogo è senza dubbio la strada da seguire, ma occorre percorrerla insieme, a prescindere dalla giacchetta che si indossa. ■

segue da pag. 1

strategico considerato è la comunicazione fra gli operatori che sarà attuata ricorrendo all'informatizzazione e messa in rete dei dati in modo che ognuno sappia chi fa cosa ponendo comunque sempre il paziente al centro del sistema.

Il diabete è caratterizzato da complicanze, acute e croniche gravi, tali da compromettere la qualità di vita e la stessa sopravvivenza dei pazienti. La prevedibilità di queste complicanze e la disponibilità di ampi margini di intervento, non possono che vedere il Medico di Medicina Generale come protagonista.

Sono ormai consistenti le evidenze che mostrano come intervenire per modificare lo stile di vita vuol dire ridurre la comparsa del diabete; altrettanto ben dimostrato è il fatto che uno stretto follow-up è in grado di determinare, non solo un migliore controllo metabolico ma anche la riduzione dell'incidenza e della gravità delle complicanze.

Dallo studio QUADRI tuttavia, emerge ad esempio che circa il 50% dei pazienti diabetici in Italia non esegue controlli regolari dell'emoglobina glicata. Molti fattori spiegano la difficoltà da parte dei pazienti ad aderire ai piani di cura (scarsa informazione, atteggiamenti passivi, scarsa motivazione al cambiamento degli stili di vita, ecc.). Questi problemi emergono sostanzialmente a causa della mancanza di sistemi di supporto ai pazienti fuori dai tradizionali luoghi formali di cura (ospedale, ambulatorio, ecc.).

Pertanto il Medico di Medicina Generale, tanto più in un contesto sanitario di razionalizzazione delle risorse, ha occasione di assurgere a figura centrale nella gestione del paziente diabetico e nella prevenzione primaria e secondaria della malattia, a patto però,



di riuscire a migliorare le proprie condizioni organizzative assicurando un miglioramento della qualità d'assistenza nel passaggio da una medicina di opportunità ad una più efficace medicina d'iniziativa.

Gli attuali Accordi Nazionali per la Medicina Generale prevedono che il MMG operi in forme associative, in sostanza il vecchio medico di famiglia che agiva isolatamente è destinato all'estinzione. Attualmente l'organizzazione del lavoro prevede l'aggregazione in gruppi (medicina in rete, medicina di gruppo, medicina di gruppo avanzata, UTAP, ecc...) con tutta una serie di vantaggi che vanno dall'organizzazione degli accessi alla presenza di personale di studio ed infermieri con possibilità di spazi e competenze dedicate alle patologie principali come il diabete stesso. Ad esempio cito l'organizzazione che ho dato alla medicina di gruppo dove opero; la presenza di un'infermiera formata anche all'educazione del diabetico, la presenza di un diabetico guida e pochi e semplici supporti strumentali (bilancia, reflattometro, microfilamento, minidoppler...) hanno permesso, usufruendo di spazi e tempo dedicati, di fornire un importante supporto a molti diabetici, consentendo anche una più attenta sorveglianza medica delle complicanze. Nei pazienti che sono stati inseriti in questa forma di monitoraggio

l'emoglobina glicata è scesa mediamente dello 0,5%, sta a dire che con semplici accorgimenti abbiamo recuperato il compenso di molti pazienti. Uno dei punti strategici si è rivelato comunque il richiamo attivo del paziente ai

controlli da parte del personale.

Questi dati non sono comunque una novità; già la letteratura ci segnala ampiamente che una efficiente gestione integrata porta ad un migliore controllo dei diabetici in tema di compenso metabolico e successiva ricaduta sulle complicanze.

Il progetto IGEA proposto a livello nazionale aveva gettato le basi per la gestione integrata MG e servizi diabetologici; nella Regione Veneto la proposta del progetto obiettivo, attraverso un ampio dibattito fra le parti, ha cercato di rendere più concreto il tutto calandolo nella nostra realtà locale.

Va segnalato che il documento prevede anche la formazione di commissioni, in ambito locale e con partecipazione delle figure coinvolte nella cura del diabete comprese le associazioni diabetici, volte all'organizzazione dei percorsi e soprattutto alla formazione di tutte le professionalità che gestiranno la malattia.

Il Medico di Medicina Generale infine si pone attualmente come "ultimo" interprete dell'interistica, intesa nella vasta accezione di "medicina della persona" ed è il principale riferimento sanitario per il paziente. È forse per questo motivo che recentemente la maggioranza dei cittadini italiani (il 66% secondo la recente analisi realizzata dal Censis nel 2008) sceglie il medico di famiglia come proprio riferimento. ■

FeVeDimensione diabete

A cura delle Associazioni Diabetiche di:
ADIQ Alpinisti Diabetici in Quota
(Associazione Nazionale)

Area Berica, Noventa Vicentina,
Arzignano-Montebelluna-Lonigo,
Bambini e Giovani Diabetici-Vicenza,
Bovolone-S. Giovanni Lupatoto-Zevio,
Conegliano,
Schio Alto Vicentino,
Verona,
Vicenza.

Edito dalla Federazione Veneta Diabetici
c/o Associaz. Diabetiche di Conegliano

Direttore Responsabile:
Matteo Crestani

Redazione:
E. Furlan, D. Demanins, B. Peruffo
Autor. del Tribunale di Treviso n. 7
del 4 giugno 2007

Stampa: C.T.O. - Vicenza

Programma di nuovi interventi psicologici per i pazienti diabetici

Progetto in fase di realizzazione presso la diabetologia dell'Ospedale di Borgo Trento a Verona*

L'articolo è steso in forma di domanda e risposta per renderlo più vivace e di immediata comprensione.

Le persone diabetiche hanno bisogno di avere un intervento psicologico?

La cronicità e la complessità della malattia diabetica, che esige una buona adesione alle regole igienico-alimentari-mediche e il miglioramento dello stile di vita, rendono complesso il superamento dell'impatto psicologico della malattia. È auspicato che l'intervento psicologico entri nel team diabetologico per una gestione integrata del paziente. In Azienda Ospedaliera nella sede dell'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento, la continuità di rapporto tra i medici e il personale che si occupa di diabete e di altri disturbi endocrino-metabolici con il servizio di psicologia, ha consentito di sviluppare programmi specifici di intervento. La collaborazione era iniziata molti anni fa con uno psicologo e prosegue da tempo con un gruppo, così da garantire continuità di assistenza. Inoltre, insieme con l'Unità di Chirurgia Seconda, è parte di un'équipe multidisciplinare per la chirurgia dell'obesità e la riduzione/soluzione delle patologie correlate, compreso il diabete. Negli ultimi 3 anni sono stati valutati circa 250 nuovi



Dott.ssa Luisa Nadalini, Responsabile S.S.F. di Psicologia Oncologica e Continuità delle Cure dell'Unità Operativa di Radioterapia dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

casi e sono stati operati 200 pazienti.

Cosa prevede questo nuovo programma di intervento?

Obiettivi del nuovo progetto di intervento psicologico sono:

1. offrire assistenza ai pazienti diabetici del Servizio di Diabetologia (età > 18 anni), in considerazione del nuovo concetto di salute, introdotto da tempo da parte dell'O.M.S. da intendersi come promozione del benessere bio-psico-sociale;
2. favorire l'accettazione della malattia ed evitare l'instaurarsi di disturbi psicopatologici (in particolare disturbi d'ansia, del tono dell'umore, disturbi alimentari);
3. rispondere in tempi più brevi alle numerose richieste di valutazione psicologica per l'avvio alla chirurgia bariatrica dei grandi obesi, che si effettua da circa 15 anni.

Chi può usufruire del nuovo programma?

Il programma è rivolto particolarmente ai pazienti diabetici di tipo

1, all'esordio della malattia, dopo la comunicazione della diagnosi e le prime istruzioni di cura e/o nelle situazioni complesse di diabete. È rivolto anche ai grandi-obesi candidati alla chirurgia dell'obesità (bendaggio gastrico, by-pass gastrico, sleeve), spesso con comorbidità, tra cui diabete di tipo 2.

Quando si può parlare di obesità e quale correlazione c'è tra obesità e diabete?

L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccesso del tessuto grasso (adiposo) e da un aumento del peso corporeo. Il grado di obesità si calcola mediante il Body Mass Index o indice di massa corporea (BMI), che è il risultato del rapporto tra il peso espresso in Kg e l'altezza espressa in metri al quadrato.

Ad esempio una donna di 126 kg, alta 164 cm ha un BMI di 46,8, cioè un'obesità grave di classe III. Il calcolo è semplice, ad esempio per un peso di 126 Kg ed un'altezza di m.1,64 il BMI si esegue la seguente operazione: $(126) : (1,64 \times 1,64) = 126 : 2,68 = 46,8$ kg/mq.

I malati con diabete mellito di tipo 2 sono nell'80% dei casi affetti anche da obesità. Con questo non si vuole intendere che necessariamente esista un rapporto causa/effetto tra le due malattie, ma che tra i meccanismi responsabili di entrambe ci sono molti punti in comune (come la prevalenza di diabete tipo 2 in coloro che hanno accumulato di grasso importante sull'addome). Invece, si può certamente sostenere che la perdita di peso influenza direttamente la riduzione della gravità sia dell'obesità sia del diabete di tipo 2. Nell'obesità meno grave, basta un calo di circa il 10% del peso iniziale per risolvere il diabete.

nale corporeo le tensioni emotive al punto che i pazienti non rintracciano più la vera origine del problema (agitazione, inquietudine, ecc...), ma la sola consapevolezza di pensare sempre al cibo e di mangiare troppo. Pertanto, possiamo dire che il mangiare ha nell'uomo un significato non esclusivo di soddisfacimento di un bisogno organico, ma anche di impulsi affettivi, implicazioni psicologiche e relazionali. È ormai noto a tutti che l'obesità è una malattia e non il risultato di un comportamento vizioso, come veniva considerata un tempo, è una patologia complessa, quasi sempre dovuta all'interazione di molteplici

Tab. 1 - Dalla norma all'obesità grave

CLASSIFICAZIONE	B.M.I. (kg/mq)
Normopeso	18,5 - 24,9
Sovrappeso	25,0 - 29,9
Obesità di classe I	30,0 - 34,9
Obesità di classe II	35,0 - 39,9
Obesità di classe III	>40,0

Che rapporto c'è tra emozioni e cibo?

Nella relazione madre-bambino il dare il latte, il riconoscere il bisogno di nutrimento e l'alimentare il neonato crea il così detto *imprinting*. Induce, cioè, un modo particolare nel bambino di aspettare la consolazione attraverso il mangiare ed il sollievo dal "malessere" che avvertiva prima. In futuro, gli adulti obesi dichiareranno quasi sempre che mangiano perché sentono un senso di vuoto allo stomaco, che percepiscono come bisogno di cibo. Il comportamento alimentare problematico rivela in modo esplicito che si riversano sul ca-

fattori interni ed esterni ad ogni individuo, dove lo stile di vita gioca un ruolo fondamentale.

Durante l'età adolescenziale, oggi, si instaurano più frequentemente comportamenti di dipendenza da vari agenti (fumo, alcol, farmaci, droghe, cibo, ecc...).

Una grossa responsabilità ha anche la società che offre immagini accattivanti di prodotti e di situazioni gioiose dove un certo tipo di cibo, chiamato spazzatura nel linguaggio anglosassone (come hot-dog, patatine, pizza snack, ecc...), viene mostrato come socializzatore, che induce legami e benessere. Studi internazionali

continua a pag. 4

* Si ringraziano per la condivisione e per la promozione del progetto l'Associazione Diabetici di Verona e la ditta Takeda, che hanno reso possibile l'ampliamento delle attività di assistenza ai pazienti diabetici seguiti presso la diabetologia dell'Ospedale di Borgo Trento.

segue da pag. 3

Programma di nuovi interventi...

evidenziano un'alta percentuale di presenza di disturbi d'ansia (Hsulk, 2002) e di depressione (Wadden, 2005) nei pazienti obesi.

Si può ricorrere alla Chirurgia dell'Obesità come cura delle complicanze?

In presenza di forme di obesità grave, soprattutto se di lunga durata e di provata resistenza a dieta, attività fisica, intervento psicologico, può essere presa in considerazione la terapia chirurgica.

La Chirurgia dell'Obesità ha l'obiettivo di risolvere il problema del peso e di prevenire il rischio dell'instaurarsi di altri problemi correlati a tale patologia, e se già presenti di ridurli o di risolverli.

Qualsiasi intervento di chirurgia, tra i vari possibili, richiede, anche se in modo diverso, che la persona segua un attento follow-up e si presenti alle visite di controllo previste, perché il soggetto resta comunque l'attore del proprio successo. Questa soluzione è ulteriormente indicata se sono presenti altre malattie (comorbidità)

come diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, sindrome delle apnee notturne, artropatia da carico, ecc...(tab.2)

Qual'è la soluzione chirurgica dell'obesità meno invasiva utilizzata dal gruppo di Verona?

È il bendaggio gastrico che consiste in un anello morbido in silicone che viene posizionato intorno alla parte superiore dello stomaco, può essere regolato, nel tempo, aumentando o riducendo la restrizione che va effettuata tempestivamente. È un intervento reversibile. Il miglioramento dei problemi psicologici, come ansia e depressione dopo bendaggio gastrico, a distanza di 6 anni dall'intervento è stata riscontrata anche in studi recenti (Nickel et al., 2007). Tuttavia, è necessaria una collaborazione attiva del paziente, attraverso un certo controllo dell'alimentazione.

E nei casi più gravi?

La tecnica chirurgica più usata è il by pass gastrico.

Lo stomaco viene ridotto attraverso taglio e sutura, in modo da diminuire la quantità di cibo che può essere introdotta. Le secrezioni di pancreas (enzimi digestivi) e del fegato (bile) restano inalterate e promuovono l'assorbimento dei nutrienti. Ad un anno dall'intervento si verifica in media un calo dell'eccesso di peso del 77% (Wittgrove AC, Clark GW. *Laparoscopic Gastric Bypass, Roux-En-Y 500 patients. Technique and results, with 3-60 month follow-up. Obesity Surgery 2000; 10: 233-39*). Dopo 10-14 anni, i pazienti mantengono il 60% del calo dell'eccesso di peso.

Il 96% delle comorbidità studiate migliora o si risolve, inclusi dolori articolari, apnee notturne, ipertensione, diabete di tipo 2, depressione. I pazienti avvertono un precoce senso di sazietà che li induce a introdurre meno cibo. Dopo l'intervento di chirurgia, studi internazionali segnalano un miglioramento della qualità della vita dei pazienti che avevano effettuato by-pass gastrico (Dymek, 2001).

Quali sono i primi risultati dopo l'applicazione di questo nuovo programma di assistenza psicologica per i diabetici e gli obesi con comorbidità che chiedono un intervento di chirurgia bariatrica?

Dall'inizio del programma, cioè da gennaio a settembre 2009, sono state prese in esame 101 richieste, grazie ad uno Psicologo-Psicoterapeuta in più nel gruppo di lavoro per i contributi

pervenuti dall'Associazione Diabetici di Verona e da Takeda.

Per quanto riguarda i pazienti diabetici:

Sono stati seguiti 16 nuovi malati con età media di anni 50.4 (19-74), di cui 3 cardiopatici. Il trattamento massimo è stato di 10 sedute, per circa 3 mesi. I problemi prevalenti sono risultati

gravi, problemi cardiaci, ipertensione arteriosa e diabete tipo 2. Sono state valutate 76 persone, con età media di 41.2 (19-75). All'esito dello studio, 13 sono rimaste in osservazione e si prevedono ulteriori indagini a supporto, per gli altri c'è stata una prevalenza di interventi di by pass gastrico (37) rispetto al bendaggio



un diabete male compensato per la difficoltà di accettare la malattia, di seguire le prescrizioni mediche nella dieta e nella somministrazione dell'insulina. In particolare è stata trattata l'ansia. Per tre pazienti è emerso il rifiuto di fare la misurazione della glicemia, mentre un quarto la eseguiva invece in eccesso e poi modificava l'assunzione di insulina in modo non adeguato.

Rispetto ai grandi obesi: C'è stato un incremento di risposta e una riduzione del tempo necessario per completare la valutazione. Il massimo BMI valutato è stato di 62.7, il minimo è di 34.8 però con comorbidità

(26). Le comorbidità riscontrate sono state per 22 soggetti il diabete, di tipo prevalentemente 2, e per altre 33 l'ipertensione arteriosa trattata farmacologicamente.

E le prospettive future?

Il programma ha permesso di consolidare i rapporti di collaborazione e di avere conferme circa la necessità di proseguire. Si pensa di ampliare la rete di rapporti, particolarmente con la diabetologia pediatrica per consentire un accompagnamento al passaggio dall'assistenza dedicata ai bambini a quella degli adulti. ■

Tab.2 - Caratteristiche essenziali per la chirurgia bariatrica

Età	18-60 anni (prudenza con gli adolescenti)
BMI (Indice di massa corporea)	≥ 40 oppure ≥ 35 con comorbidità maggiori associate, suscettibili di miglioramento con la perdita di peso (diabete, ipertensione, ecc...)
Ripetuti fallimenti di altri trattamenti	Dieta, cure mediche, psicologiche
Stabilità psicologica	Valutazione adeguata
Adesione al programma	Comprensione e collaborazione

Ai fini della prescrizione e della distribuzione dei presidi in oggetto, le prescrizioni distinguono i soggetti diabetici insulino trattati e non insulino trattati. I medici prescrittori, indicheranno sulla ricetta secondo la prassi già in uso, se si tratta di assistito *insulino trattato* oppure *non insulino trattato*.

Tipo I Diabete insulino trattato

Prescrizione:

La prescrizione dei presidi in oggetto non è più mensile, ma unica bimestrale, è effettuata dal Medico che ha in cura il paziente (MMG) e avviene nel rispetto del Programma di cura.

La **diagnosi e il programma di cura** vengono effettuati da un *diabetologo di un Centro antidiabetico pubblico o accreditato*, fatti salvi diversi altri accordi intercorsi a livello di Aziende ULSS o Area Vasta, che prevedano, per alcune tipologie di pazienti diabetici, il coinvolgimento di altre strutture cliniche Aziendali e territoriali, compresi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Ciascuna eventuale modifica al Programma di cura deve essere apportata dalle strutture/soggetti individuali a tal fine: Nell'intervallo dell'acquisizione del Programma di cura, la ricettazione dovrà avvenire rispettando la continuità di impiego dei dispositivi già in uso.

Al fine di garantire continuità nella prescrizione e distribuzione agli assistiti già in trattamento, la stesura del Programma di cura in tali casi verrà effettuata in occasione del primo controllo utile presso i clinici abilitati a tal fine.

La prescrizione e la distribuzione, su ricetta SSN a favore di questi pazienti, dei diversi presidi dispensati con onere a carico del Servizio Sa-

nitario, è effettuata alle condizioni di seguito specificate:

Siringhe per iniezioni ipodermiche di insulina.



Prescrivibili fino ad un **massimo di 240 al bimestre**, in relazione al numero di somministrazioni giornaliere di insulina, indicate nella prescrizione.

losamente alla prescrizione medica.

Glucometri

Fermo restando il principio che l'apparecchio è a carico del paziente, qualora sia distribuito dalle competenti strutture del Servizio Sanitario, ogni Centro antidiabetico o struttura autorizzata alla stesura del Programma di cura, dovrà rendere disponibile agli uffici delle aziende ULSS i dati relativi ai dispositivi dispensati per dovuti controlli



onde evitare rischiose manovre di sostituzione della cartuccia nello stesso dispositivo.

Nel Programma di cura verrà precisato il numero di penne necessario.

La/e penna/e sono fornite dall'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito.

alla situazione clinica del paziente).

La prescrizione garantisce il fabbisogno di **tre mesi**.

Sono inoltre prescrivibili lancette pungidito, complementari all'impiego delle strisce per la glicemia, in numero corrispondente al numero delle strisce prescritte per l'autocontrollo, pertanto fino ad un **massimo di 200 lancette pungidito per anno**.

La prescrizione deve essere prevista nel programma di cura, redatto secondo quanto sopra specificato per gli insulino trattati.

Aggiornamento delle disposizioni concernenti la prescrizione e la dispensa dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione a favore dei soggetti affetti da diabete mellito.

UNA BUONA NUOVA

Con la deliberazione della Giunta Regionale n. 1798 del 16 giugno 2009 sono state aggiornate le disposizioni regionali. Le nuove disposizioni sono entrate in vigore il **1° luglio 2009**, decorrenza dalla quale è abolito il Listino Regionale Diagnostici.

Aghi per iniettore di insulina a penna



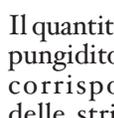
Prescrivibili fino a un massimo di 3 confezioni, pari a 300 aghi al bimestre, in relazione al numero di somministrazioni giornaliere di insulina, indicate nella prescrizione.

Strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare.

La prescrizione delle strisce, che deve contenere anche l'indicazione del numero erogabile per bimestre, sulla base della frequenza di misurazione prescritta al paziente, dovrà avvenire, in ogni caso, nel rispetto del Programma di cura. Il medico curante attuerà le prescrizioni per la continuità di cura secondo il programma definito. Il farmacista delle farmacie aperte al pubblico nella fornitura dovrà attenersi scrupol-

e il monitoraggio, sia dei glucometri consegnati ai pazienti, che delle strisce erogate.

Lancette per iniettori preriempiti e aghi pungidito.



Il quantitativo di lancette pungidito prescrivibile corrisponde a quelli delle strisce per l'autocontrollo glicemico, essendo l'impiego dei due dispositivi strettamente correlato e complementare. Il Programma di cura specifica la prescrivibilità di tali presidi e degli apparecchi relativi, dispensati dall'Azienda ULSS.

Iniettori di insulina a penna

Dispensabile, di norma, una penna all'anno. Nel caso di soggetti trattati con più di un tipo di insulina, al paziente verrà fornita una penna per ciascun tipo di farmaco,

Reattivi rapidi per la determinazione della glicosuria, della chetonuria e della chetonemia.

La prescrizione di tali presidi deve essere prevista nel Programma di cura, le prescrizioni successive verranno effettuate nel rispetto di quanto indicato nel Programma. La determinazione ematica dei chetoni è prescrivibile unicamente dal Centro Antidiabetico, nel numero massimo di 2 confezioni all'anno.

Tipo 2 Diabete non insulino trattato

Strisce reattive per la misurazione della glicemia capillare lancette pungidito.

È consentita la prescrizione fino a un **massimo di 200 strisce per anno (50 o 25 a trimestre)**, in relazione

Aghi per iniettori a penna per somministrazione di incretine

Nel rispetto delle disposizioni stabilite dall'Agenzia Italiana del Farmaco concernenti la prescrizione e il follow-up di tale categoria di farmaci, a favore dei pazienti in terapia con farmaci della famiglia delle incretine, farmaci ipoglicemizzanti da usarsi esclusivamente nei pazienti non insulino trattati e che richiedono, per la somministrazione, l'impiego dell'ago per l'iniettore a penna, è accordata la distribuzione degli aghi da utilizzarsi per la somministrazione del farmaco.

A tal fine, sarà il medico autorizzato alla loro prescrizione che effettua la prima prescrizione degli aghi. Successivamente la prescrizione potrà essere effettuata bimestralmente dal medico di medicina generale.

Considerata la frequenza di somministrazione dei farmaci e il confezionamento di aghi in commercio, attualmente disponibili unicamente in confezioni da 100 pezzi, si dispone l'erogabilità di una confezione da **100 aghi al bimestre**. Sulla prescrizione il medico

continua a pag. 6

LEGGI 104/92 CHI LA CONOSCE?

Approvata nel 1992, è la legge che regola l'assistenza ai disabili. Interessa la scuola, il lavoro, la formazione, la sanità, eppure ad oggi, dopo 17 anni di applicazione, non è ancora conosciuta in tutte le opportunità che offre.

Peggio del diabete è l'ignoranza. Avevamo letto questo slogan in un pieghevole edito da Diabete Forum poi dimenticato. Ora nel momento di illustrare questa legge, per i più sconosciuti, è tornato alla mente e l'abbiamo

trovato più vero che mai, ma non nel senso offensivo come spesso viene usato, ma nella sua etimologia derivata: *di ignorare*, cioè di non conoscere. Infatti qualunque cosa, se non conosciuta, incombe, preoccupa e fa paura. Ignorare, nemme-

segue da pag. 5

indicherà che si tratta di paziente in trattamento con insulina, specificando il medicinale.

Diabete gestazionale

Le donne con diagnosi di diabete gestazionale, anche se non insulino trattate, beneficiano delle **strisce** per la misurazione della glicemia capillare fino ad un **massimo di 100 al bimestre**, con indicazione sulla ricetta del numero delle determinazioni. Beneficiano altresì della distribuzione delle

lancette pungidito, nello stesso quantitativo delle strisce prescritte. Il relativo Programma di cura verrà redatto dallo specialista autorizzato, attualmente identificato nei diabetologi e ginecologi.



Si ricorda che il **Listino Regionale Diagnostici è ABOLITO.**

È disponibile, per la consultazione, l'archivio degli ultimi Listini Diagnostici, in vigore fino al 30 giugno 2009.

RIEPILOGO

Tipo 2 non insulino trattato

50 strisce	x 3 mesi
50 lancette	x 3 mesi
solo per iniezioni 100 aghi	x 2 mesi

Gravidanza

100 strisce	x 2 mesi
100 lancette	x 2 mesi

Tipo 1° insulino trattato

Strisce	x 2 mesi
Lancette	x 2 mesi
Da 100 a 300 aghi	x 2 mesi
Fino a 240 siringhe	x 2 mesi

Attenzione al numero di strisce per confezione

STRISCE REATTIVE	CONFEZIONI DA:
Active	50 o 25
Aviva	50 o 25
Compact	50 o 17

LANCETTE PUNGIDITO	CONFEZIONI DA:
Softclix	25 o 200
Multiclix	24 o 100
Autoclix	25 o 200

no la legge lo consente. Allora abbiamo deciso di ripassarci questa legge – peraltro già apparsa sul nostro giornale per intero – nell'occasione dell'emanazione del decreto-legge del Consiglio dei Ministri del 26 giugno 2009 il quale titola all'art. 20 "Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile" che nelle intenzioni del Governo dovrebbero consentire tempi più rapidi e modalità più chiare per il riconoscimento dell'invalidità civile. Di seguito esamineremo per sommi capi gli articoli più importanti. Ecco gli articoli di legge più interessanti, (in corsivo i nostri commenti chiarificatori):

1. Finalità.

a) La Repubblica: garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
b) previene e rimuove le condizioni invalidanti... e il raggiungimento della massima autonomia... e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali.

2. *Principi fondamentali, che riconoscono l'eguaglianza dell'handicappato con le persone normali e che ci si impegna in tutto per tale raggiungimento.*

3. Soggetti aventi diritto.

È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale... La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore...

Il diabetico di tipo 1° insulino trattato (da 0 a 12 anni) è una persona handicappata, perchè non avendo la capacità di somministrarsi l'insulina (salvavita) è alle dipendenze degli altri. Rientra nella categoria finchè non avrà raggiunto l'autodipendenza.

Il diabetico anziano affetto da complicanze invalidanti è un soggetto a pieno titolo rientrante in questa legge.

4. Accertamento dell'handicap.

Il decreto-legge del Consiglio dei Ministri del 26 giugno 2009 è variato, le nuove norme entreranno in vigore dal 1° gennaio 2010, e la tabella a fianco riportata chiaramente illustra il nuovo iter burocratico.

5. Principi generali per i diritti della persona handicappata.

...d) assicurare alla famiglia della persona handicappata un'informazione di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento...
...e) assicurare negli interventi socio-sanitari la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata ...

... b) garantire alla persona handicappata e alla famiglia adeguato sostegno psicologico e psico-pedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici ...

Ci sembra che la legge sia assai chiara nell'indicare i sostegni dovuti alla persona con handicap e se finora non sono stati integralmente applicati, la colpa è di tutti noi per non esserci battuti affinché fossero rispettati i termini di legge.

8. Inserimento e integrazione sociale.

... b) servizi di aiuto alla

persona handicappata in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale;
... d) provvedimenti che rendano effettivo il diritto all'informazione e il diritto allo studio della persona handicappata.

L'esplicito riferimento dei punti b) e d) non lascia dubbi sull'applicazione della legge.

9. Servizio di aiuto personale.

2. Il servizio di aiuto personale è integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio e può avvalersi dell'opera di: ...
b) cittadini di età superiore ai diciotto anni che facciano richiesta di prestare attività volontaria;
c) organizzazioni di volontariato.

Nell'art. 9 risulta chiara la chiamata alla collaborazione delle Associazioni, peraltro già preparate con il servizio di diabetici guida, che se riconosciuto si integrerà con gli altri servizi istituzionali.

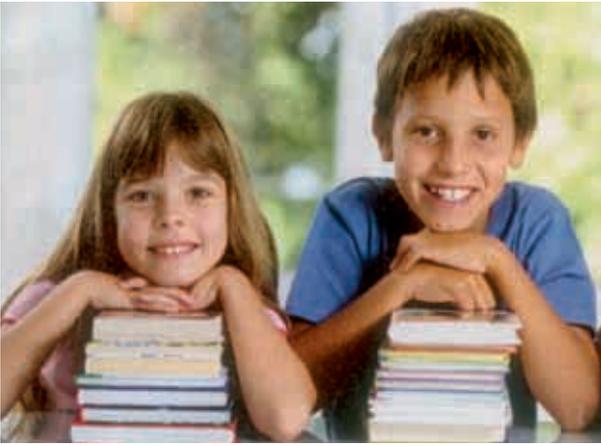
12. Diritto all'educazione e all'istruzione.

1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.

2. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado....

4. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.

Non si capisce perchè a un



diabetico insulino dipendente non si trovi un infermiere, un insegnante, un bidello che si assuma la grande responsabilità (sic) di fare una iniezione di insulina ad uno scolaro o studente. Ancora una volta dobbiamo sottolineare che ciò è dovuto all'inerzia supina dei genitori che non hanno fatto sufficienti pressioni presso le autorità scolastiche e sanitarie per ottenere quello che è un diritto.

13. Integrazione scolastica.

1. L'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado... si realizza anche attraverso:
a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati...
b) la dotazione alle scuole di attrezzature tecniche e di sussidi didattici nonché di ogni altra forma di ausilio tecnico...

Non esiste una programmazione coordinata con gli altri servizi e pertanto viene meno la stipula degli accordi di programma previsti dalla legge. Ora ci diranno che non ci sono i soldi per realizzare le prescrizioni dettate dalla legge. Deve essere comunque nostro impegno stimolarne e sollecitarne l'applicazione.

L'elenco continua fino all'art. 44, ma le cose più importanti e di interesse per i diabetici le abbiamo riportate.

Una considerazione viene spontanea: se si fanno anche delle buone leggi, ma poi non c'è chi controlla che siano attuate è tempo sprecato e risorse perdute. Se il nostro tutore, "lo Stato", non provvede alla nostra tutela per la quale ha emanato le leggi, per farle attuare i cittadini dovranno assumersi anche l'obbligo di conoscere la materia, controllare l'esecuzione, e raccogliere i risultati.

15. Gruppi di lavoro per l'integrazione scolastica

2. Presso ogni circolo didattico e istituto di scuola secondaria di primo e secondo grado sono costituiti gruppi di studio e di lavoro composti da insegnanti, operatori dei servizi, familiari e studenti con il compito di collaborare alle iniziative educative e di integrazione predisposte dal piano educativo.

Non risulta dalle nostre indagini che nel Veneto esistano questi gruppi di lavoro. Il ritornello ormai è abusato: stimolare e sollecitare l'attuazione.

L'elenco continua fino all'art. 44 ma le cose più importanti e di interesse per i diabetici le abbiamo riportate.

Una considerazione viene spontanea: se si fanno delle buone leggi ma poi non c'è chi ne controlla l'attuazione è tempo sprecato e risorse perdute. Se il nostro tutore

continua a pag. 8

CAMBIANO LE PROCEDURE: NUOVE COMPETENZE ALL'INPS

Situazione attuale

Le domande si presentano alla segreteria della **Commissione di accertamento presso l'Azienda ULSS** di residenza che provvede entro 90 giorni a fissare la data di accertamento.

L'accertamento degli stati invalidanti viene effettuato da una specifica **Commissione** presente in ogni Azienda ULSS. Una volta redatto il verbale viene trasmesso alla **Commissione dei verifica dell'INPS** che ha tempo **60 giorni** per confermare l'esito, oppure per sospendere il procedimento richiedendo chiarimenti alla Commissione ULSS, oppure per convocare a visita l'interessato per approfondimenti.

La Commissione di Accertamento e le Commissioni di Verifica INPS, per valutare le minorazioni civili applicano le **modalità e le tabelle riportate nel Decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992**.

Se il verbale di invalidità civile contiene i presupposti sanitari per l'erogazione delle provvidenze economiche, (pensioni, indennità, assegni), inizia **l'iter per la concessione** che prevede una istruttoria sugli altri **requisiti (reddito personale, ricovero)**. Una volta concluso, il decreto di concessione viene trasmesso all'INPS per l'erogazione delle provvidenze stesse.

Il **ricorso** contro i verbali e contro la mancata concessione delle provvidenze è possibile solo **davanti al giudice (e con l'assistenza di un legale)**. Dal 2005 le comunicazioni relative ai ricorsi devono essere comunicati all'INPS. Non è possibile il ricorso amministrativo.

Iter burocratico

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

ACCERTAMENTO E VERIFICA

VALUTAZIONE DELLE MINORAZIONI CIVILI

LA CONCESSIONE DELLE PROVVIDENZE ECONOMICHE

IL RICORSO

Situazione dal 2010

Le domande verranno presentate **esclusivamente all'INPS** che provvederà all'invio per via telematica, all'**Azienda ULSS** di competenza che provvederà alla convocazione.

La Commissione dell'Azienda ULSS sarà integrata con un medico INPS.

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del nuovo decreto, il Ministero della Salute nomina una **Commissione** con il compito di **"aggiornare le tabelle indicative delle percentuali di invalidità già approvate con decreto del 5 febbraio 1992..."**.

Con un accordo quadro fra Ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni, **le competenze consessorie saranno trasferite all'INPS**. L'accordo dovrà essere sottoscritto entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto legge.

L'INPS diventa unica "controparte". Inoltre nel caso il cui il giudice nomini un **consulente tecnico** questi dovrà **obbligatoriamente essere affiancato nelle indagini da un medico INPS**.

DIABTREK 2009

A.D.I.Q. - Associazione Alpinisti Diabetici In Quota

Dal 24 al 27 settembre scorso l'Associazione di promozione sportiva A.D.I.Q. - Alpinisti Diabetici In Quota ha organizzato, a Passo Vezzena (1417 metri s.l.m.), negli sconfinati altopiani di Lavarone (TN) e dei sette comuni, in un centro polifunzionale autogestito, la quinta edizione del DIABTREK, campus sportivo, riservato a persone adulte con diabete di tipo 1 e comprese in una fascia di età tra i 20

ed i 47 anni. Vi hanno partecipato una ventina di persone accompagnate e seguite dalla collaudata équipe multidisciplinare del gruppo A.D.I.Q. (composta da un medico diabetologo, arricchita quest'anno della presenza anche di due infermiere, da una nutrizionista, da una pedagoga e da uno scrittore per le sessioni di autobiografia narrativa oltre ad un maestro di nordik walking e da due cuochi).

Lineari agli obiettivi dell'Associazione, A.D.I.Q. ha proposto un campus di pratica sportiva con parti teoriche e di discussione con l'équipe ad intervallo e cadenzare i quattro giorni di permanenza alla casa di passo Vezzena. Quattro giorni emotivamente intensi ed irripetibili, di quotidiana attività aerobica a lieve intensità ma di lunga durata, quali il trekking, il nordik walking e la mountain bike in luoghi incantevoli

ed equilibrata alimentazione, l'automonitoraggio della glicemia supportati e seguiti costantemente dal medico diabetologo e dall'infermiera.

L'elemento nuovo di questo DIABTREK è stata la forza del gruppo, emersa in tutta la sua potenza: fin da subito le iniziali titubanze, la timidezza di un insieme di persone eterogenee e sconosciute sono state brillantemente superate con la voglia di lasciarsi rapire da un'esperienza forte nei contenuti e nei momenti di condivisione, formazione e reciproco confronto.

Alcuni e diversi temi sono

fino al dopo cena tanto è stato l'entusiasmo ed il vivo interesse che hanno suscitato nel gruppo.

Senza timore di smentita il successo di questa esperienza l'ha decretato il gruppo con la sua partecipazione ed il suo calore ed affiatamento dove la forza di tante individualità unite e prostrate verso un comune obiettivo, migliorare la conoscenza del diabete, hanno creato la magia della solidarietà, della condivisione e di un ritemprante senso di appartenenza dal quale trarre nuova energia ed ispirazione per andare avanti nella vita di tutti i giorni.

Mai come in questa oc-

Proposte allettanti da



LEGGE 104/92

segue da pag. 7

“Lo Stato” non provvede alla nostra tutela per la quale ha emanato le leggi, resta per farle attuare solo l'insistente, costante azione del cittadino il quale dovrà studiare la materia della legge per esserne edotto, verificarne l'applicazione, testare l'efficacia e rivolgersi a tutti gli organi competenti, reclamando la loro responsabilità. È chiaro che questa è una legge fatta per i bambini e gli adolescenti, quelli che in numero maggiore sono gli aventi diritto, perché per gli adulti si può configurare l'handicap quando esista una grave minorazione fisica dovuta a complicanze diabetiche.

Il riconoscimento del grado di invalidità diviene utile per l'assistenza che alcuni servizi sociali possono dare, come la fornitura di scarpe e plantari per coloro che hanno problemi di piede diabetico, e basta il 35% di invalidità.

Inoltre può essere esentata la prescrizione di occhiali, busti, cure termali, carrozzine per chi non può camminare ed altro a seconda della percentuale di invalidità.

Le procedure per ottenerle sono specificate nella tabella inserita in questo articolo.

Per i bambini e adolescenti l'applicazione della legge 104, si può fruire dell'aiuto dell'assistente sanitaria o sociale per l'inoltro della domanda, il resto diventa automatico.

Per gli adulti è consigliabile la consulenza dell'ANMIC Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili, esistente in tutti i capoluoghi d'Italia ed in alcuni grossi centri provinciali, che forniscono assistenza fino al completo espletamento della pratica di presentazione della domanda.

Come si può constatare l'aiuto viene dalla conoscenza, e i diabetici non brillano per spirito di iniziativa e per scovare le possibilità di aiuto ad una patologia che impegna già notevolmente il soggetto portatore. Proprio per questo è stato pensato di pubblicare queste notizie, perché riteniamo sia doveroso mettere a conoscenza degli aiuti ausiliari che esistono e che sono emanati proprio per il paziente diabetico.

LA REDAZIONE

e rilassanti, dal mattino e fino al pomeriggio inoltrato, per poter apprendere e provare in prima persona i benefici effetti dell'esercizio motorio sulla glicemia ed i necessari adattamenti sulla terapia insulinica in relazione allo sport effettuato.

Per questo motivo si è scelto, come per l'edizione del 2008, una base logistica fissa, piuttosto che un'organizzazione itinerante per rifugi di montagna, al fine di facilitare e meglio curare aspetti quali una corretta

stati oggetto delle sessioni di lezione del tardo pomeriggio: l'ipoglicemia, le complicanze legate al diabete, l'adattamento della terapia insulinica e poi ancora quale alimentazione adottare durante la pratica sportiva, l'uso dei grassi piuttosto che degli zuccheri semplici e complessi, le loro interazioni e le differenze di efficacia sull'organismo e molto altro ancora. Queste lezioni hanno visto una partecipazione all'unisono ed in alcuni casi si sono protratte

casione ci siamo accorti come il diabete sconfini nel misterioso mondo della psiche e delle sue fragilità. Il reciproco sostegno che si è respirato è stata motivo di sollievo per tutti e poi la libertà di parlare senza paure di pregiudizi, in confronti serrati quanto sinceri, hanno fornito la dimensione e la portata di queste giornate.

Dunque per il gruppo A.D.I.Q. anche da questa edizione del DIABTREK ha avuto conferma e valida ragione per proseguire nelle azioni e nei progetti realizzati: un cammino educativo dove i membri fondatori di A.D.I.Q., sapientemente coadiuvati da validissimi professionisti in ambito sanitario e formativo, si mettono in discussione in prima persona per aiutare, per aiutarsi, per insegnare ma anche per imparare dagli altri.

Non da ultimo un sentito ringraziamento per il sostegno a Bayer Diagnostic e a Novo Nordisk che ha inserito il DIABTREK organizzato da A.D.I.Q. nella campagna di sensibilizzazione a favore delle persone con diabete denominata “Changing the Future of Diabetes”.

Marco Peruffo,
gruppo A.D.I.Q. - Alpinisti Diabetici In Quota

SNOWDIAB 2010

Si organizza la terza edizione dello **SNOWDIAB**, *campus sportivo sulla neve dedicato agli sport invernali* (snowboard e camminate con le racchette da neve, cosiddette “ciaspe”) riservato a giovani adolescenti con diabete di tipo 1 di età indicativamente compresa tra i 14 ed 20 anni.

Lo SNOWDIAB si svolgerà presso il centro polifunzionale autogestito a Passo Vezzena (1457 mt. slm.) **dal 13 al 17 febbraio 2010.**

L'Associazione A.D.I.Q. metterà a disposizione dei partecipanti la collaudata équipe multidisciplinare di Diabtrek con alcuni istruttori di sport invernali oltre ai soci A.D.I.Q. nel ruolo di organizzatori e gestori delle attività come diabetici guida.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi a:

MATTIA TANZA (cell. 339-19.42.151) e indirizzo e-mail: mattitan@hotmail.com oppure al sito internet www.adiq.org, indirizzo e-mail: info@adiq.org.



Nei primi mesi del 2009, nella fase di ristrutturazione dei dipartimenti e delle Unità Operative della ULSS 6, finalizzate alla migliore utilizzazione delle risorse umane e dei servizi, è stata attuata una serie di interventi, talora preoccupanti altri tranquillizzanti, con la modifica di situazioni alle quali eravamo da tempo abituati. I diabetici di tipo 2 ben compensati d'ora in poi dovranno essere seguiti dai Medici di Medicina Generale e una volta

Cambiamenti in U.O.

stata aggregata al Dipartimento di Medicina Generale, diretto dal Dottor Giorgio Vescovo, pur rimanendo autonoma. Con tale aggregazione si vuole attuare una migliore utilizzazione delle degenze e dei servizi; non più letti distribuiti per specialità, ma unificati, divisi per qualità di in-

ste sempre volte ad una migliore qualità delle cure nella consapevolezza che il diabetico deve partecipare "in primis" alla gestione della sua malattia.

Sempre nei primi giorni di giugno, una rappresentanza del nostro Consiglio Direttivo, costituita dal presidente Stefano Passarella, dalla vice presidente Maria Vittoria Brunello e dal probiviro (nonché ex presidente della nostra Associazione) Bepi Peruffo, ha avuto un colloquio con il Dottor Eugenio Fantuz, Direttore Sanitario della ULSS 6, con il Dottor Livio Dalla Barba, Direttore Medico, con il Dottor Giorgio Vescovo, Primario del reparto di Medicina Generale e anche con il Dottor Marco Strazzabosco, proprio per chiarire la suddetta ristrutturazione.

Le modifiche (ci è stato spiegato dai nostri interlocutori) sono state effettuate per poter ottimizzare la degenza di noi diabetici. Infatti il reparto di medicina Generale è aperto ai Medici Diabetologi che possono seguire nel migliore dei modi i pazienti ricoverati. Su questo punto è completamente d'accordo anche il Dottor Strazzabosco. A conferma di quanto detto, sono stati anche effettuati dei corsi, diretti dallo staff di Diabetologia, rivolti ai Medici e agli Infermieri che prestano servizio nel reparto di Medicina Generale. Verranno svolti corsi di aggiornamento anche per i Medici di Medicina Generale, dal momento che dovranno seguire in prima persona i pazienti con diabete di tipo 2. Infine nei prossimi mesi, appena sarà rinnovata la convenzione che lega la ULSS n. 6 e la nostra Associazione, potranno

essere presenti al CAD i nostri Diabetici Guida, per poter aiutare tutti coloro che hanno bisogno di aiuto per quanto riguarda varie problematiche come, per esempio, l'uso corretto dei reflattometri, i siti migliori dove effettuare l'iniezione, l'uso delle penne e anche riguardo

al disbrigo delle pratiche burocratiche come il rinnovo della patente, invalidità, esenzione ticket e lavoro.

Il dottor Vescovo, per spiegare ancora meglio tutte queste novità, ha dato la sua completa disponibilità ad incontrare tutti noi associati in Assemblea, per poter chiarire ogni nostro dubbio.

Nella speranza che tutte queste novità siano davvero costruttive, auguriamo buon lavoro a tutti.

Stefano Passarella



Il nuovo Primario F.F. del Servizio di Diabetologia: dr. Marco Strazzabosco

all'anno inviati al Centro Antidiabetico per una verifica generale dello stato di salute.

I diabetici complicati o insulino trattati, faranno sempre riferimento all'Unità Operativa nel frattempo con nuove strutturazioni. Infatti dall'inizio dell'anno la Dott.ssa Grigoletto non è più operativa al CAD e con il 31 maggio anche il Primario Dott. Alfonso Basso, per aver raggiunto i limiti di età lavorativa, è stato esentato dal servizio. In questa occasione desideriamo ringraziare il Dottor Basso a nome di tutta l'Associazione per l'impegno e la disponibilità dimostrata nei nostri confronti dal 2001 ad oggi.

Inoltre l'Unità Operativa di Diabetologia e Malattie del Metabolismo è

tervento: grave, medio o leggero migliorando così l'attenzione per intensità di cura.

Dal primo giugno, il Dottor Marco Strazzabosco, è stato nominato Primario facente funzioni dell'Unità Operativa di Diabetologia e Malattie Metaboliche e con i suoi colleghi continuerà a svolgere anche il delicato servizio podologico per cui da tempo è largamente stimato. Nel dare il benvenuto al Dottor Marco Strazzabosco e i complimenti per la meritata nomina, ci si augura una maggiore e sempre più stretta collaborazione tra l'Associazione e il CAD per migliorare il servizio attraverso la partecipazione del volontariato all'educazione sanitaria di primo livello, con iniziative e propo-



Il nuovo Presidente dell'Associazione Diabetici: Stefano Passarella

Due incontri con il prof. Giuseppe Erle

Lectio magistralis

Nei giorni 3 e 24 ottobre sono stati organizzati due incontri di educazione sanitaria per diabetici che hanno avuto come argomento la "Sindrome metabolica" e l'"Obesità".

Le due lezioni tenute dal prof. Giuseppe Erle, sono state illustrate, con il linguaggio chiaro e da tutti comprensibile, anche se trattasi di materia scientifica, che è caratteristica sua propria.

La Sindrome metabolica, è una condizione di patologia dove sono in causa più problemi: (pressione arteriosa, colesterolo, insulino resistenza, e displipidemia).

L'obesità addominale è causata da inattività fisica o sedentarietà, da cattiva alimentazione, oltre che da predisposizione genetica e fattori ambientali.

Questi due fattori: Sindrome metabolica e obesità addominale, sono la causa di una serie di problemi cardiovascolari che alla fine producono le complicanze.

Tutto è stato spiegato nel dettaglio e con precise esemplificazioni la cui conoscenza è indispensabile per una più lunga e migliore qualità di vita.



È dall'edizione del 2007 che la nostra Associazione partecipa alla "Cortina-Dobbiaco" il Diabete in bicicletta attraverso le Dolomiti promossa da: Roche, AMD (associazione medici diabetologi), ANIAD (ass. naz. atleti italiani con diabete), Associazioni e Istituzioni locali della Regione Trentino Alto Adige. La manifestazione è ben organizzata ed è una festa di 2 giorni sabato e domenica (sabato Cortina-Dobbiaco; domenica Dobbiaco-Cortina) che coinvolge i partecipanti nella passeggiata in mountain bike ma anche in istruttive ed informali riunioni durante le quali si dibattono con i medici i problemi relativi alla pratica sportiva per chi è affetto da diabete (vedi sito www.modusonline.it/bici). Vengono inoltre raccontate, tramite slides e resoconti molto dettagliati, dai partecipanti (Marco Peruffo e Cristian Agnoli) le esperienze piuttosto insolite per non dire "estreme" che loro hanno recentemente vissuto attinenti alla montagna o percorsi in bicicletta (Madagascar, Italia) (vedi www.diabetenolimits.org). È una esperienza che consigliamo perchè utile e di cui riportiamo alcune foto

Eventi e attività motoria

che più di tante parole possono dare l'idea di che cosa si tratti.

Campionato Nazionale Ciclisti con Diabete

Urbino 25/26 luglio 2009

Il 25-26 luglio 2009 ho partecipato, come rappresentante dell'Associazione Diabetici Verona al Campionato Nazionale Ciclisti con Diabete che si è svolto a Urbino associato alla Granfondo Granduciale di Urbino di 126 Km. Per darvi un'idea di che cosa si sia trattato vi riporto una testimonianza di un partecipante che è esemplare.

Righe da Urbino ...

Voglio complimentarmi con tutti per l'ottima prestazione che siamo riusciti a incernierare nelle due giornate passate ad Urbino.

Devo ammettere che nei mesi prima della Straduciale ero un tantino perplesso sulla scelta di un percorso tanto difficile e impegnativo, ma a giochi fatti non posso far altro che alzare il calice in onore di chi si è battuto



Acrobazie ciclistiche

affinchè il campionato italiano diversamente glicemici si tenesse ad Urbino.

In due giorni ho potuto constatare che tutti, senza eccezioni e senza remore hanno saputo gestire al meglio situazioni di differente entità per salvaguardare il risultato prefissato prima della partenza... Per qualcuno la vittoria, per altri la soddisfazione di poter dire: "c'ero anch'io".

Oltre quaranta superdiabetici, che non faccio fatica (l'ho ripetuto più volte anche a Urbino) a definire "la crema dei diabetici italiani".

Infatti credo che questo sia il VERO campo di battaglia per spronare gli

altri a rendersi conto che la nostra non è una malattia, ma solo una complicazione che la vita ci ha inflitto. Un purgatorio infimo di pseudorinunce e attenzioni particolari a noi stessi.

Ragazzi come parla difficile questo...

In anni di esperienza, quasi 34, ho conosciuto soggetti diabetici di varie mentalità...

Lo sbattitore di palle, quello che pensa che infondo si deve morire lo stesso e tanto vale vivere la vita come tutti. La cavia di se stesso, quello che non ha mai finito di far modifiche e non è mai contento del parere di esperti. Il sano lo stesso, quello che sta per vedersi amputare le gambe ma dice che non ha mai avuto "la glicemia". Il topo da laboratorio, quello che se non ha la glicata a 6 si fa rinchiodere in una gabbia con sbarre di glucagone. Il sedicente medico, quello che ha consigli per tutti ma non ha la piu pallida idea del perchè e pensa che l'insulina la estraggono dai cadaveri.

Poi ci siamo noi... Sog-

getti a rischio di guarigione... Quelli che hanno deciso che per vivere bene bisogna sapersi mettere in gioco.

Quelli che se c'è il sole non si sanno trattenere e iniziano a correre o pedalare senza meta, ma con un obbiettivo ben preciso.

Quelli che una volta l'anno si sparano mille- duecento chilometri di autostrada per ritrovarsi a faticare come bestie su una montagna senza neanche un albero. Quelli che si fidano e si sfidano. Quelli che sanno cosa fare al momento giusto e prendono la decisione giusta nella situazione che si viene a creare.

Ricapitoliamo...

Poi ci siamo noi, pazzi, diabetici con le ruote.

Prendete con le pinze quello che ho scritto. Ho 73 di glicemia.

Grandi ragazzi, grandi organizzatori e grandi medici al seguito. Il nostro impegno sarà il lavoro di altri.

Fabio Tomasi

Anche di questa esperienza allego alcune foto.

Gaetano Savino



Un suggestivo panorama della Cortina-Dobbiaco-Cortina



Il podio dei vincitori



c/o OSPEDALE B.GO TRENTO
37126 VERONA - PIAZZALE STEFANI, 1
Tel. 045 8343959 - assdiabeticiverona@tiscali.it

6 Settembre 2009

Festa del Volontariato in Piazza Brà

È stata una bellissima giornata, come del resto quella delle altre edizioni. Più di cinquanta Associazioni tra quelle iscritte al CSV di Verona vi hanno partecipato con le bancarelle della solidarietà. Fin dal mattino le persone che transitavano in Piazza Brà hanno potuto vedere, parlare, informarsi su quanto "offre" il volontariato in Verona e Provincia nei quattro ambiti di attività delle Associazioni: valorizzazione e assistenza alla persona, socio-sanitario, tutela dell'ambiente e dei beni culturali, soccorso e protezione civile. Grazie anche ad un cielo degno del migliore settembre e ad un sole che oltre all'aria riscaldava i cuori, per tutta la giornata, sia i veronesi che parecchi turisti hanno passeggiato tra due file di

bancarelle che, in modo discreto e propositivo espongono materiale informativo e cose che potessero dare l'idea dell'attività della relativa Associazione. Alla nostra bancarella fin dal mattino, dopo aver aperto l'ombrellone è stato un continuo affluire di persone che si sottoponevano al controllo gratuito della glicemia che da quest'anno abbiamo pensato di effettuare grazie alle case farmaceutiche che ci forniscono le strisce, alla disponibilità di un diabetico guida, infermiere in pensione, e a quella di 2 giovani



medici specializzandi in diabetologia che sono stati molto cortesi e professionali nel rispondere alle domande delle persone e nel dare consigli a quelli che avevano valori di glicemia fuori norma. Sono stati oltre 500 i controlli glicemici eseguiti, e tutti ci hanno ringraziato; quindi l'anno prossimo li rifaremo come attività di screening rivolta a tutta la popolazione. Noi volontari abbiamo distribuito depliant e materiale informativo vario sul diabete, spiegando a chi era interessato dove siamo, con chi collaboriamo, quali attività svolgiamo. Ci sentivamo partecipi di qualche cosa di utile ma non solo, perché fare volontariato vuol dire mettere a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per gli altri operando in modo libero e gratuito contribuendo alla realizzazione del bene comune; il volontariato è scuola di solidarietà e pratica di sussidiarietà responsabili e quindi produce legami, beni relazionali, rapporti fiduciosi e cooperazione tra soggetti ed organizzazioni, concorrendo ad accrescere il capitale sociale del contesto in cui opera. Il volontariato

In questi giorni è partito un nuovo sito per diabetici

www.veronadiabete.org

Curano la parte scientifica il prof. Bonora, quella pediatrica il prof. Pinelli con l'Associazione Diabetici di Verona

ha una funzione culturale in quanto diffonde i valori della pace, della non violenza, della libertà, della legalità, della tolleranza e svolge un ruolo politico, in quanto favorisce la crescita del sistema democratico perché sollecita la conoscenza ed il rispetto dei diritti, rileva i bisogni e i fattori di emarginazione e degrado, propone idee e progetti, individua e sperimenta soluzioni e servizi, concorre a programmare le politiche sociali in pari dignità con le Istituzioni pubbliche, cui spetta la responsabilità primaria della risposta ai diritti delle persone. Non possiamo che essere grati al CSV di Verona, che specialmente in questi ultimi anni, ci ha dato una notevole mano facendoci da consulente, istituendo corsi di for-

mazione ben strutturati che riguardano tutte le possibili aree di competenza richieste a chi opera in questo settore, coordinandoci nell'ideazione e realizzazione di progetti comuni e non, cofinanziandoci per tali progetti e anche per dotarci di attrezzatura informatica e/o fotocopiatrici, stampanti ecc. Fondamentale poi, è stata la realizzazione del Servizio Civile Giò in Volo e dell'accreditamento presso il ministero per avere volontari in Servizio Civile Nazionale, ai quali la nostra Associazione ha aderito e che ci ha permesso di avere dal 2006 giovani che utilizzando il computer, con adatto software, hanno proseguito il programma di screening dell'ambulatorio del piede diabetico del Servizio di Diabetologia dell'Ospedale di Borgo Trento e partecipato ad attività di prevenzione primaria e secondaria del Diabete. È nostra intenzione presentarci a questo appuntamento ogni anno come testimonianza "visibile" di appartenenza ad un mondo che riteniamo una presenza preziosa in una società civile e solidale.

Gaetano Savino




PROGETTO VERONADIABETE
INFORMAZIONE - PREVENZIONE - CURA

"IN CAMMINO PER LA SALUTE"

L'Associazione Diabetici Verona in collaborazione con la Divisione di Endocrinologia e Metabolismo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona organizza

GRUPPO PODISTICO "IN CAMMINO PER LA SALUTE"
Per 20 podistiche cammineremo insieme, da Gennaio a Novembre 2010

Il gruppo sarà costituito da persone con e senza diabete, dai loro amici e familiari e da tutti coloro che vorranno iscriversi per stare insieme e apprezzare i benefici dell'attività fisica

ISCRIVITI ANCHE TU!

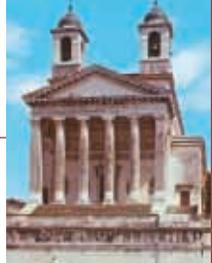
Costo iscrizione al GRUPPO

- Socio associazione: 5,00 €
- Non socio: 15,00 €
- Familiari di un iscritto (socio o non): 10,00 €

L'iscrizione da diritto a:

1. Zainetto e t-shirt con logo
2. Premi fedeltà a fine stagione (cardiofrequenzimetro, contapassi, e altro materiale utile per l'attività fisica)
3. Iscrizione a UMV (Unione Marciatori Veronesi) e assicurazione

Iscrizioni e/o informazioni presso:
Associazione Diabetici Verona
tel e fax 045.8343959
Savino cell. 328.9499233
e-mail assdiabeticiverona@tiscali.it



ATTIVITÀ ASSOCIATIVE

Alla fine dello scorso mese di settembre si è svolto il "campo-scuola", della durata di 3 giorni presso una struttura alberghiera di Bibione, organizzato dalla nostra Associazione in collaborazione con l'U.O. di Diabetologia dell'Azienda ULSS n.4, a cui hanno partecipato 24 pazienti diabetici (di cui 4 nostre collaboratrici in possesso dell'attestato di

Diabetico-guida) oltre ad una decina di famigliari. Tema del "campo-scuola": *Per vivere meglio con il diabete: educazione alimentare.*

Tutti i partecipanti hanno espresso viva soddisfazione per la buona

riuscita del "campo", grazie soprattutto alla professionalità e alla disponibilità delle relatrici, la D.ssa Marina Miola e la Sig.a Daniela Corzato, rispettivamente diabetologa e infermiera dell'U.O. di Diabetologia. ■



Il gruppo dei partecipanti

Prevenzione al diabete

In occasione della ricorrenza della "Giornata Mondiale del Diabete" sono stati organizzati tre presidi per lo screening gratuito nei confronti della popolazione **PER LA MISURAZIONE DELLA GLICEMIA e DELLA PRESSIONE ARTERIOSA e per il calcolo DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA (IBM)** presso i Comuni di

PIOVENE ROCCHETTE
Venerdì 23 ottobre

THIENE
Lunedì 9 novembre

SCHIO
Sabato 14 novembre

Per le persone che effettueranno lo screening sarà compilato un

questionario scientificamente testato (Diabetes Risk Score) per rilevare il potenziale rischio di sviluppare il diabete nei prossimi

10 anni; i risultati ottenuti saranno messi a disposizione dello staff medico dell'U.O. di Diabetologia-Endocrinologia della nostra ULSS. ■

Educazione alla cura del diabete

In collaborazione con il personale medico dell'U.O. di Diabetologia diretto dal Dr. Francesco Calcaterra sono state programmate tre serate per incontri educativi riservati alle persone diabetiche e ai loro familiari presso l'Hotel Noris a Schio.

In particolare, la D.ssa Marina Miola, tenuto conto del grande interesse per l'argomento trattato in occasione del

"campo-scuola", sarà la relatrice dei due incontri previsti per 27 novembre c.a. ed il 4 dicembre c.a. sul tema: **PER VIVERE MEGLIO CON IL DIABETE: EDUCAZIONE ALIMENTARE.**

Il Dott. Calcaterra sarà il relatore del terzo incontro previsto per il 10 dicembre c.a. sul tema: **I MOLTI DUBBI SUL DIABETE: IL DIABETOLOGO RISPONDE.** ■



Momenti dello screening



c/o CAD OSPEDALE CIVILE - 31015 CONEGLIANO
VIA BRIGATA BISAGNO, 4 - Tel. 0438 663548

Dalla conferenza della professoressa Elena Michielin

LA SALUTE NEL PIATTO

Conegliano - Istituto Tecnico per il Turismo "Da Collo"

Il tema svolto presso l'Istituto Tecnico per il Turismo "Da Collo" a Conegliano, aveva per titolo "la salute negli alimenti", ed è stato magistralmente condotto ed illustrato dalla prof. Elena Michielin, biologa ed alimentarista.

Come prevenire alcune malattie con una dieta adeguata? Non è facile dare una chiara e sicura risposta, certo che il rischio alimentare è grande.

Anzitutto sono da tenere in evidenza i micro-organismi che infestano i cibi, cioè: virus, parassiti, tossine, ecc. che possiamo trovare in tutti gli alimenti; poi ci sono i prodotti chimici pericolosi quali pesticidi, farmaci, additivi alimentari, emulsionanti, coloranti, ecc.

I pesticidi li troviamo nei prodotti agricoli, i farmaci nelle carni, gli additivi, coloranti, ecc. in tutti i prodotti industriali. Pertanto bisogna evitare i cibi in scatola, le merendine, gli insaccati e tutti i cibi che possono essere stati addizionati di conservanti e coloranti. Un pensiero particolare andrebbe alle acque minerali, quelle in bottiglia di plastica. L'analisi che si legge sull'etichetta va rinnovata ogni 5 anni, pertanto è facile che ad un certo momento l'analisi non corrisponda al contenuto della bottiglia. Parliamo poi del contenitore di plastica: questo è del tipo per contenere alimenti, però...se anziché essere immagazzinato al buio ed al fresco il contenitore - sia durante i trasporti che nello stoccaggio - è stato lasciato sotto il sole, in ambiente caldo, alla luce o conservato molto a lungo, i monomeri della plastica migrano dal contenitore all'acqua contenuta. Per questa ragione preferire sempre e soltanto acqua di rubinetto. In certe zone l'acqua è ricca di carbonato di calcio, bene, se una persona non è portata alla formazione di calcoli può

bere quanta acqua vuole, il calcio contenuto farà solo del bene alle ossa, renderà meglio del formaggio.

È stato proiettato un pensiero di Stendahl che dice: *"quasi tutte le disgrazie della vita provengono dalle idee sbagliate che abbiamo su ciò che ci succede"*.

Uno dei mali attuali nel mondo occidentale, e si manifesta già in giovane età: l'obesità:

Negli USA troviamo la maggior quantità di obesi nel mondo, questo è dato principalmente per l'uso esagerato di cibi contenenti grassi idrogenati, zuccheri in eccesso, grassi animali.

Vediamo allora di dare un senso, una linea di condotta:

Sinoide (relativa alle femmine): quando i fianchi e le gambe superano i 102 cm. c'è rischio.

Anerioide (relativa ai maschi): quando la cintura

supera gli 88 cm. c'è rischio

La formula dell'Indice di Massa Corporea ci permette di controllarci con i seguenti dati:

Formula =
dividere il peso in Kg per l'altezza al quadrato

Risultato =
sotto 18,5 è sottopeso
tra 18,5 e 25 è normopeso

sopra i 25 è sovrappeso
dai 30 in poi è obesità

In altre parole: più pesi e più sei a rischio di malattie cardiovascolari e della circolazione....per non parlare del diabete, la malattia del secolo con tutte le sue complicanze.

Attualmente la vita si fa sempre più sedentaria e, naturalmente, si fa sempre meno esercizio fisico. Allora bisogna muoversi, camminare, fare ginnastica.

Da tener presente che prima dei 75 anni, il cancro colpisce una persona su tre, causa la scelta dello stile di vita dei

paesi occidentali. Questo stile di nutrizione sbagliato fa, purtroppo, accrescere nettamente la frequenza dei tumori. La prevenzione si ottiene soltanto alimentandosi bene.

La differenza tra il mangiare occidentale e quello orientale è che noi mangiamo quasi tutto sbagliato, mentre gli orientali si cibano principalmente di frutta e verdure con molto pesce e carni bianche.

Il fritto, ad esempio, è meglio evitarlo ma, se si deve friggere, ricordare che si suggerisce lo strutto, il più sano tra i grassi usati per questo tipo di cottura.

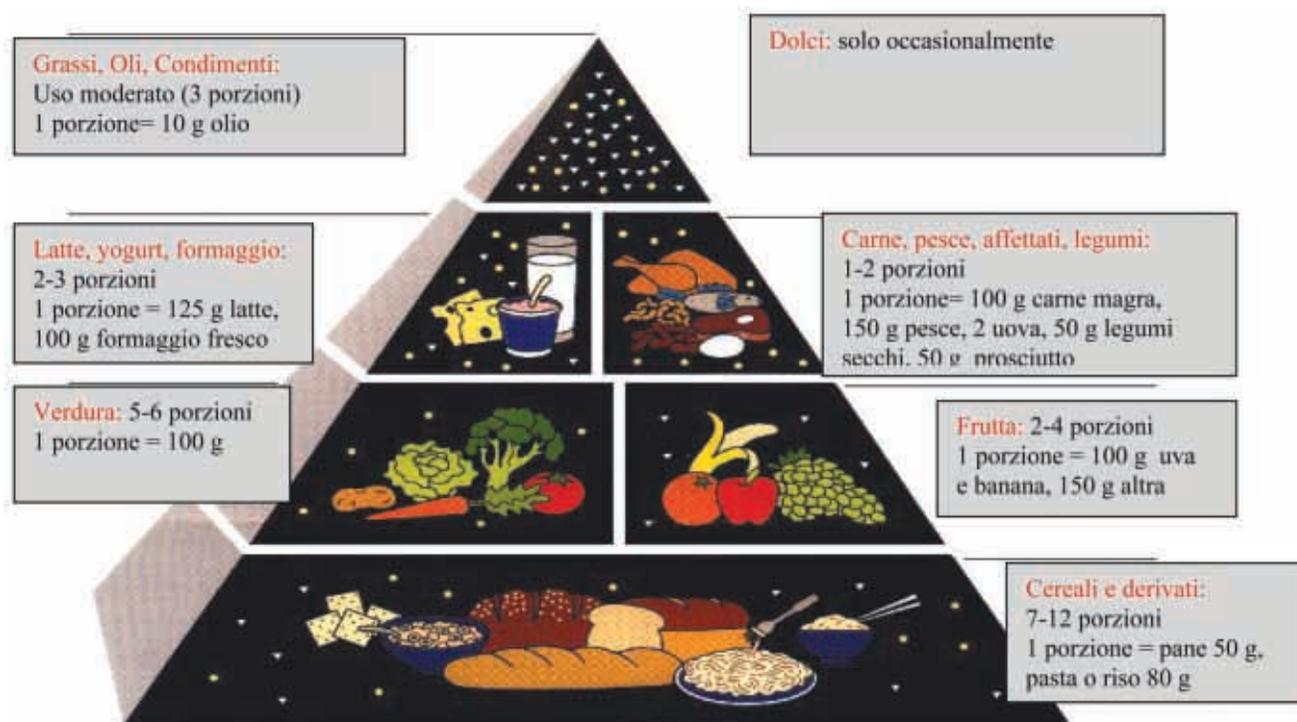
Mangiare carne due volte alla settimana, una volta carne bianca ed una volta carne rossa, questa per il contenuto in ferro; mai carne di vitello (estrogeni, acqua, avete visto come cala in padella?). Il pesce almeno due volte alla settimana, naturalmente non fritto.

Da evitare i grassi, particolarmente quelli animali come salame ed insaccati in genere (questi anche per la presenza di tanto sale), burro e tutti i formaggi ad eccezione della ricotta. Evitare le bevande alcoliche, però un bicchiere di vino rosso a pasto fa bene. Anche un pezzo di cioccolato va bene, però del tipo fondente ed al 70% di cacao, non quello al latte.

I dolci consigliati solo quelli fatti in casa per evitare quantità esagerate di zucchero ed edulcoranti, coloranti, grassi di natura sconosciuta (olio di cocco idrogenato e simili) e conservanti.

Bisogna insegnare alle nuove generazioni come e cosa si deve mangiare. Pasta al pomodoro, verdura e frutta. Una sana dieta mediterranea sarà sempre consigliata dai migliori dietisti.

Leonardo





c/o CAD OSPEDALE CIVILE - 31015 CONEGLIANO
VIA BRIGATA BISAGNO, 4 - Tel. 0438 663548

Continua l'esperienza delle "vacanze intelligenti"

Non solo montagna... ma anche mare...

L'esperienza fatta in Cadore ha suggerito di continuare con il Campo Scuola, ma questa volta trasferito al mare, nella simpatica

Caorle patria di pescatori lido di villeggianti

cittadina di Caorle, patria di pescatori e lido di villeggianti.

Sono i due opposti spettacoli: quello della montagna con l'aria frizzante profumata dalle conifere, il verde dei prati e lo scampanio delle mucche al pascolo contro quello marino con la brezza salmastra carica di Jodio, il blu intenso dell'alto Adriatico ed il rumore della risacca che s'infrange sulla battigia.

Che dire di quest'ultima esperienza? Si può facilmente intuire che le camminate sono fatte soltanto in perfetto pia-

no orizzontale, contro il continuo saliscendi di quelle della montagna, per cui il trekking giornaliero risulta meno faticoso. Da considerare che in ambedue i casi bisogna lavarsi i piedi: in montagna, causa il sudore dato dagli scarponcini, ed al mare, per la sabbia che s'infiltra tra le dita. Camminare a piedi nudi sulla sabbia è un ottimo massaggio per le estremità, riattiva la circolazio-

ne, tonifica i muscoli e, dopo 5 - 6 Km, subentra un languorino che ti fa sognare un piattone di spaghetti con le vongole...ma ci accontentiamo dei soliti 60 - 70 grammi di carboidrati, conditi però con gli Omega 3 dei prodotti del mare. Quando poi il titolare dell'albergo è un nostro "collega" diabetico e sua moglie una cuoca meravigliosa.....

Naturalmente i periodi

migliori per noi sono quelli pre o post vacanze di massa, quando ci sono pochi villeggianti, in modo da poter godere tranquillamente ed in santa pace le nostre "vacanze intelligenti".

Amici, non perdetevi l'opportunità di sfruttare i Campi Scuola, sia in montagna che al mare, è un'esperienza completa, autogestita, di come convivere con il nostro inquilino: il diabete.

La conoscenza della patologia, il susseguirsi di esempi e di spiegazioni, tutti a seguito di nostre personali esperienze, unitamente

all'aria pura ed allo spettacolo delle albe e dei tramonti osservabili solamente lontano dalla città, rendono i Campi Scuola tap-

Omega 3 prodotti del mare

pe obbligatorie per i benpensanti e per chi si vuol veramente bene.

Leonardo

A Barbara

Col sorriso già al mattino tu non pensi al cappuccino e con grande passione ci misuri la pressione.

Quando poi qualcuno è giù tu ti impegni ancor di più.

Con dolcezza e comprensione tu risolvi la questione e con grande simpatia il dolore mandi via.

Noi quindi tutti in coro vogliamo dirti, anche se non fa più rima: GRAZIE BARBARA

Giornate gratuite di misurazione della glicemia e della pressione arteriosa

6 Settembre 2009

In occasione della festa delle Associazioni di Conegliano sono stati effettuati 127 esami con 20 risultati fuori norma.

26 Settembre 2009

Al supermercato Eat's di Conegliano sono stati effettuati 135 esami con 22 fuori norma; con l'occasione si ringrazia la Direzione del Supermercato per la disponibilità e collaborazione.



La prima esperienza marianara a Caorle



La tradizionale "vacanza intelligente" nel cuore delle Dolomiti



BOVOLONE - S. GIOVANNI LUPATOTO - ZEVIO
37051 BOVOLONE - PIAZZA COSTITUZIONE, 1
Tel. 347 7413057 - 7437051

LETTERA APERTA DEL PRESIDENTE

*Rivolta ai soci e ai diabetici
frequentanti i CAD di Bovolone, San Giovanni Lupatoto e Zevio*

È con dispiacere personale che constato, da tempo, un certo disinteresse da parte di molti alle vicende dell'associazione diabetici e questo a mio avviso crea una situazione che va contro l'interesse di tutti noi.

Nell'occasione del recente festeggiamento del ventennale associativo, mi aspettavo un numeroso intervento con una sala piena di persone pronte a battere per avere da parte della dirigenza medica assicurazioni, garanzie e perché no, maggiori attenzioni per noi diabetici.

Era un'ottima occasione in quanto erano presenti il Dott. Marini (responsabile diabetologo dell'ULSS 21), il Dott. Zanardi (in rappresentanza della Direzione Generale).

Invece, purtroppo, le presenze, anche se "qualificate" erano limitate, poco "combattive" e questo ha dato un punto in più alla Diri-

genza che, come si sa, ha chiare intenzioni di modificare la struttura attuale col dimando di alcuni di noi ai medici di medicina generale. E ciò non sarebbe un grave danno se si riuscisse a coordinare le attività del diabetico, del medico di base e del diabetologo.

Tutti sappiamo che per la cura del diabete il maggior protagonista è il paziente (corretta alimentazione, attività fisica, assunzione regolare dei farmaci prescritti,...). A ciò si devono aggiungere le attività tra medici e specialisti. La Sanità della Regione Veneto afferma che, vista la diffusione e la cronicità di questa malattia vascolare si rende irrinunciabile una gestione integrata fra medicina di primo, di secondo o di terzo livello.

Una gestione esclusiva dei pazienti da parte dei diabetologi o dei medici di medicina generale non è opportuna.

Se tutto questo verrà realizzato faremo un notevole passo avanti avremo un intervento sul paziente basilare ed efficace sempre che vi sia un rapporto di reciproco rispetto e di stima tra i due medici in oggetto. Questi dovrebbero sentirsi tutti di pari importanza e complementari mirando ad obiettivi comuni.

Avrei gradito che, appunto su tale cambiamento metodologico, vi fosse stata la possibilità di un ampio dibattito, che molti avessero preso la parola per affermare il proprio accordo o la propria preoccupazione.

Tuttavia noi siamo sempre pronti, non saremo mai rinunciatari nel portare avanti le vostre rimostranze o lamentele. Vorremmo conoscere i problemi anche piccoli, per poterli portare all'attenzione dei responsabili, perché, a volte, basta poco per risolvere ciò che sembra di difficile soluzione.

Continueremo nel frattempo anche a diffondere con incontri specifici, la conoscenza del diabete (cominceremo il giorno 30 Ottobre a San Giovanni Lupatoto e successivamente a Pozzo e a Bovolone).

Chiediamo a tutti di dare fiducia e collaborazione a chi opera a favore dei diabetici perché noi come associazione abbiamo come scopo principale quello di ottenere e garantire a tutti un servizio migliore! Per poter "valere" dovremo essere numerosi e partecipativi.

In un periodo di vacche magre è facile cadere sotto la mannaia dei tagli alle risorse economiche. Dobbiamo batterci affinché questo non accada e in ogni caso venga garantito un servizio qualitativamente valido. Un grazie per la risposta che sicuramente, ne sono convinto, verrà da parte di tutti voi.

**Il Presidente
Orlando Nicolini**

LUTTO

Ci ha lasciato dopo lunga sofferenza in seguito ad un incidente stradale il nostro caro Forgione.

Ciò è accaduto nello stesso punto dove tempo prima era stato investito il nostro Presidente Giuseppe Ghini, sulle stesse strisce pedonali. Le conseguenze subite dall'incidente l'hanno portato dopo varie e purtroppo inutili cure alla morte. Siamo vicini alla moglie Augusta, ricordando con affetto la figura semplice ma saggiamente determinata sempre pronta con la sua proverbiale pacatezza a consigli opportuni e qualificanti. Sicuramente da lassù vicino al suo omonimo San Padre Pio (che di cognome faceva appunto Forgione), ci aiuterà a vincere le vicissitudini, non sempre facili, della nostra vita terrena.

Ciao Nicandro



Queste foto rappresentano un momento molto intenso di interesse e di consapevolezza da parte dei soci. Ora dobbiamo chiedere a tutti "ridare fiducia e collaborazione a chi opera a favore dei diabetici"

Il valore della Ricerca in diabetologia.



Takeda Italia Farmaceutici S.p.A.

www.takeda.it