

# Fe.Ve.Di Dimensione diabete

Portavoce delle Associazioni Diabetiche di: AGD Verona, Area Berica, Montecchio, Bassano del Grappa, Bovolone, Conegliano, Jesolo, Schio, Verona, Vicenza

## L'unione fa la forza!

**P**otete leggere e avete modo di valutare, nelle pagine interne, come suscita un vivo interesse fra le più importanti Istituzioni sanitarie, come l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), l>IDF (International Diabetes Federation), le Società scientifiche, le Associazioni di pazienti e l'Industria privata, il conoscere ogni indagine atta a rilevare e a radicare nella generale sensibilità, le ragioni sottese al basso livello di accettazione, sia terapeutica che sociale come incidenza negativa sulla qualità di vita dei pazienti diabetici.

Per questo si è costituito a livello internazionale il progetto DAWN per rilevare dalle indagini eseguite, le difficoltà di chi è affetto da diabete a seguire adeguatamente le indicazioni terapeutiche, comportamentali e le difficoltà che incontra nei rapporti con le équipes sanitarie per insufficienza di comunicazione e di empatia (di grande rilevanza il problema legato alla insufficiente comunicazione tra paziente ed équipe sanitaria). Gli obiettivi del progetto sono quelle di intensificare la comunicazione tra paziente e operatore; promuovere l'assistenza diabetologica da parte di un team; promuovere l'autocontrollo attivo; superare le barriere alla terapia; fornire assistenza psicosociale e qualità assistenziali di cui non conosciamo l'applicazione. Anche il Ministero della Salute italiano, se ne è fatto garante, avendo percepito le necessità di una diversa comunicazione.

Le Associazioni aderenti alla FeVeDi, già da tempo, pur non conoscendo l'esistenza di questo progetto interna-

zionale si sono date l'impegno di promuovere gruppi di auto-mutuo-aiuto con i quali potersi confrontare, senza limiti di tempo, per valutare le varie esperienze.

Il dialogo già da anni instaurato in tali gruppi permette di valutare le varie esperienze traendone grande beneficio sia sul piano strettamente terapeutico, (allargamento delle conoscenze sull'uso degli strumenti diagnostici, sulla tenuta del diario di autocontrollo, sul come preparare ed eseguire correttamente l'iniezione di insulina, su come trattare la profilassi del piede), sia sul piano psicologico-sociale conoscendosi. Constatate che non siamo i soli ad avere questa patologia, e vedere come gli altri hanno risolto efficacemente la convivenza con la malattia, favorisce l'accumulo di speranze attivate, magari incoraggiati, dall'esempio di volontà di chi pur con un diabete scompensato di tipo 1, è riuscito a raggiungere la vetta di uno degli ottomila himalayani). Questi gruppi che stanno crescendo di numero, di impegno profuso, di qualità, possono divenire una forza di pressione notevole nei confronti dei responsabili, solo se si moltiplicheranno ulteriormente, unendosi nella consapevolezza di "difendere il diritto del paziente ad essere considerato persona e di pretendere che la salute sia un diritto umano inalienabile". (PROF. MASSI BENEDETTI)

Dobbiamo perciò continuare, senza stancarci, a promuovere iniziative centrate sugli aspetti psicosociali.

Siamo sulla buona strada "l'unione fa la forza!"

Ernesto Furlan  
Presidente FeVeDi

## ATEROSCLEROSI E DIABETE

Le malattie cardiovascolari sono uno dei maggiori rischi per il diabetico

**I** dati epidemiologici indicano che il numero di diabetici in tutto il mondo è di circa 100 milioni di cui il 95% di tipo 2. Negli Stati Uniti si stimano circa in 17 milioni mentre in Italia i diabetici noti sono circa 2,5 milioni.

A causa del miglioramento dello stile di vita dei paesi industrializzati, dell'aumento dell'obesità e della scarsa pratica dell'attività fisica la prevalenza del diabete ha subito negli ultimi anni un incremento progressivo e nei prossimi venti anni ne è prevedibile il raddoppio.

Rispetto alla popolazione generale, in cui il rapporto è inverso, nei pazienti con diabete tipo 2 circa il 75% delle cause di morte è di natura cardiovascolare mentre il 25% avviene per altre patologie.

In Italia la malattia cardiovascolare nel diabete è causa di circa 35.000 decessi l'anno su un numero complessivo di 80.000 decessi l'anno.

I dati di prevalenza di malattia cardiovascolare nel diabete tipo 2 indicano una per-

centuale di cardiopatia ischemica nota del 18% mentre la vasculopatia carotidea e quella agli arti inferiori si attestano, rispettivamente, sull'8% e 6%.

Circa il 35% degli uomini con diabete tipo 2 presentano cardiopatia ischemica conclamata che è presente anche nel 25% dei soggetti con alterazione della tolleranza glucidica.

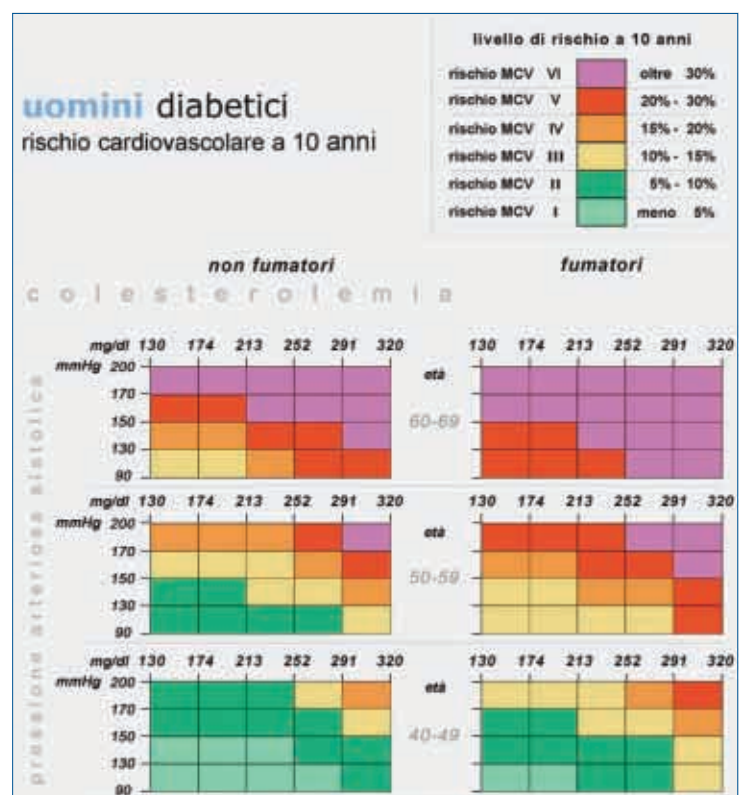
La vasculopatia carotidea è presente nel 80% circa dei diabetici e nel 60% dei soggetti con intolleranza glucidica. È suggestivo, inoltre, sottolineare il fatto che fra i soggetti con diabete di

nuova diagnosi circa il 10% presentano già lesioni carotidee con stenosi maggiori del 50%.

Interessanti sono anche i dati riguardanti l'incidenza cumulativa cioè la probabilità di sviluppare eventi cardiovascolari in un certo arco di tempo. La probabilità di sviluppare una qualsiasi forma di malattia cardiovascolare nell'arco di otto anni cresce in base al numero di fattori di rischio associati raggiungendo il 46% se oltre il diabete sono presenti l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e il fumo.

L'incidenza di ictus è di

continua a pag. 2



## ATEROSCLEROSI E DIABETE

segue da pag. 1

15/1000 casi anno nel diabetico rispetto ai 3/1000 casi del non diabetico e la mortalità post infarto nel diabetico è del 50% a cinque anni.

L'arteriopatia degli arti inferiori infine è presente nel 20% dei soggetti a 10 anni e nel 50% a 20 anni.

### CENNI DI FISIOPATOLOGIA

Il motivo per cui l'aterosclerosi vascolare si sviluppa così diffusamente nei soggetti diabetici risiede nel fatto che numerosi fattori e meccanismi fisiopatologici concorrono alle alterazioni metaboliche della malattia e che a queste si associano altri fattori aterogeni quali la disfunzione endoteliale, la modificazione del profilo lipidico e un aumento del rischio protrombotico risultante da un aumento dell'aggregabilità piastrinica da un lato e da una compromissione della fibrinolisi endogena dall'altra. Queste condizioni patologiche sono generate sia dallo stato iperglicemico che dalla condizione di insulino-resistenza che spesso precede l'insorgenza del

diabete franco.

A ciò poi si aggiungono i classici altri fattori di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione, l'obesità e la dislipidemia.

Espressione dell'aterosclerosi vasale è la formazione della placca: questa ha origine dalla stria lipidica e progredisce via via attraverso la migrazione di cellule muscolari lisce e la secrezione da parte di macrofagi e piastrine di sostanze che vanno a formare ed accrescere la placca. La placca si differenzia dalla stria perché protrude all'interno del vaso stenosandolo ed arrivando anche ad occluderlo.

La lesione aterosclerotica colpisce tutti i vasi arteriosi di medio e grosso calibro provocando a seconda del distretto colpito:

- Coronaropatia caratterizzata da miocardipatia ischemica e infarto miocardio. Sono presenti di frequente lesioni estese o multiple, spesso coinvolgenti i tre vasi (malattia dei tre vasi), infarti silenti per innalzamento della soglia dolorifica tipica del diabete, comparsa di aritmie a volte mortali

- Vasculopatia caratte-

zzata da episodi di TIA e ictus ischemico. Più spesso dovuta a fenomeni tromboembolici oltre che all'ipoafflusso da presenza di aterosclerosi carotidea e ad alta frequenza di recidive.

- Vasculopatia periferica caratterizzata da arteriopatia obliterante degli arti inferiori con interessamento prevalente delle arterie distali di minor calibro, ma a volte anche delle maggiori con conseguente ischemia critica dell'arto. Presenza di *claudicatio intermittens*, tendenza alla formazione di ulcere, infezioni e gangrena delle estremità.

### VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le patologie cardiovascolari riconoscono una etiologia multifattoriale e quindi nel valutare il rischio di un individuo o di una popolazione occorre considerare il rischio globale derivante dall'associazione di più fattori.

Nella pratica medica questo costituisce un grosso cambiamento poiché dal trattamento del singolo fattore di rischio si passa alla valutazione del rischio globale derivante dall'azione contemporanea di più fattori di rischio, i quali possono avere effetto additivo o moltiplicativo.

I fattori di rischio sono stati così suddivisi:

- collegati alle caratteristiche individuali (non modificabili) come età, sesso, predisposizione genetica e durata della malattia diabetica

- collegati allo stile di vita (modificabili) come sedentarietà, disordini alimentari, tabagismo, potus (alcolismo)

- collegati a caratteristiche metaboliche (modificabili) come iperglicemia cronica, dislipidemia, insulino-resistenza, ipertensione arteriosa, disordini emoreologici in senso protrombotico.

### LA CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO RICONOSCE:

- un rischio assoluto che è la probabilità di una persona di sviluppare un evento ischemico nei prossimi 10 anni

- un rischio relativo che è il rapporto fra rischio assoluto di un soggetto con fattori di rischio e rischio assoluto di soggetti della stessa età ma senza fattori di rischio importanti.

Nella popolazione diabetica il rischio relativo di cardiopatia ischemica, in confronto alla popolazione generale, è di 2-4 volte maggiore nei maschi e 6-10 volte nelle femmine.

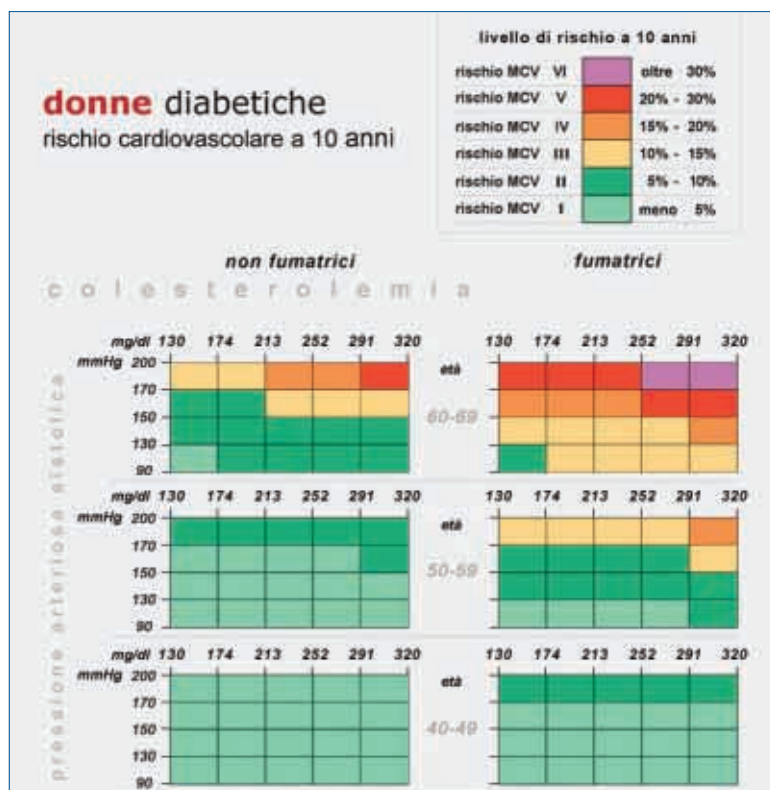
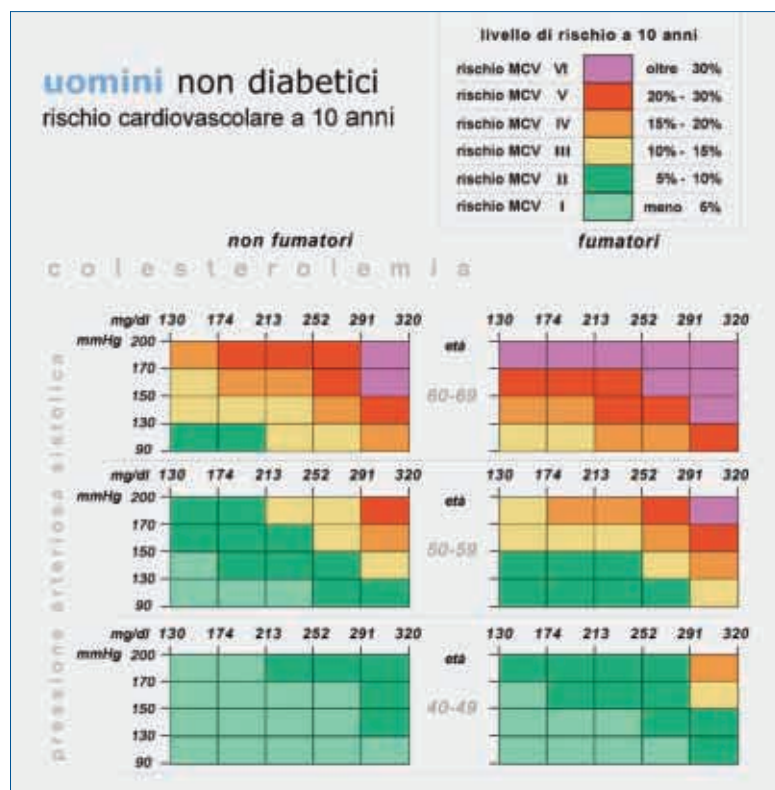
La prevalenza di altri fattori di rischio è maggiore nei diabetici e alcuni di questi (fumo, PAO, Colesterolo e Trigliceridi) sono più forti predittori di mortalità coronarica.

Il peggioramento di ciascuno dei fattori di rischio determina un incremento del rischio assoluto che è maggiore nei diabetici rispetto ai non diabetici.

Nel diabete il rischio cumulativo di un evento a 10 anni è del 20-50%

Pertanto il medico deve effettuare un intervento di prevenzione mirato alla riduzione del rischio cardiovascolare globale dell'individuo attraverso l'adozione di misure di prevenzione primaria e secondaria.

Per identificare gli individui che hanno un'elevata probabilità di essere colpiti da malattia cardiovascolare si utilizzano le carte del rischio cardiovascolare globale del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità, costruite utilizzando dati italiani derivati da diversi studi longitudinali iniziati fra la metà degli anni '80 e '90, i cui fattori di rischio, raccolti in tempi relativamente recenti su uomini e donne arruolati in coorti di numerosità eleva-





ta distribuite a Nord, Centro e Sud d'Italia, seguite con follow-up mediano di 10 anni per gli uomini e 5 anni per le donne per eventi cardiovascolari maggiori, fatali e non fatali, erano stati raccolti in modo standardizzato.

Per la costruzione della carta sono stati utilizzati i seguenti fattori di rischio: età, sesso, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia, abitudine al fumo di sigarette e presenza di diabete; come punto interno è stato considerato il primo evento coronarico o cerebrovascolare verificatosi in persone di età 40-69anni esenti da precedente evento cardiovascolare; la sopravvivenza è stata valutata fino al dicembre 1998. Le carte sono suddivise per uomini e donne e rispettivamente per diabetici e non diabetici; i diversi colori rappresentano il livello percentuale di rischio e vanno dal verde chiaro al verde scuro, giallo, arancio, rosso, viola.

Per la prevenzione secondaria sono state messe a punto altre carte del rischio. Va tenuto presente che la valutazione del rischio non è così precisa nelle persone già in terapia, i cui valori rac-

colti sono frutto di una azione farmacologica sulla pressione o sulla colesterolemia; per tali persone pertanto è più indicata la valutazione del rischio tramite il punteggio individuale.

**STRATEGIE DI PREVENZIONE**

La prevenzione primaria prevede:

- L'identificazione dei soggetti a elevato rischio di un primo evento cardiovascolare maggiore
- Cura delle dislipidemie familiari e dell'ipertensione grave
- Attuazione delle strategie di prevenzione

La prevenzione secondaria prevede:

- L'identificazione e cura dei soggetti con precedente coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o diabete con proteinuria
- Attuazione delle strategie di prevenzione

Le strategie di prevenzione mirano in primo luogo alla correzione degli stili di vita attraverso la riduzione del sovrappeso, l'incremento dell'attività fisica, l'abolizione del fumo e degli alcolici.

Quindi mirano al controllo della malattia diabetica con dieta e ade-

guata terapia antidiabetica orale e/o insulinica, alla correzione della dislipidemia con dieta e/o farmaci, e alla correzione dei disordini emocoagulativi con farmaci anticoagulanti e/o antitrombotici.

In Italia la Commissione Unica del Farmaco raccomanda l'uso delle Carte del Rischio Cardiovascolare elaborate dall'Istituto Superiore della Sanità all'interno del Progetto Cuore per la valutazione del rischio cardiovascolare e alla nota 13 stabilisce la rimborsabilità dei farmaci ipolipidemizzanti come qui di seguito riportata

Nota 13 (GU 30.12.2004)

- dislipidemie familiari
- ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta
- In soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore (rischio a 10 anni 20% in base alle Carte di rischio del Progetto Cuore dell'Istituto superiore della sanità) (prevenzione primaria)
- In soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete.
- (prevenzione secondaria)
- **ipertrigliceridemia non corretta con la sola dieta o con terapia con omega-3**

**ipertrigliceridemia non corretta con la sola dieta o con terapia con omega-3**

- In soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria)

Nelle avvertenze raccomanda l'utilizzo dei farmaci ipolipidemizzanti in modo continuativo e non occasionale. Raccomanda infine che lo stesso venga applicato, in un contesto più generale, al controllo degli stili di vita.

Emoglobina glicata (HbA1c)	6.1%
Glicemia a digiuno	<110 mg/dl
Glicemia automonitoraggio a digiuno	70-90 mg/dl
postprandiale	70-135 mg/dl
Colesterolo totale	< 175 mg/dl
Colesterolo LDL	< 100 mg/dl
PAO	130/80

Il controllo delle complicanze cardiovascolari procede poi attraverso esecuzione di esami laboratoristici e strumentali periodici quali:

- L'emoglobina glicata, le glicemia capillari e la microalbuminuria
- La misurazione periodica della pressione arteriosa e se valori pressori alterati Holter pressorio
- Monitoraggio elettrocardiografico e se segni o sintomi sospetti Ecodoppler cardiaco, ECG da sforzo, o approfondimento più invasivo.
- In caso di aritmie monitoraggio ECG delle 24 ore sec. Holter
- Esecuzione di ecodoppler carotido-vertebrale
- Esecuzione di ecodoppler arterioso degli arti inferiori

**Risultati della terapia sulla riduzione delle malattie cardiovascolari**

Gli obiettivi metabolici in pazienti con diabete tipo 2 sono riassunti nella tabella.

Per il raggiungimento di tali obiettivi spesso occorre ricorrere agli ipoglicemizzanti orali e/o all'insulina e, nell'ambito della prevenzione delle complicanze cardiovascolari, agli ipotensivi, in particolare gli ACE inibitori, per il controllo pressorio, agli ipolipemizzanti per la correzione delle dislipidemie e agli antiaggreganti piastrinici per la riduzione dello stato protrombotico.

L'effetto del trattamento aggressivo ha dato importanti risultati sulla ri-

duzione degli eventi mortali e cardiovascolari.

Il controllo intensivo della glicemia mediante ipoglicemizzanti o insulina riduce del 16% l'incidenza di infarto mentre il trattamento antipertensivo riduce del 75% la mortalità per cause cardiovascolari in particolare l'ictus nei diabetici rispetto ai non diabetici.

Infine il trattamento ipolipemizzante sui diabetici ha indotto una riduzione del 55% degli eventi cardiovascolari maggiori mentre la terapia antiaggregante ha quintuplicato il beneficio assoluto sulla mortalità cardiovascolare.

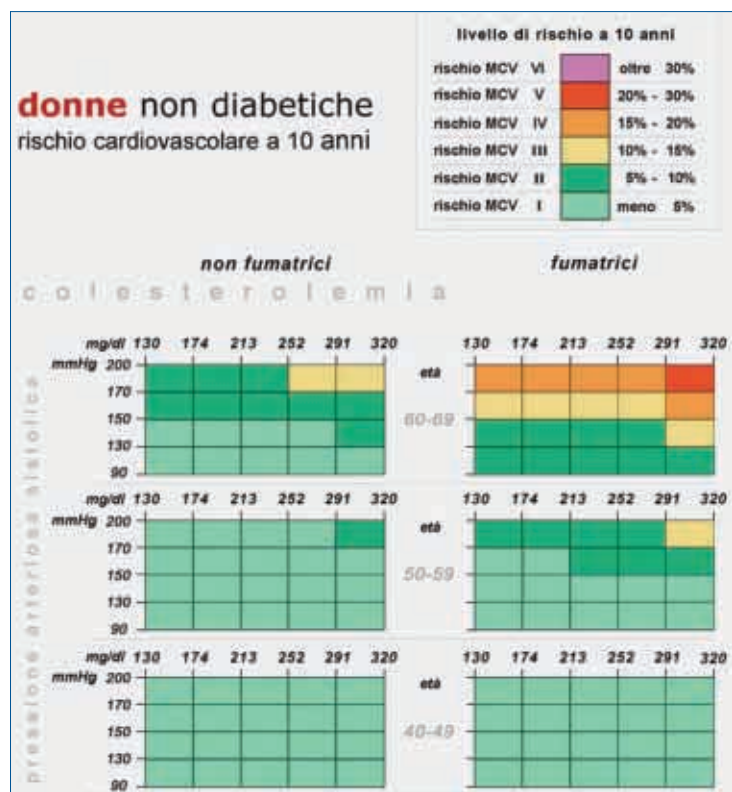
**CONCLUSIONI**

Il diabete Mellito è associato ad aumentata incidenza di aterosclerosi e sue complicanze che si traducono in cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari.

Le complicanze macrovascolari rappresentano la principale causa di morbilità e mortalità fra i pazienti con diabete di tipo 2 e sono destinate ad aumentare drammaticamente nei prossimi anni, di pari passo con l'aumento nella prevalenza delle alterazioni del metabolismo glucidico.

È pertanto compito del medico avviare un intervento di prevenzione finalizzato alla riduzione dei fattori di rischio vascolare modificabili, dal cambiamento degli stili di vita all'intervento farmacologico.

Dr.ssa Daniela Travia





Misuratori di glicemia **Accu-Chek.**  
Libertà è poter scegliere.



**ACCU-CHEK® Aviva**  
**ACCU-CHEK® Compact Plus**

L'autocontrollo della glicemia è parte integrante della vita quotidiana delle persone con diabete, per questo è importante utilizzare lo strumento giusto. Accu-Chek permette di scegliere tra due sistemi entrambi altamente affidabili, ma con caratteristiche diverse, in grado di soddisfare le necessità di ognuno per la pratica di un autocontrollo regolare ed efficace.

**ACCU-CHEK AVIVA: 0,6 MICROLITRI DI SANGUE E 5 SECONDI PER RISULTATI CORRETTI IN OGNI CONDIZIONE**

**ACCU-CHEK COMPACT PLUS: STRISCE E PUNGIDITO SOFTCLIX PLUS INTEGRATI NELLO STRUMENTO PER LA MASSIMA PRATICITÀ**



Accu-Chek Aviva, Accu-Chek Compact Plus e Accu-Chek Softclix Plus sono dispositivi medici CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione ottenuta il 13/09/2006.

**ACCU-CHEK®**  
Vivi la vita. Come vuoi.



*È possibile ridurre il rischio di sviluppare il diabete?*

# Buona passeggiata a tutti!

**N**umerosi studi hanno documentato come attraverso la modificazione della dieta e degli stili di vita è possibile ridurre il rischio di sviluppare diabete nelle persone predisposte e come nei pazienti affetti da diabete mellito consenta un miglioramento del compenso metabolico. Inoltre gli interventi sullo stile di vita agiscono anche su altri aspetti delle patologie correlate al diabete quali l'obesità, l'ipertensione arteriosa e la dislipidemia diminuendo sia l'uso dei farmaci, sia il rischio di sviluppare le complicanze croniche (patologie cardiovascolari). Inoltre l'attività fisica previene altre patologie croniche correlate all'età quali osteoporosi, depressione, tumori del colon e della mammella. Purtroppo troppo spesso l'aumento dell'attività fisica come trattamento del diabete fallisce. Il diabetologo ed il paziente si trovano di fronte a problemi a volte oggettivi (ragioni logistiche) a volte legati alle generiche cattive abitudini (pigritia e sedentarietà), a volte legati alla mancata educazione del paziente da parte del diabetologo,

che non è capace di trasmettere in modo efficace il messaggio.

Eppure non è necessario diventare atleti per ottenere importanti miglioramenti nella cura del diabete, in pratica è sufficiente camminare 3-4 volte alla settimana per circa 1 ora per veder ridurre peso, pressione arteriosa, glicemia a digiuno, emoglobina glicata, colesterolemia e trigliceridemia. In alternativa l'obiettivo è di raggiungere i 10.000 passi/giornalieri che corrispondono a circa 5 Km/die.

Ecco quindi alcuni utili consigli per "sbloccare" la situazione e ricominciare ad usare le gambe:

1) limitare queste attività: guardare la televisione (è scientificamente provato che maggiore è il numero di ore trascorse davanti al televisore, maggiore è il rischio cardiovascolare ed il sovrappeso), rimanere a lungo seduti (più di 30 minuti consecutivi), giocare con il computer o a

carte per ore  
2) ogni giorno (il più a lungo possibile) provate a: camminare con il cane, fare la strada più lunga, andare a piedi a fare la spesa, andare a piedi a

fare altre commissioni, evitare l'ascensore, usare la bicicletta, parcheggiare lontano, dedicarvi all'orto ed al giardinaggio. Anche altre attività sportive possono sostituire od alternarsi alle camminate ed alla corsa. In particolare la bicicletta, il nuoto, il ballo, la canoa e lo sci da fondo essendo tutti esercizi di tipo aerobico ottengono gli stessi risultati in termini di peso e miglioramenti metabolici. In termini pratici è utile sapere non solo quanto calorici sono i cibi che si assumono ma anche quanto è il consumo calorico delle attività fisiche che si praticano, la tabella a fianco vuole essere solo un significativo esempio. E' comunque interessante notare che

anche la semplice camminata permette di bruciare molte più calorie rispetto al riposo ed allo restare seduti.

Ovviamente tanto più l'attività fisica è intensa e protratta tanto maggiori saranno le calorie bruciate. È possibile quindi stilare una lista delle attività fisiche a seconda del loro dispendio energetico:

In conclusione l'attività fisica è uno strumento di cura e va fortemente incentivata, l'attività fisica intensa non è necessaria; anche le passeggiate, effettuate con regolarità, comportano vantaggi metabolici, l'attività fisica va comunque consigliata e quantificata singolarmente.

È buone passeggiate a tutti.

Dr. Carlo Negri

Attività	kcal/all'ora	Attività	kcal/all'ora
Baseball/softball tutti i ruoli tranne il lanciatore	280	Sciare discesa, leggera	500
lanciatore	450	discesa, vigorosa	600
Basket	360-660	sci di fondo, 4 km all'ora	560
Ciclismo		sci di fondo, 6.4 km all'ora	600
8 km all'ora	240	sci di fondo, 8 km all'ora	700
12.8 km all'ora	300	sci di fondo, 12.8 km all'ora	1.020
16 km all'ora	420	Nuoto	
17.6 km all'ora	480	lento	360-500
19.2 km all'ora	600	stile libero, 22.8-45.7 m al minuto	360-750
20.8 km all'ora	660	dorso, 22.8-45.7 m al minuto	360-750
Ginnastica ritmica		a rana, 22.8-45.7 m al minuto	260-750
leggera	360	a farfalla, 45.7 m al minuto	840
pesante	600	nuotare sul fianco, 36.6 m al minuto	660
Golf		Tennis	
con la golf car	240	doppi	360
spingendo la borsa delle mazze	300	singoli	480
portando le mazze	360	Pallavolo	
Pallamano		non competitiva	300
amatoriale	600	competitiva	480
competitivo	640	Camminare	
Vogatore - Remoergometro	940	su strada, 1.6-3.2 km all'ora	120-150
Corsa		(passeggiando)	
8 km all'ora (jogging)	600	su strada, 4.8 km all'ora	300
9.6 km all'ora (jogging)	750	(andatura lenta)	
11.2 km all'ora (moderata)	870	su strada, 5.6 km all'ora	360
12.8 km all'ora (moderata)	1.000	su strada, 6.4 km all'ora (veloce)	420
14.4 km all'ora (veloce)	1.130	su strada, 8 km all'ora (molto veloce)	480
16 km all'ora (molto veloce)	1.205	scendere le scale	425
in salita	1.000	salire le scale	600-1.000
Pattinaggio (sul ghiaccio, a rotelle)		in salita, 5.6 km all'ora	400-900
tranquillamente	420	in discesa, 4 km all'ora	240
rapidamente	700		

Il consumo di calorie si basa su una persona che pesa 70 kg. C'è un aumento del 10% nel consumo per ogni 7 kg al di sopra di questo peso e un calo del 10% per ogni 7 kg sotto i 70 kg.

## EQUIVALENTI ENERGETICI TRA CIBO ED ATTIVITÀ

Cibo	Calorie	Attività in minuti				
		cammino	bicicletta	nuoto	corsa	riposo
1 mela	60	11	7	5	3	46
1 bicc. di birra	114	22	14	10	6	88
1 bicch. coca cola	106	20	13	9	5	82
1 petto di pollo	232	45	28	21	12	178
1 uovo al burro	110	21	13	10	6	85
2 fette di prosciutto	167	32	20	15	9	128
1 gelato	193	37	24	17	10	148
1 arancia	68	13	8	6	4	52
1 porz. pizza	180	35	22	16	9	138
1 hamburger	350	67	43	31	18	269
1 panino col tonno	278	53	34	25	14	214

## L'importanza di appartenere a Diabete Forum

Creiamo doveroso portare a conoscenza di tutti i soci la partecipazione di Roberto Cocci di Diabete Forum alla riunione riservata alle Associazioni di pazienti e infermieri aderenti al progetto DAWN Italia che si è svolto il 25 gennaio 2007 presso il Ministero della Salute a Roma. I partecipanti, eminenti figure della diabetologia italiana e delle Associazioni di pazienti hanno discusso un nutrito ordine del giorno.

■ 1. Piano di prevenzione (con riferimento al diabete, tra le attività prioritarie, l'attenzione alle complicanze e il progetto di integrazione, gestione e assistenza).

■ 2. Lavori della Commissione Nazionale Diabete (ricordati gli obiettivi, gli strumenti e le criticità).

■ 3. Collaborazione con le Associazioni in funzione della Giornata Nazionale del Diabete.

■ 4. Ricerca scientifica (fondi, presentazione dei progetti, criteri di selezione).

■ 5. Aggiornamento decreto malattie croniche (costituzione di tavoli di lavori specifici, per le specifiche competenze).

■ 6. Rapporti internazionali (ricordati gli impegni presi a livello internazionale per affrontare in modo adeguato ed omogeneo il problema diabete e la sua evoluzione pandemica).

■ 7. Progetto D.A.W.N. (progetto sui comportamenti, desideri e necessità dei diabetici).

È stato l'argomento principalmente discusso. Sono stati ricordati i motivi che hanno indotto il Ministero, con accordo di programma del 2 maggio 2006, ad aderire al progetto coerentemente con le linee di attività del Ministero, con il coinvolgimento delle Società scientifiche e delle Associazioni dei pazienti.

Il ruolo del Ministero è quello di essere garante del progetto e i suoi compiti sono:

- collaborare all'implementazione del progetto e concordare le strategie intese a migliorare la qualità della vita e la qualità assistenziale alla persona con diabete.

- Individuare i bisogni e le aspettative delle persone con diabete in modo tale che si possano identificare aree di miglioramento nell'approccio terapeutico, comunicazione psico-sociale coinvolgendo sempre di più il diabetico nei processi assistenziali, al fine di fornire elementi di analisi alle società scientifiche ed alle associazioni dei pazienti per meglio programmare gli interventi.

La relazione: *"Dai diritti ai bisogni della persona con diabete: la risoluzione delle Nazioni unite e il progetto DAWN"* è stata svolta dal prof. Massimo Massi Benedetti, dell'International Diabetes Federation, che ha richiamato la necessità di **difendere il diritto del paziente a essere considerato persona e di pretendere che la salute sia un diritto umano inalienabile.**

Il prof. Comaschi di Progetto DAWN Italia è intervenuto con la relazio-

ne: *"Il DAWN study: background internazionale e studio italiano"*.

Il prof. ha ribadito l'importanza del progetto segnalando come una attività **"per le persone con le persone"** che, se calata nella realtà del tavolo di lavoro con le Associazioni dei pazienti, assume particolare valenza e potrebbe diventare un distintivo della attività del tavolo di lavoro stesso.

Ha sottolineato quanto emerso da una indagine, condotta dall'agenzia Makno, circa le difficoltà della persona con diabete a seguire adeguatamente le indicazioni terapeutiche e comportamentali e le difficoltà della equipe sanitaria (grave buco comunicazionale tra paziente ed equipe sanitaria) ricordando gli obiettivi del progetto DAWN:

1. Intensificare la comunicazione paziente-operatore;

2. Promuovere l'assistenza diabetologica da parte di un team;

3. Promuovere l'aiuto-controllo attivo;

4. Superare le barriere alla terapia;



5. Fornire assistenza psicosociale.

È seguita infine la presentazione dei dati elaborati da Makno relativamente alle interviste condotte su 572 pazienti diabetici. Particolare curiosità-perplessità hanno suscitato la difficoltà di **prescrizione** da parte del diabetologo e del medico in genere, e la **condizione** da parte del paziente dell'attività fisica, e la modesta adesione all'associazionismo.

Accanto al progetto DAWN sono state presentate dal prof. Vanelli le caratteristiche e gli obiettivi del progetto DAWN Giovani, che ricomprende quasi per intero le problematiche del progetto adulti. I principali obiettivi strategici sono:

- Mettere insieme risorse e azioni per facilitare l'innovazione e unificare le aspirazioni di cambiamento.

- Promuovere iniziative centrate sugli aspetti psicosociali per migliorare le cure del diabete giovanile.

Inoltre ha riferito che il problema dell'obesità sta determinando a livello mondiale un vertiginoso aumento dei casi di diabete di tipo 2 in età pediatrica e per questo è stato presentato lo studio italiano che si ripromette di:

- Conoscere l'esperienza del giovane con diabete e le barriere correlate alla malattia incontrate a scuola, in famiglia, nello sport.

- Valutare i problemi della comunicazione e gli aiuti per l'integrazione sociale.

- Stabilire il grado di coinvolgimento della equipe terapeutica nei problemi quotidiani del giovane con diabete e nelle attività che possano migliorare la qualità della vita.

- Determinare se e come la scuola interpreta le necessità del giovane diabetico. – Analizzare i ruoli e le iniziative delle Associazioni per diffondere la conoscenza del diabete presso le Istituzioni.

La conclusione è stata quella di presentare i dati del progetto ai Presidenti delle Commissioni Senato e Camera interessati (sen. Marino, sen. Tomassini, on. Lucà).

Per la diffusione della conoscenza di questi importanti progetti DAWN e DAWN Giovani è stato deciso di presentarne i dati al congresso nazionale AMD e sui siti delle società Scientifiche e delle Associazioni di pazienti.

È in preparazione un manifesto: **"Per le persone con le persone"**, per invitare i diabetici a iscriversi alle associazioni dei pazienti.

L'interesse del Ministero, delle Società scientifiche e delle Associazioni a livello nazionale ci sembra evidente e di ottimo livello, ora spetta alle Associazioni vigilare e promuovere perchè quanto enunciato trovi realizzazione nei tempi più brevi possibili e applicazione da parte delle Regioni e delle ULSS.

Ci sembra un buon motivo per essere presenti a livello nazionale con "Diabete Forum".



# Notiziario Fe.Ve.Di

## I diabetici veneti riuniti in assemblea

**S**i sono riuniti in Assemblea Generale Ordinaria a Vicenza, il giorno 21 aprile u.s. presso l'aula semicircolare della Scuola Infermieri Professionali della ULSS n. 6, i soci della Federazione Veneta Diabetici, a per discutere il seguente Ordine del Giorno:

1. Relazione del Presidente sull'attività svolta nel 2006;
2. Presentazione per l'approvazione dei bilanci consuntivo 2006 e preventivo 2007;
3. Elezioni del nuovo Consiglio direttivo e del Comitato ristretto;
4. Varie ed eventuali.

Constatato il numero legale dei partecipanti, assente solo l'Associazione di Vicenza, il Presidente apre l'Assemblea con la relazione sull'attività svolta durante il 2006. Relazione che viene sottolineata da un lungo applauso, segno di unanime condivisione.

Il Tesoriere sig. Benin legge il bilancio consuntivo 2006 (distribuito a tutti su supporto cartaceo), bilancio che messo ai voti è approvato all'unanimità. Segue la lettura del bilancio di previsione 2007 che per un errore di riporto non può essere approvato in sito, ma che corretto sarà inviato a tutte le Associazioni per approvazione. Espletate le incombenze statutarie il Presidente legge una proposta di proiezione programmatica per l'attività della FeVeDi 2007 da discutere, perfezionare, migliorare e rendere più efficace quello che la federazione può essere in grado di realizzare (anche di questo documento è stata distribuita copia cartacea a tutti i presenti), perché possa essere portato in discussione nei rispet-

tivi Consigli Direttivi di ciascuna Associazione.

Aperta la discussione emerge, come voce comune, la limitatezza di tempo che il medico può dedicare al paziente, impedendo quel rapporto di empatia che può rendere più efficace la terapia. Se a questo si aggiunge la turnazione del medico diabetologo, il rapporto si fa ancor più difficile e va a scapito di quell'accettazione terapeutica invocata dalle Istituzioni. Si può ben dire che questa deficienza di rapporto è comune a tutte le specialità, ma si dimentica di dire che il diabete è una malattia cronica e degenerativa, che va seguita con criteri diversi da quelli che si adottano per le malattie acute.

Il Presidente di Bassano sig. Zilio lamenta la limitatezza di medici rispetto al numero dei pazienti, creando liste di attesa che superano sei mesi. Di qui il motivo che le Associazioni devono premurarsi di insegnare comportamenti adeguati per rendere meno dannosa l'attesa, es. la tenuta del diario giornaliero per il diabetico diventa importante perché quando si reca dal diabetologo, esso può leggere l'andamento glicemico di lunga durata e comportarsi adeguatamente.

Esce la domanda di come poter incidere con maggior forza sulle istituzioni sanitarie e in particolare su quella regionale. La risposta è che con le prossime elezioni, cambierà la composizione della giunta regionale e in questo mutamento può essere che veniamo inseriti nella commissione diabete dove potremo avere una voce in più di quella di cui oggi disponiamo. Il sig. Portoghesi, presidente dell'Associa-

zione di Arzignano-Montebelluna-Lonigo, ripropone la questione dell'affidamento dei diabetici di tipo 2 al Medico di medicina Generale, cosa che non hanno accettato i pazienti e nemmeno tutti i medici. Anche per questo bisognerà battersi in tutte le sedi. Emerge evidente che tutte queste manovre confluiscono in interessi privilegiati e non a favore del malato.

Il presidente Furlan invita i consigli direttivi di ogni Associazione di stendere una breve relazione su quali sono le difficoltà di ciascuna visto che le problematiche spesso sono diverse. Su questo argomento interviene l'Associazione dell'Area Berica per proporre che le relazioni da stilare siano 2: una dei bisogni, l'altra delle cose che succedono sul proprio territorio, proposta che

viene accettata da tutti. Elezioni del Consiglio direttivo. Esso è composto da i presidenti, nuovi o rinnovati di ciascuna Associazione. mentre viene riconfermato il gruppo ristretto che sarà composto dal Presidente, dal segretario e dal tesoriere e da due rappresentanti della Associazioni. Esaurita la discussione l'Assemblea viene chiusa.

la segretaria verbalizzante

## Sintesi della proiezione programmatica

**L**amia è una proposta, da sottoporre a discussione e a confronto, autocriticamente perché solo così potrà porre le basi di una seria programmazione che dovrebbe preludere a risultati concreti e verificabili.

La FeVeDi compie l'11° anno di fondazione, ma la sua visibilità, l'incidenza sulla popolazione diabetica, sulle Istituzioni, locali prima e regionali poi è quasi inesistente, i rapporti con l'industria farmaceutica è asfittica e casuale. Siamo rimasti fermi nell'espansione delle nostre relazioni non per ignavia ma per poca coesione tra associazioni e soprattutto per mancanza di quella collaborazione da tutti auspicata ma perseguita con grandissima difficoltà perché esiste ancora una forma di gelosa possessione delle legittime prerogative di ciascuna associazione. È il caso di ripetere fino alla noia il perché è nata FeVeDi. Dopo la profonda delusione dell'Associazione Nazionale FAND di cui le nostre associazioni

erano divenute sezioni dell'organizzazione centrale, non condividendo questa impostazione ne siamo usciti e appena fuori abbiamo sentito la necessità di una collaborazione, ma diversa, impostata su un reciproco aiuto aperto e trasparente, che lasciasse intravedere la bontà di quello che ciascuna associazione era capace, in modo da poterne esportare la validità e farla propria per tutte le altre associazioni, in primo luogo, successivamente per avere una possibilità di reale pressione presso le istituzioni che spesso si comportano illegalmente nei nostri confronti e i cui risultati sono stati deludenti.

Ora dobbiamo esaminare con profonda autocritica perché questo è avvenuto e perché non si sono realizzate le aspettative di cui sinceramente ciascuno di noi aveva creduto.

A mio modesto parere cerco di proporre delle analisi perché siano approfondite, discusse, confrontate con quello che ciascuna associazio-

ne ha in mente di fare in modo da dare maggiore slancio alla nostra iniziativa.

**Comunicazione:** È necessario uno scambio di opinioni più serrato e più frequente. I mezzi non mancano, internet, fax, e-mail, e infine il nostro giornale nel quale il dibattito potrebbe essere più ampio e non isterilito su poche notizie sollecitate spesso dalla redazione.

**Obiettivi:** Porre uno all'anno, ma preciso, intenso e perseguito, prima a livello di Associazione, poi a livello di Federazione. Per me il primo obiettivo da porci per quest'anno è quello di una coerenza ordinata.

Ordine nelle associazioni dove si deve discutere sinceramente nei propri Consigli direttivi se questa Federazione può essere utile, o cosa dovrebbe fare diversamente.

Questa è solo una proposta ma da quel poco che possiamo intuire da discutere e decidere ce ne in abbondanza.

Ernesto Furlan  
presidente



13 gennaio 2007 giornata inaugurale della nuova sede

## Raggiunta una tappa importante

“È questa una data importante per l'Associazione diabetici Area Berica: è la giornata dell'inaugurazione della nostra sede.

La giornata ha visto la presenza di numerose personalità: il Drettore generale dell'ULSS 6 dott. Alessandri, il direttore sanitario della stessa ULSS, il Sindaco di Noventa Vicentina con i Sindaci dei venti Comuni dell'Area Berica, il Consigliere regionale del nostro territorio, il Direttore del servizio diabetologico dell'ULSS 6, i rappresentanti delle numerose associazioni di volontariato esistenti nella nostra area ed il presidente della FeVeDi. Era numerosa anche la presenza del pubblico tanto, che parecchie persone sono rimaste fuori dal salone dove si è tenuta la cerimonia e, sono state apposte le firme sulla convenzione per la gestione del fabbricato.

In effetti, la cerimonia ha inteso inaugurare la Casa del Volontariato intitolata al dottor Mario Celotto, che oltre ad essere stato uno dei soci fondatori della nostra associazione, si è prodigato per lungo tempo e fino all'ultimo giorno, per la causa del volontariato. La Casa, è diventata così la sede fissa oltre che della nostra associazione, anche dell'A.C.A.T.

e del “Vento dell' Aiuto” rivolte alle problematiche dell'alcolismo e della disabilità. La sede è a Noventa Vicentina, in via

Capo di Sopra, nella palazzina ex sede del Serv. Territ. e, la nostra sede, consiste in tre locali: una saletta per le riunioni, un

ufficio per segreteria e ricevimento, una stanza per deposito. Superato lo scoglio dell'arredamento della se-

de, cosa che ha assorbito tutte le nostre risorse finanziarie, ci siamo preoccupati di ravvivarla e come primo atto, ci siamo

rivolti al S.I.A.N. (Servizio d'Igiene Nutrizione e Alimentazione) della nostra ULSS 6, nella persona della d.ssa Angiola Vanzo con la quale è stato messo a punto un progettino rivolto alle persone in soprappeso ed a rischio di diabete, consistente in una serie di incontri interattivi con un dietologo ed uno psicologo (nel caso specifico, le d.sse Eva Pegoraro e Stefania Meneghini). Il tutto si svolgerà quindi presso la nostra sede, nei sabati 10 e 24 Marzo, 14 e 28 Aprile, 12 e 26 Maggio, per un totale di nove ore. Inoltre la sede, resterà aperta tutti i sabati mattina dalle 9 alle 12 con un volontario, a disposizione. E questa è un'altra attività fissa e continuativa che questa associazione intraprende, oltre a quella che già svolge presso l'ambulatorio di diabetologia dell'ospedale di Noventa Vicentina.

Ed è da questa nostra sede, che mandiamo un cordiale saluto a tutte le Associazioni consorelle della FeVeDi e di Diabete Forum. ”

Associaz. Diabetici  
Area Berica

**Associazione Diabetici  
Area Berica**

**Servizio Igiene  
Alimentazione Nutrizione**

Prendendo atto del detto “Meglio prevenire che curare” e mettendo in sinergia le proprie risorse,

**ORGANIZZANO**

una serie di incontri interattivi con:

- La dietista d.ssa EVA PEGORARO
- La psicologa d.ssa STEFANIA MENEHINI

Gli incontri avranno luogo di sabato mattina dalle 9.30 alle 11.00 presso la sede dell'Associazione diabetici sita nella Casa del Volontariato (ex SERT) in via Capo di Sopra, nelle date sotto indicate:

- > MARZO      giorni 10 e 24
- > APRILE     giorni 14 e 28
- > MAGGIO    giorni 12 e 26

La partecipazione è gratuita e, per motivi organizzativi, è aperta ad un massimo di 20 persone.

Per l'iscrizione telefonare in ore pasti al numero: 0444 639735.

c/o Casa del Volontariato Via Capo di Sopra, 36025 NOVENTA VICENTINA





## Vent'anni di vita associativa

FESTEGGIATO IN ASSEMBLEA GENERALE IL 15 APRILE 2007 IL 20° DI FONDAZIONE

“Con l'Assemblea generale ordinaria dei soci si festeggia quest'anno il 20° di fondazione dell'Associazione Diabetici di Bassano del Grappa e Comprensorio. Data storica perchè un cammino così lungo, perseguito con tenacia e sempre in crescita, non è di tutte le Associazioni e ciò lo dobbiamo, oltre a coloro che dirigono oggi l'Associazione, anche a quelli che vent'anni fa hanno pensato di costituire una associazione diabetici a Bassano. A loro dobbiamo la riconoscenza che

### SOCI FONDATORI

Carlo Basso  
Angelino Crivellari  
Anita Pellizzer  
Severino Castellan  
Orsolina Piotto  
Giuseppe Stefani  
Giancarlo Stocco  
Luigina Toniolo  
Giovanni Vaccari  
Giuseppino Simonetto  
Luigi Vanzetto  
Giuseppe Zancanaro

spetta ai precursori, agli anticipatori, a coloro che con fine intuizione hanno percepito le necessità e i bisogni dei portatori di una malattia cronica come il diabete.

Malattia maledettamente subdola, perchè non si fa sentire, non fa male, ma logora lentamente tutti i nostri organi più importanti e vitali. Per questo ha bisogno di essere conosciuta perchè solo conoscendola si possono prevenire le eventuali complicanze. L'associazione si è fatta carico proprio di questo. Diffondere

nella forma più capillare possibile quali sono le procedure per controllarlo e per applicare correttamente la terapia che i diabetologi prescrivono.

Un'opera di solidarietà e di altruismo che solo chi ha esperienza di questa malattia poteva produrre.

Bisogna dare merito a coloro che hanno iniziato come a coloro che hanno continuato questa opera: capire di quanto sia importante l'ausilio e l'aiuto che può dare l'Associazione per migliorare le condizioni di vita dei diabetici.”



## Programma attività che rimane nel 2007

**20 maggio**

Camminata in collina per diabetici e familiari e a quanti vogliono partecipare.

**17 giugno**

Gita sociale per i diabetici tesserati, familiari e simpatizzanti con meta da destinarsi: mare, montagna, città d'arte.

**22 luglio**

Screening glicemico-pressorio a Bassano in collaborazione con la Croce Rossa.

**9 settembre**

Camminata lungo il

fiume Brenta in direzione di Primolano.

**14 ottobre**

Incontro di educazione sanitaria per diabetici con relazionisti di medici specialisti, nella sala congressi dell'Ospedale S. Bassiano.

**18 novembre**

Screening glicemico-pressorio a Bassano in occasione della Giornata Mondiale del Diabete.

**25 novembre**

Screening glicemico-pressorio a Marostica.



## SULLA VIA DELLA CONTINUITÀ

Domenica 11 marzo 2007 alle ore 10.00 presso la sala Mons. Dal Col a Conegliano, si è tenuta la riunione annuale dei Soci dell'Associazione Diabetici ULSS n. 7 con elezione del nuovo Consiglio Direttivo.

I componenti del Consiglio precedente che non si sono ricandidati sono: Gazzì Maurizio, Giro Ivano, Iscaro Michele, Collodet Graziano, Colle Luigi e Daltin Attilio a cui va un grande riconoscimento per il lavoro svolto negli anni passati.

Qui sotto vi elenchiamo i componenti del nuovo Consiglio con suddivisione delle cariche che sarà operativo per i prossimi tre anni.

### Consiglio Direttivo

Presidente	Furlan Ernesto
Vice Presidente	Demanins Daniela
Vice Presidente	Savoini Gianbattista
Segretario	Lucchetta Maurizio
Vice Segretario	Campeol Carla
Tesoriere	Fortunati Barbara
Vice Tesoriere	Toppan Luigino

### Collegio dei Revisori dei Conti

Bottega Francesco, De Conti Nevio

### Collegio dei Provirivari

Zanetti Liviana, Zampieri Remo,  
De Conti Sergio

“L'anno 2007 è arrivato e per noi inizia con buoni propositi e voglia di fare, in base alle nostre esperienze contiamo di proporre le attività fatte nel corso degli altri anni, sempre con l'impegno di informare e di educare ad un corretto stile di vita le persone affette da diabete.

A tal proposito Vi elenchiamo le date delle serate di educazione sanitaria con gli argomenti che saranno trattati:

- 11.05.2007 “Non vivo per mangiare ma mangio per vivere” con la dietista Sig.ra Patrizia Chiamulera a Conegliano
- 31.05.2007 “Complicanze cardiovascolari” con il Dr. Guarnieri e la Dr.ssa Piccolo a Conegliano

- 20.09.2007 “Il piede diabetico” con il Dr. Guarnieri a Follina

- 22.11.2007 “Complicanze microvascolari da iperglicemia” con il Dr. Guarnieri e il Dr. Gismondi a Vittorio Veneto.

Comunque verrete informati con un depliant informativo che comprenderà anche le serate non ancora programmate. L'Associazione nel 2006, con semplice spirito di collaborazione, ha donato al Centro Antidiabetico un videopro-



È un momento della riunione annuale in cui compaiono da sinistra il dr. Antonio Maccioni direttore della U.O. di Medicina, la presidente dell'Associazione Diabetici ULSS n. 7 Fortunati Barbara ed i due vice presidenti dell'Associazione, Bottega Francesco e Furlan Ernesto.

iettore ed una macchina fotografica digitale, che sono già in uso per i pazienti affetti da diabete, a tal proposito alleghiamo foto.

Anche quest'anno si organizzano dei Campi Scuola del tipo auto-mutuo-aiuto, della durata di una settimana, aperti a diabetici di tipo 1 e 2 e loro familiari, in località montana e precisamente a Campolongo di Cadore (BL), presso la Pensione Acquaviva Pierina nelle seguenti date:

- dal 10 al 17 giugno 2007 (già al completo) costo euro 300,00
  - dal 1° all'8 luglio 2007 costo euro 310,00
  - dal 2 settembre 2007 costo euro 310,00
- Possono partecipare an-

che le Associazioni aderenti alla FeVeDi.

Per tutta la durata del Campo, il programma si baserà sull'alimentazione e sull'attività fisica, come se si fosse al gruppo di auto-mutuo-aiuto. In considerazione alle varie problematiche che scaturiranno nelle varie giornate, se ne parlerà dettagliatamente e si approfondiranno i vari dubbi sulla gestione dell'alimentazione e della terapia.

1. Attività in aula con questionario per tipo 1 e tipo 2;

2. Spiegazione pratica BMI - indice di massa corporea;
3. Guida alla scelta giornaliera degli alimenti;



Donazione videoproiettore e macchina fotografica digitale al CAD. Da destra a sinistra: Dr. Antonio Maccioni, direttore U.O. Medicina; Sig.ra Anna Bin, caposala Medicina; Dr. Gian Luigi Guarnieri, responsabile CAD; Sig.ra Barbara Fortunati, presidente Associazione Diabetici ULSS n. 7; Sig.ra Clementina Bravin, infermiera CAD.





4. Analisi giornaliera dell'andamento delle glicemie;
5. Calcolo obiettivo personale;
6. Sana ed equilibrata alimentazione;
7. Terapia orale ed insulinica.

Per informazioni e prenotazioni telefonare in Associazione al martedì dalla 14.30 alle 17.00, n° 0438663548, oppure ai seguenti cellulari: Sig.ra Barbara Fortunati 329906200; Sig. Ernesto Furlan 3299063494.

Colgo l'occasione per formulare un grande ringraziamento, ai componenti che hanno fatto parte dello scaduto Consiglio e non hanno presentato la loro candidatura per quello nuovo, i loro nomi sono: Gazzi Maurizio, Giro Ivano Ugo, Collodet Graziano, Iscaro Michele, Daltin Attilio. E' stato anche per merito loro se l'Associazione è arrivata fino a qui.

Auguro buon lavoro a tutte le persone nuove che ne prenderanno il posto. ”

Fortunati Barbara

## ILARITÀ DIABETICA

Un diabetico di tipo 2 iperteso sta bevendo con soddisfazione un caffè, nel mentre arriva un diabetico di tipo 1 con la sigaretta accesa, fumando con piacere, il primo con fare stupito dice: non puoi fumare e l'altro di rimando: mi risulta che l'iperteso non può bere caffè.

La morale è: bisognerebbe guardare prima in casa propria, poi confrontarsi con le altre persone.

P.S. E' dimostrato che non tutti i diabetici di tipo 2 sono ipertesi, ma la maggioranza si.

Anonimo

*In margine al camposcuola per gruppi di auto-mutuo-aiuto*

## LE MIE RIFLESSIONI

“Mi chiamo Ivano e tempo fa, facendo un intervento medico per una borsite al braccio destro, mi diagnosticarono il diabete. Io e mia moglie Rossana increduli e non informati, chiedemmo spiegazioni su quali difficoltà fisiche e pericolosità potesse presentare. Quando ci rendemmo conto dell'entità della malattia ci sembrò che il mondo ci crollasse addosso. All'inizio io non volevo e non sapevo accettare la mia condizione di diabetico, e per molto tempo fu così.

Passavo giornate molto tristi, ma poi, con l'aiuto di mia moglie sono riuscito ad essere consapevole della mia malattia e ho cominciato con tre compresse ipoglicemicizzanti al giorno, per circa tre anni. Ciononostante la glicemia rimaneva sempre a valori alti.

Dopo ulteriori esami e

visite, il diabetologo mi consigliò di fare l'insulina per quattro volte al giorno. Per il primo mese ebbi un po' di problemi, poi, giorno dopo giorno il mio metabolismo si abituò e mi stabilizzai.

La mia situazione all'inizio del trattamento ad insulina era di 95 kg e facevo all'incirca 90 unità di insulina al giorno. Avevo un'alimentazione scorretta e non riuscivo a controllarmi.

Con l'aiuto di Barbara ed Ernesto, diabetici guida dell'Associazione di Conegliano, frequentando un Campo Scuola a Calalzo l'anno scorso e con l'ausilio della dietista, ho imparato a gestire la mia glicemia attraverso l'equilibrio nell'alimentazione, attività fisica e terapia insulinica. Mi sono trovato molto bene grazie ai consigli ricevuti, ho imparato a limitare alcuni alimenti come il

vino, i formaggi e gli insaccati, e a calibrare le quantità di cibo.

Adesso peso 74 kg, sono riuscito a diminuire le unità di insulina a 45 al giorno. Faccio tanto esercizio fisico, quasi ogni giorno almeno due o tre ore di camminate sulle meravigliose colline di Vittorio Veneto dove i bei sentieri non mancano.

Posso dirvi quindi che ho raggiunto il mio piccolo traguardo personale nella convivenza col diabete.

Voglio dirvi che con il diabete la Vita continua e bisogna saperla accettare.

Nell'estate 2006 ho frequentato un campo scuola sull'aiuto che ci si può dare tra diabetici, a Calalzo. Ho vissuto un'esperienza significativa che mi ha arricchito, conoscendo altre persone con la mia stessa patologia. Insieme abbiamo combattuto per una set-

timana il diabete con un gioco di squadra e con le nostre risorse. Sono stato bene e sono ritornato a casa più forte di prima. Tra queste persone incontrate al campo scuola, due in particolare, i diabetici guida, molto bravi e disponibili, mi hanno aiutato tanto nei momenti più difficili.

Da tempo faccio parte anche di un gruppo di auto-mutuo-aiuto all'interno dall'Associazione Diabetici di Conegliano. Ci incontriamo una volta a settimana per affrontare insieme i nostri problemi. Siamo diventati veri amici.

Ricordiamoci che la prima cosa da fare è imparare a conoscere il diabete, questo riguarda non solo se stessi ma anche i nostri familiari e i nostri amici. Dobbiamo cercare di vivere il diabete in serenità, riflettendo che ogni tanto bisogna voltarsi indietro, perché ci sono purtroppo persone che stanno peggio, specialmente i bambini diabetici o i giovani disabili. Il loro sorriso dovrebbe farci riflettere e capire che la vita è bella, e la loro forza di volontà ci fa riempire il cuore di gioia. Loro vivono mettendosi sempre alla prova, facciamolo anche noi e vivremo meglio.

Spero che queste parole, per me molto importanti, vi facciano capire cosa ho provato all'insorgere del diabete, e ancora oggi, quale sia il senso della mia difficoltà, sapendo di dover convivere sempre con una malattia da tener sotto controllo.

Non è facile passare così giorno dopo giorno, ma faccio il possibile per capirmi e migliorarmi. ”

Giro Ivano Ugo





11 marzo 2007 assemblea ordinaria e straordinaria

## Nuovo statuto, nuovo Consiglio Direttivo

“Domenica 11 marzo 2007, presso l'Hotel Noris di Schio, si è tenuta l'annuale Assemblea dell'Associazione Diabetici Alto Vicentino a cui hanno partecipato una sessantina di associati con 16 deleghe: come sempre un dato nettamente negativo per una associazione che annovera poco meno di 600 iscritti (e, amaramente, si ha un bel dire: “pochi ma boni...!!). I presenti hanno approvato all'unanimità tutti i punti all'ordine del giorno: per la parte ordinaria con l'approvazione della Relazione Morale e del Bilancio consuntivo 2006 e preventivo 2007; per la parte straordinaria con l'approvazione del nuovo Statuto sociale redatto sullo standard fornito dalla FeVeDi, preventivamente esaminato dal competente Ufficio della Regione Veneto nel rispetto della legge sul volontariato.

Prima di iniziare i lavori il Presidente ha chiesto all'assemblea un momento di raccoglimento per i soci defunti con un ricordo particolare per il Signor Pio Rossi, uno dei soci fondatori della nostra associazione nell'aprile del 1986.

Nella “relazione morale” il Presidente ha riassunto l'attività svolta dall'associazione nell'esercizio in esame in favore non solo degli associati ma di tutta la popolazione diabetica. In particolare ha sottolineato che presso le Sedi di Schio e di Thiene hanno svolto e svolgono attività di volontariato una quindicina di associati di cui oltre la metà è in possesso dell'attestato di “diabetico-guida”. Tenuto conto dell'importante

compito svolto da queste persone nei confronti dei malati diabetici, finalizzato ad integrare il lavoro del diabetologo, è stato concordato con il Dr. Calcaterra di effettuare periodicamente dei corsi di aggiornamento come forma di educazione sanitaria permanente ai diabetici-guida.

È stato comunicato che per l'anno in corso il Consiglio Direttivo sta predisponendo un nutrito programma di attività (che sarà portato a conoscenza degli associati con il prossimo numero del nostro giornale) che potrà realizzarsi anche grazie ai buoni rapporti di collaborazione recentemente riallacciati sia con la Dirigenza ULSS che con il Responsabile del Centro Antidiabetico. Si sono svolte anche le elezioni per il rinnovo delle cariche sociali per il triennio 2007-2009.

Successivamente, alla prima seduta del nuovo Direttivo, si è provvedu-

Consiglio Direttivo	
Presidente	Filippi Renato
Vice Presidente	Aretusi Patrizia
Tesoriere	Bonetti Luigi
Consiglieri	Nertoli Gabriella Gaeta Emma Filippi Farmar Antonia Dal Santo Francesca Toniolo Nadia
Consulente scientifico	Calcaterra Dr. Francesco
Collegio dei Revisori dei conti	
	Filippi Farmar Antonio Greselin Abramo Beltrame Lino
Collegio dei Probiviri	
	Beggio Avv. Leonardo Rigato Dr. Roberto Longo Avv. Ezio

to a nominare il Presidente nella persona di Renato Filippi, alla Vicepresidenza è stata eletta la Sig.ra Patrizia Aretusi, l'incarico di Tesoriere è stato affidato a Luigi Bonetti.

A far parte del Direttivo con compiti consultivi, in base all'art.11 del nuovo Statuto, è stato nomina-

to il Dr. Francesco Calcaterra, responsabile dell'U.O di Diabetologia-Endocrinologia della ULSS n. 4.

Al termine dei lavori assembleari era in programma una “tavola rotonda” avente per tema un argomento di fondamentale importanza non

solo per le persone affette da diabete ed i loro familiari, ma anche per l'intera comunità territorialmente competente all'ULSS n. 4.

### La nuova diabetologia nell'Alto Vicentino: Progetto Ulss n. 4

Alla presenza di circa un centinaio di persone, in qualità di relatori sono intervenuti, oltre al Presidente della nostra Associazione, il Dr. Pier Paolo Benetollo – Direttore Sanitario Ulss 4 ed il Dr. Francesco Calcaterra, Responsabile dell'U.O. di Diabetologia Ulss 4, nonché Presidente dell'A.M.D. del Veneto e del Trentino Alto Adige.

Dopo l'introduzione al tema fatta dal Presidente Filippi, il Dr. Benetollo ha illustrato il piano di riorganizzazione della rete dei servizi per i pazienti diabetici nell'Ulss 4 Alto Vicentino in ottemperanza alle disposizioni emanate dal Ministero della Salute che, d'intesa con le Regioni, ha individuato alcune linee prioritarie per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale: la quinta linea contiene appunto il piano di prevenzione attiva delle complicanze del diabete attraverso l'attuazione di una strategia di gestione della malattia.

In sintesi le azioni di riorganizzazione presentateci dal Dr Benetollo sono relative a:

- Distrettualizzazione dell'U.O. di Diabetologia-Endocrinologia;
- Modalità operative per garantire la continuità assistenziale tra l'U.O. di Diabetologia e i Medici di M.G. e viceversa;
- Modalità operative nel contesto del protocollo operativo in essere tra



Il tavolo della presidenza durante lo svolgimento dell'Assemblea.





U.O. di Diabetologia e Medici UTAP-Centri di salute;

- Prevenzione primaria e secondaria del diabete con interventi atti a modificare gli stili di vita;  
- Informatizzazione dell'assistenza al paziente diabetico;  
- Riorganizzazione dell'attività di prenotazione ("agende") di Diabestologia.

Da parte sua il Dr. Calcaterra è intervenuto per approfondire alcuni degli argomenti riguardanti la ristrutturazione dell'attività dell'U.O. da lui diretta.

Al termine degli interventi del pubblico presente in sala ha rivolto ai relatori alcune domande di cui si riporta le principali.

**1. DOMANDA:** tenuto conto dell'importanza che i Medici di M.G. assumono con il nuovo progetto, viene chiesto se gli stessi medici sono stati preparati e soprattutto se hanno dato il loro benessere alla riorganizzazione; forte è la preoccupazione che se i diabetici non scompensati non sono ben seguiti dal proprio medico lo sviluppo delle complicanze è praticamente certo!  
*risposta:* sono in corso gli incontri tra il medico diabetologo e i medici di M.G. nel rispetto di quanto previsto dal progetto ULSS; sinora i riscontri sono positivi anche se ci sarà certamente qualche inconveniente da eliminare nel tempo.

**2. DOMANDA:** c'è una forte preoccupazione tra i malati diabetici scompensati a causa dei ritardi con cui vengono effettuati i controlli; attualmente non c'è posto per le prenotazioni che dovrebbero riguardare controlli da farsi nell'ultimo trimestre del 2007: si va ai primi mesi del 2008!  
*risposta:* purtroppo il problema non riguarda solo

la diabetologia; tuttavia la riorganizzazione prevista dal progetto consentirà di eliminare con gradualità gli inconvenienti rilevati a tutto vantaggio dei diabetici insulino trattati e/o con complicanze.

**3. DOMANDA:** da parte di un volontario che opera in Associazione viene fatto presente che numerose persone, alle quali viene diagnosticato per la prima volta il diabete, si trovano psicologicamente a disagio; di conseguenza chiede se nel progetto può essere inserita la figura dello psicologo che dovrebbe intervenire qualora il diabetologo lo ritenesse necessario;  
*risposta:* è una richiesta che sarà attentamente vagliata dalla Direzione ULSS, tenuto conto che la stessa è anche caldeggiata dallo stesso Dr. Calcaterra.

Il Presidente Filippi è intervenuto in chiusura della "tavola rotonda" per ricordare che nel modello di rete dei servizi per i pazienti diabetici previsto dal nuovo "programma diabete" dell'ULSS 4 Alto Vicentino è inclusa anche la nostra Associazione a cui è stato affidato il compito di:  
- promuovere uno stile di vita sano, in particolare, ma non esclusivamente,

per la popolazione diabetica;

- far effettuare ai diabetici-guida educazione sanitaria ai pazienti diabetici, anche durante il ricovero ospedaliero. Sono compiti che l'Associazione provvederà a svolgere con particolare cura in quanto rientrano tra le specifiche finalità riportate dallo Statuto sociale.

Il Presidente sottolinea infine che alla buona riuscita del progetto saranno direttamente interessati anche i pazienti diabetici essendo chiamati a partecipare attivamente nella gestione della loro malattia attraverso programmi di educazione. È una responsabilità di cui ogni paziente diabetico dovrà farsi carico e di conseguenza è una responsabilità dell'Associazione Diabetici che, tramite il suo Direttivo, vorrà essere protagonista nel progetto di riorganizzazione della "diabetologia" con due azioni principali: la prima di collaborazione con la Dirigenza ULSS e con il Centro Antidiabetico, la seconda di vigilanza affinché il programma presentato dal Direttore Sanitario, Dr. Benetollo, trovi attuazione in tempi brevi e possa soprattutto ottenere positivi risultati nell'assistenza al malato diabetico. ”

## Riflessioni ad alta voce... con un pizzico di ironia!

“Mi chiamo Gabriella e sono diabetica dal lontano 1974.

A quei tempi esisteva solo Vicenza come punto di riferimento per le persone affette da diabete.

Che ricordi lontani! Andavamo nel pomeriggio alla scuola dell'ospedale con la nostra cartellina dove il Prof. Erle e l'allora suo assistente Dr. Basso insegnavano le prime cose fondamentali: come fare l'insulina, le cose da evitare o quelle da fare in determinate situazioni.

Oggi, per nostra fortuna, l'Azienda ULSS n. 4 ci ha messo a disposizione un Centro (C.A.D.) eccellente, diretto dal Dr. Calcaterra in collaborazione con il Dr. Cataldi e la D.ssa Miola, la quale cura anche il mio diabete ballerino. Al Centro lavorano tre infermiere bravissime, Daniela, in qualità di responsabile, e poi Anarita e Laura, molto umane e disponibili in qualsiasi momento.

Personalmente svolgo un lavoro di volontariato il mercoledì mat-

tina presso la Sede di Schio dell'Associazione Diabetici Alto Vicentino e provo una immensa gioia nel vedere che i miei consigli di "ANZIANA ESPERTA DIABETICA" sono ben accetti dalle persone affette da diabete alla prima insorgenza. Esco dalla sede felice e faccio a piedi i quattro piani di scale pensando che sono fortunata perché c'è gente che sta peggio di me e che posso trasmettere la mia positività ad altri "colleghi" diabetici.

Con il gruppo di volontari che operano in Associazione formiamo una compagnia meravigliosa: non faccio i loro nomi per evitare di dimenticare qualcuno, ma posso ben dire che tutti sono attenti e disponibili.

Ho anche una bella famiglia (cosa importantissima per un paziente diabetico) che mi ha sempre aiutato e sostenuto nei momenti difficili.

Cosa posso dirvi di più: oggi sono felice e voglio trasmettere a tutti Voi amici diabetici, giovani e meno giovani, un po' della mia serenità. Noi siamo solo persone con un problema in più, non abbiamo nulla di diverso dalle altre persone, gioie e dolori sono gli stessi.

Per finire le mie riflessioni voglio gridare ad alta voce: viva la vita, viva la famiglia, viva il C.A.D., viva l'Associazione e, anche se purtroppo è arrivato a suo tempo a rendermi più complicata la vita, viva anche il diabete!

Un abbraccio a tutti da Gabriella



L'Associazione è in cammino!





*Verona 6 maggio 2007*

# 14.000 passi per combattere il diabete

“Cari Amici, avevo scritto un articolo al futuro, presentandovi e invitandovi alla podistica del 6 maggio, ma, dato il ritardo nell'uscita del giornale, mi trovo a parlarne al passato, pazienza!

È stata una bellissima giornata: Sole dalle prime ore del mattino, per fortuna!

Ritrovo al Centro Sportivo Avesani di via Santini di organizzatori e partecipanti per un evento di sensibilizzazione sul problema diabete che si può prevenire o con cui si può convivere serenamente adottando uno stile di vita adeguato.

Si è iniziato con la misurazione (facoltativa) della glicemia, registrata su un cartoncino consegnato a ciascuno e poi via a passo libero per uno dei due percorsi, 6 o 11 Km (14.000 passi).

Era bello vedere famiglie e/o gruppi di amici più o meno numerosi che insieme camminavano o correvano lungo il percorso a detta di tutti “molto bello” e che tale deve rimanere, perché rappresenta un patrimonio naturale di tutti e quindi da preservare. Poi, come sono partiti,

così sono arrivati, alla spicciolata, e allora rimisurazione della glicemia con tanti ooh! di sorpresa, perché per quelli che prima l'avevano alta si era drasticamente abbassata rientrando nei valori normali (un caso 370 prima - 77 dopo); infine, distribuzione dei doni: una T-shirt bianca con immagine

manifestazione davanti e loghi sponsor dietro, un sacchetto contenente acqua, mela, bibita ipocalorica, confezioni di biscotti senza zucchero, una fetta di pane speciale di recente produzione, tutti alimenti molto buoni e “sani”.

Per noi organizzatori è stato di grande soddisfazione vedere che ben 410 persone hanno partecipato e molti di loro si sono

complimentati con noi. Tutto ciò, per me che scrivo, significa che quando si collabora fra Istituzioni e Associazioni si realizzano cose utili e, perché no, piacevoli, e quindi che hanno successo. Ringrazio tutti di cuore.

Grazie, al personale medico e para-medico della Divisione di Endocrinologia e Metabolismo, al suo reparto di Diabetologia, dell'Istituto Uni-

versitario-Ospedaliero di Borgo Trento, che gratuitamente si è prestato per la misurazione della glicemia e un grazie particolare al Prof. Paolo Moghetti e al Dott. Carlo Negri, che si sono notevolmente impegnati per la realizzazione della manifestazione, ritenendola una naturale integrazione alla loro sperimentazione di cammino guidato su pazienti diabetici recentemente conclusasi nella prima fase.

Grazie, all'Ufficio di Prevenzione dell'ULLSS 20 che ha collaborato, essendo impegnato in modo attivo e concreto in progetti di attività motoria per diabetici e non. Grazie, all'Unione Polisportiva Pindemonte che ha messo a disposizione la sua struttura

e organizzazione, ai suoi Presidenti Romano Tommasi e Antonietta Di Rienzo, a quest'ultima, infermiera dell'Endocrinologia, va anche il merito di aver ideato l'evento.

Grazie, alla Sig.ra Eleonella Righetti Cinquetti della COGEST, esemplare per la sua capacità organizzativa.

Grazie, agli sponsor (più di 10), case farmaceutiche e non, che ci hanno permesso di realizzare concretamente la manifestazione, fornendoci il necessario.

Grazie, alla Seconda Circonscrizione e al Comune che ci ha dato le autorizzazioni necessarie.

Grazie, ai volontari dell'Associazione Diabetici Verona.

Non voglio tediare ulteriormente con discorsi di tipo clinico sugli effetti benefici dell'attività motoria, perché tutti ormai ne sono consapevoli. Le glicemie rilevate sono comunque state registrate e in futuro, se ne avrà la possibilità, vi darò i risultati. Per il momento un saluto a tutti e arriverò all'anno prossimo!”

Gaetano Savino



Percorso a passo libero di 6 e 11 km. a Verona, nelle valli di Avesa e Quinzano, con partenza dal campo sportivo di via Santini.

All'inizio e al termine del percorso, il personale del reparto di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera di Borgo Trento, sarà a disposizione per eseguire controlli glicemici.







Un momento dell'intervista.

“ Risultati delle risposte al questionario compilato da 800 pazienti della Divisione di Diabetologia di B.go Trento ottobre-dicembre 2006.

Vorrei evidenziare alcuni dati, probabilmente scontati, ma oggettivi, riportati dai grafici:

1) il 28% risponde che non ha ricevuto, quando ricoverato in un reparto dell'ospedale, un'assistenza specifica come diabetico.

2) La quasi totalità dei pazienti risponde che è molto/moltissimo importante la prevenzione nel diabete.

3) Il 46% è disposta a seguire corsi di educazione terapeutica e, tra questi, i più interessati sono quelli fra i 56 e i 70 anni.

4) Gli argomenti più richiesti come contenuto dell'educazione sono l'alimentazione e l'attività fisica.

5) Il 37% è "consapevole" che è spesso necessario un aiuto psicologico per superare le difficoltà nella gestione della patologia.

6) Il 42% ritiene che nella società non venga fatto/detto abbastanza per la prevenzione del diabete e la televisione è ritenuto il mezzo più idoneo per fare informazione.

7) La nostra Associazione è conosciuta dal 19% degli intervistati.

Mi permetto di fare alcune considerazioni personali riguardo tali dati:

1) è evidente che sussiste l'esigenza di migliorare l'assistenza ai diabetici in quanto tali nei vari reparti.

2) Per dare una buona educazione terapeutica ai diabetici bisogna coinvolgerli in attività che migliorino la conoscenza del diabete e delle sue complicanze, tenendo ben presente l'importanza dell'aspetto socializzante dell'attività stessa; tutto ciò per responsabilizzare i diabetici e motivarli ad uno stile di vita corretto.

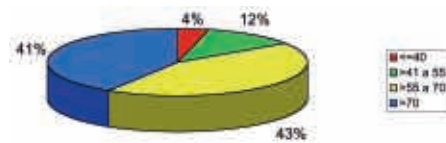
3) In relazione al punto due, tutte le Istituzioni (Endocrinologia/Diabetologia, Azienda Ospedaliera, ULSS 20, Comune, etc.) possono intervenire interagendo fra loro e l'Associazione Diabetici può avere un ruolo integrativo rilevante in molte attività che riguardano la prevenzione primaria e secondaria del diabete; per fare questo, l'Associazione ha bisogno di acquisire visibilità anche attraverso una sistemazione logistica più adatta (sede all'interno della Diabetologia) e naturalmente promuovendo e partecipando attivamente a specifiche iniziative.”

Gaetano Savino

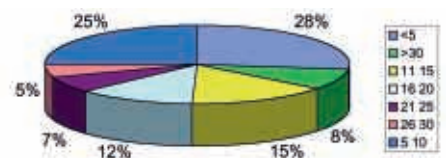
## Intervistati 800 pazienti del Centro Antidiabetico.

# I risultati di una inchiesta

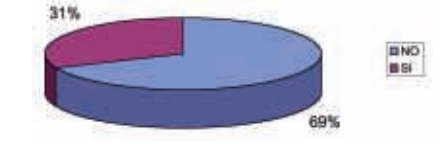
### Fasce di età



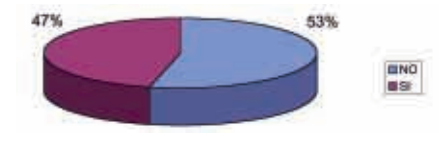
### Anni di diabete



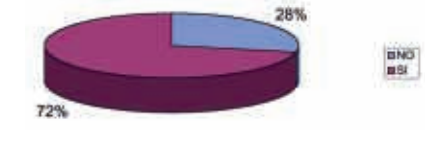
### Terapia insulinica



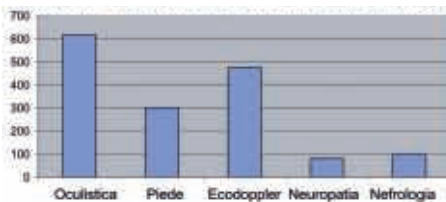
### È mai stato ricoverato in ospedale da quando ha il diabete?



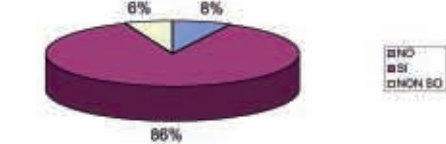
### Ha ricevuto assistenza specifica come diabetico



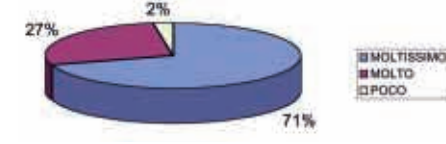
### Visite specialistiche prescritte ed effettuate dalla diabetologia



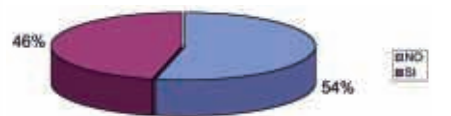
### Riceve informazioni sufficienti per la prevenzione delle complicanze?



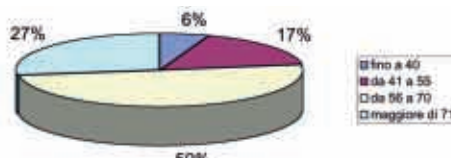
### Importanza della prevenzione nella cura del diabete



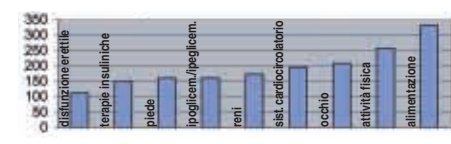
### Disponibilità a seguire corsi di educazione terapeutica



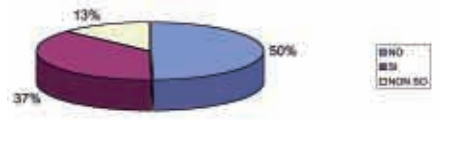
### Disponibilità del "SI" per fascia d'età



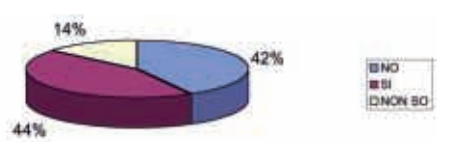
### Quali argomenti di educazione?



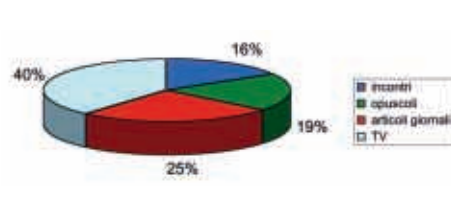
### Necessità di intervento della psicologa



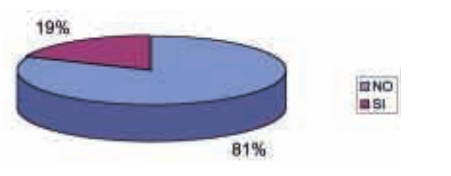
### Ritiene che nella società venga fatto abbastanza per la prevenzione del diabete?



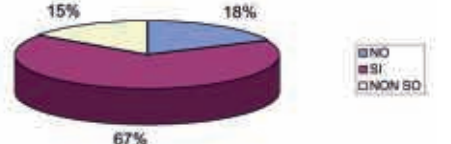
### Quali canali informativi ritieni più utili per la prevenzione del diabete?



### Conosce l'Associazione Diabetici?



### Vorrebbe conoscere i risultati del questionario?





*Risposta alla lettera pubblicata nel numero precedente*

## Le precisazioni del professor Basso

Ho letto con rammarico la lettera, pubblicata nella rivista quadrimestrale "Dimensione Diabete" di dicembre 2006, a seguito di un "misunderstanding" dell'invito ai diabetici ad essere più attenti ai loro comportamenti. Colgo l'occasione, oltre a rispondere alle tematiche sollevate, di illustrare le opportunità che il diabetico può avere usufruendo del Servizio di Diabetologia del "San Bortolo" che come in tutti i campi della medicina si è dovuto evolvere. Il Servizio Diabetologico, ora incluso nell'Unità Operativa di Endocrinologia e Malattie Metaboliche, segue, rispetto all'aprile 2001, un numero crescente di diabetici ed in particolare nuovi casi, con un abbassamento dell'età media della popolazione afferente di oltre tre anni. Da allora si è sempre più orientato ed impegnato nella diagnostica precoce e alla cura delle complicanze micro e macro vascolari per garantire una vita di qualità.

Il servizio offre garanzia di controllo glicometabolico ottimale, confermato da un valore medio di emoglobina glicata della nostra popolazione diabetica afferente pari a 7,3%, progressivamente ridotto di 0,5 punti percentuali a partire dagli anni 2000, attestandosi ad un livello decisamente inferiore alla media degli altri 75 Centri Nazionali di Diabetologia, anch'essi sottoposti a valutazione di performance. Nel 2006 abbiamo raggiunto i cosiddetti "Gold Standards" di qualità uti-

lizzati per le misurazioni di efficienza della struttura da parte della Associazione Medici Diabetologi con il programma "file dati AMD" per verificare il grado di controllo dei principali fattori di rischio presenti nel diabetico, raggiungendo in alta percentuale i loro target di riferimento. È stata curata con particolare interesse la capacità non solo del personale medico, ma anche tecnico ed infermieristico di dedicarsi all'accoglienza del diabetico in modo da rendergli il Servizio gradevole, "friendly" e familiare oltre che efficiente.

Riprendendo le problematiche sollevate nell'articolo vorrei precisare che la U.O. non ha partecipato ai campi scuola solo nell'estate 2006 a causa della carenza di personale medico e principalmente dalla mancata richiesta di adesioni, pur sollecitate. Il disinte-

resse dell'utenza, forse per variegati motivi (vacanze di famiglia, motivi di lavoro, costi economici etc) dovrebbe portare a ricercare nuove formule e forse nuovi motivi associativi. Vorrei anche ricordare che è dovere principe dell'associazione avviare iniziative di proposta di adesioni ai campi scuola tra gli associati, probabilmente troppo pochi, e tra l'enorme numero di persone, che purtroppo non sembrano condividere l'attuale modello di gestione associativa finora proposto.

L'educazione dei singoli e di gruppo è a tutt'oggi continuo motivo di interesse nel servizio di Diabetologia confermata da incontri educativi nell'ambito del servizio e dalla partecipazione a screening diabetologici anche nella Scuola, preceduti quest'ultimi da incontri informativi con le famiglie.

Dispiace anche a me rilevare la grave carenza di personale nell'area dietologica, ma essa non può essere ovviata da prestazioni svolte nell'ambito dell'ambulatorio per i disturbi del comportamento alimentare, orientato a problemi ben diversi quali anoressia e bulimia.

Nego con forza l'idea che il diabetico possa essere, contro l'altrui interpretazione, confuso "tout court" con il paziente con problemi psicocomportamentali.

Ultimo, ma non trascurabile è il tema del rapporto non continuativo con lo Specialista del Servizio. La discontinuità nel rapporto medico-specialista deriva in qualche misura dalla insufficienza dell'organico medico, solo da poco mesi ritornato ai livelli del 2000, ma principalmente da precise regole che l'Azienda ospedaliera ha posto in essere non tanto per consentire al paziente lo stesso specialista quanto di assicurare continuità nella erogazione della prestazione come avviene in tutte le altre branche ambulatoriali, esempio cardiologia, ematologia, urologia, etc... In ogni modo la continuità di informazioni anamnestiche e clinico-strumentali è garantita al Diabetico e allo Specialista dal sistema di informatizzazione in rete tra tutti gli ambulatori del servizio centrale e periferico, oltre che con la struttura di degenza.

Spero di aver risposto con chiarezza alle problematiche sollevate. Desidero chiudere questa lettera allontanando sentimenti di tristezza per lasciare spazio alla speran-

za di una migliore cooperazione, al di là di inutili polemiche. Auguro che l'U.O. da me diretta possa nel prosieguo "sentire" il sostegno convinto della locale Associazione Diabetici non percepito nel periodo di carenza e transitorietà del personale medico, nella ricerca di nuovi ed accoglienti ambienti, durante il percorso di trasformazione del Servizio di Diabetologia da Centro prevalentemente di controllo della glicemia e di educazione a Centro per la diagnostica precoce e per la terapia delle complicanze micro e macro vascolari e nell'acquisizione di strumentazione di alto livello tecnologico (ecocolordoppler "top di gamma", il retinografo informatizzato, ossimetri per la misurazione dell'ossigeno transcutaneo) ed infine nello sviluppo di un sistema di alta informatizzazione in rete anche con gli ambulatori periferici (Sandrigo Novanta etc...). ”

Alfonso Basso

Primario del Servizio di Diabetologia, Malattie Metaboliche ed Endocrinologia



L'obesità è una malattia metabolica o appartiene ai disturbi del comportamento alimentare?

**Fe.Ve.Di** Dimensione Diabete

Edito dalla FeVeDi  
Federazione Veneta Diabetici  
c/o Assoc. Diabetici  
di Conegliano

Direttore Responsabile:  
dott.ssa Milvana Citter  
Orsago - Via Biunzere, 13  
Tel. 335 5419866

Redazione:  
Ernesto Furlan

Autoriz. Tribunale di Treviso  
n. 7 del 04.06.2007

Stampa:  
Cooperativa Tipografica  
degli Operai (VI)