

FeVe Dimensione diabete

Organo della Federazione Veneta Diabetici

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

Editoriale

Vivere, non solo convivere con il diabete

di Matteo Crestani

Convincere un malato del fatto che è possibile convivere con la malattia non è certo facile. Convincere un diabetico appena diagnosticato che il diabete non è un flagello, ma una malattia che può essere tenuta a

nella gran parte dei casi, rappresentano la lampada che s'accende e spinge la persona a recarsi dal medico. A quel punto, però, può essere troppo tardi. La malattia ha già prodotto i suoi effetti, visibili e dolorosi ben più di un'iniezione



Matteo Crestani è il direttore responsabile del nostro giornale e si presenta oggi con questo articolo che per essere scritto da un non "addetto ai lavori" ci da modo di riflettere sulla nostra condizione

bada, sebbene non ancora curabile, talvolta è ancora più complesso. È una questione di cultura. Non fa ancora parte del nostro modo di vivere, infatti, l'attenzione alla salute, in particolare la prevenzione. Ed il diabete, al di là dell'ereditarietà, potrebbe spesso essere evitato praticando della sana attività fisica, utile non solo a contrastare l'insorgenza della malattia, ma a vivere meglio. Una pronta diagnosi, poi, porta ad un ridotto rischio delle complicanze che il diabete porta e che,

d'insulina. Amputazioni e cecità sono tra i malanni più temuti, ma vi sono molti gravi scompensi che il mancato controllo della glicemia può determinare. Il diabetico, quindi, deve acquisire una buona padronanza del proprio corpo. Saper ascoltare i segnali dell'organismo è fondamentale per ribattere alla ipo/iperglicemia. Tutto ciò significa modificare il proprio stile di vita. Acquisire ed adottare stili di vita più sani vuol dire vivere meglio oggi, più
continua a pag. 2

COMPLICANZE RENALI NEL DIABETICO

Conoscere le novità, sfruttare al meglio le realtà

Il termine **nefropatia diabetica** descrive l'insieme delle manifestazioni cliniche, strutturali e funzionali che caratterizzano la patologia renale nel diabetico.

La nefropatia diabetica è una complicanza direttamente associata alle alterazioni metaboliche del diabete, verosimilmente legata anche ad una predisposizione genetica ed è ormai diventata la principale causa di insufficienza renale cronica in fase terminale che richiede periodiche dialisi od il trapianto renale. Vediamo ora insieme quelle che sono le domande più frequenti sulle complicanze renali nel diabetico.

In che percentuale un paziente affetto da diabete mellito può sviluppare una nefropatia diabetica qual è la storia naturale della malattia?

La probabilità di sviluppare la nefropatia è maggiore nel diabete di tipo 1, raramente entro i primi 10 anni di malattia mentre nel diabete di tipo 2 la malattia renale si manifesta più tardi con una frequenza progressivamente maggiore nella seconda e terza decade successive alla diagnosi del diabete.

La storia naturale della nefropatia è efficacemente descritta da una serie di stadi di durata ampiamente variabile da



Dr. Vittorio Ortalda, Dirigente Medico Divisione Clinicizzata di Nefrologia - Verona

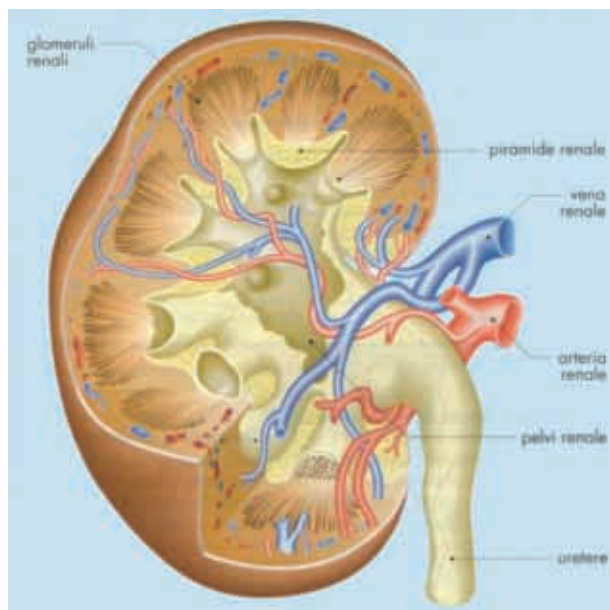
individuo ad individuo che dalla normoalbuminuria (assenza di danno renale), attraverso la microalbuminuria (nefropatia diabetica incipiente) e la proteinuria (nefropatia conclamata), possono condurre all'insufficienza renale. Questo processo può essere modificato, rallentato fino alla regressione, da interventi,

purché precoci ed aggressivi, di prevenzione e di terapia. Il buon controllo glicemico riduce il rischio di microalbuminuria e di proteinuria nelle prime fasi della nefropatia; il trattamento con antiipertensivi ed in particolare con alcuni di essi (ACE inibitori e bloccanti del recettore dell'angiotensina) riduce l'incidenza della microalbuminuria, ritarda la progressione della nefropatia incipiente verso la proteinuria, può indurne la regressione e rallentarne l'evoluzione verso l'insufficienza renale.

Che cos'è la microalbuminuria e quando compare?

Per microalbuminuria si intende la comparsa di albumina nelle urine

continua a pag. 2



segue da pag. 1

sani e reattivi, ma soprattutto allungare la propria aspettativa di vita e, in caso di diagnosi di una malattia, come può essere per il diabete, prendere subito le contromisure per ridurre le possibilità d'insorgenza delle complicanze. Il diabete può non essere una disgrazia, ma le complicanze che può determinare lo sono senza dubbio, specie se il proprio corpo viene trascurato. Oggi si parla tanto di stili di vita: in economia, in ambito sanitario, nel modo di gestire la vita di ogni individuo. Finora abbiamo vissuto al di sopra delle nostre possibilità. Abbiamo esagerato in tutto: acquistando beni superflui, desiderando oggetti inutili, abusando dell'utilizzo dell'auto a scapito dei mezzi pubblici e della bicicletta. E, non da ultimo, abbiamo esagerato a tavola, noncuranti del pericolo che un'alimentazione sconsiderata porta con sé. Colmare i piatti di cibo, impiegare condimenti pesanti e farne un uso decisamente sconsiderato contribuiva, evidentemente, ad accrescere il senso di benessere. Soltanto una percezione. L'illusione che l'abbondanza potesse far bene, far credere a noi stessi ed agli

altri che dove c'era tanto le cose andavano bene. Oggi, fortunatamente, lo stile di vita prevalente mira a consumi più attenti e ridotti. Il diabetico, ma così tutti gli altri soggetti, può cibarsi di ogni alimento, naturalmente con un controllo più rigoroso sui dolci, ma senza abusare nelle quantità. Dobbiamo rivolgere la nostra vita, in poche parole, verso stili di vita più sobri, non all'insegna della privazione, ma della ponderatezza. Fare attenzione a ciò che si consuma non significa rinunciare, ma consumare con razionalità e rispetto per il proprio corpo e per il proprio benessere. La ricerca del benessere è proprio ciò che dobbiamo perseguire, diabetici e non. E per raggiungere questo obiettivo due sono gli ingredienti fondamentali: sana alimentazione ed attività sportiva. Un'alimentazione sana ed equilibrata, unitamente ad un'attività sportiva non da atleti, ma da persone che desiderano sentirsi bene con se stesse, sono i punti di forza per far sì che il diabete non diventi un malanno, ma una malattia con la quale è possibile vivere e convivere. ■



segue da pag. 1

(20-200 µg/min o 30-300 mg/24h) e rappresenta il più semplice e sensibile parametro per valutare il rischio di nefropatia nel diabete sia di tipo 1 che di tipo 2 ed è riconosciuto come predittore di nefropatia, di insufficienza renale ed anche di malattie cardiovascolari. Non compare mai nei primi 5-7 anni di malattia nel diabete di tipo 1 mentre nel diabete di tipo 2 la microalbuminuria può essere già presente alla diagnosi e l'incidenza a 10 anni di malattia è circa del 25%. Oltre i 25 anni di diabete il rischio di sviluppare la nefropatia si riduce drasticamente.

Quando e come eseguire i test di screening per la microalbuminuria?

Lo screening per la microalbuminuria è estremamente semplice e si basa sul dosaggio dell'albumina nelle urine. È sufficiente raccogliere un campione delle prime urine del mattino, più pratico e sicuro della raccolta delle 24 ore o ad orari prefissati. I risultati delle misurazioni di albumina nei campioni possono essere espressi sia come la concentrazione d'albumina nelle urine (mg/L) sia come rapporto tra l'albumina nelle urine e la creatinina (mg/g o mg/mmol). Sebbene i risultati espressi come la concentrazione di albumina potrebbero essere influenzati dalla diluizione/concentrazione del campione d'urina raccolto, quest'alternativa risulta più accurata ed economica dell'altra. I valori limite sono < 20 mg/L e tutti i test che hanno un esito anormale devono essere confermati in 2 dei 3 campioni raccolti per un periodo di 3-6 mesi, a causa della nota variabilità giornaliera dell'albuminuria. È opportuno non eseguire

gli screening in presenza d'infezioni urinarie, ematuria, patologie febbrili acute, esercizio eccessivo, ipertensione non controllata ed insufficienza cardiaca perché sono tutte condizioni che possono aumentare i livelli di albuminuria.

Oltre alla misurazione dell'escrezione urinaria di albumina è anche indispensabile la valutazione periodica, almeno annuale, della funzione renale, mediante l'esecuzione di un prelievo di sangue per il dosaggio della creatinemia e la stima, attraverso semplici calcoli, della filtrazione glomerulare. Valori di proteine nelle urine

> a 300 mg/24 ore confermano la diagnosi di proteinuria franca.

Quali sono i principali fattori di rischio di sviluppare la nefropatia?

La nefropatia diabetica si sviluppa in, almeno, il 40% dei pazienti affetti da diabete con cattivo controllo glicometabolico per un lungo periodo di tempo, ipotizzando che oltre ad una predisposizione genetica, come già accennato, possa esistere anche una maggior suscettibilità alla nefropatia. La maggior parte dei fattori modificabili che determinano l'instaurarsi e la progressione della malattia sono l'iperglicemia e l'ipertensione, oltre all'iperfiltrazione glomerulare, il fumo, la dislipidemia, i livelli di proteinuria e la dieta.

Il diabete provoca importanti modificazioni a livello della struttura renale.

La classica glomerulosclerosi è accompagnata dall'aumento dello spessore della membrana ba-

COMP NEL

sale glomerulare, sclerosi delle cellule mesangiali, microaneurismi e danni sia all'interstizio che alle cellule tubulari.

Diagnosi differenziale con altre patologie renali

Si basa normalmente sull'anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio ed ecografia renale.

La presenza di proteinuria associata a retinopatia (sia nel tipo 1 che 2) pone

La comparsa di albumina nelle urine rappresenta il più semplice e sensibile parametro per valutare il rischio di nefropatia

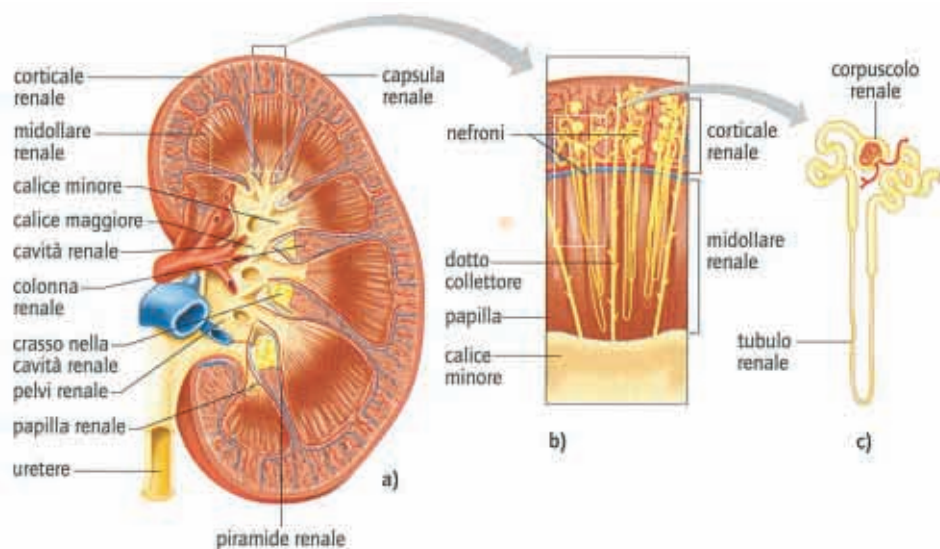
ragionevoli basi per la diagnosi di nefropatia diabetica, tuttavia può esistere un'incer-

tezza diagnostica dovuta alla mancata conoscenza della durata del diabete ed all'assenza della retinopatia, in tal caso verrà valutata l'esecuzione della biopsia renale. Le indicazioni all'esecuzione dell'esame bioptico possono essere una proteinuria importante associata ad un diabete di breve durata e/o una rapida riduzione della funzionalità renale, specialmente in assenza di retinopatia diabetica. Le varie casistiche hanno riportato in letteratura una percentuale di altre nefropatie, isolate o associate al classico quadro delle lesioni diabetiche in circa il 20% dei pazienti biopsiati.

Si può prevenire la comparsa della nefropatia?

Sfortunatamente non esistono terapie specifiche in tal senso. Tuttavia, alcune misure di carattere generale sono sicuramente in grado di ritardare la comparsa e attenuare la gravità delle principali complicanze che comprendono, oltre

LICANZE RENALI DIABETICO



Il rene e le strutture che lo compongono. Sezione longitudinale di rene a) in cui viene mostrata la struttura interna di questo organo. Nelle piramidi renali b) si trovano i nefroni c), le unità fondamentali, strutturali e funzionali dei reni. I nefroni svolgono la funzione di filtrare il sangue e di formare l'urina (da: *La grande enciclopedia medica*, Biblioteca Repubblica - Espresso)

alla nefropatia, la retinopatia e la neuropatia.

La più importante di queste misure è un costante ed efficace controllo del metabolismo glucidico e lipidico. Un corretto controllo della glicemia, attuato con la dieta e l'impiego di farmaci, consente anche una riduzione dei lipidi ematici.

Che tipo di dieta si dovrebbe seguire?

La dieta deve contribuire a mantenere il più possibile nella norma i livelli della glicemia e deve essere iniziata precocemente, tenendo conto di alcune caratteristiche del paziente, come l'età, il sesso, l'altezza, il peso corporeo reale ed idea-

le. In caso di obesità, frequente nel diabete di tipo 2, la dieta è già di per sé in grado di migliorare sia l'assetto glucidico, sia il metabolismo lipidico, concausa di danni vascolari e renali. In linea generale la dieta deve essere ricca di fibre vegetali (legumi, frutta, ortaggi, cereali) che rallentano e riducono l'assorbimento di grassi e zuccheri.

Il fabbisogno calorico deve essere distribuito come segue:

- carboidrati 55-60 %
- lipidi meno del 30%
- proteine 20%

Anche dopo la comparsa di insufficienza renale, il controllo glicemico è importante, non solo per ridurre la progressione del danno renale, ma anche per prevenire l'insorgenza di complicanze a carico di altri organi e apparati. Una dieta a contenuto calorico, glicidico, lipidico e proteico controllato consente di ridurre l'iperglicemia, il rischio di aterosclerosi, l'acidosi, l'iperfosforemia e l'iperuricemia e di migliorare la secrezione insulinica. È difficile, tuttavia, formulare una dieta antidiabetica ed ipoproteica allo stes-

so tempo, mantenendo costante l'apporto calorico.

Queste difficoltà si traducono spesso in una riduzione della collaborazione del paziente o in un rischio di malnutrizione, ma possono essere risolte con l'aiuto della dietista. La riduzione della quota proteica ha, nelle fasi iniziali del danno renale, un valore limitato e comunque non incide significativamente sulla progressione dell'insufficienza renale. Tuttavia, essa è necessaria per contenere l'insorgenza di alcune

complicanze dell'insufficienza renale. In ogni caso, anche nelle fasi avanzate, si evita ora di restringere troppo l'ap-

porto di proteine (mai al di sotto di 0,8 g/kg di peso corporeo al giorno, di cui il 50% di origine animale).

Quando e quali farmaci possono essere utili nel paziente diabetico?

Nel diabete di tipo 1 è sempre utilizzata l'insulina. Nel diabete di tipo 2, invece, quando la dieta non è sufficiente a mantenere un buon controllo della glicemia, è possibile impiegare, fino a quando l'insufficienza renale non è molto avanzata, farmaci ipoglicemizzanti orali.

Nell'insufficienza renale cronica, alcuni di essi (quali la fenformina ed i suoi derivati) possono provocare gravi effetti tossici; anche le dosi di insulina devono essere modificate man mano che l'insufficienza renale progredisce. Possono anche essere molto utili gli ACE inibitori e gli antagonisti del recettore dell'angiotensina (sartanici) in grado di ridurre la proteinuria e, forse, di rallentare la progressione della malattia renale.

Quando la funzione del rene si riduce intorno a 10-15 ml/min di filtrato glomerulare, è opportuno iniziare la terapia dialitica, per prevenire l'insorgenza di altre complicanze.

Un paziente diabetico con insufficienza renale può effettuare il trapianto di rene?

Certo, anzi, il trapianto rappresenta il miglior approccio terapeutico, anche se la necessità di impiegare farmaci iperglicemizzanti come i cortisonici, può com-

Il fabbisogno calorico deve essere distribuito carboidrati 55-60 % lipidi meno del 30% proteine 20%

portare un aumento del fabbisogno insulinico. In molti casi il doppio trapianto rene-pancreas potrebbe

rappresentare la soluzione più adeguata, soprattutto nel diabete tipo 1.

Un paziente diabetico può praticare l'attività sportiva?

Si, l'attività fisica induce la produzione di ormoni iperglicemizzanti, il cui effetto è attenuato dalla contemporanea produzione di insulina, che aumenta il riassorbimento di glucosio da parte del muscolo. Nei soggetti normali o diabetici con controllo ottimale dei valori glicemici (con la dieta o i farmaci) l'attività fisica può addirittura indurre ipoglicemia. In questi casi può essere consigliabile un supplemento calorico, preferibilmente a base di carboidrati complessi (come pasta e pane), assunto prima dello sforzo fisico.

In tutti i casi l'attività anaerobica (corsa, passeggiate) svolta in maniera regolare è utilissima per il raggiungimento del peso ottimale ed una migliore utilizzazione dell'introito energetico. ■

GLOSSARIETTO

Pensiamo essere utile al lettore avere una traduzione immediata di termini tecnici, per la corretta comprensione dell'interessante disquisizione. N.d.R.

Angiotensina = sostanza ormonale con azione vaso-costrittrice.

Creatinina = indice di funzionalità renale.

Dislipidemia = aumento della concentrazione dei grassi nel sangue e in particolare del colesterolo.

Ematuria = presenza di sangue nelle urine.

Filtrazione glomerulare = rimozione delle scorie metaboliche nel sangue.

Iperfosforemia = aumento del fosforo nel sangue.

Iperuricemia = aumento dell'acido urico nel sangue.

Lipidi ematici = grassi nel sangue.

Microalbuminuria = presenza di una piccola quantità di albumina nelle urine.

Normoalbuminuria = assenza di albumina nelle urine quindi assenza di danno renale.

Proteinuria = presenza di una quantità rilevante di albumina nelle urine.

Il valore della Ricerca in diabetologia.



Takeda Italia Farmaceutici S.p.A.

www.takeda.it

L'impegno del Consiglio direttivo della FeVeDi

Tanto rumore per nulla ...?

All'inizio dell'anno notizie trapelate dai Centri Antidiabetici informavano che le U.O. complesse di Vicenza e Rovigo sarebbero state ridotte ad U.O. semplici e aggregate al dipartimento di medicina generale, (per Unità Operativa complessa si intende un gruppo operativo autonomo, con un primario, posti letto, consulenza al Pronto soccorso; per Unità Operativa semplice si definisce un gruppo operativo non autonomo bensì aggregato ad un Reparto, sotto la direzione

di un unico primario, senza posti letto, funzioni ambulatoriali.

Dato che delle 18 ULSS del Veneto, Vicenza e Rovigo rimanevano le ultime due realtà ospedaliere di eccellenza ancora autonome, tale intervento significava cancellare l'organizzazione diabetologica della Regione.

A fronte di questa grossa preoccupazione il Consiglio Direttivo si è attivato scrivendo al Presidente della regione Veneto, all'Assessore alle Politiche sanitarie, ai responsabili della programmazione sanitaria regionale, chiedendo informazioni sulla credibilità di tali voci, se esisteva un piano regionale di riordinamento dei Centri antidiabetici, se fosse nell'intenzione dell'Amministrazione regionale modificare l'attuale stato di cose, se si trattava di una ordinanza della Regione oppure una iniziativa dell'Azienda Ospedaliera.

Ci siamo recati a Vicenza e a Rovigo per verificare direttamente la verità di tale ristrutturazione.

Riteniamo importante informare tutti i lettori di questo giornale di quello che sta avvenendo nelle 18 ULSS regionali, di quanto si impegna il Consiglio Direttivo e come interviene a tutela dei diabetici nel travaglio della sanità, affinché si possa giudicare l'operato, e sarebbe meraviglioso poter ricevere considerazioni da pubblicare nei prossimi numeri del giornale.

Abbiamo potuto constatare che l'iniziativa era partita dalla Direzione delle due ULSS per meglio coordinare la

scarsità del personale e le sempre più misere disponibilità economiche, razionalizzando

i due servizi senza intaccare tutto quello che le U.O. delle due ULSS avevano ottenuto in fatto di eccellenza e di concre-

ta assistenza al malato diabetico. L'aggregazione al Dipartimento di Medicina diveniva così un'esca

scamotage per superare le difficoltà del momento. Resta peraltro da verificare come questa aggregazione si realizzerà per ora difficile da prevedere. Questo il risultato delle informazioni che abbiamo ottenuto dall'equipe direzionale della ULSS di Vicenza.

La Regione contattata così dalla nostra lettera ci ha convocati l'11 giugno u.s. e in quella sede abbiamo potuto capi-

re che la Regione non conosceva le decisioni prese dalle due ULSS e che comunque si sarebbe rifatta all'approvazione del "Progetto Diabete" in corso di elaborazione presso la Commissione Diabete, e se approvato, di darne applicazione.

È iter si completerà prevedibilmente per la metà o la fine di ottobre, dopo di che conosceremo con chiarezza cosa la Regione si aspetta dalla diabetologia e soprattutto che quel progetto dovrà essere applicato da tutte le ULSS del Veneto, mettendo ordine ad una situazione che era insostenibile.

Questa è una buona notizia per noi diabetici e una volta esaminati i contenuti del progetto

potremo finalmente avere un riferimento preciso su quella che sarà l'applicazione terapeutica e di assistenza.

Nel frattempo è stata approvata una delibera regionale che mette ordine anche sul piano farmaceutico, perché attualmente è il caos più impensabile: medici che prescrivono limitate quantità di insulina, di aghi, di siringhe, quando la prescrizione regionale ne prevede l'uso secondo necessità, per gli insulino trattati, le medicazioni per il piede diabetico in alcuni ospedali si paga il ticket in altri no!

La delibera che uscirà nel Bollettino Ufficiale della Regione

(BUR) finalmente porrà fine anche a questo disordine mettendo il diabetico nella possibilità di

interloquire, con carte alla mano, con il proprio Medico di Medicina Generale.

La Redazione

Saranno i Centri antidiabetici aggregati ai dipartimenti di Medicina o Geriatria?

Tra non molto verrà portato all'approvazione della Giunta Regionale il "progetto diabete"



Un complesso ospedaliero regionale veneto

Quello che dobbiamo sapere, quello che possiamo accettare, quello che sarà necessario

I Quello che dobbiamo sapere.

Nell'attuale fase di ristrutturazione dei Dipartimenti e delle U.O. finalizzate alla migliore utilizzazione delle risorse umane e dei servizi, dovuti alle sempre più esigue risorse concesse alla sanità, in questa prima parte del 2009 è stata attuata da parte delle ULSS una serie di interventi, talora preoccupanti altri tranquillizzanti, con la modifica di situazioni alle quali da tempo eravamo abituati.

I diabetici di tipo due ben compensati d'ora in poi dovranno essere seguiti dai Medici di Medicina Generale e una volta all'anno inviati al Centro Antidiabetico per una verifica generale dello stato di salute.

I diabetici di tipo 1°, i complicati o gli insulino trattati, continueranno a essere seguiti dal Centro Antidiabetico come è avvenuto finora.

Probabilmente – perchè ancora non sappiamo – tutti i CAD sa-

ranno aggregati a qualche U.O. complessa come Medicina generale, Geriatria o Pediatria e sarà intensificata l'assistenza sul territorio.

Si stanno costituendo con una certa celerità, gruppi di Medici di medicina Generale (3-5 medici) che unendosi in una collaborazione intelligente e fattiva, coabitando in una unica sede, fruendo degli stessi servizi, sono in grado di dare l'assistenza di un medico per tutto l'arco della giornata, la stessa presenza sarà assicurata anche in periodo di ferie, e così pur restando assistiti dal medico scelto, in casi di emergenza, si può contare su di un medico, e questa ci sembra una iniziativa veramente intelligente e coraggiosa.



2 Cosa potremmo accettare.

Ci hanno detto che dovremmo accettare i concetti che seguono, per una collaborazione più proficua:

1. Essere seguiti e curati dal Medico di Medicina Generale (MMG). Conosciamo le perplessità di questa scelta, perchè purtroppo bravi medici sono stati mortificati nella loro professione divenendo di fatto prescrittori di ricette.

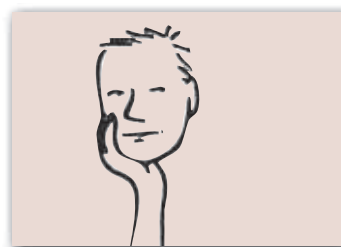
E' una stato di cose a cui si tende voler rimediare riquilificando il MMG con corsi di aggiornamento presso le ULSS, in modo che il paziente diabetico possa essere seguito e curato con competenza specifica, ed essendo conosciuto, anche con maggior attenzione. La complicità più frequente per il diabetico di tipo 2° è la patologia cardiovascolare, di stretta pertinenza del MMG.

Inoltre si ritiene che sotto il profilo professionale tutti i medici siano competenti in egual misura, perciò la preferenza è data dalla fiducia e dalla simpatia che si stabilisce tra medico e paziente. Sapendo che senza questi presupposti non esiste cura, siamo stati assicurati che si farà il possibile perchè queste situazioni vengano a convergere.

2. L'aggregazione a U.O. o a Dipartimenti comporterà la difficoltà di non essere sempre seguiti dallo stesso medico. Ciò non dovrà costituire un limite perchè con la moderna computerizzazione delle schede personali, qualunque medico prenda in mano la cartella, immediatamente può aggiornarsi sull'anamnesi e cura del paziente. In secondo luogo ci sarà un travaso di cultura diabetologica e di medicina generale a vantaggio di tutti per la presenza di medici di entrambe le specialità in reparto.

3. La nuova ristrutturazione darà la possibilità – almeno si spera – di organizzare ricoveri e degenze per intensità di cura, con un miglior servizio dosato a seconda delle necessità; di non avere letti inutilizzati perchè riservati ad altre specialità; infine disponendo di più medici in corsia di poter meglio curare il paziente. A risentire di questa nuova sistemazione potranno essere i Centri Antidiabetici che già sottorganico si troveranno ulteriormente ridotti per la turnazione di guardia.

Comunque bisogna attendere l'approvazione e la promulgazione, da parte della Regione, del "Progetto Diabete" perchè sia definitivo l'assetto organizzativo. Con esso dovranno essere definiti uniformemente per tutte le ULSS, protocolli di assistenza e di cura, organici dei CAD, interazione con altre specialità in contemporanea di visita diabetologica



re,
io applicare!

3 Cosa possiamo fare noi diabetici.

Premesso che le ultime notizie sulla Finanziaria 2010 sono preoccupanti e drammatiche, perchè dalla TV e dai giornali abbiamo appreso che il ministro dell'Economia Tremonti e del Welfare Sacconi hanno affermato che si dovrà tagliare le spese drasticamente proprio alla Sanità. Speriamo non sia vero, ma dobbiamo prepararci al peggio.

1. Dobbiamo diventare molto più solidali perché se la Sanità non ci garantirà il servizio fino ad oggi ottenuto, cosa potremo fare se non aiutarci tra noi?



Il nostro intervento dovrà rivolgersi all'acculturamento dei diabetici e alla prevenzione.

Di qui la necessità di una diversa collaborazione tra Istituzioni e Volontariato.

Necessario dovrà essere – la convenzione stipulata tra ULSS

e Associazione – che tuteli le prerogative del Volontariato:

- il riconoscimento della funzione del Volontariato;
- la formazione di persone disponibili e capaci con corsi per “diabetici guida” che dovrebbero essere abilitati a fare prevenzione nei CAD ed eventualmente anche nei reparti con interventi di informazione sull'uso dei diagnostici, sui luoghi dove iniettare l'insulina, su come prelevarla, sulla conoscenza delle penne e dei microinfusori, sulla profilassi del piede e altre informazioni di aggiornamento sulla tematica diabete continuamente in evoluzione;
- organizzare incontri dove si trattino argomenti monotematici, con medici specialisti, con temi sulla nutrizione e sul movimento fisico come coadiuvanti della terapia insulinica e della terapia orale;
- predisporre gruppi che si impegnino in una costante azione di attività motoria con passeggiate, bicicletate, palestra;
- attivare corsi pratici di cucina a dimostrazione che si può vivere bene e gustare cibi saporiti anche essendo diabetici e molto altro ancora.

Forse è un sogno più grande di noi, ma se sapremo dimostrare quello che sappiamo fare e quello che potremmo fare con la collaborazione delle Istituzioni pensiamo possa divenire realtà. *We can!*

La Presidenza

Una proposta allettante

dal 24 al 27 settembre

DIABTREK 2009

Il DIABTREK 2009 è organizzato dall'Associazione di promozione sportiva A.D.I.Q.-Alpinisti Diabetici in Quota, e si tratta di un campus sportivo in montagna che si svolge nel periodo estivo-autunnale riservato, in questa edizione, a persone con diabete di tipo I insulino trattato comprese indicativamente in una fascia tra i 20 ed i 45 anni d'età.

L'intento è quello dichiarato di praticare l'attività fisica aerobica di lieve intensità ma di lunga durata (si prevede un impegno medio quotidiano di quattro/cinque ore) quali il trekking, il nordik walking e la mountain bike negli sconfinati boschi e foreste degli altipiani di Lavarone e dei sette comuni di Asiago ed è per questo che si chiede una buona attitudine e predisposizione all'attività fisica da parte dei partecipanti.

I partecipanti al DIA-

BTREK 2009 saranno accompagnati dal gruppo A.D.I.Q. coadiuvato da guide locali e maestri di sport per comprendere sul campo i benefici effetti dell'esercizio motorio sulla gestione metabolica e le conseguenti modificazioni sulla terapia insulinica. Oltre alla pratica sportiva sono previste nel programma delle sessioni serali di approfondimento educativo, sociale e medico con il supporto di una collaudata équipe composta da due educatori, un medico diabetologo, una dietista e dalla partecipazione dei tutors del gruppo ADIQ.

Luogo: Passo Vezzena (1.417 mt.) presso un centro polifunzionale autogestito; - Altopiano di Lavarone (Levico Val Sugana, Trento)

Età Partecipanti: dai 20 ai 45 anni

Periodo: dal 24 al 27 Settembre 2009

Programma:



1° giorno

Arrivo e sistemazione in mattinata.

Ore 12.30 Pranzo

14.00 - 16.30: primi rudimenti del **Nordik Walking** - Rientro e doccia breve riposo.

18.00: primo incontro di **presentazione dell'équipe organizzativa**

del **DIABTREK 2009** e delle attività formative.

Ore 20 cena.

2° giorno

Ore 8.00 Sveglia e colazione

8.30: **Check con il medico diabetologo ed il gruppo ADIQ.**

continua a pag. 8

segue da pag. 7

Ore 9.00 - 11.30: uscita in mountain bike.

Ore 12.00 pranzo

14.00 - 16.00 lezione di Nordik Walking.

16.30 Rientro per la doccia e ritrovo alle 17.30 per il secondo incontro.

Ore 20 cena.

3° giorno

Sveglia alle 8.00 - colazione alle 8.30.

Ore 9.00 - 11.30: uscita in mountain bike.

Ore 12.00 pranzo

14.00 - 16.30 lezione di Nordik Walking.

Rientro alle **16.30** ritrovo alle **17.30** per il terzo e ultimo incontro.

Ore 20 cena.

4° giorno

Sveglia alle 7.30 e colazione alle 8.00.

Alle **8.30** uscita in mountain bike.

Rientro per le **12.30** e poi ritorno a casa.

Post cena: attività libere/proiezione filmati di montagna e dell'Associazione A.D.I.Q.



Equipe Diabtrek 2009: dr. Massimo Orrasch, medico diabetologo (Associazione A.D.I.Q.)

dott.ssa Monica Miccio, nutrizionista

dott.ssa Natalia Piana, pedagogista/educatore

dott. Giannermete Romani, pedagogista/educatore

Paolo Cristofolletti, Daniele Mirolo, Marco Peruffo, Mattia Tanza, diabetici esperti Associazione A.D.I.Q.

Stefano Cucco, Daniela Cucco, Simonetta Brunelli (maestro di sport e cuoche) gruppo logistico di supporto A.D.I.Q.

Informazioni: per ricevere ulteriori informazioni ci si può rivolgere a:

Marco Peruffo cell. 349 805 15 14; e-mail: peruffo.marco@gmail.com

Mattia Tanza cell. 339 194 21 51; e-mail: mattitan@hotmail.com

Paolo Cristofolletti Cell. 340 666 31 43; e-mail: cristofollettipaolo@libero.it

Daniele Mirolo cell. 329 750 71 88; e-mail: daniele.mirolo@inwind.it

dr. Massimo Orrasch cell. 347 141 10 82; e-mail:

dr. Massimo Orrasch cell. 347 141 10 82; e-mail:

Iscrizioni tramite e-mail: info@adiq.org



L'allegria brigata dei partecipanti del Diabtrek dello scorso anno

Il problema dei farmaci a scuola

Per i ragazzi in età scolare

Le raccomandazioni della Legge approvata nel 2005

Art. 1 - Oggetto - Le presenti Raccomandazioni contengono le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

Art. 2 - Tipologia degli interventi - La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 - Soggetti coinvolti - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni, gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Per quanto concerne i criteri cui si atterrano i medici di base per il rilascio delle certificazioni e la valutazione della fattibilità delle somministrazioni di farmaci da parte di personale non sanitario, nonché per la definizione di apposita modulistica, saranno promossi accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le AUSL

competenti.

Art. 4 - Modalità di intervento - La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;

- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;

- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli

Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada). In difetto delle condizioni sopra descritte, il dirigente scolastico tenuto a dare comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui stata avanzata la relativa richiesta.

Art. 5 - Gestione delle emergenze - Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza. ■

Cos'è il S.I.A.N.

È il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, inserito nel Dipartimento di Prevenzione di ogni ULSS:

Oltre a svolgere attività di vigilanza e di controllo con tre strutture semplici

1. Igiene degli alimenti e delle bevande;
2. Igiene della nutrizione;
3. Dietetica e nutrizione clinica;

promuove tutte quelle attività che sono propedeutiche alla prevenzione: stili di vita sani per alimentazione, nutrizione e attività fisica.

E' l'Istituto deputato alla collaborazione con le attività di volontariato e nel nostro caso delle Associazioni Diabetiche, quando quest'ultime promuovono per i propri aderenti, attività motoria o di conoscenza della cucina, due attività che sostengono due gambe del famoso cavallino della Ioslin clinic di Boston, le altre due sono l'insulina o gli ipoglicemizzanti orali e l'educazione sanitaria per diabetici.

L'articolo a fianco riportato dell'Associazione Area Berica è un chiaro esempio di come si può collaborare con la struttura pubblica, vedi anche l'attività dell'Associazione di Verona - in altra pagina di questo giornale - e l'attività di altre Associazioni.

Queste iniziative possono servire di esempio e di imitazione per tutti da programmare e realizzare in collaborazione con il S.I.A.N. della propria ULSS, e con altre Associazioni che si trovano con analoghe necessità (v. Amici del cuore, Disturbi del comportamento alimentare, obesità ecc.) sicuri di fare anche un buon servizio ai nostri associati.

N.d.R.



36025 NOVENTA VICENTINA

CAMBIARE LO STILE DI VITA. Doveroso, difficile: ma gratificante

Partiamo dal messaggio molto semplice ma fondamentale che dobbiamo trasmettere:

il diabete richiede delle conoscenze, delle attenzioni

la necessità di buone abitudini

ma non limita in alcun modo la vita: non è un handicap!

È dimostrato infatti che il diabetico può praticare tutti gli sport, fare qualsiasi lavoro sia intellettuale che fisico, condurre una vita praticamente normale però certamente...non facendo finta di non essere diabetico ma gestendo correttamente la sua situazione patologica.

Prima di tutto il diabete poiché non esiste al momento la possibilità di guarigione deve essere accettato e pertanto va accettata su indicazione del medico la cura che ricordiamo si basa su quattro pilastri fondamentali che sono:

1. **terapia** (a cura del medico diabetologo)
2. **controlli** (a cura del paziente e il controllo del medico diabetologo)
3. **alimentazione corretta** (a cura del paziente e dei suoi familiari)
4. **adeguato movimento fisico**

Si noti che nessuno di questi pilastri può essere tolto e che tre su quattro dipendono dallo stile di vita del paziente stesso che, in questa come in altre patologie metaboliche, è il gestore fondamentale della buona cura e del conseguente senso di benessere che rende più facile l'accettazione della propria malattia. Queste sono tutte cose ripetute e risapute ma

quasi mai correttamente applicate.

Qui vogliamo tornare sulla corretta alimentazione che quasi sempre è lo scoglio più duro, soprattutto vorremmo proporre un approccio che permetta di insegnare praticamente a costruire dei pasti giusti per il diabetico in famiglia e si sa che quello che va bene per il diabetico va benissimo anche per gli altri, salvo piccole varianti "dolci".

L'associazione dell'Area Berica, come già riportato, l'anno scorso, ha promosso una serie di incontri itineranti a tema alimentare e una ultima serata al ristorante con un menù predisposto da una dietista gentilmente messa a disposizione dal SIAN dell'ULSS 6, con l'illustrazione delle varie portate, degli ingredienti, il conto delle calorie per portata. Una cena illustrata e corredata dalle ricette per gli ospiti e l'iniziativa è stata apprezzata.

Ma riteniamo si debba fare qualcosa di più in-

sitati secondo le norme dietetiche di leggerezza e di ridotto contenuto di colesterolo, grassi, zuccheri semplici, con la presenza di una dietologa che illustri i motivi delle scelte e le possibili varianti. In sostanza teoria e pratica contestuali e in più un assaggio a tutti per convincere che le pietanze "sane" non hanno niente da invidiare nel gusto a quelle "dannose".

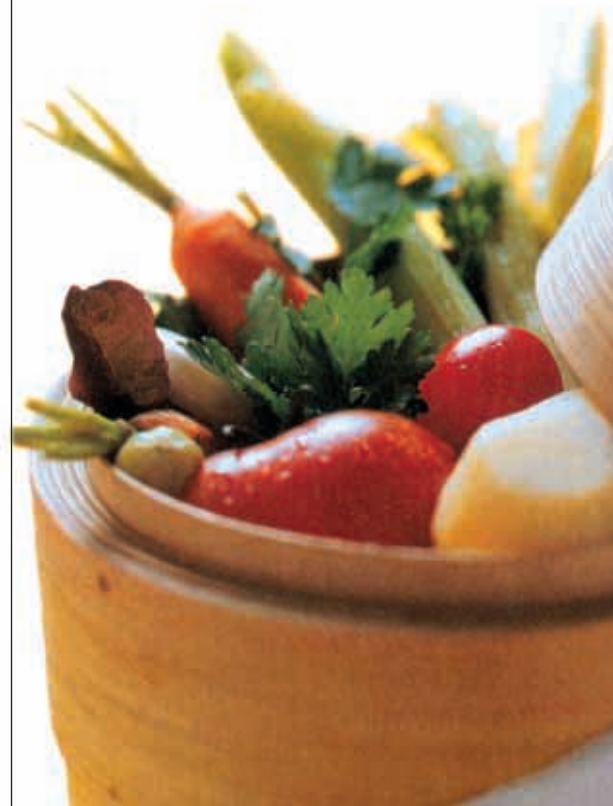
Questo è in programma per ADAB ma lo

anticipiamo in quanto potrebbe essere un'idea anche in altre realtà nella convinzione che se una "conferenza" attira poco e comunque i concetti pur bene espressi e da tutti condivisi restano in un ambito teorico e spesso non applicati, un "corso di buona cucina" ha senz'altro più estimatori e presenta concetti già applicabili alla vita reale di tutti i giorni. Saremmo lieti di ricevere le vostre osservazioni ed esperienze.

ALLEATI della SALUTE

Una corretta alimentazione può aiutare l'organismo a mantenersi sano, prevenendo molti dei disturbi più comuni e contrastando gli effetti dell'invecchiamento.

La natura mette a disposizione un'infinità di sostanze, che contribuiscono a proteggere la salute.





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

Dopo l'assemblea del 29 marzo, svoltasi con una presenza di soci molto limitata (ma con una partecipazione veramente "superba" al pranzo sociale), sono state fatte altre due serate di educazione sanitaria: venerdì 15 maggio a Follina e venerdì 5 giugno a San Fior.

La presenza delle persone interessate è stata veramente deludente. Uno smacco per gli organizzatori ed una delusione per i relatori. È triste organizzare, preparare, interessarsi, chiedere interventi a persone oberate da problemi personali e di lavoro, sicuri di aver centrato l'interesse delle persone affette dal subdolo diabete, per poi ritrovarsi in quattro gatti ad ascoltare il medico mentre spiega ed illustra i problemi che interessano tutti i diabetici, nessuno escluso. Non c'è serietà, anzi, direi che questo è menefreghismo, salvo poi chiedere aiuto nel momento tragico del bisogno!

Tanto per precisare, a Follina il dott. Guarnieri, con la conosciuta capacità di rendere facili anche le complicate terminologie della medicina, ha saputo coinvolgere i partecipanti rispondendo poi alle più disparate richieste di chiarimenti. Con l'ausilio di diapositive molto chiare, ha spie-

gato l'effetto dell'insulina per il Tipo 1 e l'impiego delle diverse pastiglie per il Tipo 2 nonché gli effetti sul fegato e sugli altri organi importanti del nostro corpo dati dall'assunzione di tante pillole. Quindi sono state esposte le funzioni del pancreas e delle sostanze che regolano l'immagazzinamento e il rilascio del glucosio... una vera lezione di medicina, resa facile per i principianti. A San Fior il tema è stato ancor più interessante: solo domande al dott. Guarnieri che ha risposto chiaramente ed esaurientemente a quanto gli è stato richiesto. Una spiegazione particolare è stata fatta sul nuovo farmaco "Byetta", che va assunto, per iniezione, in unione alle usuali pastiglie e che, tra l'altro, fa anche calare di peso. La ricerca ha trovato che dalla saliva di certi lucertoloni del Deserto del Gila (Arizona) si ricava una sostanza simile ad una proteina umana che stimola la liberazione dell'insulina dal pancreas; da questa scoperta, è stato possibile mettere a punto questo

nuovo interessante medicamento. Tra i tanti argomenti è stato spiegato qual è il momento in cui un diabetico è in "fallimento secondario" della terapia con le pastiglie, e questo succede quando la glicata è superiore ad 8 e la glicemia, a digiuno, è superiore a 140. Si è riparlato dell'utilità nel seguire il giusto stile di vita con una corretta alimentazione e, soprattutto, con l'attività fisica (bisognerebbe fare ogni giorno 4-5 km di buon cammino, o, secondo alcuni, 10.000 passi).

Una nota particolare per l'obesità e per il "grasso viscerale" che si estende nell'addome attorno ai visceri, nei muscoli, nel fegato e anche del cuore; è questo un grasso interno molto dannoso, invia al fegato tanti acidi grassi che alterano il metabolismo del glucosio e dei grassi, mettendo in circolo lipoproteine aterogene! Poi ha spiegato il problema dell'aterosclerosi in concomitanza con il diabete. Ed è proprio il diabete l'odierna malattia sociale con costi non trascurabili per la sanità,



Sabato 6 giugno 2009 presso il supermercato Eat's a Conegliano è stata fatta una giornata di misurazione gratuita della glicemia e della pressione arteriosa con 167 misurazioni totali di cui 33 persone avevano i valori glicemici fuori norma, 39 sono state le pressioni massime superiori a 130 e 12 le pressioni minime oltre i 90.

ma che purtroppo molta poca attenzione gli viene data, pur essendo questa una patologia di carattere mondiale.

In conclusione una bella divagazione sui cibi detti a "coltura biologica".

Un grazie al bravo dott. Guarnieri, al presidente dell'Associazione ing. Furlan ed a quelle poche ma brave persone che si sono applicate in modo

veramente encomiabile per la riuscita dei citati, ed interessantissimi, eventi.

Una menzione encomiabile rivolgiamo in modo particolare alla presenza della nostra equipe di volontari presso alcuni centri molto frequentati per il controllo gratuito ai cittadini della glicemia e della pressione arteriosa.

Leonardo



Il dott. Guarnieri e Barbara Fortunati



L'equipe al lavoro



Nello scorso mese di aprile, presso l'azienda ULSS n.4, è stato costituito un gruppo di lavoro con lo scopo di portare all'approvazione il documento finale del protocollo operativo del "percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale sul diabete mellito" entro il termine di due mesi. A formare il gruppo di lavoro, coordinato dalla D.ssa Paola Cassiano - Direttore del Dipartimento Cure Primarie, sono stati invitati il Dr. Francesco Calcaterra - Responsabile del Centro Antidiabetico, il Dr. Mario Saugo - Responsabile del Servizio Epidemiologico, il Dr. Giovanni Bosello - Medico di Medicina Generale di Calvene, il Dr. Giuseppe Busato - Medico di M.G. di Valdastico, il Dr. Franco Cavallaro - Medico di M.G. di Malo, il Dr. Giuseppe Maini, Medico di M.G. di Malo ed infine il Signor Renato Filippi - Presidente della nostra Associazione. La partecipazione del nostro Presidente è una importante novità, come sottolineato in occasione dell'apertura dei lavori dal Dr. Roberto Toffanin (Direttore Sanitario ULSS 4), in quanto "è volontà della Direzione Generale di realizzare in maniera completamente trasparente e condivisa un miglioramento dell'assistenza territoriale al diabete mellito". Dopo una serie di sei incontri i lavori si sono conclusi il 22 giugno: questi in sintesi i punti fondamentali del protocollo operativo.

Introduzione ai lavori

Il diabete mellito è una malattia cronica che richiede sia una attenta, scrupolosa e competente "continuità di cura", sia una continua forma educativa rivolta non solo ai pazienti, ma anche indirizzata agli

Protocollo operativo del percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale (PDTA) del diabete mellito

AZIENDA ULSS N. 4 "ALTO VICENTINO"

operatori sanitari, con l'obiettivo di prevenire le complicanze acute e croniche o, quanto meno, di ritardarne la comparsa.

Date le dimensioni epidemiologiche del problema diabete e le risorse sempre più limitate, diventa indispensabile che il servizio di Diabetologia ed i Medici di Medicina Generale lavorino secondo un "modello di gestione integrata" che preveda la gestione abituale della persona diabetica come segue:

■ Paziente diabetico affidato al Servizio di Diabetologia

1. diabete di tipo 1
2. diabete di tipo 2 insulino trattato
3. diabete di tipo 2 non insulino trattato ma complicato di recente insorgenza o in evoluzione
4. diabete di tipo 2 scompensato

■ Paziente assistito direttamente dal team cure primarie (Medico di Medicina Generale)

1. casi a rischio di insorgenza di diabete di tipo 2 (ad esempio:

familiarità di 1° grado, sovrappeso, obesità, pregresso diabete in gravidanza, ipertensione arteriosa, dislipidemia, iperuricemia)

2. alterata tolleranza al glucosio (IGT) o alterata glicemia a digiuno (IFG)
 3. diabete di tipo 2 in sola terapia dietetica
 4. diabete di tipo 2 in terapia con antiglicemizzanti orali, in discreto compenso metabolico
- Percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale**

■ Screening del diabete mellito di tipo 2

Il Medico di Medicina Generale deve effettuare attività di prevenzione verso i propri assistiti per cui è raccomandato il controllo opportunistico della glicemia ogni tre anni per gli assistiti di età superiore ai 40 anni.

In presenza delle seguenti condizioni considerate fattori di rischio per il diabete: familiarità di 1° grado, obesità, sovrappeso, pregresso diabete gestazionale, aterosclerosi precoce, ipertensione arteriosa, dislipidemia, iperuricemia, pregressi parti con macrosomia

fetale, aborti ripetuti è raccomandabile il controllo opportunistico annuale della glicemia.

■ Paziente con IGT o IFG

I pazienti con diminuita tolleranza agli idrati di carbonio o alterata glicemia a digiuno, cioè con valori tra 110 e 126, sono seguiti dal MMG e inviati al CAD solo se vi sarà un viraggio verso il diabete mellito.

Detti pazienti devono comunque sostenere annualmente una serie di esami a scopo di prevenzione.

■ Prima visita presso il CAD

Tutti i pazienti diabetici, compresi quelli di tipo 2, effettuano una prima visita specialistica presso il CAD al momento della diagnosi con lo scopo di inquadrare la situazione clinica e metabolica e di proporre al paziente e al MMG il piano terapeutico ed il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale.

Il paziente affidato all'assistenza diretta da parte del proprio MMG viene informato sul protocollo condiviso dallo stesso MMG, dal

CAD e dall'Associazione Diabetici e sul fatto che il MMG rimarrà a stretto contatto con il CAD sia tramite il teleconsulto sia tramite le richieste di consulenza in caso di scompenso metabolico o comparsa di complicanze evolutive.

■ Assistenza del diabetico di tipo 2 con discreto compenso metabolico e privo di complicanze

La responsabilità della continuità delle cure e dell'assistenza per questa tipologia di pazienti spetta al MMG che condivide il piano assistenziale con il Diabetologo mantenendo attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

I pazienti in trattamento dietetico devono effettuare esami di controllo con cadenza semestrale ed annuale, mentre per i pazienti con terapia orale gli esami vanno effettuati con cadenza quadrimestrale ed annuale.

■ Linee guida per le visite presso il Servizio di Diabetologia (CAD)

Le visite specialistiche presso l'U.O. di Diabetologia vanno concordate tra MMG e Diabetologo secondo piani di cura individualizzati. La gestione integrata prevede che le visite possano essere urgenti o non urgenti: in particolare le visite urgenti riguardano i casi di "sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto" e "ripetuti episodi di ipoglicemia". In presenza di uno scompenso metabolico che mette a rischio la

Avviso importante

Al fine di evitare spiacevoli disagi si raccomanda ai pazienti diabetici che devono rinnovare la patente di guida automobilistica "A" e "B" di contattare la nostra Associazione **almeno 6 mesi prima** della scadenza della patente stessa.

I nostri collaboratori sono a disposizione per fornire tutti i necessari chiarimenti

dal lunedì al giovedì dalle ore 9,00 alle ore 11,00

al seguente numero telefonico

0445.598271



25 marzo 2009

ASSEMBLEA ORDINARIA

Relazione del Presidente

Quest'anno l'assemblea ordinaria dei soci, in occasione della quale c'è stato il rinnovo del Consiglio Direttivo e Cariche Sociali, oltre alla consueta presentazione e approvazione del bilancio, è stata particolarmente significativa perché sono intervenuti il Direttore Generale dell'Az. Ospedaliera dott. Sandro Caffi, il prof. Michele Muggeo primario della U.O. clinicizzata di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo (Az. Osp.), il prof. Enzo Bonora ordinario di Endocrinologia all'Università di Medicina di Verona e responsabile dei Servizi di diabetologia, il dott. Marco Bacchini Presidente di FEDER-FARMA.

Il tema dell'incontro è stato "Diabete a Verona", grande contenitore in cui ci sono le cifre (diabetici accertati e presunti)

e soprattutto i livelli di assistenza attuali e futuri (strategie, costi, qualità della vita).

Il direttore generale dott. S. Caffi pur non scendendo nei dettagli ha sostanzialmente garantito anche per il futuro un impegno forte da parte dell'Azienda Ospedaliera nella lotta al Diabete con tutto ciò che ne consegue in termini di strutture, organici e collaborazioni tra organi istituzionali (Az. Ospedaliera, Università, ULSS 20, Regione, MMG ecc), ribadendo inoltre che accanto



a centri specializzati di eccellenza come a Verona, ci devono essere anche ambulatori

diffusi nel territorio per una assistenza più capillare.

Il prof. M. Muggeo ha fatto una breve cronistoria della lotta al diabete a Verona (n.d.r. di cui è stato certamente uno dei più qualificati protagonisti) che ha prodotto una notevole riduzione delle complicanze e ha ricordato anche la collaborazione e disponibilità continua con l'Associazione Diabetici in un rapporto di integrazione nel rispetto del ruolo autonomo di ciascun soggetto.

Il prof. E. Bonora ha fornito ai presenti le cifre del diabete oggi a Verona (oltre 18.000 solo ulss 20), nel Veneto (250.000) a livello Nazionale (quasi 3 mln) e nel mondo (circa 250 mln) ma ciò che preoccupa sono le percentuali di crescita (366 mln nel 2030); ha quindi parlato di "Obiettivo Diabete" originato dalla Conferenza Regionale tenutasi alla Gran Guardia il 12-13 dicembre 2008 che sarà caratterizzato da un protocollo condiviso in cui la persona con diabete è il centro

e il team diabetologico, i MMG, le ULSS, le farmacie, le associazioni ecc sono la sua circonfenza. Il prof Bonora ha ribadito che per realizzare una efficace prevenzione del diabete e delle sue complicanze occorre che tutti i soggetti suddetti facciano la loro parte comprese le persone, che devono assumere stili di vita corretti ed adeguati perché il diabete è una patologia cronica degenerativa sistemica e asintomatica quindi subdola con cui è però possibile convivere serenamente ma, quanto mai nefasta se trascurata (attacco cardiaco, ictus, insufficienza renale, cecità, amputazione arti inferiori, morte).

Il dott. Bacchini ha evidenziato il ruolo determinante nella prevenzione che potrebbero avere le farmacie perché diffuse capillarmente e a contatto diretto con la popolazione; ha inoltre illustrato un piano di distribuzione dei farmaci tramite collegamento telematico tra ULSS e Farmacie che permetterebbe un miglior servizio per gli utenti e un risparmio per il SSN.

segue da pag. 11

vita, le linee guida prevedono che il ricovero ospedaliero può essere fatto direttamente dal MMG oppure dal Diabetologo.

Una ulteriore importante annotazione va rilevata nella stesura del protocollo: viene costituita una "commissione aziendale" per il controllo dell'attuazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale composta da un rappresentante della Direzione Aziendale, del Servizio di Diabetologia, dei MMG, dell'Associazione Diabetici e del Personale infermieristico.

Quelli sopra esposti sono in sintesi gli argomenti fondamentali del protocollo operativo che dovrà trovare corretta applicazione nel suo "percorso" da parte di tutte le strutture interessate.

I punti critici da superare di questo percorso sono due: la diagnosi e la prevenzione delle complicanze. Purtroppo

siamo consapevoli che il diabete viene spesso diagnosticato dopo un infarto o una ischemia, per cui il paziente entra nel mondo della diabetologia con una decina d'anni di ritardo. La diagnosi dovrà essere precoce per cui al MMG va affidato il compito di "stanare" per tempo il diabete fra i suoi assistiti, consapevole che si supera anche di poco i livelli di guardia (ad es.: 126 mg/dl a digiuno) il paziente deve essere inviato al Servizio di Diabetologia per il necessario inquadramento.

A questo punto la persona con diabete dovrà essere seguita in maniera coordinata dal Medico specialista, il Diabetologo, e dal Medico di Medicina Generale, i quali definiranno una serie di percorsi di cura e di diagnosi a seconda dei fattori di rischio; percorsi che potranno essere modificabili nel tempo sulla base dell'evoluzione degli stessi fattori di rischio.

Come si può ben rilevare da quanto sopra riportato, un ruolo fondamentale per la corretta applicazione del protocollo ed il buon esito della gestione integrata spetta al Medico di Medicina Generale, il Medico di Famiglia: in proposito i Dirigenti dell'ULSS n.4 assicurano sulla collaborazione dei medici convenzionati per lo sviluppo di una strategia comune atta a garantire e migliorare il livello di assistenza alla persona diabetica.

Una risposta in tal senso l'avremo entro breve tempo in quanto nel prossimo mese di settembre sarà rinnovato il contratto per il rapporto di collaborazione tra ULSS e medici convenzionati, contratto in cui sarà inserito il protocollo operativo oggetto del nostro articolo, protocollo che nel frattempo avrà ottenuto la delibera ufficiale da parte del Direttore Generale dell'Azienda ULSS n.4 Alto Vicentino.

E.G.



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

Dopo qualche intervento di richiesta di chiarimenti e precisazioni da parte dei soci ci siamo congedati dagli ospiti con l'augurio che i buoni propositi di ciascuno trovino realizzazione

concreta. Per ciò che concerne la relazione sulle attività della Associazione 2008/2009 ne riporto un estratto sintetico nella scheda che se-

ATTIVITÀ 2008

L'Associazione fornisce supporto morale informativo e logistico ai pazienti diabetici afferenti alle strutture dell'Azienda Ospedaliera e a quanti sono "sensibili" alle problematiche inerenti la patologia diabete in collaborazione intensa e continua con il Servizio di Diabetologia, Azienda Ospedaliera, Centro Servizio per il Volontariato, ULSS 20, Comune di Verona, Facoltà di Scienze Motorie e altre Associazioni ONLUS e non, mediante:

- di meditazione di Sahaja Yoga
- 7. Coordinamento a livello regionale con l'adesione alla FeVeDi e a livello nazionale con "Diabete Forum"
- 8. Informazione-comunicazione attraverso il Giornale "Dimensione Diabete"
- 9. Corso di pittura il lunedì pomeriggio e di giochi il martedì pomeriggio nel Reparto di Radioterapia Oncologica e Endocrinologia
- 10. Corsi di cucina a cura di uno Chef insegnante dell'IPSAR "A.Berti".

1. Apertura della nostra sede il lunedì dalle 14 alle 16, il mercoledì e il venerdì dalle 9.00 alle 11.00

2. Incontri di educazione terapeutica, conferenze, vacanze intelligenti, screening per eventuali diagnosi di diabete per una efficace prevenzione attraverso stili di vita corretti e terapie condivise.

3. Corsi di attività motoria per diabetici over 55 anni e inoltre gruppi di cammino, pedalate, podistica annuale "14.000 passi per combattere il diabete"

4. Partecipazione dei nostri volontari ai corsi di Formazione organizzati dal CSV, dall'Azienda Ospedaliera o da altri.

5. Assunzione di giovani in Servizio Civile Nazionale (18-28 anni), tramite il CSV di Verona, che collaborano con la Diabetologia di B.Trento a progetti di screening quali "il piede diabetico" e "diabete in gravidanza"

6. Terapia di gruppo per diabetici di tipo I° e II° a cura di una psicologa e partecipazione a corsi

Programmazione 2009

Si confermano tutte le attività del 2008 e inoltre:

- 1. Progetto: "intervento psicologico all'esordio del diabete e nel protocollo di chirurgia dell'obesità" per uno/a psicologo che integri il lavoro della dott.ssa Luisa Nadalini
- 2. Serie periodica di 4 incontri (convivere con il diabete; cos'è il diabete; dieta equilibrata e attività fisica; terapia insulinica) da tenersi l'ultimo giovedì di ogni mese dalle 14.30 alle 16.00 in Diabetologia, come colloquio interattivo con il "diabetico guida" Giovanni Sartori. Chi desidera partecipare può iscriversi tramite il proprio medico diabetologo (max 10-12 persone)
- 3. Controllo gratuito e facoltativo della glicemia ai partecipanti di podistiche non competitive

Il presidente
Gaetano Savino

7 giugno 2009 **PODISTICA**
"14000 passi per combattere il diabete"

Prima della partenza c'è stato il controllo individuale della glicemia a cura di volontari del personale infermieristico e medico della Endocrinologia - Diabetologia dell'Ospedale di Borgo Trento, che utilizzavano strumenti e strisce generosamente forniti da tutte le case farmaceutiche che li producono (Abbott, Bayer, Life-Scan, Menarini, Roche e Terumo).

La gente però voleva partire prima dell'orario prefissato e allora li abbiamo invitati ad unirsi al gruppo di Rovereto che stava facendo ginnastica a corpo libero per sciogliere e scaldare i muscoli guidati da un loro preparatore atletico.

Ore 9.00: pronti via per la ciclabile di Avesa e poi a proseguire all'interno dell'abitato ma con un contorno panoramico di colline il cui habitat naturale è stato, pur con la presenza di numerose abitazioni, sostanzialmente preservato: tre km all'andata, di leggera salita, e tre al ritorno, di leggera discesa. Ad un km dall'arrivo c'è la deviazione per il percorso più lungo, che si inerpica sulle colline di Avesa e Quinzano per poi scendere per un sentiero collinare ed infine, dopo aver superato la Chiesa di S. Rocco, si imbecca l'ultimo km e mezzo pianeggiante fino



al Centro Polisportivo V. Avesani (circa 14.000 passi). Rimisurazione della glicemia, terzo ristoro, dopo i precedenti dislocati lungo il percorso, e consegna della T-shirt (NovoNordisk), della misura richiesta, e dell'utile e bello zainetto con

il logo dell'iniziativa e dei vari sponsor contenente materiale informativo ed educativo sul diabete, fornito dalle case farmaceutiche stesse, (Glaxo-SmithKline compressa) e alimenti sani quali acqua (Sangemini), biscotti dolce-salato (Galbusera),

continua a pag. 14

Si ricorda ai soci che a settembre 2009 ci saranno i consueti appuntamenti per le iscrizioni ai corsi di attività motoria 2009/10, meglio informarsi presso l'Associazione anche per iniziative correlate ad essi (incontri, gita). L'Associazione parteciperà alla "FESTA DEL VOLONTARIATO" che si terrà in piazza Brà il 6 settembre 2009.



Il giorno 23 aprile è giunto a conclusione il Corso di Cucina promosso dall'Associazione Diabetici Verona e realizzato grazie alla collaborazione dell'Istituto Professionale di Stato "Angelo Berti" con sede al Chievo.

Nel gruppo si è creato un importante momento associativo tramite l'arte, i consigli e le pratiche dimostrazioni fornite dallo chef prof. Nicola Bruno Casadei che ha condotto le lezioni.

Noi frequentanti ab-

CRONACA DI UN CORSO DI CUCINA

biamo fruito di cinque pomeriggi dedicati alla preparazione e successiva degustazione dei cibi.

In una delle moderne cucine dell'Istituto venivano posizionate su

un terso e lucido banco d'acciaio le materie prime con le quali si doveva comporre un menù preplanificato (è doveroso qui un ringraziamento a Milena per la cura dimostrata nel-

l'effettuare la spesa).

Venivano quindi accesi i fornelli e il prof. Casadei iniziava a spiegare gli abbinamenti e le valenze, intese anche in senso chimico, dei vari elementi. Infatti

aiutavano durante le preparazioni e, successivamente, eseguivano un perfetto servizio in tavola. Anche noi corsisti siamo stati invitati a prendere parte attiva alle azioni in cucina. Dopo qualche esitazione non solo le signore che sono tradizionalmente le regine del settore fornelli ma anche i signori, forse lusingati dal noto detto "le donne cuocio-



segue da pag. 13

mela donata da Verona-Mercato.

C'erano circa venti volontari, oltre a quelli sul percorso molti dei quali della Protezione Civile di Negrar, che si adoperavano affinché i partecipanti alla podistica avessero tutto ciò che era previsto, gentilezza compresa e, da parte dei medici e degli infermieri, anche di informazioni e/o chiarimenti sulle variazioni dei livelli glicemici.

A proposito dei valori glicemici c'è da dire che tra le glicemie effettuate prima della partenza, i valori fuori norma (circa il 16% del totale) si sono ridotti dell'84% in quelle effettuate dopo l'arrivo (2,5% del totale); questo permette alle persone di verificare come l'attività motoria possa regolarizzare la glicemia

motivandole ad una quotidiana attività aerobica per una efficace prevenzione delle complicanze del diabete. Naturalmente c'è anche l'effetto di prevenzione al diabete di tali iniziative in quanto si sensibilizza la popolazione in generale sul problema e i soggetti a rischio in particolare.

Quest'anno l'evento è stato fissato il 07/06/2008 per inserirlo nelle Olimpiadi tra Quartieri, organizzate dalla Commissione Sport della II^ Circoscrizione del Comune di Verona.

La podistica "14.000 passi per combattere il diabete" è stata realizzata grazie alle generose donazioni degli sponsor e alla collaborazione tra: Endocrinologia-Diabetologia di Borgo Trento, U.S. Pindemonte,

Associazione Diabetici Verona, Cogest soprattutto nella persona della validissima Eleonella Righetti, II^ Circoscrizione del Comune di Verona; questa edizione rientra inoltre nel progetto VeronaDiabete di cui abbiamo distribuito il volantino contenente indicazioni sul rischio diabete e su alcuni equivalenti tra i più comuni alimenti e i minuti di attività motoria occorrenti (passeggiata, cyclette, corsa) per "smaltirli". Per dovere di cronaca devo dire che abbiamo ricevuto i complimenti da molti dei partecipanti (circa 400) per l'organizzazione e il percorso e quindi **ringrazio tutti di cuore e arrivederci all'anno prossimo!!!**

Gaetano Savino

è vero che alcuni cibi vanno evitati dai diabetici, ma è importantissimo valutare l'azione di certe sostanze che, combinandosi durante la cottura, danno luogo al tanto temuto rialzo del tasso glicemico. L'arte del cuoco può avviare a questo rischio. Seguendo le lezioni ci si sono aperti nuovi orizzonti: cibi di ottimo valore nutrizionale sono stati realizzati con tecniche particolari dando vita a zuppe saporite e leggere, risotti coloratissimi e profumati, carni cotte su letti di erbe aromatiche, pesce servito in carpaccio dopo un trattamento al sale, tutti piatti appetitosi e compatibili col regime alimentare idoneo ai diabetici.

Durante le lezioni il prof. Casadei era assistito da una coppia di allievi dell'Istituto "Berti". I giovani aspiranti chef

no, gli uomini cucinano" si sono avventurati tra le padelle esibendosi perfino in "acrobatiche" preparazioni delle crêpes.

Abbiamo imparato tanto e ci siamo divertiti.

È stato proposto di riprendere le lezioni il prossimo anno, è un invito al quale sarà difficile resistere. La cucina vuole dedizione, fantasia e tecnica. Quando si inizia si vuole procedere, la curiosità è stimolata dal gusto che viene appagato, il segreto di un sapore di una salsa insolita spingono a volerne sapere di più.

Questo è un arrivederci per chi, come me, ha partecipato al corso, un invito per chi desidera iniziare il cammino e un grazie al Presidente Gaetano Savino, promotore, e al super chef prof. Nicola Bruno Casadei.

Cecilia

36100 VICENZA - VIALE BARTOLOMEO D'ALVIANO, 10
Tel. e Fax 0444 757035

2^a Giornata Vicentina del Diabete



Il 14 Giugno 2009 si è svolta in Piazza De Gasperi (Porta Castello) a Vicenza, la seconda Giornata Vicentina del Diabete.

Il personale della Protezione Civile di Vicenza, presente fin dalle prime ore del mattino, ha installato un vistoso gazebo resistente al vento e capace di riparare dal sole i volontari dell'Associazione Diabetici, che per tutto il giorno si sono avvicendati per provare la glicemia e distribuire materiale informativo ai numerosi cittadini di Vicenza, provincia ed anche cittadini stranieri.

Anche quest'anno l'Unità Operativa di Diabetologia dell'Ospedale di Vicenza ha collaborato con la nostra Associazione. Infatti il Dottor Zen Francesco è stato a disposizione mattina e pomeriggio, prestando la sua consulenza alle

persone che risultavano avere valori fuori dalla norma.

Le domande ricorrenti riguardavano la richiesta di come prevenire il diabete, quali sono i fattori a rischio, quali analisi e controlli si devono eseguire quando i valori sono fuori norma, quali sono gli alimenti più indicati e quanta attività fisica si dovrebbe fare.

Alla fine della giornata, i controlli eseguiti, sono stati circa 500. Una decina di persone è risultata a rischio diabete, in quanto con valori di glicemia sopra al limite.

L'obiettivo della giornata, per l'Associazione, era quello di continuare l'opera di sensibilizzazione e prevenzione anche al di fuori della nostra sede e il numero di rilevazioni glicemiche effettuato ci hanno confermato che ne è valsa la pena.

Maria Vittoria Brunello



Il dottor Zen e il presidente Stefano Passarella con i collaboratori davanti alla tenda dei prelievi

Queste sono vacanze intelligenti!

Breve relazione sull'esito positivo del Campo scuola 2009 che malgrado le numerose critiche si rivela ancora strumento di massima utilità per i diabetici

Anche quest'anno si è svolto ad Asiago il Campo Scuola organizzato dall'Associazione Diabetici di Vicenza in collaborazione con il C.A.D. di Vicenza, nel periodo dal 27 Giugno al 4 Luglio, presso la Casa per Ferie "Maria Immacolata". Il numero dei partecipanti è stato più alto rispetto

punto di vista psicologico questo problema che va vissuto con coraggio e forza di volontà. Nei giorni successivi abbiamo avuto la grande fortuna di assistere alle lezioni di vari Medici, tra cui il Dottor Marco Strazzabosco del C.A.D. di Vicenza, che nonostante abbia affrontato il problema delle compli-

ma come scelta di un'alimentazione corretta, niente divieti, niente sensi di colpa: il cibo che decidiamo va bene per noi, nel rispetto della saggezza del nostro corpo. Non è mancata la grande gioia di avere con noi il Professor Giuseppe Erle, che, come sempre, ci ha "coccolato" con la sua sapienza ed



Un momento di pausa felice durante una delle corroboranti passeggiate che oltre ad alimentare lo spirito servono per stringere amicizie che poi si perpetuano nel tempo

a quello dello scorso anno e per questo sono aumentate emozioni ed intrecci di esperienze. Al nostro arrivo alla Casa per Ferie ci siamo subito presentati e dopo il pranzo abbiamo incontrato la Dottoressa Beatrice Brogliato, la quale con la sua "speciale" esperienza ci ha "aperto" una grande finestra sullo stato d'animo delle persone con diabete: come "combattere" dal

canze della malattia, ha saputo dare serenità nel riconoscerle, accettarle e curarle. Ha parlato di neuropatie, piede diabetico, retinopatie e di acetone con riferimento all'attività fisica, quando è meglio evitarla o come affrontarla in determinate situazioni. Anche la Dottoressa Ortensia Pavan ha introdotto un argomento molto interessante la dieta vista non come punizione,

esperienza di una vita fatta di studio e di lavoro per le persone con diabete. Ha parlato di insulino terapia favorendo, in parte, i diabetici di tipo 1 e coinvolgendo poi anche quelli di tipo 2, che con i loro farmaci ipoglicemizzanti avevano numerose domande da porgli; infatti il Professore aveva preparato molti lucidi, ma alla fine, si è messo a disposi-

continua a pag. 16



Un'altra sosta durante la passeggiata



In campo è finito.... si torna a casa. Le facce sono sorridenti, ma nel cuore rimane la nostalgia di una bella settimana trascorsa tra apprendimento sanitario per diabetici e passeggiate all'aria aperta

segue da pag. 15

zione delle richieste e dei dubbi dei presenti (come fa da una vita.... ed è per questo che è un grande uomo !). Per ultimo, ma non in ordine di importanza, il carissimo Dottor Francesco Zen che ci ha esposto un argomento vasto ma importantissimo come la Sindrome Metabolica. Ha parlato inizialmente dei comportamenti che una persona con diabete deve avere abitualmente, dopo i pasti o durante la giornata per "sciogliere" zuccheri e grassi. Successivamente ha esposto alcuni dei problemi a cui si può andare incontro avendo colesterolo, trigliceridi e pressione arteriosa fuori dai limiti. Naturalmente ha parlato dei danni che si possono avere, ma anche dei modi per evitare questi rischi. Nonostante le lezioni dei Medici assorbissero gran parte delle nostre giornate siamo riusciti comunque a godere di momenti di relax in compagnia, come il giorno in cui abbiamo fatto una gita al lago di Roana o tutte le belle passeggiate tra boschi e prati; in mezzo alla natura abbiamo avuto modo

di unirvi di più dal punto di vista umano. Non è mancata la meravigliosa esperienza del corso di acquarello con la ormai conosciuta e stimata, dalla nostra Associazione, Margherita Brunello, Maestra di arte e sentimento. Le sere si giocava, si cantava, si rideva, si stava insieme sempre e tutto questo ha portato a rattristare gli animi il giorno della partenza. Per tutta questa esperienza di vita dove ci si trova per andare avanti nonostante un "ostacolo" e si ritorna a casa ricchi di emozioni e carichi per il cammino quotidiano ringraziamo i Medici del C.A.D. il Professor Erle e la Dottoressa Brogliato, che anche nei momenti di pausa e del pranzo si sono resi disponibili a tutte le nostre richieste. Un grazie di cuore a chi ha lavorato tanto nonostante le difficoltà e gli impegni di lavoro, quindi alle care Luciana Lucchini e Anna Maria Preto, alla vice presidente Maria Vittoria Brunello e al neo presidente Stefano Passarella.

Annamaria

IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ASSOCIAZIONE

Comunichiamo che in data 26 maggio 2009 il Consiglio direttivo ha accettato le dimissioni dell'avv. Vincenzo Garzia dalla carica di Presidente, per ragioni di lavoro e di famiglia, e del sig. Pierandrea Pernigotto per motivi personali. Nel ringraziarli per il proficuo lavoro svolto per l'Associazione ci rammarichiamo di non poter più fruire appieno del loro prezioso apporto.

Passarella Stefano
Brunello Maria Vittoria
Benin Adriano
Carlotto Maria Luisa
Romio Roberta
Garzia Vincenzo
Maule Giovanni

Presidente
Vice Presidente
Tesoriere
Consigliere

Donnini Giuliano
Guarente Antonino
Lucchini Luciana
Balasso Gabriella
Peruffo Giuseppe
Preto Annamaria

Revisori dei Conti

Collegio dei Probiviri

FeVeDimensione diabete

A cura delle Associazioni Diabetiche di:
ADIQ Alpinisti Diabetici in Quota
(Associazione Nazionale)
Area Berica, Noventa Vicentina,
Arzignano-Montebelluna-Lonigo,
Bambini e Giovani Diabetici-Vicenza,
Bovolone-S. Giovanni Lupatoto-Zevio,
Conegliano,
Schio Alto Vicentino,
Verona,
Vicenza.

Edito dalla Federazione Veneta Diabetici
col' Associaz. Diabetici di Conegliano

Direttore Responsabile:
Matteo Crestani

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

Stampa: C.T.O. - Vicenza