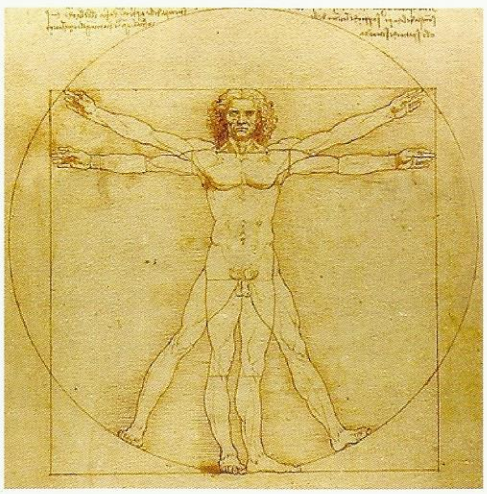
C.R.A.D.
Comitato Regionale Associazioni Diabetici
Friuli Venezia Giulia

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Parliamo dell'uomo



Insieme si può Anzi, si deve!!

atti convegni
autunno duemiladodici

"vincere le battaglie della vita con la prevenzione"

CRAD

Comitato Regionale Associazioni Diabetici - Friuli Venezia Giulia

Via del Giardino 1, 33058 San Giorgio di Nogaro (UD)

famiglie.diabetici@alice.it

Redazione a cura di:

Boschelle Nello

Sommario

Prefazione	pagina	7
Pozzo Gelmino	"	9
Roberto Molinaro	"	10
Furio Honsell	"	11
Vincenzo Martines	"	12
Paolo Bordon	"	13
Maurizio Andreatti	"	15
Pietro Del Frate	"	16
Cristina Minisini	"	17
Maurizio Sancandi	"	18
Giorgio Indovina	"	20
Danilo Tassin	"	21
Marino Vocci	"	24
Marco Fonzari	"	29
Simone Ballatore	"	30
Marco Cogato	"	32
Gianfranco Panizzo	"	33
Mario Maschio	"	40
Raoul Kirchmayr	"	42
Ivano Tortul	"	47
Paolo Turozzi	"	48
Gabriele Spanghero	"	49
Mario Matassi	"	51
Iacumin Renato	"	52
Martimbianco Lucia	"	53

Ruolo delle Associazioni nel programma di prevenzione e promozione della salute in campo diabetologico

Ruolo delle Associazioni nel programma di prevenzione e promozione della salute in campo diabetologico
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in diversi documenti ufficiali (Dichiarazione di Alma Ata -1978, Carta di Ottawa - 1986, Dichiarazione di Jakarta - 1988, Carta di Bangkok -2005) ha affermato, a più riprese, che «'azione di comunità e l'empowerment sono pre-requisiti per la salute. I principi sottolineati dall'OMS trovano riscontro a livello europeo anche nell'attuale
"Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008-2013)", in cui la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali, costituiscono i valori su cui si fonda la strategia comunitaria.
L'incidenza del diabete ha assunto a livello mondiale e, per quanto ci riguarda più da vicino, nella nostra regione proporzioni tali da rendere particolarmente urgente organizzare progetti innovativi di prevenzione in grado di limitare la sua diffusione e le pesanti conseguenze.
Dal momento che il fenomeno coinvolge un largo strato della popolazione, si devono individuare strategie che sappiano agire su larga scala nel pieno rispetto delle risorse esistenti . Un tale processo non può essere di pertinenza delle sole istituzioni, ma deve riguardare l'intera comunità locale, nei suoi naturali meccanismi di convivenza quotidiana .
Ci si rende conto, sostanzialmente, che non è sufficiente operare sulle singole situazioni di disagio, ma su tutte le componenti socio-culturali che esprimono e determinano l'incidenza e la prevalenza dei problemi di diabete. Ciò al fine di modificare la cultura sanitaria generale della comunità, intesa quest'ultima come sistema complesso composto da un insieme di parti: unità territoriale, sociale, politica, economica, culturale, ecc..., interagenti tra di loro e funzionanti come un tutto.
Per fare ciò è importante riconsiderare il modo di lavorare con e nella comunità passando da un'attenzione concentrata sulla patologia a un'attenzione in grado di riconoscere le competenze psicosociali della comunità. In recenti approcci di lavoro con comunità si usa l'espressione "comunità competente" proprio per indicare una comunità in grado di riconoscere i propri bisogni e di mobilitare e impiegare le risorse necessario per soddisfarli.
Spesso i servizi, anche per problemi non medici, seguono un modello "medico" che pone al centro dell'interesse la mancanza, il problema, il bisogno, in un'ottica un po' perversa di ricerca dei punti deboli delle persone e dei microsistemi relazionali per poterli poi riparare a tavolino con strumenti più o meno sofisticati.
Secondo questo modello l'unica dimensione che interessa è la malattia.» deficit, in quanto è proprio il patologico che richiede, definisce e attiva l'intervento professionale e la creazione dei servizi. 1 servizi fra l'altro intervengono soprattutto quando le persone e le famiglie già si trovano in una situazione di grave complicazione patologica e spesso di emarginazione psicologica e sociale avanzata.
In questo ambito vengono spese grosse e qualificate risorse senza grossi risultati per quanto attiene il miglioramento della salute e della qualità della vita.
"Eppure la gente risolve problemi, ogni giorno, senza l'aiuto dei professionisti e, talvolta. nonostante l'aiuto dei professionisti" (E.R. Martini- R. Sequi. 1989).
Vanno conseguentemente recuperate le abilità, capacità e conoscenze che le persone

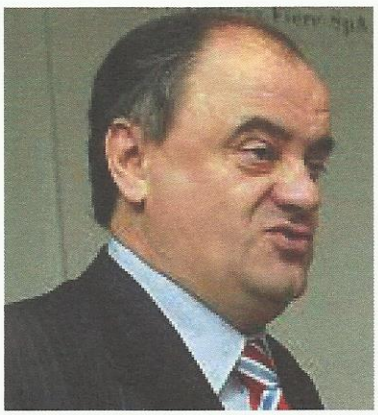
e le comunità già possiedono mobilizzando e organizzando le risorse umane delle reti informali o creando integrazione fra le reti formali e informali.
Va spostata, come suggerisce l'O.M.S., l'attenzione dalla patologia ad un'azione che coinvolga direttamente i soggetti nell'assunzione di stili di vita favorevoli alla salute. Una diretta conseguenza di ciò è lo spostamento dell'interesse, sul piano operativo, dagli interventi di assistenza, cura, riabilitazione, agli interventi rivolti alla prevenzione e alla promozione della salute.
In questa ottica le preziose esperienze delle associazioni delle famiglie diabetiche rappresentano un nodo significativo ed efficace della rete territoriale per la protezione e la promozione della salute con particolare riferimento ai problemi correlati al diabete.
In riferimento a quanto detto si ritiene quanto mai opportuno una dislocazione sul territorio regionale di strutture attrezzate che permettano lo sviluppo dì mirate e coinvolgenti azioni di prevenzione rivolte ai diabetici e alla popolazione in generale e gestite direttamente dalle associazioni in collaborazione con le istituzioni pubbliche esistenti nel rispetto delle rispettive competenze e complementarietà.

Approvato all'unanimità nell'assemblea del CRAD nella riunione del 14/01/2012

Vincere le Battaglie della vita con la Prevenzione

Gelmino Pozzo
Presidente CRAD

La pubblicazione degli atti rimane un momento di sintesi e di proiezione sulle varie relazioni e testimonianze esposte al fine di conoscere e divulgare gli orientamenti.
Nella convinzione che la prevenzione sia fondamentale nei vari aspetti della ricerca per una migliore qualità della vita, abbiamo ritenuto che l'incontro fra vari saperi sia un approccio necessario per l'individuazione di un percorso guida.
Desideriamo ringraziare i relatori per la disponibilità a divulgare alla comunità le rispettive competenze e i saperi che durante i vari incontri hanno interessato i numerosi cittadini presenti alle serate di interesse socio-sanitario.
Inoltre ringraziare la Regione Friuli Venezia Giulia, i Comuni di Udine, Cervignano del Friuli, di Aquileia, di Aiello, e di Ruda, la ASS5 della bassa friulana, le Associazioni di donatori di sangue AVIS e AFDS per la preziosa collaborazione data e finalizzata alla riuscita delle iniziative.



Roberto Molinaro
Assessore regionale all'istruzione

Con l'edizione 2012 Friuli DOC ha confermato l'alleanza tra cibo, salute e benessere facendo da cornice al convegno promosso dal C.R.A.D., il Comitato regionale delle Associazioni Diabetici del Friuli Venezia Giulia , sul tema "Diabete: Alimentazione e Sport" .
Un evento dedicato all'informazione e alla sensibilizzazione su una patologia con cui convivono, nella nostra regione, oltre 60 mila persone. E il numero è purtroppo destinato a salire.
Da qui il rilievo dell'evento che, nel far conoscere la malattia diabetica, ha saputo veicolare un messaggio oltre modo efficace sulla sua prevenzione, riassunto in tre regole d'oro: alimentazione sana, peso forma, attività fisica .
Inserendosi in un contesto piacevole e di elevato richiamo sociale il Comitato ha saputo parlare ai singoli ed alla collettività sull'importanza di adottare comportamenti corretti e un corretto stile di vita, coinvolgendo nel dialogo rappresentanti delle istituzioni, dei servizi socio-sanitari, del giornalismo e dello sport .
Il Convegno è così diventato occasione per diffondere la consapevolezza che benessere e salute dipendono anche da scelte individuali responsabili.
Nell'esprimere questo fondamentale concetto il Comitato ha messo in campo il proprio capitale sociale, ovvero capacità di relazione interpersonale, di comunicazione efficace, di trasmissione di competenze, valori, attitudini, assieme alla rappresentanza di interessi e aspettative che le istituzioni e la società non possono e non devono ignorare.
Nell'assolvere questo duplice compito il C.R.A.D. ha saputo coniugare la cultura della prevenzione con la solidarietà inaugurando, con la propria rete di associazioni ed i propri volontari, un welfare partecipato, radicato e innovativo.

Furio Honsell
Sindaco di Udine

Saluto con calore e simpatia questa associazione.
Uno dei grandi patrimoni del Friuli è la ricca presenza sul territorio di associazioni di volontariato, capaci di mettere a disposizione del prossimo straordinarie risorse di solidarietà e assistenza verso persone malate e spesso sole.
In questo senso l'associazionismo solidale non solo esercita una funzione preziosissima, ma costituisce proprio il cemento della comunità friulana e udinese. Sono vicino a tutti i cittadini affetti da questa malattia e alle loro famiglie.
Le patologie cosiddette "non trasmissibili", come sono quelle diabetiche, rappresentano la vera epidemia della nostra epoca. Proprio per questo le iniziative di informazione e sensibilizzazione svolte dalle associazioni e dagli enti sono fondamentali per aiutare i malati a condurre una vita migliore e per prevenire la diffusione di queste problematiche. Ecco perché trovo molto importante che in una manifestazione dedicata all'eccellenza enogastronomica come Friuli Doc si dedichi uno spazio alla promozione di stili di vita sani e di una cultura della prevenzione.

Vincenzo Martines
Vicensindaco di Udine
Assessore attività economiche

Ci sono parecchi motivi di soddisfazione ad accogliere la vostra presenza a Udine, anche in occasione di eventi come Friuli Doc, in momenti apparentemente non compatibili con il vostro impegno. Tanti motivi legati a parole chiave come prevenzione, salute, stile di vita, solidarietà, sono esperienze da condividere per vivere meglio. La prevenzione è, uno per tutti, tema che dà la misura della qualità della nostra società, intendo in particolare quella friulana e regionale, della civiltà con cui abbiamo saputo e sappiamo affrontare la cura e la salvaguardia della salute dei cittadini, l'attenzione per le famiglie degli ammalati, la capacità di reagire positivamente a qualsiasi situazione invalidante. Non ci potrebbero essere poli sanitari così evoluti se non si fosse sviluppato un rapporto così stretto tra medici, ricerca e rappresentanza degli ammalati e dei loro familiari.
L'informazione e la condivisione sono elementi irrinunciabili in una società evoluta per affrontare qualsiasi situazione difficile.
Il diabete è per altro una malattia, come dire, contemporanea. La sua diffusione e i motivi per cui si sviluppa sono la rappresentazione dei pericoli che corriamo a vivere senza la dovuta attenzione e cura della nostra quotidianità. La vostra propaganda serve a controllare lo stato di salute di ognuno, ad una giusta alimentazione, ad una attenzione all'attività fisica, tutte indicazioni che colpiscono i "vizi" comportamentali cui ogni giorno tutti noi rischiamo di cadere o che semplicemente sottovalutiamo.
Ecco perché anche in occasione di feste popolari la vostra presenza è quanto mai gradita, perché certo non siete qui a rovinarla, ma anzi a farla vivere con consapevolezza e quindi con maggiore gioia.
Ho personalmente molta stima per il vostro lavoro e la città di Udine apprezza che la scegliate come sede per ragionare su questa malattia e per dare le giuste indicazioni a chi vi è affetto o chi ha bisogno di sapere per sé e per i propri cari.

Paolo Bordon
Direttore Generale ASS5

Noi tutti condividiamo lo stesso grande obiettivo: diminuire l'impatto del diabete sulle persone, le loro famiglie, la comunità e la società; aiutare l'uomo, la donna, i bambini affetti da diabete a vivere la miglior vita possibile. L'incremento dell'incidenza del diabete in tutti i Paesi occidentali, la sua crescente prevalenza nella popolazione, la complessità e la durata della malattia stessa richiedono di mantenere sempre altra l'attenzione sull'adozione di misure idonee alla prevenzione, alla diagnosi precoce ed al controllo ottimale, al fine di evitare le complicanze che incidono sulla qualità di vita delle persone. L'approccio integrato tra il mondo del volontariato, le persone diabetiche e le loro famiglie, le strutture sanitarie e gli enti locali è una condizione imprescindibile per garantire un percorso di salute fondato su interventi omogenei, condivisi, appropriati, da attuare anche con modalità di "medicina d'iniziativa" cioè con tutti quegli interventi da attuare prima dell'insorgere della malattia con una medicina che si occupa quindi di promozione della salute. Non si deve solo intervenire sul paziente una volta che la malattia è conclamata, ma si deve anche operare direttamente nella collettività informando su "che cosa è il diabete", su quali sono gli elementi per prevenire o come riconoscere i primi segnali, e intervenire sui soggetti che sono già avanti in questo percorso, aiutandoli ad invertire la rotta prima che sia troppo tardi. Queste sono le basi su cui si fonda la consolidata collaborazione tra l'Azienda per i Servizi Sanitari n.5 "Bassa Friulana" e l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana. Collaborazione che ha permesso di attuare un ampio programma di iniziative quali le serate informative con la popolazione nei vari Comuni del territorio della Bassa Friulana, le camminate della salute quale promozione di uno stile sano di vita, i corsi di cucina con la realizzazione di ricettari specifici, l'attività di educazione terapeutica alle persone diabetiche durante le settimane di soggiorno in montagna ed altre ancora. A rafforzare questo l'istituzione nel 2009 del Consultorio Diabetologico a San Giorgio di Nogaro ha permesso anche la realizzazione degli incontri di auto-mutuo-aiuto per gli associati e la formazione diretta da parte degli operatori sanitari dell'ASS n.5 ai Volontari dell'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana per costituire un gruppo in grado di gestire le attività di informazione, le attività di screening, il contatto e il supporto rivolto al singolo, alla famiglia, alla popolazione. Sono convinto dell'importanza di mantenere una rete che coinvolga tutti i soggetti con l'obiettivo di fare sempre di più prevenzione, sono convinto che gli sforzi, grazie alla tenacia del presidente Gemino Pozzo

e tutti i suoi collaboratori, stanno andando nella stessa direzione: diffondere il maggior numero di informazioni possibili, per consentire alle persone di effettuare scelte consapevoli essenziali per garantire il benessere delle persone stesse.

"Le prospettive vincenti dell'integrazione tra volontariato e servizi sanitari"

Maurizio Andreatti
Direttore Sanitario ASS5

"un intermediario sociale in grado di affrontare il problema dell'esclusione"
"attività originaria e libera di persone, che si organizzano per portare aiuto ad altre persone, mediante la costituzione di soggetti sociali capaci di produrre "beni relazionali"
Le organizzazioni di volontariato ricevono vasto consenso e riconoscimento e negli ultimi anni sono cresciute sia in termini quantitativi che qualitativi.
Emerge compiutamente come il volontariato sia un grande fenomeno di inclusione, tanto più che il volontariato organizzato è una nostra specificità e rappresenta una ricchezza per questA azienda.
La presenza del volontariato e la definizione del suo ruolo all'interno della comunità è oggetto di continue riflessioni e oggi il tema prevalente consiste nel promuovere e realizzare l'integrazione tra ass5 e il volontariato, raccordando le attività svolte sul territorio con quelle analoghe svolte dagli ambulatori diabetologici ospedalieri.
IL VOLONTARIATO va considerato COME ELEMENTO DI SVILUPPO, enfatizzandone il ruolo sociale, non come supplente delle carenze del pubblico, ma come espressione di valori intrinseci e distinti.
IL VOLONTARIATO COME SENTINELLA preziosa per l'azienda, dobbiamo saper ascoltare e far parlare perché il volontariato ci aiuta a non sbagliare anche dove è facile commettere degli errori. Va rafforzata nel volontariato la capacità di 'rappresentare' aprendo un dialogo forte con le istituzioni.
RUOLI SVOLTI E POSSIBILI del VOLONTARIATO, in particolare nell'ambito delle patologie cronico degenerative (diabete)

- identifica e accoglie i bisogni della popolazione, in quanto vicini ed intergrati con essa.
- seleziona la domanda per risposte il più possibile adeguate alla classe di bisogno;
- protagonista della ricostruzione di un tessuto di solidarietà che la società odierna sembra rendere sempre più lacerato e separato;
- risposta ad una domanda inespressa di partecipazione e di impegno sociale che consegue alle difficoltà della partecipazione istituzionale;
- portatore di una diversa istanza politica nel sociale, di tipo pragmatico e riformatore, oltre le intenzioni generalizzanti delle ideologie e della politica;
- convoglia volontà generiche entro aree di competenze specifiche, contribuendo ad un'opera di specializzazione, di responsabilizzazione e di consapevolezza delle persone.

Pietro Del Frate
Sindaco di San Giorgio di Nogaro

Il Comune di San Giorgio di Nogaro è grato all'Associazione Diabetici della Bassa Friulana, per il grande impegno profuso a favore delle nostre comunità.
Il lavoro quotidiano dei volontari è un esempio di grande umanità e civiltà, che tutti apprezzano perché svolto con passione e con grande dedizione, i cui risultati hanno in questi anni, portato grande beneficio ai nostri cittadini.
Grazie al lavoro di informazione e di prevenzione, consentono di riconoscere all'associazione dei meriti che ci sembravano in un primo tempo difficili da raggiungere, ma con la costanza e con lo spirito umanitario che la contraddistingue, questi sono stati raggiunti, con benefici anche per la sanità pubblica e la gratitudine delle amministrazioni locali della Bassa Friulana.
Questo è il periodo dei bilanci, e per l'associazione è fortemente positivo, grazie anche al lavoro del suo presidente e di tutti i suoi collaboratori, a cui formulo sinceri auguri di buon lavoro.

Cristina Minisini
Presidente Famiglie Diabetici di Udine e FAND

Buongiorno ai presenti, politici, soci simpatizzanti.
Sono qui in duplice veste di rappresentante dell'Associazione Friulana Famiglie Diabetici della Provincia di Udine e della nostra sede nazionale FAND che tutela i diabetici. La FAND seppur a livello più ampio è dedita alle stesse attività che svolgiamo a livello locale, e purtroppo ci sono temi sempre attuali come la prevenzione, i costi, il rinnovo/ rilascio della patente, la ricerca di nuove cure...
Ringrazio il Presidente del CRAD Gelmino Pozzo per avermi coinvolta in questa giornata di sensibilizzazione e prevenzione calata in una meravigliosa e gioiosa cornice come Friuli Doc, manifestazione all'insegna dei prodotti tipici locali e salutari. Il problema di queste manifestazioni, ma anche della quotidianità, è la quantità di cibo che assumiamo (eccessivo apporto calorico e diete sbilanciate) e la mancanza di moto che la vita ci impone con ritmi sempre più serrati. Comportamenti che hanno incrementato l'incidenza di alcune malattie come il diabete, le malattie cardiovascolari e l'obesità.
Perchè possiate capire il problema "diabete" nella sua vastità e soprattutto nella prospettiva futura bisogna parlare di cifre: i diabetici sono il 5-6% della popolazione, cui va sommato un altro milione di persone non ancora diagnosticate. Per il 2025 l'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede il triplicarsi dei nuovi casi. Esplicativa è l'evoluzione della malattia nella tribù degli indiani Pima dell'Arizona. La tribù ha modificato lo stile di vita ed abbandonato l'alimentazione tradizionali per avvicinarsi allo stile "americano". Ad oggi hanno avuto un incremento dei casi di diabete pari al 50%. Purtroppo lo stesso problema si sta verificando con gli immigrati nel nostro paese.
Sono cifre importanti che ci fanno riflettere su come un cattivo stile di vita sia alla base del problema diabete, o meglio, come il diabete sia la conseguenza.
Il primo problema da affrontare è, quindi, la pianificazione e l'attuazione di forme di prevenzione della malattia e delle complicanze, e poi la razionalizzazione della spesa per la cura.
Di fondamentale importanza è la prevenzione, cioè attività fisica e buona alimentazione per tutti e non solo per i diabetici.
Oggi sarà l'occasione per parlare, analizzare studi e casi reali di come l'attività fisica abbia ripercussioni scientificamente provate nella vita del diabetico.
Grazie.

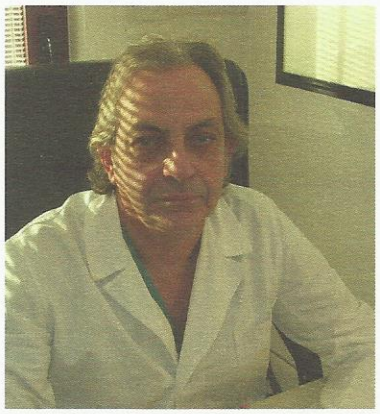
Il diabete e le emozioni

Maurizio Sancandi
Diabetologo ASS5

Cos'è il diabete?
Più me ne occupo e più mi risulta difficile dare una risposta precisa Si parla di una situazione caratterizzata dalla comparsa di sete accompagnata all'emissione di grandi quantità di urine in un papiro egizio del 3500 AC, il papiro di Ebers. Il termine diabete deriva dal greco e significa "passare attraverso". Questo perché l'acqua chi è diabetico ha bisogno di bere attraversa il corpo e viene persa con le urine... e si porta via la vita. Purtroppo nel mondo occidentale non abbiamo capito molto di questo problema fino al 1700 quando si comprese che le urine del diabetico contenevano zucchero (in precedenza si era pensato che il sedimento che si riscontrava quando evaporavano le urine fosse costituito da sale.....), che lo zucchero veniva filtrato dal rene. A inizio 800 si scoprì che lo zucchero era normalmente presente nel sangue e non solo dopo i pasti. Nella seconda metà dell'800 vennero descritte per la prima volte delle aree di tessuto pancreatico con caratteristiche differenti e vennero chiamate isole (insule), ritenute costituite da tessuto linfatico. Solo a inizio '900 si associò una alterazione di queste "insule" al diabete. In seguito eseguendo la rimozione del pancreas nell'animale si osservava la comparsa degli stessi sintomi del diabete. Finalmente nel 1921, dopo quasi 20 anni di ripetuti tentativi, per la prima volta Banting e Best iniettano un estratto di pancreas di cane a un ragazzo determinando un abbassamento della glicemia, Dal 1922 la sostanza, che viene chiamata "insulina" inizia a essere prodotta in larga scala. Oggi parliamo di diabete quando ci sono i sintomi (la poliuria e polidipsia, associata alla glieemia elevata), quando il valore di glucosio nel sangue misurato occasionalmente supera il valore di 200 mg/dl, o quando a digiuno la glicemia, misurata con il metodo della glucosio ossidasi risulta superiore a 126 mg/dl in almeno 2 occasioni a questo punto entra in gioco l'emozione"; con la disponibilità dell'insulina l'acqua smette "di passare attraverso e di portarsi via la vita". Non si muore più a causa del diabete. Questa è una emozione forte e qualcuno descrive la scoperta dell'insulina come un evento "epocale". La figlia del segretario di stato americano (classe 1908) era diabetica da qualche anno quando ricevette per la prima volta l'insulina nel 1921... si sposò, ebbe figli e nipoti.. morì di infarto a 73 anni nel 1981....
Ma c'è un'altra emozione: scopriamo che l'insulina abbassa la glicemia, è vero ma è una osservazione superficiale, continuiamo a pensare e a comportarci come se il ruolo dell'insulina fosse quello di abbassare la glicemia, questo è uno dei suoi effetti, non la sua funzione fisiologica principale. Questa è di permettere al glucosio di entrare nelle cellule. Infatti un diabetico che non ha sufficiente insulina dimagrisce perché nelle sue cellule non entra sufficiente glucosio

e consuma i grassi come fonte alternativa di energia. Di conseguenza l'insulina fisiologicamente impedisce che il livello di glucosio nel sangue si elevi in seguito al metabolismo di zuccheri, proteine e grassi. Come potete facilmente capire questa "emozione" davanti all'abbassamento della glicemia determinato dall'insulina ci fa perdere l'attenzione e la possibilità di fare una riflessione più attenta e forse più utile. Ma le emozioni sono un aspetto molto importante della vita, quello che ci permette di sentirci vivi e quindi non possiamo non tenerne conto, anche perché ogni giorno, anche senza rendercene conto ci confrontiamo con loro. Sicuramente l'emozione di abbassare la glicemia è sempre stata in questi anni più forte di un più fisiologico e ragionevole tentativo di impedire che la glicemia si alzi. L'insulina l'abbiamo a disposizione ma non basta, non si la può prendere in pillole, bisogna iniettarla, e anche questa è un emozione, anzi una serie di emozioni.. la puntura, l'ago , l'orario, quanta?, dove?, uffa... Ma la ragione ci spinge a pungerci il dito, perché vogliamo sapere, se la glicemia è alta... forse perché vogliamo abbassarla... per allontanare il problema? Quindi continuiamo a oscillare fra ragione ed emozioni... in modo disordinato. E' molto meno dolorosa la puntura per iniettare l'insulina rispetto alla puntura del dito ma.. .ci spaventa, è una emozione. Certo forse è vero che nella vita bisogna anche avere un po' di fortuna. Io ho avuto la fortuna di aver incontrato grandi maestri, fino dalle elementari Quando mi trovo davanti un diabetico cerco di fare quello che mi suggerisce sempre chi è più bravo di me: "ascolta" così si cerca di capire chi c'è dentro quel volto.... Una persona, la sua storia, le sue meozioni... Non pretendo di comprenderle ma è necessario cercare di percepirle. Il medico si trova in una posizione di fatto dominante, ha alcune conoscenze scientifiche ma non è detto che sia un sapiente, ma sicuramente non è riconosciuto come tale dall'nterlocutore. Abbiamo provato a "scaricare" addosso al malcapitato (il paziente) tutto il nostro sapere sperando che la semplice applicazione dello stesso desse ovvi risultati positivi. Non ha funzionato. Altra emozione, del medico, "vedo i diabetici da anni, sono sempre uguali, non fanno quello che viene loro proposto, e pian piano le cose peggiorano. e poi qualcuno ti viene anche a dire che il tuo lavoro non serve a nulla (perché i risultati non sono quelli sperati). Per fortuna (altra emozione) sul BMJ appare un articolo che dice che le condizione dei diabetici nel regno Unito sono peggiorate da quando il problema diabete è gestito a partire dai medici di famiglia... a questo punto ne ho abbastanza per essere piuttosto confuso. La scienza ti indica cosa fare, la ragione ci porterebbe a applicare ciò che la scienza dice, ma la scienza non sa dire con certezza se tutto ciò che facciamo è effettivamente utile per quella singola persona e infine ci sono le emozioni.. Che forse sono più importanti della ragione. Potremmo provare a vivere le emozioni più intensamente, senza averne paura, fino in fondo, scomponendo le conoscenze a "blocchetti" imparando un po' alla volta, scegliendo di volta in volta cosa fare cercando di comporre un percorso. In fondo ognuno di noi nel corso della propria vita percorre una strada, in ogni momento compie delle scelte, razionali o emozionali, consapevoli oppure no, ma comunque fa delle scelte. La sola consapevolezza di questo può generare forti emozioni, di ogni tipo.... Credo che ormai un diabetico possa scegliere di essere informato, e di "formarsi" per cercare un equilibrio fra "emozione e conoscenza" in modo da costruire quel percorso, proprio e personale che ci può portare a mantenerci in salute. Il sistema sanitario potrebbe diventare quindi uno "strumento" del cittadino per raggiungere un proprio obiettivo di salute, qualcosa che non si compra ne si vende, ma si potrebbe trovare nell'orto se si semina bene, si nutre, si cura.....

Attività fisica e benessere



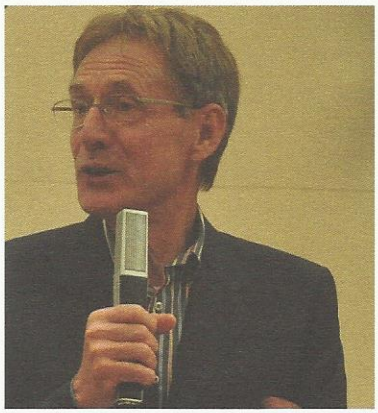
Giorgio Indovina
Medico Medicina dello Sport

Quando si parla di Salute e Attività Fisica le parole "SPORT" e " Attività Fisica" vengono usate indistintamente. Ritengo più giusto però differenziare le due cose: la parola " Sport" sottintende e comporta in sé un significato comunque " Agonistico " anche pur con se stessi; di conseguenza presuppone parametri Cardiovascolari e Respiratori sotto sforzo superiori a coloro che invece si " dilettano " a fare del movimento o dell'Attività Fisica. Ciò nondimeno le finalità dell'Attività Fisica a fini salutistici, pur prescindendo da risultati e performance, riguardano aspetti Medici, Estetici nonché Psicologici. E a tutti noto che fin dall'Antica Grecia, in occasione dei Giochi di Olimpia, gli atleti concorrevano nudi, con il corpo ben oleato e strutturato coniugando così il gusto estetico alle finalità agonistiche esempio ne sia il Discobolo di Mirone. Praticare dell'Attività Fisica ai fini del benessere generale concorre ad ottimizzare molti aspetti Medici e Psicologici della nostra vita. Come detto contribuisce a :

- Migliorare il proprio aspetto fisico- estetico che oggi ha acquisito un ruolo importante nella vita sociale.
- Ottimizza il peso corporeo riducendo la massa grassa e migliorando la massa magra. In tal modo abbassa il profilo lipidico del soggetto.
- Favorisce una migliore capacità lavorativa, migliorando la funzione Cardio-Respiratoria. In tal senso riduce anche i rischi di Cardiopatia Ischemica (Angina, Infarti ecc.)
- Permette un miglior controllo della Pressione Arteriosa, per cui un' attività fisica aerobica (corsa, ciclismo, marcia) è indicato in modo assoluto come terapia negli Ipertesi.
- Migliora la tolleranza ai carboidrati; è quindi assolutamente prescritta e consigliata in diabetici, in quanto è in grado di ridurre anche le dosi di ipoglicemizzanti orali e non.
- Contribuisce a ridurre il fumo e l'alcool.
- Migliora la mobilità articolare e la mineralizzazione ossea, prevenendo e curando l'Osteoporosi.
- Migliora la tolleranza allo stress Psico-Fisico, anche da lavoro.
- Contribuisce ad una ripresa più rapida e un più rapido reinserimento nella vita sociale dopo accidenti Cardiaci, in quanto utile nella fase di riabilitazione post Infarto.
- E' estremamente utile nella terapia per la depressione nervosa e negli stati di ansia e panico, agevolando un più facile recupero alla vita normale.

Per quanto in particolare il Diabete Mellito , è consigliabile praticare 30' di corsa , oppure marce a 4-5 km/h, tennis come attività di tipo aerobico. In conclusione, per sintetizzare quanto espresso, nell'Attività Fisica è importante divertirsi in salute psicofisica (il vecchio detto " mens sana in corpore sano " non è mai andato fuori moda. Anzi.

Aspetti psicosociali del diabete



Danilo Tassin
Sociologo

Esiste una definizione di salute che oramai abbiamo imparato a memoria e che è lontana dalla vecchia definizione di salute come assenza di malattia. Salute significa star bene. Star bene complessivamente in un armonico equilibrio fra dimensione fisica, psicologica, sociale, spirituale. Perché questo è l'uomo. Questa definizione di salute viene definita sistemica non solo perché riconosce l'uomo come un essere multidimensionale, ma perché riconosce che queste dimensioni (fisica,psichica, sociale, spirituale) sono strettamente correlate fra di loro al punto tale che, qualunque cambiamento in una dimensione, ha inevitabilmente ripercussioni sulle altre dimensioni umane. Possiamo quindi dire che il disagio, la sofferenza, la malattia rappresentano una rottura dell'equilibrio del benessere. Un problema organico, una malattia, ha inevitabilmente conseguenze anche psicologiche, e, a seconda della gravità, sociali e spirituali. E viceversa. A volte le correlazioni sono così interconnesse ed evidenti che si sono coniate nuove definizioni di disturbi come le malattie psico-somatiche. Oppure: noi sappiamo come fra i fattori che hanno permesso un significativo aumento dell'età media di vita il ruolo più determinante spetti ai fattori socio-economici. Quindi quando noi parliamo di cura, prevenzione primaria, protezione e promozione della salute dobbiamo tener conto e operare secondo una visione sistemica come richiamata da tutte le linee guida in materia di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il diabete è un tipico problema complesso e multidimensionale. Essendo una malattia è chiaramente un problema medico. Non solo, ma per la specificità del problema e la sua incidenza e stata creata una branca specialistica e la figura del medico diabetologo. E' evidente però come il diabete investa anche tutta una serie di aspetti psicologici, sociali, familiari che se affrontati correttamente permettono una positiva gestione del problema. Ogni persona ha un suo modo soggettivo di sentire i problemi, di reagire, di adattarsi, di gestirli, di viverli. Ho letto e sentito diverse testimonianze di persone con problemi di diabete. Le loro storie, le loro esperienze riflettono sentimenti a volte di paura, di frustrazione, di rabbia, di rassegnazione, di negazione, di ribellione, di sconforto. A questi sentimenti fanno seguito poi comportamenti e adattamenti che possono non essere compatibili con una corretta gestione del problema.
A volte una persona prova una sorte di vergogna nei confronti degli altri, evita occasioni di socialità o perché fa fatica a mantenere un idoneo regime alimentare ed è "tentato"di

mangiare qualcosa che non può, o gli secca dare spiegazioni quando qualcuno gli fa qualche domanda, o si sente diverso, sfortunato, estraneo. E comunque vive il suo problema individualmente, in solitudine. Non solo, ma anche in famiglia si trova in difficoltà: incompreso, isolato, non avverte condivisione soddisfacente al suo problema. Il trattamento del diabete, considerato il prototipo delle malattie croniche, presuppone quindi un intervento complesso che presuppone una corretta gestione del problema e un cambiamento dello stile di vita. L'Associazione medici diabetologi nel loro portale sottolineano che:
"E' bene che la medicina ricerchi soluzioni scientificamente e tecnologicamente innovative, ma medici e infermieri non devono dimenticare che il malato ha anche bisogno di una guida, di un supporto educativo, emotivo e psicologico. Bisogna considerare l'impegno necessario per un cambiamento dello stile di vita, la costante attenzione a corrette abitudini alimentari, tutte condizioni che possono ridurre la probabilità di comparsa o la rapidità dell'evoluzione di complicazioni croniche che spesso appaiono devastanti agli occhi del paziente." E ancora:
"fornire informazioni in modo comprensibile ed emotivamente coinvolgente richiede nuove metodi di preparazione per gli stessi sanitari favorendo il coinvolgimento familiare e sociale."
Su questi aspetti però c'è una competenza che non può essere delegata ad altri e che riguarda direttamente le persone che vivono il problema diabete e l'associazione che li rappresenta.
Un conto è conoscere il problema per averne sentito parlare o perché mi sono documentato un conto è conoscerlo perché lo sto vivendo . L'interazione con persone che hanno esperienza diretta del problema non può essere sostituita da un rapporto asimmetrico anche se chi ho davanti è un luminare della scienza e persona degnissima sul piano umano. Un conto è spiegare un problema, dare indicazioni utili per una necessaria conoscenza, un conto è testimoniare. Quando io comunico una testimonianza, non comunico un sapere, ma un'esperienza. Ora chiaramente l'esperienza riguarda solamente chi l'ha vissuta.
Se l'obiettivo è facilitare il cambiamento dello stile di vita ci riferiamo a un cambiamento del comportamento e a strumenti efficaci per favorirlo. Quali? Le idee, i ragionamenti possono modificare il mio modo di pensare, ma non è detto che siano altrettanto efficaci nel cambiare il mio comportamento. Il sapere, il conoscere, pur essendo necessari, non sempre sono sufficienti. Comunicare un pensiero, un ragionamento può modificare un'idea, un modo di pensare, ma sono il comportamento e l'esperienza gli strumenti più efficaci nel favorire il cambiamento dello stile di vita.
Gandhi conosceva questa verità e la praticava. Un giorno una madre gli portò suo figlio di 15 anni. Il medico gli aveva prescritto di non mangiare più zucchero altrimenti avrebbe messo a rischio la propria vita. Il ragazzo, sordo ad ogni raccomandazione, continuava imperterrito a rimpinzarsi di dolci. La madre allora pensò di rivolgersi a Gandhi per essere aiutata. Gandhi ascoltò, poi disse. "Adesso non sono in grado di fare niente. Tornate fra due settimane." Quando tornarono, Gandhi prese in disparte il ragazzo e gli parlò. Da allora il ragazzo non toccò più dolci. I suoi seguaci chiesero a Gandhi come avesse fatto. "Semplice " rispose "Per due settimane io stesso non ho toccato zucchero e così quando ho parlato al ragazzo, sapevo che cosa voleva dire e sono stato convincente."
Ecco perché è importante l'interazione con chi ha problemi in comune, con chi vive esperienze simili alle mie.

Interazioni che accompagnate da una disponibilità all'ascolto, reciprocamente facilitano la comprensione e la condivisione dei problemi e si traducono in auto e mutuo aiuto.
Si tratta quindi di rendere le persone protagoniste dei loro problemi e della loro salute togliendole dalla passività, dall'isolamento, dalla rassegnazione concentrandosi di più sulle parti sane della persona che non sui deficit.
Ogni persona, anche nelle situazioni più sfavorevoli, possiede delle risorse che, se riconosciute e valorizzate, sono in grado di sviluppare un potenziale "terapeutico" importante e, il più delle volte, sprecato.
Il Consultorio Diabetologico, fra le altre cose, si propone di sviluppare queste competenze, ruoli, risorse per realizzare quella promozione della salute come indicato dalla carta di Ottawa nel congresso mondiale del 1986 laddove si chiede un impegno a "riconoscere le persone come la maggior risorsa per la salute, ad aiutarle e incoraggiarle a tutelarle la salute propria, quella delle famiglie e dei conoscenti.
Se c'è condivisione su questi punti anche le perplessità e i timori di sovrapposizioni di competenze, di invasioni di campo, di conflittualità di ruoli fra istituzioni sanitarie pubbliche e associazioni di famiglie con problemi di diabete non hanno ragione di esistere. Ciascuno si occupa di dimensioni e aspetti specifici, diversi, ma complementari e in grado di interagire positivamente nel rendere più completo ed efficace l'intervento di protezione e promozione della salute.

Marino Vocci
Gastronauta

Con il diabete si può e si deve vivere bene e a lungo. Se questo lo vogliamo veramente, dobbiamo scegliere il benessere. Volerci più bene e pensare al bene che doniamo e che riceviamo da quelli che ci stanno accanto. Questo in molti casi ci deve portare a cambiare le cattive abitudini e adottare un nuovo stile di vita. Una vera rivoluzione quindi che riuscirà a contrastare le malattie della modernità, quali il diabete e l'obesità, due patologie che si sostengono e si influenzano a vicenda. Una "rivoluzione di massa" che dobbiamo essere convinti di dovere e di voler fare. Questo se pensiamo che oggi in Italia ci sono circa 3,6 milioni di persone malate di diabete di tipo 2, ossia il 6% della popolazione, mentre si calcola siano un milione quelle con diabete non diagnosticato. Insieme al diabete, l'obesità (l'OMS usa il termine diabesità) è diventata una vera e propria emergenza, tanto da essere definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'epidemia del XXI secolo. Negli ultimi dieci anni, nei diversi stati europei l'obesità ha registrato una crescita preoccupante con tassi dal 10 al 40% e in Italia la situazione non è delle migliori. Nonostante nel nostro Paese si segua per tradizione la dieta mediterranea, alla quale viene riconosciuto un buon valore nutrizionale e un ottimo metodo di prevenzione, secondo le rilevazioni ISTAT, nel 2009 l'obesità ha interessato l'11,1% dei maschi e il 9,2% delle femmine: gli obesi in età adulta rappresentano il 10% della popolazione, poco meno di 5 milioni di persone (eravamo 3 milioni negli Anni novanta), per un costo sociale annuo di 8,3 miliardi. Mentre gli adulti in sovrappeso sono circa 15 milioni. Allarmante è la situazione tra i più giovani e il dato più preoccupante riguarda i più piccoli: il 34% dei bambini in età scolare – e dunque circa 1 milione – è obeso o in sovrappeso (rispettivamente l'11,1% e il 22,9%). In alcune parti del nostro Paese (il Meridione) ci sono due obesi ogni cinque bambini. Numeri da vera epidemia. Ecco perché dobbiamo fare una vera rivoluzione di massa. Diabete e obesità sono patologie strettamente correlate, se consideriamo che l'obesità è responsabile dell'80% dei casi di diabete di tipo 2. La European Association for the Study of Diabetes (EASD) ha riconosciuto la prevenzione e il trattamento dell'obesità come il più importante problema di salute pubblica nel mondo. Curare il diabete, e soprattutto prevenire la malattia, è in parte possibile attraverso strategie volte all'assunzione di stili di vita adeguati: secondo studi recenti, intervenire su alimentazione e attività fisica ha permesso di ridurre il rischio di diabete del 50%, mentre la sola attività fisica, moderata ma regolare, ha portato a una riduzione di circa il 30%. Oggi sappiamo che il diabete di tipo 2 può essere prevenuto adottando una dieta sana, aumentando l'attività fisica e promuovendo abitudini di vita più corrette. Bisogna pertanto introdurre dei comportamenti che riescano

a dare contemporaneamente risposte a bisogni quali: il piacere e la salute. L'attività sportiva regolare, andare in bicicletta, lavorare un'ora al giorno nell'orto e soprattutto camminare (10 mila passi al giorno, tolgono il medico di torno), sono un ottimo strumento per guadagnare in salute. Considerando che l'incontro si svolge in occasione di una manifestazione che ha come obiettivo quello di promuovere le qualità enogastronomiche di una terra eccezionale come quella del Friuli, questo mio intervento non può iniziare che con una misurata e doverosa esaltazione dell'importanza della cultura e civiltà della tavola in queste nostre terre. In considerazione poi che questa XVIII^ edizione di FRIULI DOC è dedicata al formaggio, ed è la prima volta che la kermesse enogastronomica promuove un prodotto tipico di eccellente qualità, avrei preferito proporvi un itinerario a piedi tra le malghe della Carnia. Visto che questo non è possibile ... per motivi logistici, cercherò di farvi recuperare il piacere della scoperta per il cibo buono, pulito e giusto, iniziando con un suggerimento: quello di fare la spesa in modo saggio, e perche no? Andare a piedi e acquistare poco e spesso e solo i cibi di qualità e soprattutto quelli che ci servono, magari ai mercati contadini e/o direttamente dagli stessi produttori. Ricordare poi che il piacere del cibo può essere un buon alleato della salute. Privilegiarre un mangiare responsabile e consapevole, che significa anche ridurre il consumo di prodotti di origine animale. Questo anche, e non solo, perché per produrre un chilo di carne bovina sono necessari 15.500 litri di acqua!!! A questo proposito mi permetto di ricordare che i cambiamenti climatici si combattono anche cercando di mantenete integre le riserve d'acqua, il vero e proprio oro blu, un grande un bene comune , una RISORSA che sarà nel futuro sempre più occasione di conflitto. Considerato che l'Adriatico è il mare più "gustoso" al mondo, noi che ci troviamo accanto, dobbiamo consumare: meno carne e più pesce a ..miglio zero, meno carni rosse e meno tagli "nobili" e semmai più carni bianche. Avere quindi un'alimentazione ricca e variegata con più verdure, frutta legumi, cereali integrali, meglio se a chilometro zero, soprattutto mangiando meglio e di meno. Quasi sempre mangiamo più di quello che il nostro organismo richiede. Privilegiamo invece la dieta mediterranea con cibi più ricchi di fibre e poco raffinati. E Salute al piacere – benessere con gusto per noi e per il pianeta - è stato anche il titolo della campagna di educazione alimentare che per la prima volta ha visto collaborare Slow Food Italia con l'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) e l'Associazione Medici Diabetologi (AMD). Con l'obiettivo comune di cambiare i modelli alimentari sbagliati e uno stile di vita sedentario che influenza senza dubbio lo sviluppo di patologie metaboliche e cardiovascolari, di recuperare poi il giusto tempo da dedicare all'acquisto e alla preparazione dei pasti, presentando i principi nutritivi degli alimenti, le loro funzioni e le indicazioni per scegliere il cibo da mangiare. Viva quindi il cibo buono pulito e giusto. Questo lo dico non solo perché qui rappresento Slow Food, ma perché ne sono profondamente convinto. E se parliamo di cibo e dintorni, va prima di tutto ricordato che la cultura e la civiltà della tavola, non è solo un fatto alimentare che riguarda la nostra sopravvivenza e che si riflette sulla nostra salute, ma rappresenta anche il piacere della condivisione e della convivialità, ed è anche dono, identità e memoria. La tavola è parte della nostra vita e rappresenta valori importanti, valori che non possiamo confinare in un semplice e trimalcionesco "mangiare e bere": è un bisogno e una cultura antica e allo stesso tempo moderna, e una parte della trasmissione della memoria positiva (chi non ricorda con piacere un piatto della mamma o del nonno ?), attraverso le generazioni. Un pezzo quindi della piccola/grande storia di un territorio, che racconta anche quella della sopravvivenza e dell'identità alimentare di una

comunità, e quindi delle nostre famiglie e di ciascuno di noi.
Un qualcosa che non possiamo assolutamente né banalizzare, né demonizzare, ma nemmeno farne delle esaltazioni goderecce o da sballo. Certamente la trasmissione della memoria, e quindi anche la trasmissione delle abitudini, subisce dei cambiamenti. Oggi dobbiamo modificare le nostre abitudini alimentari scegliendo la sobrietà, la moderazione e favorendo un'indispensabile educazione alimentare al gusto. La tavola poi assume anche altri piacevoli significati. Questo proprio oggi che viviamo in una società sempre di più caratterizzata dalla solitudine, da un mondo sempre più globalizzato, "cocacolizzato" dove emergono anche problemi di identità e spesso di perdita della propria memoria. Ecco perché mi permetto di dire che la nostra salute (non soltanto fisica ma spesso anche psicologica e mentale) si mantiene ... mangiando bene e recuperando la bellezza e il piacere della convivialità e della condivisione di una cucina genuina legata al territorio (quindi una cucina di terra a chilometrozero e di mare a ...miglio zero) e alle stagioni. Anche perché la cucina mediterranea e la tavola in queste nostre terre è sinonimo di bontà, grazie proprio alla ricchezza delle diversità. Perché è la cucina di una terra sospesa tra monti e mare, tra fiumi e colline, e soprattutto la cucina di una terra di confine, e poi è una concreta e gustosa testimonianza di una terra che accoglie, adatta e rielabora ed è il risultato di positive e...gustose contaminazioni. Una cucina che rappresenta la bontà e la bellezza delle diversità proprio perchè risente delle tradizioni del mondo austriaco e tedesco, di quello sloveno, croato e dalmato, di quello ungherese e ovviamente di quello italiano. Una cucina che merita un viaggio, nel quale anche il viaggiatore diventa protagonista e "custode" del territorio. Perché valorizzare i piatti tipici, significa quasi sempre valorizzare le produzioni tipiche del territorio, e quindi sono uno strumento straordinario per la tutela e promozione del paesaggio colturale e soprattutto culturale. Non va poi dimenticato che spesso si mangia male e che troppo spesso si beve malissimo, e soprattutto mangiamo molto di più di quanto il nostro organismo ha in effetti bisogno. Scegliere il benessere non significa "vivere da malati, per morire da sani" ma lo ripeto significa mangiare meglio e di meno e soprattutto significa recuperare un'antica, millenaria e quotidiana consuetudine quella di camminare. Dopo la scelta di un'alimentazione buona, pulita e giusta, il secondo pilastro della rivoluzione è il movimento. Anche per questo motivo dovremmo tutti convincerci della necessità e dell'urgenza di fare nostre le dieci regole. Quelle regole più volte suggerite dagli esperti nei diversi convegni nazionali e internazionali di diabetologia, su come tenere in forma il nostro corpo, ma anche e soprattutto la nostra mente . Partendo da quella che ho già avuto modo di ricordare e cioè recuperare il piacere di fare i famosi 10.000 passi (5 chilometri) almeno tre volte la settimana, perché l'esercizio fisico è una medicina, a qualsiasi età e poi :

- Scegliere attività fisiche di equilibrio e non di forza.
- Mangiare bene, variando le scelte per non escludere nessun gruppo alimentare. No ai grassi, si a frutta e verdura.
- Evitare il fumo e limitare l'alcool a un solo bicchiere di vino al giorno, durante i pasti per chi ne ha l'abitudine e escluderlo per chi non beve.
- Riscoprire la propria corporeità; affettività, ma anche sessualità e contatto fisico, danno serenità.
- Coltivare le relazioni familiari, il rapporto con i nipoti, per esempio, aiutando i nonni a restare attivi e in salute.
- Non abusare di farmaci, in particolare antidepressivi o sonniferi. Per aiutare il sonno, l'esercizio fisico è più indicato.
- Vivere all'aria aperta; i raggi solari non solo fanno bene all'umore ma aiutano a prevenire l'osteoporosi.
- Evitare escursioni termiche eccessive: dunque evitare di uscire di casa nelle ore più fredde d'inverno e più calde d'estate.

Va ricordato che alcune cattive abitudini sono recentissime e si possono e si devono cambiare, ed è proprio un problema di testa: anche perché, a proposito del movimento, ricordo che l'uomo e la donna sono fatti per camminare e lo hanno fatto, senza l'aiuto di mezzi, fino a pochissimi anni fa. Camminare quindi è bello e fa bene alla salute. A questo proposito si potrebbe dire che aveva ragione il grande scrittore francese Marcel Proust, che oltre un secolo fa scriveva che la bellezza non fa le rivoluzioni, ma verrà un giorno in cui le rivoluzioni avranno bisogno della bellezza. Potremmo dire che anche dalla bellezza del camminare può partire la nostra rivoluzione. Camminare poi è particolarmente bello proprio in queste nostre terre, che offrono paesaggi e luoghi straordinariamente affascinanti. Poi in questa nostra società sempre più frammentata, atomizzata e purtroppo segnata da mille solitudini è, più facile e più stimolante e direi soprattutto più piacevole camminare insieme ai familiari o al nostro amatissimo cane. Insieme agli amici e a anche quelli che condividono la stessa malattia. Camminare insieme agli altri poi, è un'ottima terapia di gruppo. Potremmo dire quindi che insieme si può, anzi è meglio ed è così che andrebbe fatto. Questa è stata anche l'esperienza, estremamente positiva, di un gruppo di sostegno chiamato "Girasoli", per combattere l'obesità in pazienti diabetici di tipo 2, organizzato da Assodiabetici Trieste in collaborazione con i centri Diabetologici dell'Azienda n, 1 Triestina. Da una parte i partecipanti al gruppo dei "Girasoli" si sono trovati settimanalmente per un periodo di circa 8 mesi per una terapia di gruppo associata a visite ambulatoriali, che hanno permesso di mantenere alta la motivazione (grazie alla condivisione delle difficoltà nella gestione dell'alimentazione e del diabete e quindi nel trovare insieme le soluzioni più efficaci). Dall'altra è stata poi organizzata settimanalmente una camminata di circa sei chilometri, in luoghi particolarmente gradevoli dell'altipiano carsico. Alla fine i partecipanti hanno effettuato un corso residenziale della durata di sette giorni. Tutto questo ha portato a risultati veramente interessanti. Dopo otto mesi si è osservato un significativo calo del peso, una riduzione marcata e significativa della circonferenza della vita, del controllo lipidico e di quello glicemico. In alcuni pazienti è stata ottenuta anche una riduzione del dosaggio della terapia farmacologica, ma soprattutto in tutti i partecipanti si è notata una eccezionale e favorevole modifica dell'umore e della qualità della vita.
Non possiamo dimenticare poi che camminare significa viaggiare e viaggiare aiuta a mantenere quella giusta e doverosa curiosità nei confronti del mondo che ci circonda. E quindi non solo un'attenzione nei confronti di se stessi (tipica di chi ha il diabete) ma curiosità anche verso le persone e le cose che ci circondano. In conclusione mi permetto di fare una proposta. Questo dopo aver fatto positive esperienze, e non solo come Assodiabetici Trieste, ma anche come organizzatore di camminate di più giorni dal titolo "Piacere e salute, in cammino oltre i confini (""Da Cherso al Carso", "Lungo la Parenzana da Trieste a Parenzo", "Lungo i sentieri della transumanza"...). L'idea è quella di predisporre nella nostra Regione, ma anche a livello transfrontaliero, dei veri e propri itinerari di "Piacere e salute". Itinerari calibrati sulle persone con abilità e problemi diversi (il diabete, obesità, la celiachia, ..), che tengano conto della necessità di camminare (con percorsi, tabelle, consumi...) ma anche di trovare a tavola prodotti ..a chilometro e miglio zero, sfiziosi, ma prima di tutto rispettosi della salute del camminatore. Una proposta che mi permetto di fare anche dopo aver sperimentato l'enorme piacere e il successo di due esperienze in particolare. La prima nella primavera del 2010 quando come Assodiabetici Trieste, facendo tesoro anche dell'esperienza del Centro Cardiovascolare e di Cardiologia di Trieste (prof, Di Lenarda) con "Cammina per il Tuo cuore",

abbiamo organizzato con il dott. Diego Masiello, Ispettore Forestale direttore del Centro Didattico naturalistico di Basovizza della Regione Friuli Venezia Giulia, una conferenza-dibattito dal titolo:
"Piacere e salute - in cammino nei boschi senza confini". Da questo incontro, nel1'anno internazionale delle foreste proclamato dall' ONU, ha preso il via il progetto BOSCO AMICO. Un progetto che, facendo tesoro, dell'esperienza fatta del Centro Cardiovascolare e di Cardiologia di Trieste (prof, Di Lenarda) con "Cammina per il Tuo cuore", ha portato all'organizzazione in collaborazione con Corpo forestale regionale FVG e Azienda sanitaria e poi Slow Tourism e Slow Food, di una serie di itinerari a piedi (caminade). L'obiettivo, come per il gruppo dei Girasoli, era quello di promuovere e far conoscere i benefici - anche attraverso il controllo della glicemia e del peso - di una costante e regolare attività fisica nella bellezza dei boschi. E capire così che camminare insieme altri alla scoperta dei bellissimi boschi della Provincia di Trieste e della nostra Regione è uno stimolo e un piacere per tutti, e che un esercizio fisico di equilibrio e non di forza, è una medicina per tutti e a qualsiasi età ed è una benefica prevenzione in particolare per i diabetici. Un grande successo è stato il viaggio tra gli straordinari colori dell'autunno del Carso triestino e sloveno di Basovizza .

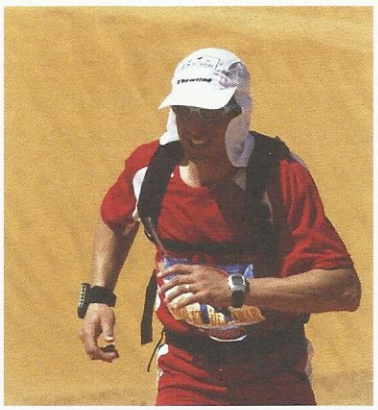
Una caminada tra natura, cultura e cibo organizzato da un gruppo di Enti e Associazioni (Slow Food Trieste, Dipartimento di Scienze politiche dell'Università degli studi di Trieste, Centro Didattico naturalistico del Corpo forestale della Regione Friuli Venezia Giulia di Basovizza, Gruppo/Supina 85, WWF Trieste, Aziende Agricole Lenard Vidali, Settimi &Ziani e Petaros) dal titolo "Itinerario slow tra piacere e salute, camminare è bello e fa bene". Un itinerario fatto a piedi che dopo aver raggiunto Basovizza con mezzi pubblici, si è concluso dopo circa 4 ore e che è parte del progetto chiamato Slow tourism. Iniziato al bellissimo Centro didattico e poi via tra boschi, prati e pezzi di landa, dline e casite carsica concluso con la dustazione di eccellenti formaggi e mieli che "raccontano" la straordinaria biodiversità del territorio carsico. Un'esperienza che mi ha ulteriormente convinto che quella del turismo dolce, dello Slow tourism, può essere una scelta vincente. Perché, come ci ricorda il suo "inventore" l'amico triestino Moreno Zago, è uno stile di vita e di viaggio che ci avvicina al territorio e richiede soprattutto lentezza; sensibilizza poi la domanda e l'offerta verso valenze etiche. Consente di riappropriarsi del tempo, liberandoci dall'ansia e dallo stress provocati dai ritmi frenetici, permette all'ospite (in questo caso realmente hospes) di rientrare in sintonia con se stesso e con ciò che lo circonda e crea una nuova consapevolezza grazie ad un'esperienza davvero profonda e coinvolgente. Uno stile di viaggio, ecco l'innovazione, che costringe l'operatore a creare una rete di offerte, attento alle emozioni e responsabile. Tutto ciò in un'azione a lungo termine che favorisce relazioni feconde con le comunità locali, e che ha come obiettivo quello di rispettare e tutelare l'ambiente, sia con l'adozione di processi sostenibili che con il consumo di prodotti provenienti da filiere corte. Chissà, forse, proprio grazie alla crisi abbandoneremo l'idea di vacanze esotiche e riscopriremo finalmente la straordinaria bellezza di questo nostro bellissimo microcosmo. Un'Euroregione plurale, un'Euroregione dei saperi e dei sapori con un patrimonio straordinario, una bellezza fatta di mille diversità. Uno scrigno prezioso da Cherso al Carso, dal Balaton al Garda, da Bled a Pltivice, dalle Dolomiti al Velebit, da Venezia a Vienna, da Salisburgo a Rovigno , da Aquileia a Parenzo, sulla porta di casa. Microcosmi unici che tutti noi, se vogliamo conoscerci meglio, dobbiamo incontrare e conoscere, e soprattutto dobbiamo far conoscere anche a mondi lontani. Tutto questo, oltre a dare risposte adeguate alle domande di persone con disabilità diverse, offrirebbe delle nuove opportunità di diversificazione e di destagionalizzazione dell'offerta turistica.

Esperienza motoria.

Marco Fonzari
Insegnante

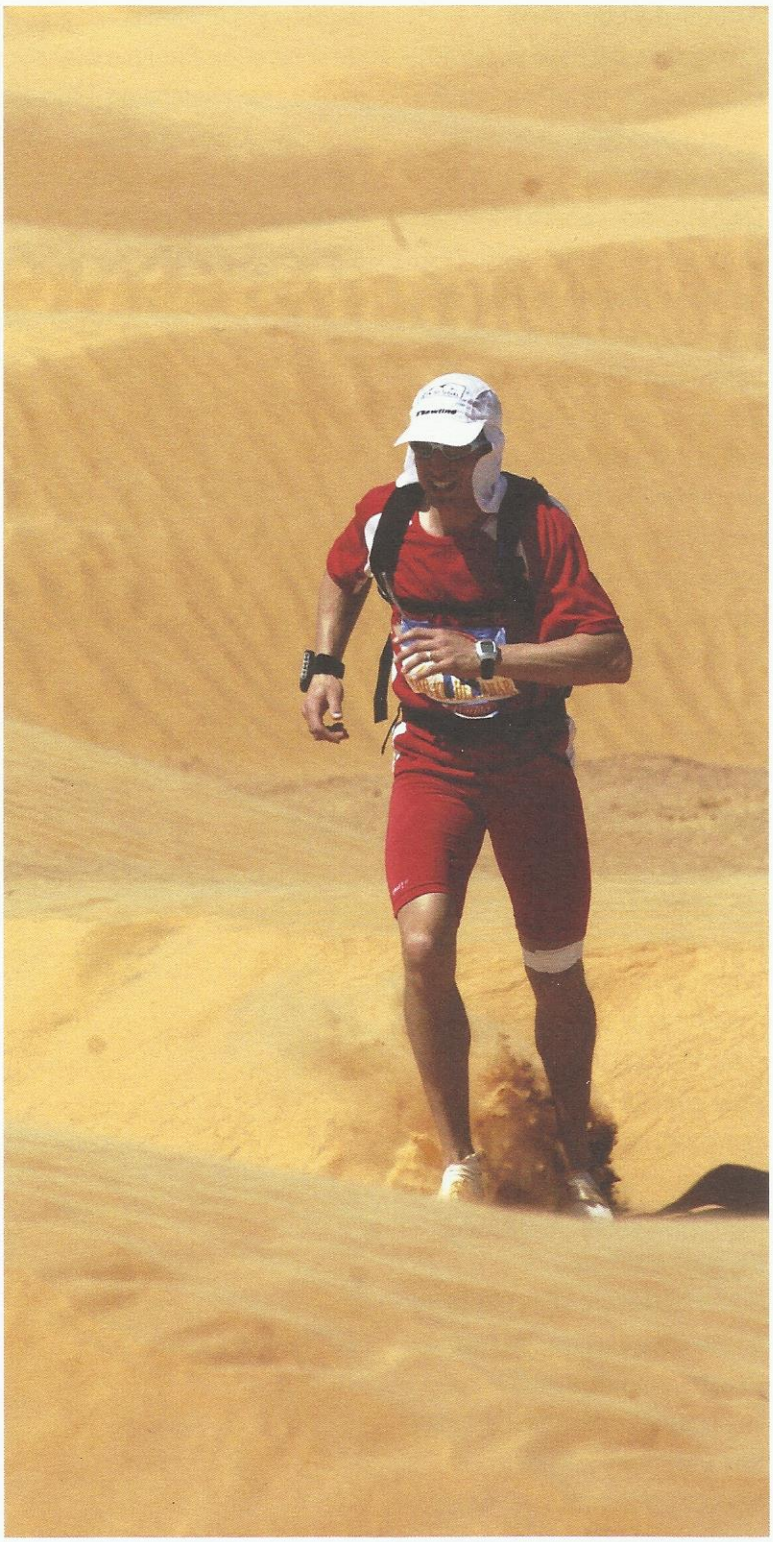
Massimo prima della sua partenza mi aveva detto "vedrai. sarà una esperienza fantastica", si riferiva al mio coinvolgimento al campo scuola estivo con i ragazzi diabetici. Anno zero, Agosto 2012 preparo le mie cose e parto.
Quando mi appresto ad iniziare una nuova esperienza mi accompagna sempre una piacevole agitazione. le domande si accavallano nella mia mente, non so bene cosa aspettarmi comunque sono pronto. Bene, con il senno del poi devo riconoscere che anche questa volta Massimo aveva ragione, i miei ragazzi sono stati splendidi ho avuto la sensazione che il loro impegno sia stato sempre alto, sempre attenti e disposti ad ascoltare i pochi consigli che davo loro. Inizialmente il progetto prevedeva un'attività basso impatto a carattere aerobico, individuato nel Nordic Walking, strutturato in due sedute una mattutina della durata di circa due ore con controllo ed annotazione della stessa ed una pomeridiana con le stesse caratteristiche.
Bene con il passare dei giorni, tutto questo è diventato piacevole "stare allegramente insieme dove l'unica cosa era il controllo della glicemia e l'annotazione della stessa". Lo scopo della nostra esperienza é quello di dimostrare con dati certi come l'attività fisica incida positivamente nel controllo della glicemia, cosa che è stata evidenziata con chiarezza durante la nostra esperienza, e altrettanto vero che oltre all'attività è di fondamentale importanza un corretto controllo dell'alimentazione, e se devo essere sincero, qui non posso, e non devo riconoscervi lo stesso impegno. Comunque sia l'unica cosa che posso dirvi è questa: avete i mezzi e la consapevolezza, non lasciatevi sopraffare dalla pigrizia, ormai lo sapete con certezza l'attività fisica per voi è fondamentale, quindi niente scuse non ce freddo, vento, caldo o pioggia che tenga, dimostratevi che vi volete bene, un mio prof., una volta mi ha detto il nostro fisico è una macchina fantastica, ha solo un problema ne abbiamo solo uno, e se non lo trattiamo con amore non abbiamo poi la possibilità di cambiarlo "fate vostro questo detto".

Ciao a tutti e grazie per l'energia positiva che mi avete regalato.
Marco



Simone Ballatore

Buongiorno con po' di ritardo ma c'è l'ho fatta a scriverLe l'articolo di seguito:
Mi chiamo Simone e ho il diabete da 10 anni, nel 2006 assieme alla dottoressa Assaloni e a un gruppo di amici ho deciso di partecipare alla 100km del Sahara (corsa a tappe nel deserto), per lanciare un messaggio forte ai molti diabetici che davanti alla malattia si pongono dei limiti.
La gara tenutasi nel deserto Tunisino prevedeva 120km effettivi di percorso suddiviso in 5 tappe, pernottando nelle tradizionali tende berbere allestite di volta in volta dall'organizzazione, esperienza che ci ha fatto vivere il deserto in maniera unica. La gestione dell'insulina e l'assunzione di carboidrati e' stato l'aspetto più complicato della gara ma che mi ha portato fin alla fine dei 120km.Spero che questa esperienza dia lo stimolo ad altri diabetici ad affrontare per lo meno le difficoltà di tutti i giorni in maniera più leggera pensando che poi in fondo si può fare molto di più .
Buongiorno
Simone Ballatore

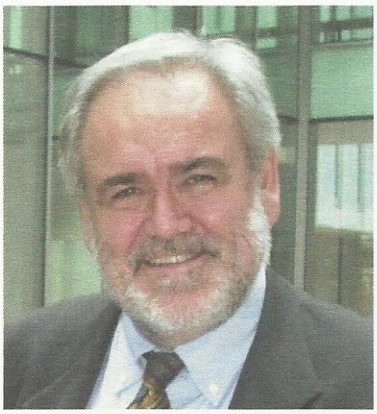


Simone Ballatore

Marco Cogato
Assessore alla Cultura del Comune di Cervignano del Friuli

A nome del Comune di Cervignano del Friuli porto il saluto a tutti gli intervenuti a questo convegno promosso dall'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana, che vuole diffondere nel nostro territorio la cultura della prevenzione contro il diabete.
L'amministrazione comunale è da sempre a sostegno dell'attività dell'associazione e condivide l'idea di combattere la diffusione del diabete, che nella nostra regione conta oltre 60.000 soggetti, di cui 6.000 nella bassa friulana, non solo con il doveroso presidio medico del territorio, ma anche attraverso iniziative come questa di approfondimento culturale del fenomeno.
E' una sfida nuova, infatti, questo approccio multidisciplinare al fenomeno diabete, con l'intervento, oltre a medici ed operatori sul territorio, anche a filosofi ed intellettuali per approfondire la riflessione sul rapporto tra persona e salute.
Come assessore alla cultura non posso che salutare con favore questo approccio innovativo, che spero si diffonda e divenga una tradizione nel nostro territorio. Ringrazio per questa preziosa attività, e per avere organizzato questo convegno, l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana ed il suo Presidente, Gelmino Pozzo, tutti i medici ed operatori intervenuti, i rappresentanti dell'A.S.S. N. 5 "Bassa Friulana" e l'A.V.I.S. di Cervignano del Friuli.

Vincere le battaglie della vita con la prevenzione



Gianfranco Panizzo
Medico di Medicina Generale

DIABETE: impariamo a conoscerlo

Può essere definito come un disordine metabolico caratterizzato da deficit effettivo d'insulina a livello tissutale, denominato diabete mellito, dal greco, diabete = passa attraverso, collegato all'eccessiva produzione d'urina, mellito = miele, riferito specificatamente alla glicosuria. Insieme ad altre patologie, come l'aterosclerosi, il cancro e le malattie psichiatriche, il diabete rientra tipicamente tra le malattie definite complesse riconducibile infatti all'azione combinata di più geni e di fattori ambientali, inclusi i fattori di rischio legati allo stile di vita dei singoli individui.

Malattie croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinica. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione. Fattori di rischio comuni e modificabili: alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti Fattori di rischio intermedi: l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Fattori di rischio che non si possono modificare: età, predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

La lotta alle malattie croniche ed in particolare al diabete, rappresenta una priorità di salute pubblica, soprattutto nei Paesi più ricchi. Da qui la necessità di investire nella prevenzione, sia a livello individuale che generale.

Stili di vita

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani

Sono l'arma più valida per combattere le malattie croniche ed in particolare il diabete. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcool e

Cause delle malattie croniche

svolgere attività fisica regolare. Nell'area europea e quindi anche in Italia, il diabete e le malattie croniche provocano almeno l'86% dei morti e il 77% del carico di malattia. Il sistema sanitario italiano è più concentrato sulle malattie acute, che richiedono un intervento rapido e puntuale. Per le patologie croniche serve invece un modello di assistenza diverso, che sposti le risorse sul territorio, per evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già malato non vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Le istituzioni devono quindi impegnarsi, attraverso politiche e strategie mirate.

Dieta ed attività fisica

fondamentale in ogni fase della malattia. All'esordio una glicemia a digiuno, anche moderatamente elevata, non richiede necessariamente un immediato inizio della terapia farmacologica, ma occorrono alcune settimane prima di ottenere risultati soddisfacenti con il cambiamento dello stile di vita, ma tale approccio riveste una importanza educativa non più ripetibile successivamente e permette anche di quantificare il suo reale contributo sulla riduzione della emoglobina glicata. La dieta e l' esercizio fisico rappresentano il primo trattamento della malattia diabetica. Qualora non sia possibile raggiungere gli obiettivi glicemici prefissati, si passa alla terapia farmacologica; l' inizio della terapia farmacologica non deve comunque far desistere dall' impegno educativo che mantiene un valore primario nonostante la difficoltà di attuazione dello stile di vita, in una patologia cronica e sostanzialmente asintomatica come il diabete mellito tipo 2, questa non deve essere considerata solo come l' iniziale trattamento che precede il passaggio ad una vera e propria terapia farmacologica, ma deve essere il cardine che l' accompagna costantemente.

Diabete: quando è più importante cercarlo

- Età > 45 anni
- Storia familiare di diabete
- Sovrappeso (BMI >25 kg/m2)
- Sedentarietà
- Storia di prediabete
- Storia di diabete gestazionale o macrosomia fetale
- Ipertensione arteriosa (140/90 mmHg adulto)
- HDL colesterolo < 35 mg/dl e/o trigliceridi > 250 mg/dl
- Sindrome ovaio policistico
- Storia di malattia vascolare

Dieta mediterranea

La dieta mediterranea ha sempre avuto la reputazione di essere un modello di alimentazione sana, che contribuisce a migliorare la salute e la qualità della vita. Un team di ricercatori dell'Università di Firenze valutando 12 studi internazionali, che collettivamente hanno incluso più di un milione e mezzo di partecipanti, le cui abitudini alimentari e lo stato di salute sono stati monitorati per periodi che vanno dai tre ai diciotto anni hanno potuto dimostrare che la dieta mediterranea fa letteralmente da scudo per l'organismo, difendendolo dallo sviluppo di diabete, di patologie cardiache, del cancro, del morbo di Parkinson e dell'Alzheimer. La dieta mediterranea è ricca di olio d'oliva, cereali, soprattutto integrali, frutta, frutta secca, verdure e pesce, ma a basso contenuto di carne, latticini, formaggi e alcol. L'adozione di questo regime alimentare potrebbe essere dunque impiegata come una vera e propria terapia di prevenzione per ridurre il rischio di morte prematura. I ricercatori hanno scoperto che le persone che aderivano rigorosamente ad una dieta mediterranea hanno avuto significativi miglioramenti nelle condizioni fisiche, compreso un calo del 9% nella mortalità totale, un calo del 9% della mortalità da malattie cardiovascolari, una riduzione del 13% nel incidenza di Parkinson e del morbo di Alzheimer, e una riduzione del 6% dell'incidenza tumorale. I risultati di questo studio hanno importanti implicazioni per la salute pubblica, in particolare per ridurre il rischio di morte prematura causata da malattie croniche ed in particolare dal diabete. La prevenzione delle malattie croniche attraverso la corretta alimentazione:

dieta mediterranea e depressione. La frutta oleosa secca (noci, nocciole, arachidi) è parte integrante della Dieta Mediterranea. Ricca in grassi prevalentemente insaturi, va consumata con moderazione (non oltre 30 g al giorno), evitando ovviamente quella candita o salata. Oltre alla prevenzione cardiovascolare e della sindrome metabolica in generale, si è visto che innalza i livelli plasmatici di un'importante proteina, il BDNF (brain-derived neurotrophic factor), che è una neurotrofina, molto attiva nella stimolazione e regolazione della neurogenesi, nella sopravvivenza dei neuroni esistenti e potrebbe avere un ruolo nell'eziopatogenesi delle patologie neurodegenerative come la malattia di Alzheimer. Da questo importante studio, la Dieta Mediterranea integrata con frutta oleosa secca determina un aumento di questa neurotrofina ed un miglioramento della depressione. Questa evidenza ha spinto gli Autori a concludere che l'aderenza alla Dieta Mediterranea migliora le concentrazioni plasmatiche di BDFN nei soggetti portatori di depressione. Una conclusione che si affianca a quella di altri Autori secondo cui la Dieta Mediterranea può proteggere in modo significativo le persone anziane e depresse dallo sviluppo di processi infiammatori, con importanti implicazioni sullo stato di salute generale.

Indice glicemico degli alimenti

Una sana alimentazione ha l'obiettivo di mantenere costante nel tempo il valore della glicemia evitando brusche e continue sue oscillazioni post-prandiali. Ogni volta che una persona mangia modifica la sua glicemia e di conseguenza la sua insulina. Ogni cibo ha una sua propria capacità di variare il valore della glicemia. Continue oscillazioni della glicemia e della insulina costituiscono fattori aggressivi e favorenti il diabete, le malattie cardio-circolatorie, l'obesità e purtroppo anche i tumori. Tutti gli alimenti possono quindi essere divisi in base al loro INDICE GLICEMICO, in base cioè alla loro diversa capacità di far aumentare, dopo la loro ingestione, la concentrazione del glucosio nel sangue. Un improvviso e brusco rialzo della glicemia dopo aver mangiato un particolare alimento è una situazione di grave stress metabolico e ormonale per l'intero organismo con conseguenze sulla salute.

Indice glicemico ed insulina

Un brusco rialzo glicemico, dopo i pasti, causa una maggiore secrezione di insulina da parte del pancreas per riportare la concentrazione del glucosio entro i cosiddetti valori normali. Mangiando alcuni alimenti anziché altri, la glicemia oscilla in modo netto e significativo. Un eccesso di glicemia causa un eccesso di insulina. L'obiettivo preventivo di una sana alimentazione è scegliere alimenti in grado di non causare brusche e improvvise variazioni alla glicemia e tenere sotto controllo la secrezione dell'insulina da parte del pancreas. Quindi l'importante, se si vuol fare prevenzione, è conoscere l'indice glicemico degli alimenti e rendersi conto che è importantissimo il momento della giornata in cui vengono assunti i vari alimenti. L'innalzamento dell'insulina provocata dall'aumento del glucosio nel sangue causa, tra le sue numerose azioni fisiologiche, un aumento della permeabilità della membrana degli adipociti (cellule del grasso) al glucosio, che passa dal sangue all'interno degli adipociti stessi, dove viene trasformato in grasso di deposito. Le conseguenze sono l'aumento del peso corporeo, l'accumulo di massa grassa nella cavità addominale nell'uomo e nel tessuto sottocutaneo nella donna. L'eccessiva esposizione del corpo umano all'insulina favorisce l'obesità, la steatosi epatica (fegato grasso), l'ipertensione arteriosa, l'accumulo di colesterolo e dei trigliceridi, malattie cardiache e circolatorie. Gli sbalzi di glicemia e quindi dell'insulina determinano un progressivo aumento della massa grassa e del peso corporeo, andando ad incidere sul diabete, sulle malattie cardiovascolari, sulla sedentarietà, sul sovraccarico articolare con tutto quello

che ne deriva. Ma gli sbalzi glicemici e l'alimentazione in genere, non influenza solo l'insulina, ma tutta una serie di neurotrasmettitori nervosi che a loro volta influenzano molte ghiandole determinando una alterazione del sistema immunitario che determina una predisposizione alla comparsa anche dei tumori. Quindi l'alimentazione quotidiana, deve impedire bruschi, continui rialzi della glicemia e garantirne valori costanti nel tempo.

Indice glicemico e fibre

Molte sono le spiegazioni per giustificare la diversa capacità degli alimenti di procurare rialzi glicemici, tra cui il tipo ed il grado di cottura, il tipo e la quantità delle fibre alimentari associate alla dieta. Le fibre idrosolubili hanno l'effetto metabolico di rallentare l'assorbimento di glucosio, mantenendo i livelli di glicemia, evitando brusche oscillazioni. Fra i cibi a buon indice glicemico ci sono per esempio i legumi (piselli, fagioli, lenticchie), anche per la loro ricchezza in fibre idrosolubili. La combinazione alimentare con verdura e altri alimenti ricchi di fibre idrosolubili è in grado di regolarizzare l'assorbimento intestinale di glucosio con il risultato finale di mantenere costante nel tempo la concentrazione di glucosio nel sangue.

Pasto misto

La risposta glicemica indotta da un pasto misto, a contenuto di proteine, carboidrati e grassi, è diversa da quella che si può avere mangiando solo carboidrati. Infatti, un pasto misto è digerito più lentamente: la maggior permanenza di questo pasto nello stomaco determina che i carboidrati contenuti sono rilasciati nell'intestino tenue in modo più lento e quindi, penetreranno nel sangue più lentamente.

La pizza

La pizza mantiene la glicemia alta più a lungo rispetto ad un altro cibo: sebbene inizialmente l'incremento della glicemia sia simile per la pizza o per un altro alimento ad indice glicemico alto, dopo la pizza, la glicemia continua a salire e resta alta anche per 4 - 9 ore, diversamente da quello che succede con un altro pasto. Un effetto simile lo dà anche la focaccia salata.

Riso e patate

Riso e patate sono alcuni dei cibi più testati per gli indici glicemici. Sono importanti sia perché se ne mangia una discreta quantità, sia perché possono avere un IG alto. Per quanto riguarda il riso, varia molto dal tipo di riso, ce ne sono quattro tipi, a grani lunghi, a grani medi, a grani piccoli e quello che si chiama "riso dolce" che viene usato dagli asiatici (non contiene amilosio): più piccolo e più raffinato è, più aumenta l'IG. Per quanto riguarda le patate, quelle ad IG minore, sono le Pontiac (buccia rosa) e le patate novelle: minor contenuto di amido.

Carico glicemico

Il carico glicemico o CG (dall'inglese Glicemic load, abbreviato in GL) è un parametro che stabilisce l'impatto sulla glicemia di un pasto glucidico in base al suo indice glicemico (IG) e la quantità di carboidrati contenuti al suo interno. Il carico glicemico combina la qualità e la quantità di carboidrati in un numero. È il metodo per prevedere i valori della glicemia in base al tipo e alla quantità di cibo contenente carboidrati. La formula per calcolarlo è: GL = (indice glicemico di un alimento x la quantità di carboidrati contenuti nell'alimento) diviso per 100. Maggiore è il carico glicemico maggiore è il conseguente rilascio di insulina nel sangue, e quindi maggiore è la stimolazione dei processi di accumulo di grasso (lipogenesi). La risposta al Carico Glicemico (GL, Glicemic Load) è diversa per i vari pazienti, perché cambiano le caratteristiche metabolico-strutturali: ad esempio, soggetti con forte stress o con infiammazioni croniche, sono soggetti all'innalzamento anomalo ed all'alterazione della ritmicità circadiana della secrezione di cortisolo. Stante l'effetto antagonista del cortisolo sull'azione insulinica, in soggetti caratterizzati da forte stress cronico il controllo glicemico e gravato da componenti endocrino-metaboliche complesse. I cibi

a basso GI (indice glicemico) e che determinano quindi un basso GL (carico glicemico), grazie all'aumento dei tempi di digestione, riducono inoltre l'appetenza e permettono di migliorare il controllo dell'ingestione di cibo. Un GI alto, tipico dei carboidrati raffinati, determina un rapido innalzamento della glicemia, seguito pero' da un altrettanto rapido abbassamento che favorisce l'insorgere della fame. E provata una migliorata risposta glicemica alla colazione qualora venga limitato il GL (carico glicemico) della cena precedente.

Effetti della riduzione del carico glicemico

- riduzione del colesterolo totale.
- miglioramento del rapporto tra LDL ed HDL.
- miglioramento metabolismo di carboidrati, lipidi ed amminoacidi.
- miglioramento della funzione renale.
- miglioramento attività di fermentazione al livello del colon.
- prevenzione del diabete mellito tipo 2
- prevenzione dell'obesita'
- prevenzione delle patologie cardiovascolari
- prevenzione di varie patologie degenerative (cancro al seno, endometrio e tiroide)
- prevenzione della sindrome metabolica

Tabella pratica indice glicemico e carico glicemico di una porzione standard

Per convenzione internazionale, indice glicemico zucchero puro =100

	Indice glicemico	Carico glicemico
Arancia	30-50	5
Banana	75	12
Biscotti (Oro Saiwa, Italia)	65	12
Carote	50	2
Ciliegie	25	3
Coca Cola	65	19
Corn flakes (KELLOGG'S, USA)	90	15
Cracker	50-100	14
Datteri (secchi)	100-120	72
Fagioli	30-40	8
Gelato (vaniglia e cioccolato, Italia)	60-80	8
Glucosio	100	10
Kiwi	50-60	7
Latte intero	30	3
Latte scremato	35-40	4
Mela	30-45	6
Miele	30-95	10
Pane integrale	30-55	9
Pane bianco	30-110	25
Pane di segale	50	5
Patate al forno	85-100	26
Patate bollite	55-100	16
Patate fritte (surgelate)	75	22
Pera	40	4
Pizza al formaggio (Italia)	80	22
Popcorn	70-90	8
Prugna	30-50	5
Riso bianco	50-110	16
Saccarosio/zucchero di canna	65-75	3
Spaghetti	55-65	18
Succo d'arancia	50-55	12
Succo di mela	40	12
Succo di pompelmo	50	12
Succo di pomodoro	40	10
Uva	45-60	8

Come distribuire gli elementi della dieta:
Zuccheri 50-60% delle calorie (75% complessi, 25% semplici),
Proteine 15-20% delle calorie (2/3 animali, 1/3 vegetali),
Lipidi 20-25% delle calorie (1/3 saturi, 1/3 monoinsaturi, 1/3 polinsaturi),
Acidi grassi essenziali 4-6% del totale (arachidonico, oleico, linoleico),
Omega-3 3-6% del totale (500mg/die; pesce almeno 2 volte/settimana),
Colesterolo 200mg/die (2 uova/ settimana),
Fibre 30grammi/die (idrosolubili, pane e pasta integrali, legumi),
NaCl (sodio) 4-5 grammi/die,
Alcool max 25/30grammi/die (max mezzo litro di vino: 7 calorie per grammo)
Cosa fare per prevenire:
Riduzione del peso
Ridurre grassi saturi (di origine animale) (< 7- 10 delle calorie totali) e colesterolo alimentare (<200 mg/die), preferire grassi insaturi (di origine vegetale) (15-20 % delle calorie totali)
Aumentare consumo di pesce
Aumentare il consumo di fibre; legumi, verdura, frutta e cereali non raffinati
Moderare il consumo di alcool
Moderare il consumo di sale (< 6 g/ die)
Sospensione fumo
30 minuti di esercizio fisico aerobico 3-4 volte / settimana

Quando assumere i carboidrati?
A colazione: la quota più importante della giornata (integrali)
A pranzo: preferire pasta o riso integrale e se si mangia il primo, niente pane (in ogni caso preferibilmente integrale)
A cena: sempre secondo ed un contorno, senza pane (od un "tozzo" di pane integrale) e mai un primo

Frutta: quando e quanta?
Colazione
Spuntino a metà mattina
Spuntino a metà pomeriggio
Mai dopo il pranzo o la cena
Due frutti al giorno (meglio di stagione)

Verdure: quando e quante?
Sempre, sia a pranzo che a cena, cotte o crude, quante se ne vuole (attenzione condimenti!)
Le patate non sono verdure, sono carboidrati
I legumi non sono verdure, sono proteine

Attività fisica: quando e come?
L'attività fisica aerobica (camminata, nuoto, bicicletta o cyclette) ***Quando si vuole e fa sempre bene***
L'attività fisica intensa (corsa, palestra con pesi, etc.) ***va fatta al mattino od al pomeriggio, non la sera***

Emoglobina glicata
Indica la percentuale della emoglobina a cui si lega il glucosio; nei pazienti non diabetici è inferiore al 5.5-6% circa: tanto più elevata è la glicemia, tanto maggiore è tale legame e da tale valore risalgo alla media delle glicemie ed essendo l'HbA1C stabile per circa 2-3 mesi, ho la media delle glicemie nei tre mesi precedenti l'esame; da quando si misura l'HbA1C, è impossibile imbrogliare il diabetologo od il medico di famiglia. Lo scopo della terapia è avvicinarsi al valore 7%; a tale livello le complicanze proprie della malattia diabetica sono più lente

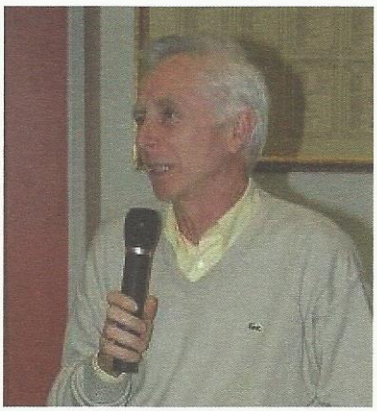
Parametri da porsi come obiettivo:
Glicemia a digiuno 80-120, comunque inferiore a 140
Glicemia 2h dopo i pasti 100-140, comunque inferiore a 160
Glicemia prima di andare a letto 100-140, comunque inferiore a 160
HbA1c (Hb glicata) < 6,0 , comunque inferiore a 7,5
Il diabete non è sintomatico e quindi la terapia viene fatta sulla fiducia: di chi ?: del MMG e dello specialista del Centro Diabetologico. Il messaggio comunicato al paziente deve essere chiaro e convincente ed è fondamentale la sintonia fra colleghi. Il risultato sarà l'adesione alla terapia e quindi la salute del paziente.

La famiglia
Il diabete coinvolge tutta la famiglia del paziente: se la famiglia conosce la malattia e capisce l'importanza dello stile di vita, della dieta, della terapia, il paziente potrà avere molte più probabilità di curarsi bene e ritardare gli effetti negativi del diabete sulla sua salute generale.

Associazone famiglie diabeticie e consultorio diabetologico
Fortunatamente, da molti anni, nel nostro territorio,

l'importanza della famiglia nel paziente diabetico, è suffragata dalla Associazione Famiglie Diabetici che con innumerevoli iniziative ha cercato e cerca di sensibilizzare la popolazione sul problema "Diabete".
Inoltre da alcuni anni, l'Associazione Famiglie Diabetici, con l'aiuto dell'ASS 5, ha aperto a San Giorgio di Nogaro il Consultorio Diabetologico, molto attivo sulla prevenzione, sull'informazione, sull'educazione e sul conforto al paziente diabetico ed alla sua famiglia.

Diabete mellito e cuore



Mario Maschio
Endocrinologo - Primario
Divisione Medicina - Ospedale Civile
Palmanova

Il rapporto tra diabete mellito e rischio cardiovascolare (cardiopatia ischemica) è argomento di grande importanza.
Il rischio di cardiopatia ischemica, già evidente negli stadi di prediabete (alterata glicemia a digiuno e alterata tolleranza al glucosio), è da 2 a 4 volte maggiore nella popolazione diabetica rispetto ai non diabetici.
L'aumentata prevalenza degli stati prediabetici e del diabete, attribuibili in parte al crescere dell'aspettativa di vita e soprattutto all'obesità, rendono socialmente rilevante l'eccesso di eventi cardiovascolari.
Il maggior rischio di malattia cardiovascolare che si rileva nella popolazione diabetica e prediabetica è dovuto all'aggregazione nello stesso individuo di diversi fattori quali l'iperglicemia, la dislipidemia, l'ipertensione arteriosa, il sovrappeso-obesità e l'aumentata trombofilia.
Questi fattori determinano una aterosclerosi anticipata e accelerata causa sia dell'aumentata mortalità sia della ridotta qualità di vita: nel soggetto diabetico le lesioni delle arterie coronarie, infatti, compaiono in una età più precoce e presentano una veloce progressione per rottura della placca aterosclerotica e trombosi.
I due maggiori studi internazionali svolti tra gli anni '80 e '90 (DCCT negli USA su diabetici insulino-dipendenti e UKPDS in Gran Bretagna su diabetico non insulino-dipendenti) rilevarono l'importanza del compenso glicemico nel ridurre le complicanze microvascolari del diabete quali la retinopatia, la nefropatia e la neuropatia.
Inizialmente questi studi non evidenziarono una riduzione degli eventi cardiovascolari ad eccezione di un sottogruppo di pazienti dell'UKPDS in sovrappeso trattati con la metformina.
Negli ultimi anni, però, i risultati dell'osservazione prolungata oltre il termine dei trial DCCT-EDIC e UKPDS hanno documentato una riduzione significativa degli eventi cardiovascolari.
Ciò ha fatto ipotizzare un "effetto memoria" positivo dell'ottimizzazione del compenso glicemico con riduzione nel lungo termine della prevalenza di complicanze micro e macrovascolari del diabete.
In uno studio più limitato, quale è stato lo STENO 2 su diabetici di tipo 2, si trova indicazione che la correzione combinata dei vari fattori di rischio cardiovascolare e degli stili di vita è in grado di ridurre in modo clinicamente rilevante sia gli eventi microvascolari sia quelli cardiovascolari.
I dati del più grande studio sul diabete finora realizzato, l'UK Prospective Diabetes Study (UKPDS), per la prima volta indicano che le gravi complicazioni del diabete mellito non-insulinodipendente, considerate fino ad allora inevitabili, possono essere

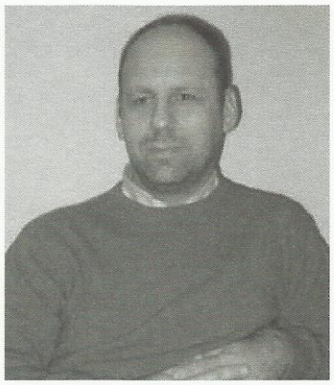
ridotte con una gestione più intensiva della malattia.
Lo studio durato 20 anni, è stato condotto su oltre 5.000 pazienti con diabete di tipo 2 in 23 centri clinici in Inghilterra, Irlanda del Nord ed in Scozia. E' stato coordinato dalla Diabetes Research.
Il UKPDS ha rivelato che:

- il miglior controllo della glicemia riduce il rischio di:
  - o un quarto delle maggiori malattie diabetiche dell'occhio
  - o un terzo delle disfunzioni renali.
- il miglior controllo della pressione sanguigna, nei molti pazienti ipertesi, riduce:
  - o di un terzo il rischio di decesso dovuti alle complicazioni diabetiche di lunga durata
  - o di un terzo il rischio di infarto
  - o di un terzo il rischio di gravi disturbi della vista.

I risultati dei tre studi sopramenzionati rendono importante l'alleanza tra paziente e medico per motivare il raggiungimento e il mantenimento del miglior compenso glicemico con il minor rischio di ipoglicemia fin dalla prima diagnosi di diabete senza trascurare la correzione degli altri fattori di rischio cardiovascolare.

Il corpo vissuto e il corpo medicalizzato.

Alcune considerazioni sulla fenomenologia del rapporto medico-paziente



Raoul Kirchmayr *
Filosofo

Per storia e secondo una certa tradizione, il filosofo si colloca in una posizione marginale e critica verso i saperi. Da questa sua posizione mette in questione ciò che si presenta come "sapere oggettivo", "vero", in quanto unito a una idea implicitamente condivisa di "realtà". Conseguentemente, quando in una determinata situazione comunicativa e relazionale si crea una solidarietà – anche solamente presunta – tra gli attori sociali, il filosofo agisce in modo da discuterla, ponendo l'accento sulla legittimità dei discorsi e saggiando la loro tenuta. Se c'è (ancora) una specificità del gesto filosofico, questo non può che essere forse quello più antico, per il quale il filosofo è colui che pone domande: le pone circa l'uso che si fa delle parole, del significato che esse veicolano, dal momento che i discorsi possono essere armi e certamente non sono mai neutri.

Nella sfera dei discorsi medici – e in particolare quelli che si producono in relazione alla patologia del diabete – espressioni come "malattia cronica", "stile di vita" , "benessere" e "qualità della vita" trovano senza dubbio il loro punto focale nella parola "salute". Un importante filosofo del XX secolo, Hans-Georg Gadamer – noto per essere considerato il padre dell'ermeneutica contemporanea – ha scritto una serie di interventi molto rilevanti sul significato della parola "salute". Il libro che raccoglie questi interventi si intitola per l'appunto *Dove si nasconde la salute.*[1] Nel discorso di Gadamer il cuore del libro è dato dal seguente pensiero: noi cominciamo a interrogarci sul senso della salute quando la salute non c'è più, cioè quando cominciamo a fare l'esperienza della malattia. È infatti in quella circostanza che la salute emerge come quel polo positivo che catalizza le nostre aspettative e i nostri desideri, il nostro desiderio di "stare bene", di "essere in buona salute". Desideriamo la salute quando non siamo più in salute, in altre parole quando cominciamo a fare l'esperienza della malattia. È in questa situazione che il filosofo entra in scena e inizia a interrogarsi sul gioco che si istituisce tra queste due parole – malattia e salute – e sul modo in cui queste due parole si implicano vicendevolmente – dialetticamente, potremmo anche dire, seguendo Gadamer – a descrivere due stati o, meglio, due processi inerenti la nostra esperienza. Allora la malattia ci spinge a riflettere sull'esperienza che stiamo facendo e sul rapporto che abbiamo con noi stessi. A questo proposito, in relazione a ciò che chiamiamo "la nostra vita", una certa corrente della filosofia contemporanea nota come *fenomenologia* attribuisce un'importanza centrale all'esperienza del corpo. Il nostro primo punto di riflessione è esattamente questo: il ruolo del corpo nell'esperienza della malattia. Siamo in un contesto storico e culturale in cui occorre restituire

*Università degli Studi di Trieste e Université Paris 1, Pantheon-Sorbonne

[1]H.-G, Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, a c. di A. Grieco e V. Lingiardi, Milano, Raffaello Cortina, 1994.

al corpo la sua centralità: la nostra tradizione, in senso ampio la tradizione dell'Occidente, ha separato il mentale, lo spirituale, dal corporeo. Il fatto che continuiamo a problematizzare il corpo deriva dal fatto che la nostra cultura ha sancito la separazione del soggetto dal suo corpo. La questione della malattia cronica, del cronicizzarsi della patologia, da un lato richiede un supplemento di interrogazione sulle nostre vite, ma dall'altro dipende anche dal modo in cui pensiamo la condizione della malattia. Tale modo dipende da una lunga storia che ha separato il sapere dall'esperienza, la *conoscenza* del corpo dall'*esperienza* del corpo. Tuttora, nelle nostre pratiche, nei nostri saperi, nel nostro modo di concepire e di rappresentarci la nostra esperienza vissuta, facciamo molta fatica a ricucire queste due dimensioni.
Per provare a chiarire un poco la natura delle nostre difficoltà nel fare esperienza del nostro corpo, prendiamo una problematica chiave sotto il profilo fenomenologico, quella relativa alla distinzione, che i fenomenologi fanno, tra *due dimensioni del corpo*. La prima dimensione è quella del corpo come centro della mia esperienza, come *quel corpo che io sono*. Il mio corpo occupa uno spazio ed implicato nel tempo: siamo sempre in un "qui e ora". Tutti noi occupiamo un punto nello spazio e nel tempo e tale punto è il nostro corpo: esistiamo perché siamo collocazione corporea nello spazio-tempo. Viviamo il nostro corpo quotidianamente, senza pensarci, nella sua collocazione spazio-temporale. Eppure, dimenticarci di avere un corpo fa parte della nostra cultura e, conseguentemente, di uno "stile di vita" che è frutto di secolari stratificazioni. Il fenomenologo chiama questo corpo – che è costantemente, continuamente dimenticato e che pure è il centro della "mia vita" – "il corpo vivente". In tedesco questo viene detto con la parola *Leib*, che significa appunto il mio corpo vivente, o anche il mio corpo "carnale", come lo traducono anche i francesi, impiegando la parola *chair*, "carne".
Alla dimensione del corpo vivente si sovrappone un'altra dimensione – che per noi è molto più presente ed evidente – cioè quella del corpo divenuto *oggetto di un sapere*. Perché anzi tutto facciamo esperienza di questo corpo oggettivato? Perché esso è sempre *il corpo dell'altro*, quel corpo che è oggetto del mio sguardo come lo sguardo che l'altro ha su di me. Ciò vuol dire che ogni volta che cerco di prendere un punto di vista "oggettivo" sul mio corpo, non posso fare a meno di assumere il punto di vista dell'*altro* sul mio corpo. In altre parole, devo necessariamente trascurare la dimensione del corpo-per-me per vedermi come "corpo oggettivato", cioè come quel corpo che è preso in carico dalla medicina come scienza e come tecnica. Di conseguenza, dobbiamo pensare il corpo come diviso in queste sue due dimensioni: il corpo-per-me e il corpo-per-l'altro. Eppure, pur scissi tra esse, noi non possiamo fare a meno di continuare a *essere* queste due dimensioni. Pur essendo sempre "mio corpo", "mio corpo vivente", io sono anche "corpo-per-altri", cioè sono un corpo che è oggetto dello sguardo dell'altro.
La medicina, che si assume il compito di indagare le ragioni della malattia che affligge il corpo e di porvi rimedio, è anzi tutto questo sguardo dell'altro sul mio corpo, che si manifesta così come corpo-per-altri. Come interviene il sapere medico su questo corpo oggettivato? Il corpo visto dal medico non è il corpo quale è da me vissuto, ma è un corpo che è assunto come oggetto di ispezione, di indagine, di analisi. È un corpo che, per metodo, ha perduto la sua storicità, la sua peculiare individualità legata a una vita che è sempre un tessuto di relazioni sociali. Questo corpo è un corpo reso anonimo, virtualmente separato dall'esperienza vissuta che lo ha costituito quale esso è. Considerando lo sguardo che il medico indirizza sul nostro corpo malato, ritroviamo la scissione tra il *nostro corpo* e il corpo *malato* che è reso oggettivo

dallo sguardo del medico: da un lato ci sono io, la mia esperienza, la "mia vita" ecc. e, dall'altro lato, *tutto ciò che io comunque sono* non può coincidere con quel corpo quale è visto dal medico.
La questione importante per il filosofo è l'assunzione di questa *dimensione d'alterità* in cui è collocato il corpo malato. Quel medico che si interroga – potremmo dire "filosoficamente" – sul senso della sua professione e cerca di esaminare la malattia come iscritta in un corpo che è storico, individuale e sociale assieme, pratica un'*arte medica* che non è una mera applicazione di conoscenze scientifiche e di protocolli tecnici. Quando assume questo atteggiamento, il medico non è solo un funzionario del sapere scientifico, ma fa emergere il problema della storicità e della socialità della malattia all'interno della relazione dialogica tra il medico e il paziente, relazione che non può che essere, a sua volta, storica e sociale. Allora, se la separazione tra le due dimensioni corporee è centrale in qualsiasi percorso di clinica, terapia e guarigione, la possiamo considerare come potenzialmente ricucibile nel contesto di una relazione medica nella quale possa emergere la storia di un corpo individuale che è anche storia delle sue patologie. Quando andiamo alla ricerca della salute facciamo un'esperienza di malattia che non può essere ridotto al sapere che la medicina ha di questo mio corpo oggettivato che è un corpo *medicalizzato*.
Nella prospettiva della fenomenologia, ci si può soffermare ulteriormente sul corpo malato come corpo che è oggetto d'osservazione e di studio per la medicina. Come abbiamo detto, quando lo sguardo medico diventa uno sguardo analitico, che ispeziona e indaga andando alla ricerca della malattia, esso non trova più il corpo vivente, bensì un *corpo morto*, quello che in tedesco è indicato con la parola *Körper* che indica il "corpo oggettivato", il "corpo senza vita", cioè esattamente l'oggetto del sapere medico. Se, invece, dobbiamo prendere in carico l'esperienza della malattia come esperienza vissuta e storica del malato, essa non potrà che essere *condivisa tra medico e paziente*. Il paziente non è l'oggetto quale è in una certa misura per il sapere medico, ma è anzi tutto una *storia*, poiché *ogni malattia lo è* in quanto colpisce un corpo vivente che è interamente storico. Ma quale corpo si tratta? Si tratta proprio di quel corpo che lasciamo dietro di noi quando siamo in salute, quando stiamo bene.
La seconda questione problematica che possiamo porre a oggetto di riflessione è quella relativa alla cosiddetta *medicalizzazione della vita* di cui si sta discutendo da tempo, fuori dall'Italia, nel campo delle scienze sociali.[2] Nelle società cosiddette "avanzate" e "del benessere", come vengono anche chiamate le nostre società – cioè le società occidentali in genere – le progressive conquiste dal punto di vista tecnico-scientifico che hanno coinvolto le scienze della vita e la medicina, stanno conoscendo dei risvolti molto ambigui, che hanno bisogno di un'analisi attenta. In generale, da un lato è avvenuto un deciso e innegabile miglioramento delle condizioni di vita, un'aspettativa superiore che in passato, dall'altro cominciamo legittimamente a dubitare che all'aumento dell'età sia parallelamente corrisposta una buona qualità della vita. Questa contraddizione – che comincia a emergere e ci coinvolge, perché entra nelle nostre esperienze individuali – è il prodotto di una società che mira alla quantità: il progresso, ci viene detto, si misura dalla constatazione che un numero maggiore di persone vive più a lungo rispetto al passato. Tuttavia, non è dato sapere come ciò si possa tradurre in una variazione nella "qualità della vita", quando il "più di vita" non può che coincidere con una maggiore medicalizzazione.
La maggior durata della vita e un numero maggiore di persone che vivono di più: ecco due *fatti* che sono il prodotto di un concorso di poteri – quelli della tecnica e dell'industria – che impiegano il corpo come punto di applicazione dello sviluppo

[2]Cfr. il fascicolo monografico di "aut aut" dedicato al tema *La medicalizzazione della vita*, "aut aut", n. 340, 2008.

dei saperi e delle tecniche. Questo è un aspetto molto problematico: sempre di più la medicina comporta l'utilizzo di protocolli, di tecnologie che, certo, sono sempre più specialistici ed efficaci, ma al costo di una perdita del senso dell'esperienza da parte del malato. Questa operazione di tecnicizzazione della medicina fa sì che il corpo su cui la medicina opera non possa essere altro che quel "corpo morto", quel *Körper* che essa ci sottrae per potercelo restituire guarito. Guariamo nel corpo oggettivato della medicina, ma non ci è possibile guarire nella *dimensione di senso* del nostro corpo malato. Questo è l'aspetto problematico della cosiddetta medicalizzazione della vita: guariamo, ma il senso del processo che ci porta alla guarigione ci è sottratto perché *non sappiamo più ricostruire la storia dell'esperienza della malattia.*

È qui che interviene la *dimensione dialogica* nel rapporto medico-paziente, cui prima abbiamo accennato, una dimensione indispensabile per superare l'impasse di una guarigione puramente tecnica. Infatti, è in tale dimensione dialogica che diventa possibile ricostruire l'esperienza della malattia come parte integrante della nostra vita. Non c'è guarigione, non c'è guadagno di una qualità della vita – soprattutto nel caso delle malattie croniche – senza assunzione dell'esperienza della malattia. Sapere che non vi sarà una guarigione definitiva significa abbandonare la prospettiva della salute? No, al contrario: occorre pensare di poter raggiungere una condizione di salute *nella malattia.* Ma per questo occorre smettere di pensare salute e malattia come due poli che si contrappongono e la guarigione come il semplice recupero di una funzione compromessa. Diventa dunque importante sapere quali condotte assumere nel corso della nostra esperienza, come cambiare – se e fin dove ciò è possibile – il nostro "stile di vita". In questa prospettiva, il medico non può (né dovrà) più essere il mero portatore e applicatore di tecniche che mirano alla "restituzione" della salute, ma deve essere visto come colui che è in grado di *prendersi cura* del paziente all'interno della dimensione relazionale. Su questo "prendersi cura" si gioca molto del futuro della nostra qualità della vita, e del ruolo decisivo che ha la medicina nella nostra società, una società in cui – per ragioni dovute alla demografia dei paesi occidentali – le patologie dovute all'invecchiamento diventeranno sempre più frequenti e importanti. il senso del verbo "curare", così come del "prendersi cura" ecc. – per esempio quando si dice "sto male, mi curo", oppure "sei ammalato, ti devi curare" – è implicita quell'esperienza del corpo che è il corpo-per-altri. Ciò non fa altro che ribadire la scissione che marca la nostra esperienza del corpo. Dobbiamo curare noi stessi come cureremmo un altro? Oppure dobbiamo iscrivere l'esperienza della malattia nella storia del nostro corpo vivente?

"Curarsi" in senso medico-tecnico e protocollare non è sinonimo di "avere cura" o di "prendersi cura". Il tema della cura è uno dei capisaldi dell'indagine condotta da uno dei più importanti filosofi del secolo scorso, Martin Heidegger, il quale in *Essere e tempo* presenta questa dimensione che caratterizza l'esistenza nei termini di un'apertura al mondo.[3] Mutando un poco l'impostazione di Heidegger, possiamo anche riconoscere che questa "apertura" al mondo è sempre anche un'apertura agli altri, più generalmente alla "società". Possiamo "avere cura" di noi stessi e del nostro corpo vivente perché *siamo aperti* al mondo e agli altri. Detto in altre parole e declinando questa nozione di "cura" nel contesto della problematica della medicalizzazione, non ci può essere prospettiva di guarigione che non si dia in un contesto sociale, storico e culturale. D'altronde, questa constatazione produce delle contraddizioni con una società che programmaticamente tende a privarci di mondo,

[3]M. Heidegger, *Essere e tempo* (1927), trad. di P. Chiodi, Milano, Longanesi, 1976 e sgg.

tecnicizzando i nostri rapporti con gli altri, rendendoli funzionali, freddi e "astratti". Il gesto che, invece, appare quanto mai indispensabile è quello secondo il quale la nostra stessa esperienza non può che essere pensata nei termini di un "prenderci cura" e di un "avere cura". È questa la porta che ci conduce a quella che chiamiamo una "qualità della vita". Il passare attraverso la porta stretta che conduce alla guarigione, non può mai fare a meno di un rapporto condiviso con gli altri, un rapporto che metta al centro della guarigione quel corpo individuale, vissuto e storico che è la nostra stessa vita.

Ivano Tortul
Presidente AVIS Precenicco

Ho seguito con molta attenzione la serata medica sul diabete che avete organizzato a Cervignano del Friuli il 28 settembre 2012 in collaborazione con L'AVIS comunale locale.
Un'informazione attenta e precisa che ha rafforzato la mia buona opinione e la grande stima che ho verso la vostra associazione, conosciuta grazie ai contatti con il vostro presidente signor Gelmino Pozzo, avvenuta durante lo screening gratuito dei valori di glicemia, colesterolo e pressione arteriosa realizzato il 19 agosto a Precenicco durante la prima giornata della solidarietà.
Il vostro impegno sta tutto racchiuso nel titolo di questa serata:
" Vincere le battaglie della vita con la prevenzione – Diabete: impariamo a conoscerlo"
e nei successivi interventi volti a garantire il necessario supporto di assistenza agli ammalati.
Penso sia superfluo dirvi:
continuate con la stessa determinazione e costanza che avete nelle innumerevoli piazze dove realizzate i vostri sceening gratuiti;
continuate ad estendere i vostri sforzi attivi e gratuiti per venire incontro alle esigenze e ai disagi di tutti gli ammalati e di chi ha bisogno di aiuto;
continuate a "vincere le battaglie della vita con la prevenzione" ed a garantire il necessario supporto di assistenza agli ammalati;
continuate con quella passione che vi contraddistingue;
continuate a collaborare con le associazioni che condividono con voi lo stesso spirito solidaristico.
Ogni associazione deve andare oltre i suo principale scopo, deve diffondere nella comunità locale i valori della solidarietà, della partecipazione sociale e civile e della tutela del diritto alla salute.
Le nostre due associazioni hanno un punto in comune: la solidarietà, il condividere il fatto che assieme si può contribuire a formare una comunità attenta ai bisogni, una comunità più sana e quindi migliore. Sanita', solidarieta', crescita, sono le nostre priorità.
Per suggellare questa collaborazione vi chiedo di organizzare assieme una serata informativa sul diabete a Precenicco per promuovere l'informazione e l'educazione sanitaria dei cittadini e incentivare lo sviluppo del volontariato e dell'associazionismo.

Paolo Turozzi
Presidente A.F.D.S. AQUILEIA

"Non c'è mai sangue abbastanza e sapete perché? . . .perché nessuno trova mai 15 minuti per donare!"
Questo è lo slogan che negli anni '50, agli albori della televisione, la RAI trasmetteva sul suo unico canale come "pubblicità progresso".
Direi che pochi slogan ultrasessantenni possano vantare un'attualità quanto questo.
Il 9 novembre l'Associazione Friulana Donatori di Sangue di Aquileia e l' Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana si sono riunite per promuovere e sensibilizzare la cittadinanza su temi inerenti la salute dei cittadini.
La buona partecipazione di pubblico e i numerosi interventi, hanno reso la serata vivace e interessante.
Serate sanitarie di questo tipo, coinvolgono per lo più persone anziane perché più facilmente soggette alla malattia già manifestata e quindi direttamente coinvolte.
Ma la prevenzione, sarà la cura del futuro! Il che significa che uno stile di vita attento, che non significa "di privazioni", dovrà partire dalla giovane età perché possa insinuarsi nella nostra cultura e quindi nella quotidianità di tutti noi.
Ogni associazione di volontariato, indipendentemente dall'attività svolta, pèrora quei valori che diedero vita nel 1953 all'A.F.D.S. di Aquileia; impegnarsi fattivamente nel volontariato significa credere in quei valori solidali che trasformano in società l'aggregazione degli individui, perpetuandone il valore alle future generazioni.
Per questo dobbiamo coinvolgere in modo attivo i giovani, perché è con loro che si costruisce il futuro, è attraverso loro che si tramandano valori e principi.
E' compito dell'AFDS, portare i giovani prima di tutto a donare, ma anche farli partecipare attivamente alla nostra Associazione; non ci possiamo permettere di essere una realtà, sia pur volenterosa, di soli pensionati e anziani, utili e indispensabili per i motivi anzidetti, perché è attraverso il contributo e le idee dei giovani che si resta al passo con i tempi.
Gioventù è sinonimo di dinamismo, avanguardia, bellezza e spregiudicatezza che, se calmierate dall'esperienza, diventano strumenti indispensabili per la modernizzazione di ogni associazione. Dobbiamo avere la capacità di rischiare con i giovani, di responsabilizzarli pensando non all'oggi, ma soprattutto al domani.

IL DIABETE è....e noi

Gabriele Spanghero
Assessore ai Servizi Sociali
Comune di Aquileia

Parlare del problema DIABETE? IMPOSSIBILE farlo scindendolo dalle mille altre problematiche che lo circondano e lo caratterizzano, si può contribuire a spiegarlo e ad affrontarlo soltanto nel suo insieme.
L'argomento medico va trattato da chi ha le specifiche competenze, quindi il ragionamento e le considerazioni che può fare il cittadino "comune" vertono su riflessi dispiegati nell'ambito sociale, familiare e perché no, pure culturale. basti pensare, andando a ritroso con la memoria quanto in passato quest'analisi fosse parecchio trascurata; la presenza di una malattia "cronica" porta e muta comportamenti tanto nel malato quanto nella sfera relazionale a lui vicina, ovvero la famiglia.
Proprio questa deve diventare l'ambito di intervento, specialmente da parte delle figure istituzionali, con un impegno ed un impiego di risorse che, a cascata, arrivano fino all'ente locale più vicino al cittadino: il Comune.
Come assessore ai servizi sociali del Comune di Aquileia posso dire che questa è una strada già ben consolidata nella nostra piccola realtà.
Infatti, in questi ultimi anni, abbiamo consolidato due appuntamenti che sono fra loro complementari: il primo è uno screening di controllo gratuito che, con l'ausilio di uno studio medico mobile, consente ai cittadini di effettuare alcune analisi di valori fondamentali per diagnosticare la presenza o il rischio diabete (glicemia, pressione...); il secondo è rappresentato da un intervento di informazione preventiva attraverso una "serata sanitaria" a tema, con l'obiettivo scontato di ribadire che "prevenire è meglio che curare".
Potrebbe sembrare un'ovvietà fare questo tipo di divulgazione, ma non è così nonostante il proliferare di dibattiti, pubblicazioni e trasmissioni televisive; il coinvolgimento diretto della persona, affrontando l'argomento in tempo reale, non ha eguali come potenzialità informativa, con il valore aggiunto durante queste serate dalla presenza di esperti nell'argomento che interagiscono con il pubblico parlando del diabete sotto diversi punti di vista.
Appare evidente, poi, che maggiori sono le possibilità di confronto, di analisi, di conoscenza dei risvolti sociali del diabete, maggiore è la presa di coscienza dell'evoluzione e della diffusione della cosiddetta "MALATTIA DEL BENESSERE": infatti l'aumento della casistica va sì ricercato nelle migliorate ed evolute capacità diagnostiche, ma soprattutto nel cambiamento degli stili di vita.
Proprio qui dovrà in futuro concentrarsi, a mio avviso, l'azione politico-amministrativa generale; l'argomento diabete non è più e solo un tema che riguarda l'organizzazione

sanitaria, ma deve diventare parte integrante della cultura formativa all'interno delle stesse scuole, dei posti di lavoro stessi vista la grande diffusione della sedentarietà, fattore dal ruolo non trascurabile in questo contesto.
E' necessario ricalibrare svariate modalità di approccio ai problemi, che si chiamino diabete o altro, per far questo risulta evidente che vanno messi in discussione e riordinati una parte dei valori fondanti della nostra società; non possiamo più pensare che il fulcro attorno al quale si costruiscono tutti gli interventi sociali non ruoti attorno all'individuo. Potrebbe sembrare un ragionamento utopistico, ma l'obiettivo del benessere generale richiede sicuramente dei sacrifici che, a lungo andare, potranno generare dei benifici.

Lettera di Mario Matassi Steliniano Convegno di Cervignano.

Una presenza emotiva, soprattutto, la mia. Frutto dell'amicizia e della stima, che mi legano, anche se saltuariamente, all'ideatore di questo convegno,il presidente del CRAD Gelmino Pozzo,e specialmente, esigenza di ripercorrere, attraverso l'ascolto dei vari relatori, una consistente fetta di storia dei miei genitori, quella di mia madre, in particolare, dal momento della scoperta, traumatica, a 69 anni, del diabete melito, insinuante, torbido, trascurato,anche colpevolmente, prima di un fulmineo e quasi letale infarto ammonitore. Era il 1989.
Il flusso di memoria degli ospiti referenti, le analisi statistiche, i rapporti tecnici, gli approfondimenti deontologici, i momenti di riflessione personale, lo sviluppo dei contenuti utili alla conoscenza dei convenuti, le forme di promozione e di sensibiiilazzione, i passaggi poetici, legati alle esperienze individuali dei medici presenti, la regia dei bravi organizzatori ha reso proficuo e complice un incontro, che sicuramente deve essere e assumere un carattere di continuità, con l'aiuto d'istituzioni e banche, perché la materia, nonostante un " boom" pubblicistico e mediatico, è ancora ben lontana dall'essere assimilata e affrontata, da chi cade nella "rete", quando, magari è tardi.
E'(stato) il caso di mia madre. Tetragona ad ogni esame medico (finche non le è capitato il coma diabetico); riluttante ai prelievi sanguigni (compreso l'emocromo), che poi, l'avrebbero "deliziata" per vent'anni; ostile inizialmente, al confronto (reso sempre attendibile dal dott. Cominetti, medico di famiglia, e dal dott. Maschio, responsabile del centro diabetologico di Palmanova), ha percorso un cammino aspro, difficile, contraddittorio (con sette successivi ricoveri ospedalieri, dovuti a motivazioni diverse, ma tutti collegabili alla causa primaria, il diabete, che ha presentato un conto salato, proprio perché non colto in tempo).
Questo ultimo convegno ha , ancora una volta,se ce n'era bisogno, evidenziato l'importanza della cultura della prevenzione e del dibattimento pubblico, con esperti all'altezza del compito e con una partecipazione attenta e numerosa.

Per quale obiettivo si organizzano le famiglie dei diabetici?
Domanda e risposte.

Documento redatto da
Renato Iacumin Filosofo

Potrebbe essere data, a questa domanda, una risposta del tipo: per costituire un valido supporto all'opera dei medici . Ma questa non è la risposta. Potrebbe esserlo, se la centralità risultasse essere il medico: Ma siccome la centralità è e resta la persona e la famiglia del diabetico, come del resto nel caso di altre patologie, noi intendiamo spostare la risposta più in là. Anche di fronte alle proposte della Sanità regionale, la quale ci prospetta come obiettivo da perseguire una "educazione al rispetto della terapia", la nostra esperienza in atto ci consente di reagire. Possiamo permetterci di credere nella **prospettiva del sapersi autogestire** da parte del diabetico e della sua famiglia?

Precisando subito lo spazio entro cui tale abilità è acquisibile: fermi restando i paletti dati dalla terapia farmacologica, dal movimento fisico, dal tipo di alimentazione, dagli stili di vita, dall'apertura al confronto ed all'apprendimento continuo attraverso i gruppi di auto-aiuto, dalle lezioni specialistiche, dalle attività sociali, diventa centrale per ciascuno l'abitudine all'autoscreening, la verifica del proprio comportamento riferito agli esiti della glicemia, del colesterolo,ecc., lo scambio di esperienze con i colleghi . Questa prassi segna uno spazio di maturazione costante del singolo e del nucleo famigliare ed esclude che il sapersi autogestire possa essere inteso come arbitrarietà ed improvvisazione. Proprio l'interscambio frequente può evitare simili errori.

In altre parole, la maturazione del soggetto, che avviene gradualmente in rapporto al medico, in rapporto agli esiti dei test e delle verifiche, in rapporto all'approfondimento delle conoscenze specifiche, in rapporto all'interscambio con i colleghi ed i famigliari, porta ad un certo punto quasi inavvertitamente alla Sapienza dell'autogestirsi. Il che non corrisponde all'esclusione dello specialista, bensì al saper riconoscere quando a lui rivolgersi, così come non comporta l'esclusione delle misurazioni e dei test ma al saper riconoscere quando è il caso di farli, magari con continuità, e quando ciò può essere temporaneamente superfluo. L'obiettivo del sapersi autogestire conduce la persona ad una certa autonomia ed indipendenza, migliorandone l'autostima e la consapevolezza anche riguardo alle indicazioni terapeutiche.

Il rischio può nascondersi dietro una falsa sicurezza, determinata dalla routine e dall'abitudinarietà. Negli incontri, vanno sempre rimesse in discussione, anche provocatoriamente , le convinzioni maturate. La maturazione consiste nel cercare sempre, assieme.

Approvato all'unanimità dall'Assemblea del CRAD nella riunione del 15 maggio 2010.

Diabete, rene e ipertensione

Lucia Martimbianco
medico specialista nefrologo

Le principali complicanze del diabete mellito sono:

- Malattie cardiovascolari
- Nefropatia diabetica (malattia renale)
- Retinopatia diabetica
- Neuropatia diabetica

Le malattie cardiovascolari costituiscono la causa principale di mortalità e mobilità nei soggetti diabetici essendo responsabili di oltre il 50% delle cause di decesso. I diabetici italiani presentano un eccesso di mortalità pari al 30-40% rispetto alla popolazione non diabetica.

La quasi totalità dei pazienti diabetici di tipo 2 presenta ipertensione e l'ipertensione a sua volta è sia causa di malattia renale, sia conseguenza della malattia renale, anche nei soggetti non diabetici.
Perciò possiamo affermare che ipertensione, diabete e malattia renale sono strettamente interconnessi.
Inoltre, i reni di soggetti con diabete sono più sensibili alla pressione alta rispetto a quelli di soggetti senza diabete.
La tipica malattia renale secondaria al diabete è la nefropatia diabetica, si manifesta nel 20-40% dei pazienti diabetici ed è la principale singola causa di malattia renale avanzata (insufficienza renale cronica terminale).
La microalbuminuria è considerata lo stadio più precoce della nefropatia diabetica nel diabete di tipo 1 e un marcatore per lo sviluppo della nefropatia nel diabete di tipo 2; infatti, i pazienti con microalbuminuria che progrediscono verso la macroalbuminuria (proteinuria ≥ 300 mg/24 ore) hanno un'elevata probabilità di sviluppare nel corso degli anni insufficienza renale cronica terminale.
La microalbuminuria è inoltre un ben noto marcatore d'aumentato rischio di malattie cardiovascolari.
Le alterazioni dovute alla malattia renale ed alla proteinuria, inclusi il peggioramento dell'ipertensione, la dislipidemia, la disfunzione endoteliale e la resistenza insulinica, accelerano il processo di aterosclerosi e le malattie cardiovascolari determinando l'incremento della morbilità e mortalità cardiovascolari associato alla proteinuria.
Infatti, negli ultimi anni, si parla di "Sindrome cardio-renale" per sottolineare le interconnessioni tra albuminuria, malattia renale ed aumento del rischio cardio-vascolare.
Nella tabella qui di seguito esposta sono schematizzati gli stadi della malattia renale (da 1 a 5) e le alterazioni nella funzione renale (VFG).
Come si vede, l'albuminuria è alterata ancor prima che avvenga la riduzione del VFG e la PA è elevata già precocemente, anzi, nel diabete di tipo 2 spesso è antecedente la diagnosi di nefropatia.

I	Iperperfusione	0	Elevato	> 30	PA normale
II	Latenza clinica	10–15	Normale / elevato	< 30	PA normale/ alta
III	Nefropatia incipiente	15–20	Normale / elevato	30 – 300	Ipertensione
IV	Nefropatia conclamata	20–30	Ridotto / in riduzione	> 300	Peggioramento ipertensione
V	Insufficienza renale	>30	Severamente ridotto	> 300	Ipertensione severa

Da alcuni anni gli studiosi sono concordi nel classificare l'ipertensione arteriosa nel seguente modo:

Classificazione PA	PA sistolica (mmHg)	PA diastolica (mmHg)
Ottimale	<120	<80
Pre-ipertensione		
Normale	120-129	80-84
Normale-alta	130-139	85-89
Ipertensione stadio 1	140-159	90-99
Ipertensione stadio 2	160-179	100-109
Ipertensione stadio 3-4	>180	>110
Ipertensione sistolica isolata	>140	<90
Ipertensione diastolica isolata	<140	>90

Numerosi studi hanno identificato i fattori predisponenti la nefropatia diabetica:

- Ipertensione arteriosa
- Livelli alti di Hb glicata
- Livelli alti di colesterolo
- Fumo
- Età avanzata
- Resistenza insulinica
- Sesso maschile (il rischio è minore nel sesso femminile)

Pertanto è fondamentale ottenere i seguenti obiettivi terapeutici:

- Pressione arteriosa <130/80mmHg
- Albuminuria <30mg/24h
- LDL colesterolo <100mg/dl (<70 in soggetti ad alto rischio)
- Hb glicata <7.5%

Questi obiettivi sono raggiungibili seguendo scrupolosamente i consigli terapeutici del medico (terapia con farmaci per il diabete, la pressione, il colesterolo ecc.) ma molto si può fare anche con interventi non farmacologici:

- Riduzione del peso corporeo:
- conservare o raggiungere un peso ideale (BMI 20- 25). Una moderata riduzione dell'apporto calorico (300-500 kcal/die) ed un modesto incremento del dispendio energetico (200-300 kcal/die) permettono una lenta ma progressiva riduzione del peso (0,45-0,90 kg/settimana).
- Approccio dietetico:
- vegetali, legumi, frutta e cereali, alimenti caratteristici della dieta mediterranea, devono essere inseriti nella dieta delle persone con diabete mellito tipo 1 e 2. È importante l'uso di cibi ricchi in fibre e con un indice glicemico basso, particolarmente se la dieta è ricca di carboidrati.
- Restrizione sodica:
- ridurre l'apporto di sale (max. 6g al dì).
- Attività fisica:
- impegnarsi in attività fisica regolare (esempio passeggiata a passo sostenuto), almeno 30' per più giorni a settimana.
- Moderazione nell'assunzione di alcool:
- max 10 gr/die nelle donne; max 20 gr/die negli uomini.
- Abolizione del fumo.