



Vogliamo continuare a fare informazione e prevenzione



Da 38 anni operiamo sul territorio a fianco delle strutture sanitarie e continueremo a farlo anche dopo la riforma del “Terzo Settore” che entrerà in vigore nel 2020.

Le ultime statistiche sul progredire del diabete, in particolare quello di tipo 2, confermano le previsioni fatte dalla nostra Associazione negli ultimi anni. Da trentotto anni l'Associazione opera sul territorio a fianco delle strutture sanitarie, che sono presenti nello stesso, promuovendo e sostenendo azioni per informare i cittadini sulla malattia e come prevenirla o limitarla.

Il diabete è una malattia subdola, quindi il suo sorgere non è facile da identificare con immediatezza. È proprio per questo motivo che nel corso degli anni di attività l'Associazione Diabetici Bergamaschi ha avuto come uno dei suoi principali scopi la promozione della conoscenza che, attraverso varie azioni sul territorio, ha permesso di rendere edotti i cittadini dei rischi incombenti su ciascuno di essi in quanto prova attiva di un mondo socialmente sempre più indirizzato a cercare

di creare benessere, nuovi spazi alimentari e stili di vita che portano ad utilizzare sempre più comodità negli spostamenti e sempre meno a seguire un corretto e regolato uso del fisico.

Diversi sono stati negli anni gli interventi che l'Associazione ha fatto per dimostrare che è meglio conoscere, prima che la malattia si manifesti, che non conoscere i fattori che possono essere portatori silenziosi di diabete. L'attività che da tempo svolgiamo nell'ambito socio-sanitario bergamasco, ha permesso alla stessa di godere dell'attribuzione di associazione di volontariato ONLUS. Attività di volontariato che è sempre stata svolta nel rispetto delle norme, sia di natura sociale sia di uso delle risorse monetarie e non. Ciò grazie

segue a pagina 7

Giambattista Negretti

Connessi e disorientati

Gli italiani considerano i social un importante canale d'informazione sul diabete, ma tra i primi 100 contenuti virali 60 sono fake news.

Il rischio corre sul filo della rete. Rete intesa come internet, strumento diabolico che a volte va usato con grande cautela. Diffidare dei social? No, ma farne buon uso è sempre meglio perché è proprio in rete che gli italiani trovano la maggior parte delle informazioni online in tema di diabete, ma non sempre i “risultati” rispondono alla verità. Una prova la si è avuta dai dati della prima ricerca scientifica sulle fake news in rete che riguardano il diabete, ricerca promossa da Sanofi nell'ambito del suo progetto #5azioni, la prima Social Academy nata per aiutare le persone con diabete ad orientarsi al meglio online e sui social media. Sì, perché è proprio sui social che gli italiani trovano oggi la maggior parte delle informazioni che riguardano il diabete e rischiano di rimanere disorientati andando alla ricerca di suggerimenti sull'alimentazione da adottare (il 38%), di tutorial che spieghino come affrontare la malattia (il

segue a pagina 3

Maurizio Bucarelli

Diabete, sport e agonismo

L'attività fisica e lo sport sono praticabili, a tutte le età, anche con il diabete sia di tipo 2 sia di tipo 1. Sarebbe auspicabile che nella nostra società, in cui si sta diffondendo il concetto di "wellness-fitness", si attuassero politiche per favorire un aumento della pratica amatoriale in tutte le diverse fasce d'età e in diverse condizioni di salute o disabilità.

La Dottoressa Angela Girelli (foto a destra), dirigente medico ASST Ospedali Civili di Brescia e responsabile Tecnologie e Terapia del Diabete Tipo 1, UO Medicina indirizzo Metabolico e Diabetologico, è stata una delle relatrici dell'incontro "Diabete e Attività Sportiva" promosso dall'Associazione Diabetici Bergamaschi, e ha scritto questo articolo per il nostro giornale.



comunque un'attenta programmazione e gestione. Lo sport agonistico, dato lo stress fisico e psichico che inevitabilmente comporta, richiede maggiori adattamenti della terapia e della dieta, necessita di un più stretto monitoraggio della glicemia e di un'attenta autogestione del diabete.

Nel diabete tipo 2 i livelli di insulina in circolo sono alti, ma fegato e muscoli sono resistenti alla sua azione, non riuscendo così ad utilizzare il glucosio come fonte energetica.

Questo spiega, in parte, perché la glicemia è alta nonostante l'insulina sia presente. Paradossalmente la pratica regolare di attività fisica riduce sia la

fisiopatologia dell'esercizio, abbiamo linee guida per la prescrizione dell'esercizio nella prevenzione e cura del diabete tipo 2 e per la gestione in sicurezza dello stesso nel diabete tipo 2.

La pratica regolare di esercizio fisico o di attività sportiva è parte integrante del

L'attività fisica è un'attività umana ancestrale; essa, sia nella sua componente anaerobica ("colpisci e fuggi") sia in quella aerobica (migrazioni, nomadismo), è stata un elemento fondamentale nella nutrizione, riproduzione ed evoluzione della specie umana. La prima osservazione sul binomio "AF-diabete mellito" è presente nel libro *Memoires d'un diabetique* (1830) in cui l'autore, medico e diabetico, riferiva che dopo un pasto abbondante era solito percorrere di corsa i boulevard esterni di Parigi.

La prima osservazione scientifica, invece, risale al 1926, anno in cui Lawrence, medico inglese e diabetico, pubblicò sul *British Medical Journal* un articolo in cui dimostrava su se stesso che un'iniezione di 10 unità di insulina pronta produceva un maggiore e più repentino calo glicemico se seguita da esercizio fisico piuttosto che se restava a riposo. Per il sinergismo d'azione del lavoro muscolare e dell'insulina, l'esercizio venne considerato un "pilastro" della terapia del diabete (Joslin Elliot, 1959).

Nel 1960 Fromantin (Francia) distingue gli sport nei diabetici in "obbligatori", "raccomandati", "autorizzati", "proibiti". In quegli anni appaiono sulla scena dello sport internazionale i primi atleti diabetici: Murray Halbert, che vinse la medaglia d'oro sui 5000 m alle Olimpiadi di Roma del '60; i tennisti americani Billy Tabbert e Hamilton Richardson vincitori di Coppa Davis e lo svedese Lennart Bergelin, tennista a lungo titolare della squadra nazionale che fu anche coach di Bjorn Borg. Da allora molta strada è stata fatta: conosciamo molto meglio la



trattamento del diabete tipo 2, soprattutto per i soggetti sovrappeso o obesi, e contribuisce al controllo glicemico e alla buona forma fisica anche nel diabete tipo 1. Inoltre, l'attività sportiva aumenta il senso di benessere e di sicurezza, accresce la fiducia in sé stessi (autostima), riduce i livelli di ansia e di depressione; per chi ha il diabete, soprattutto in caso di terapia insulinica, richiede

quantità di insulina nel sangue che la glicemia, perché migliora progressivamente la capacità di fegato e muscoli di rispondere all'azione dell'insulina, in pratica migliora l'insulinoresistenza. È proprio per questo motivo che l'attività sportiva è uno dei cardini principali della terapia del diabete tipo 2. Viceversa nel diabete tipo 1 la persona che pratica esercizio/sport, per beneficiare dei

benefici dell'esercizio, dovrà essere in grado di mantenere il controllo glicemico attraverso adeguate correzioni della terapia insulinica e dell'alimentazione. La persona con diabete deve fare movimento e attività fisica, ma sempre tenendo d'occhio l'andamento glicemico, per evitare sia l'iperglicemia sia la crisi ipoglicemica. Perciò il controllo della glicemia capillare (con glucometro) o del glucosio interstiziale (con monitoraggio in continuo) è un elemento imprescindibile per una gestione corretta e sicura dell'esercizio. Attraverso la conoscenza delle oscillazioni glicemiche la persona con diabete potrà provvedere ad azioni correttive per mantenere il più stabile possibile la glicemia. Se l'attività fisica e lo sport con il diabete sono praticabili a tutte le età e sia con diabete di tipo 2 sia con diabete di tipo 1, in quest'ultimo molto spesso i pazienti (soprattutto i giovani, giovani adulti) praticano attività sportive competitive anche agonistiche. Diabete di tipo 1 (Dm1) e sport, un rapporto che, a lungo, è stato "tormentato" e che, solo nell'ultima decade, ha fatto segnare concreti miglioramenti: sono ormai tanti gli studi che danno certezze sugli effettivi benefici che possono avere, i pazienti diabetici, dalla pratica sportiva, intesa sia come moderata attività fisica che come disciplina agonistica, e questo rappresenta un passo importante, se non decisivo, nella costante ricerca di una sempre migliore qualità della vita. Ma il cammino non è stato assolutamente facile e, come caso limite, si può riportare quello del nuotatore statunitense, Gary Hall junior, la cui diagnosi di Dm 1 venne effettuata nel 1997, dunque, non in tempi remotissimi, e la cui carriera sportiva venne tenuta in sospenso dai medici che, subito dopo l'esordio della malattia, volevano fargli interrompere l'attività da atleta professionista; Hall junior risolse la situazione decidendo di continuare a nuotare e finendo per conquistare, tra i vari traguardi, un oro olimpico a Sidney 2000 e un altro ad Atene 2004, più altri tre ori olimpici in staffetta. Altri casi limite possono essere il fenomenale canottiere britannico, sir

Steven Redgrave, cinque volte di seguito oro olimpico (da diabetico, però, solo negli ultimi Giochi disputati, ovvero quelli di Sidney 2000), oppure l'alpinista vicentino, Marco Peruffo, che, tra le varie ascensioni, annovera quella del Cho Oyu, quota 8.201, sesta montagna più alta del mondo.

La persona con diabete tipo 1 che voglia praticare/praticare sport ad un certo livello può incontrare difficoltà di vario tipo. Esistono ancora carenze/reticenze dei professionisti della diabetologia nell'affiancare atleti con diabete tipo 1. Le resistenze possono essere determinate da motivi culturali ("sport pericolosi") per la mancanza di formazione specifica e da una certa "inerzia" dei Curanti, soprattutto se poco avvezzi essi stessi a praticare sport.

Fino a qualche anno fa alcune discipline sportive erano decisamente sconsigliate/proibite al diabetico tipo 1 sia per il perturbamento glicemico che per i rischi connessi alle complicanze acute (in particolar modo l'ipoglicemia). Lo sport è una sfida per un qualsiasi atleta (di qualsiasi livello); certamente per l'atleta con diabete tipo 1 è una sfida molto più complessa. La risposta glicemica all'attività stessa dipende da molti fattori quali lo stato di nutrizione del soggetto, l'allenamento, il controllo metabolico e l'intensità, la durata ed il tempo di esecuzione dello sforzo.

Negli ultimi 30 anni la cura del diabete tipo 1 è enormemente migliorata: questo ci può far comprendere come nella storia del rapporto "diabete tipo 1/sport" si sia passati dal leggere affermazioni quali "...Exercise is by nature a perturbation that make treatment of diabetes difficult. Physical training can not be recommended as a means of improving metabolic control in type 1 diabetes.." (1986) ad affermazioni quali "DM1 should not be regarded a controindication to participating in high endurance sports (such triathlon: 2.4 miles swimming, 26.2 miles running, 112 miles cycling - Ironman Germany 2005-2007)" (2009). Lo sport unisce all'esercizio fisico una componente emotiva e psicologica di

enorme rilevanza per un equilibrio fisico e mentale ottimale. Lo svolgimento di esercizio fisico trova nello sport una modalità di realizzazione più divertente, stimolante, educativa: sarebbe auspicabile che nella nostra società in cui si sta diffondendo il concetto di "wellness/fitness" si attuassero politiche per favorire un aumento della pratica di sport amatoriale in tutte le diverse fasce d'età e in diverse condizioni di salute o disabilità. Per questi motivi, anche nella persona con diabete praticare uno sport è un elemento di qualità nella vita delle persone: divertimento, soddisfazione, competizione. Direi un diritto.

Angela Girelli

Attenti alle fake news

Segue da pagina 1

18%), di informazioni su dispositivi medici (il 17%), di confronto su sintomi (il 12%), cause (9%), stili di vita (8%) e altri problemi. Nella maggior parte dei casi le notizie risultano essere false: la ricerca, infatti, rivela che tra i primi 100 statement espressi nei post più virali, il 60% contiene indicazioni completamente errate dal punto di vista medico-scientifico, l'8% parzialmente vere e solo il 32% attendibili. E quel 60% nasconde pericoli per la salute: in una scala da 0 a 5, basti pensare che 33 mostrano un grado di pericolosità da 2 a 3, mentre 19 un grado di pericolosità pari a 1, mentre sono solo sei le affermazioni false sono innocue. Attenzione dunque: va bene informarsi, ma bisogna ricordarsi che il referente numero uno resta sempre il vostro medico.

M. B.

Gli amici dell'Associazione Diabetici Bergamaschi Onlus



SANITÀ LOMBARDA: PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

Una realtà concreta

La novità più eclatante del 2018, per quanto riguarda la Sanità Lombarda, avrebbe dovuto essere l'avvio reale della cosiddetta "Presa in Carico" dei pazienti cronici, tra i quali sono evidentemente annoverati anche i pazienti diabetici. In cosa consista la "Presa in Carico" credo sia ormai noto a tutti: la possibilità del paziente di venire seguito da una realtà sanitaria (medico singolo, associato in cooperativa, piuttosto che da una Struttura Ospedaliera) che si preoccupa di organizzare il planning annuale di tutte le prestazioni programmabili, indipendentemente dalle patologie d'interesse, di concordare presso quale erogatore fare le prestazioni necessarie, di verificare che le scadenze del piano assistenziale siano rispettate.

Ricorderete che già lo scorso anno, parlandone anche nel corso degli incontri assembleari dell'Associazione, davanti alle vostre preoccupazioni e perplessità, vi avevo rassicurato dimostrando che il modello in questione era già una presente nella maggior parte delle realtà diabetologiche della provincia. Infatti, da molti anni i pazienti diabetici che sono seguiti da Servizi Ospedalieri godono già di una particolare attenzione da parte dei Sanitari li operanti, programmando direttamente la maggior parte delle prestazioni specialistiche di controllo. E questa modalità è stata, di fatto, mantenuta.

Questa organizzazione ormai collaudata è stata una vera fortuna, perché, nella realtà il modello proposto da Regione Lombardia ha mostrato una importante serie di difficoltà operative legate, forse, alla non completa comprensione della novità offerta, alla difficoltà degli ospedali di farsi carico di compiti da sempre assolti dai MMG, alla difficoltà degli strumenti informatici ad adattarsi ai bisogni espressi dalla nuova organizzazione.

Tutte queste evidenti difficoltà hanno indotto Regione Lombardia a rivedere, almeno parzialmente, il disegno del progetto riconsiderando il ruolo del MMG che, in forma singola, con il nuovo anno potrà assumere la funzione di "clinical manager" con l'obbligo di definire il piano assistenziale (PAI) per il suo assistito in stretta collaborazione con gli Specialisti della struttura alla quale il paziente desidera rivolgersi per la erogazione delle cure.

Ci si può domandare, a questo punto, cosa cambia rispetto alla modalità tradizionale di cura: la risposta è, a parere mio, semplice, ma fondamentale, poiché così si dovrebbero creare le condizioni perché finalmente, MMG e specialisti attivino modalità di vera e piena collaborazione: in questo modo lo slogan un po' abusato, "il paziente al centro", dovrebbe diventare una realtà concreta.

Giorgio Barboglio
Direttore Sanitario ATS Bergamo



Per i risultati ci vorrà tempo

Il 2019 sarà ancora un anno di sperimentazioni che porteranno ad altre modifiche e aggiustamenti.

Alla fine del 2019, forse, saranno ancora molti i cittadini che non percepiranno grandi cambiamenti, ma sarebbe disonesto illuderli del contrario.

La legge di riforma della Regione Lombardia è dell'agosto del 2015. Sembra ieri ma sono già passati tre anni e sono abbastanza certo di non sbagliare nell'affermare che i cittadini, i malati cronici oggetto principale di questa riforma, non hanno sinora notato grandi cambiamenti.

Non deve stupire. La legge che istituiva il sistema sanitario nazionale era del 1978 ma la sua applicazione completa ha richiesto quasi 15 anni. La legge 502 che introduceva dinamiche aziendali anche nella sanità pubblica, sostituendo ai comitati di gestione le direzioni strategiche, è del 1992 e ha trovato piena applicazione dopo circa 10 anni.

Si dirà che questi sono i tempi della burocrazia della macchina pubblica. Si dice ma, in questo caso, sbagliando. Sono i tempi necessari per trovare i giusti equilibri, per guidare correttamente una riforma e, con la giusta dose di pragmatismo, trovare gli aggiustamenti necessari per garantire reali benefici, far sì che si formino le persone che devono assumere funzioni diverse da quelle che esistevano prima di una riforma. Formandosi, questi operatori, acquisiscono gradualmente la capacità di trovare soluzioni che, entro il contorno normativo delle leggi, suggeriscono

soluzioni operative più efficaci. È quel che succede anche per la legge regionale lombarda. Una legge non semplice, con grandi obiettivi e con l'introduzione di nuove modalità organizzative a supporto della presa in carico dei pazienti con malattie croniche. Trasferire dalle ex ASL alle nuove ASST (aziende socio-sanitarie territoriali) tutte le funzioni degli ex distretti è stata una operazione delicata e complessa che ha occupato tutto il 2016: non si trattava solo di muri ma di persone che sarebbero poi state impiegate per trasformare gli ex distretti in PreSST (Presidi socio-sanitari territoriali). Una rivoluzione per gli operatori ma anche per le direzioni della ASST che andavano a costituire queste nuove articolazioni organizzative dentro i loro piani di organizzazione aziendale.

Nel 2017 Regione Lombardia ha prodotto, tra febbraio e dicembre, le tre delibere che hanno dato avvio alla costruzione del percorso di presa in carico dei malati cronici che si è poi concretamente avviata nel febbraio 2018. Con l'avvio della presa in carico si sono evidenziati sul campo alcuni aggiustamenti da fare. Il più importante, richiamato nell'articolo del dott. Ragusa, ha preso corpo in queste ultime settimane: andava recuperata la centralità del medico di medicina generale (MMG) nella funzione centrale di curante, di regista, per la funzione che la legge chiama "clinical manager". Gli stessi pazienti si sono trovati a disagio nello scegliere, come la legge prevedeva, un gestore della loro malattia che non fosse il medico di medicina generale. I numeri lo confermano: a tutt'oggi, nella provincia di Bergamo, con circa 300.000 cronici, quelli che hanno scelto gestori diversi dal MMG sono poche centinaia. Il messaggio è arrivato forte e chiaro e già dal 2019 sperimentaremo percorsi più inclusivi del ruolo del MMG e dovranno essere trovate soluzioni per garantire che il paziente cronico possa fruire con maggiore semplicità delle prestazioni necessarie per monitorare in modo adeguato (ma anche appropriato) la sua malattia.

Il 2019 sarà ancora un anno di sperimentazioni che porteranno ad altre modifiche, ad altri aggiustamenti. Alla fine del prossimo anno, forse, saranno ancora molti i cittadini che non percepiranno grandi cambiamenti ma sarebbe disonesto illuderli del contrario.

Claudio Arici
Direttore del PreSST Servizi Sanitari e di Continuità
ASST Ospedale Papa Giovanni XXIII - Bg

Alcune criticità

A partire dal mese di gennaio 2018 è stato attivato, in Lombardia, un nuovo modello di Presa in Carico (PiC) per i cittadini affetti da patologie croniche. Nel nuovo modello un medico gestore (Medico di Medicina Generale o Specialista) organizza tutti i servizi sanitari e socio-sanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni diagnostiche ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. Chi è il paziente cronico? Il cronico è un paziente che si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una buona qualità della vita. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardiovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete.

Alcune criticità

1. L'individuazione dei tre livelli di fragilità in base alla presenza di una o più patologie potrebbe non essere veritiera: un paziente con una sola patologia, per es. ictus, potrebbe avere più bisogni clinici e socio-assistenziali di un paziente con pluripatologie asintomatiche e in buon compenso clinico e farmacologico.
2. La sottoscrizione del Patto di Cura, la redazione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI) e le relative incombenze a livello informatico, compiti previsti dal PiC, andrebbero effettuati con programmi di software che non dialogano tra di loro, accentuando il tasso di burocratizzazione amministrativa e farraginosità delle procedure che gravano sugli assistiti e Medici di Medicina Generale (MMG) questi già gravati da ulteriori incombenze a detrimento della relazione di cura, dell'educazione sanitaria.
3. In atto il percorso di cura e la continuità del monitoraggio della patologia cronica è garantita dai MMG sul territorio. Dove necessario lo stesso può ricorrere al "passaggio in cura", concordando con lo specialista ospedaliero la gestione del singolo caso, secondo norme ormai consolidate da decenni e attuate nella odierna pratica clinica (ad esempio uremici in fase terminale, dializzati, diabetici complicati, etc.).
4. Vi è il rischio concreto che il baricentro delle cure ai cronici si possa spostare dalla gestione territoriale da parte del MMG (medico medicina generale) verso le strutture ospedaliere. E in effetti i cronici dei MMG che non aderiscono alla PiC, saranno seguiti da un Clinical Manager del Gestore Ospedaliero, che diventa il responsabile, fino allo scadere del Patto di Cura. Sarà lui ad occuparsi delle prescrizioni contenute nel PAI. Ma in caso di modificazioni terapeutiche in caso di momentaneo scompenso o squilibrio metabolico? Avrà il Clinical Manager la possibilità di recarsi al domicilio se il paziente è disabile e fragile e impossibilitato a recarsi presso la sede del Gestore?
5. La figura del Clinical Manager si contrappone al MMG e questo potrebbe generare il rischio di divergenze pratiche con pregiudizio per la continuità e l'integrazione ospedale-territorio.

Queste criticità espresse fin da subito dai MMG e studiosi di sistemi sanitari, sono state affrontate in un recente incontro tra la Regione e la Federazione degli Ordini dei Medici Lombardi e sembra vicina un'intesa che riconosca i MMG come interlocutori elettivi per la stesura del PAI per le 63 patologie croniche individuate. Quindi saranno i MMG i Clinical Manager dei loro assistiti e spetterà a loro la stesura del PAI, cosa questa che auspicano tutti gli operatori dei servizi territoriali

Liborio Ragusa
Responsabile U.O.S. Coordinamento Servizi extra aziendali
ASST Ospedale Papa Giovanni XXIII - Bg

Diabete e farmaci “intelligenti”: le linee guida confermano l'importanza dei nuovi medicinali

Molti problemi sono stati in gran parte risolti dalla scoperta di nuove terapie per il diabete di tipo 2. Prodotti con nomi complicati (gliptine, GLP1-agonisti, glifozine) che sono però in grado di ridurre la glicemia elevata senza portare all'ipoglicemia.

Il diabete è una condizione cronica di iperglicemia in continuo aumento che, se non trattata adeguatamente, può portare a gravi complicanze: infarto, ictus, amputazioni, insufficienza renale grave, cecità e alla fine a una morte prematura. La maggior parte delle persone con iperglicemia ha il diabete di tipo 2, tipico delle persone adulte in cui spesso un errato stile di vita (abusi alimentari e sedentarietà) contribuisce a peggiorare la situazione di iperglicemia. Con le vecchie terapie per la cura del diabete, uno dei rischi collegati era il rischio di ipoglicemia, e cioè di avere dei livelli bassi di zucchero nel sangue, una situazione non solo spiacevole per il paziente che la subisce, ma anche molto rischiosa: se non si provvede subito ad assumere degli zuccheri si può perdere conoscenza fino a grave coma ipoglicemico. Per di più è stato dimostrato che le ipoglicemie severe aumentano entro poco tempo anche il rischio di infarto o di aritmie del cuore.

Questo problema è in gran parte risolto dalla scoperta di nuove terapie per il diabete di tipo 2. Sono a nostra disposizione nuovi farmaci con nomi complicati, quali le gliptine, i GLP1-agonisti e le glifozine, che sono però in grado di ridurre la glicemia elevata del diabetico senza però portare all'ipoglicemia. Per tale motivo sono definiti farmaci “intelligenti”: riducono i livelli di zucchero nel sangue solo se sono elevati.

Se la glicemia è buona non la abbassano ulteriormente.

Un altro vantaggio evidente di questi farmaci è che riducono la necessità di pungersi frequentemente le dita per misurare la glicemia.

Un altro vantaggio sui vecchi farmaci è che possono anche aiutare a perdere peso. Le glifozine, infatti, diminuiscono la glicemia facendo urinare almeno

50-70 gr di zucchero al giorno. In questo modo sono eliminate circa 250 calorie al giorno attraverso le urine e questo in media porta a un calo di peso di ameno 4-5 Kg e anche di più se il diabetico rispetta la dieta prescritta.

I GLP1-agonisti riducono invece l'appetito, rallentano la digestione, aumentano il senso di sazietà e quindi aiutano il rispetto della dieta e la perdita di peso. Questi nuovi farmaci non solo abbassano la glicemia e aiutano a perdere peso, ma hanno dimostrato anche di ridurre in modo significativo il rischio di complicanze, in particolare il rischio di infarto. Per tale motivo, nei pazienti che hanno problemi di cuore è attualmente consigliabile prediligere questi nuovi farmaci per la cura del diabete.

Recenti studi dimostrano anche che sono in grado di proteggere il rene.

Questo è importante, perché l'insufficienza renale con il conseguente rischio di dialisi è purtroppo una frequente complicanza di un diabete trascurato. Questi risultati sono così rilevanti che tutte le società scientifiche internazionali di diabetologia (compresa la Società Italiana di Diabetologia e l'Associazione Medici Diabetologi) hanno aggiornato il modello di cura del diabete e indicano la necessità di proporre queste nuove terapie a tutti i pazienti ad alto rischio di sviluppare complicanze cardiovascolari o renali. Ovviamente come tutti i farmaci, anche queste nuove molecole possono presentare effetti collaterali e vanno prescritte sotto la supervisione del medico diabetologo.

L'unico ostacolo alla diffusione di queste nuove terapie sono i costi e la necessità da parte del diabetologo di stendere un



piano terapeutico, necessario al medico di medicina generale per la loro prescrizione. L'Unità Operativa Complessa di Malattie Endocrine – Diabetologia dell'ASST Papa Giovanni XXIII ha attivamente partecipato a questi progressi nella terapia: da anni (grazie agli sforzi di tutti i medici e del personale infermieristico) ha partecipato alla maggior parte delle sperimentazioni internazionali che hanno portato a chiarire il ruolo innovativo di questi farmaci sia nel ridurre la glicemia che nel proteggere cuore e reni. Crediamo fermamente che la ricerca clinica che abbiamo fatto e che continueremo a proseguire nel futuro (grazie anche al supporto della ADB) sia importantissima perché non solo offre alla persona con diabete la miglior cura possibile, ma anche garantisce la continua crescita professionale di tutte le figure coinvolte nella cura del diabete.

Roberto Trevisan
Direttore UOC1 Malattie Endocrine –
Diabetologia
ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

I nostri complimenti a Baldassare Agnelli, neo Cavaliere del Lavoro



Baldassare Agnelli è stato insignito del titolo di **Cavaliere del Lavoro**.

L'8 novembre scorso, l'imprenditore bergamasco ha ricevuto dalle mani del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, il prestigioso riconoscimento che ogni anno vuole valorizzare imprenditori italiani che si sono distinti nei settori dell'agricoltura, dell'industria, del commercio, dell'artigianato e dell'attività creditizia e assicurativa.

Il Presidente dell'Associazione Diabetici Bergamaschi, unitamente a tutto il consiglio direttivo e ai soci, esprime grande soddisfazione per il traguardo raggiunto e si complimenta con il neo Cavaliere del Lavoro, persona di grande signorilità che da anni dimostra con i fatti di essere un grande amico e sostenitore della nostra Associazione.

Nel segno della continuità

Segue da pagina 1

ai tanti volontari che, con spirito di dedizione a favore degli “altri”, hanno dedicato il loro tempo e le loro professionalità a chi ne aveva bisogno. Dedizione che, ancora oggi nonostante le difficoltà economiche o di lavoro di molti, continua a essere un punto di forza della vita quotidiana associativa. Con la riforma del “Terzo Settore” anche l'Associazione Diabetici Bergamaschi, a partire dal 2020, perderà il diritto di evidenziare nella sua ragione associativa la denominazione di “ONLUS”, così come dovrà adeguare il suo statuto e la sua struttura ad una nuova normativa che è stata prevista per il primo citato “settore” dal nuovo Codice entrato in vigore nell'agosto scorso e che speriamo, per una nostra corretta scelta per tempo, non subisca le tante possibili modifiche delegate dal legislatore a decreti o circolari attuative.

L'Associazione non avrà più la dizione di “ONLUS”, ma sarà sempre una organizzazione di volontariato con una struttura sicuramente regolata da norme più idonee per continuare a informare il cittadino e gli associati sulle azioni di prevenzione, informazione e assistenza riguardanti il diabete di tipo 2 in particolare. Il cambiamento non sarà solo nell'interesse dei suoi associati, che speriamo siano sempre vicini all'Associazione, anzi che aumentino, ma anche nella collaborazione con gli Enti della Sanità sia locali sia lombardi o nazionali, affinché i servizi a favore dei diabetici aumentino e che non siano gestiti solo o prevalentemente in funzione di risparmi economici.

Gestire e assistere un diabetico costa tanto alle “casse dell'Erario”. L'Associazione è ben conscia di tali costi. Per questo continueremo a fare promozione informativa sul “prevenire e non attendere la malattia”. Continueremo, accollandoci nel limite dei nostri mezzi, i costi di promozione per la prevenzione svolta anche con attività di “screening di glicemia” resa in modo gratuito presso i Comuni, Enti o in occasione di manifestazione di rilievo sociale.

Continueremo soprattutto a organizzare incontri con la cittadinanza e con i nostri valenti medici e ricercatori per sempre più dibattere i problemi inerenti nuove cure, nuovi farmaci, nuovo materiale necessario e utile per rendere più semplice la vita di un diabetico. Il tutto nella speranza che le procedure per introdurre tali farmaci e materiali, nonché per effettuare progetti di miglioramento scientifico nelle unità di diabetologia del territorio, non siano condizionate solo al risparmio, fatto questo che spesso fa perdere quanto di buono sino ad oggi creato.

Rimaniamo in attesa di conoscere le novità riguardanti le gare previste per le scelte di nuovo materiale, considerato che parte del nostro compito è quello di assistere i diabetici nell'uso corretto degli strumenti e materiali. Cosa questa che abbiamo sempre fatto grazie anche all'aiuto ricevuto dalle case produttrici del materiale circolante.

Siamo pronti al cambiamento portato dal Codice prima richiamato e siamo in grado di fare quanto richiestoci per continuare ancora il cammino dell'Associazione. L'Associazione è già ben organizzata in materia di bilanci, documentazione e funzionamento degli organi associativi, ma abbiamo grande necessità di avere nuovi associati, soprattutto interessati a fare “volontariato”.

G. N.

Riforma del Terzo Settore

La riforma del terzo settore è intervenuta organicamente per ridefinire e riorganizzare l'intero funzionamento del "non profit" nel nostro Paese.

L'obiettivo della Legge Delega è quello di disporre il riordino e la revisione organica della disciplina del Terzo Settore caratterizzato, da sempre, da una rilevante disomogeneità e stratificazione normativa. Per tutte le organizzazioni che compongono il variegato mondo del volontariato e/o del "non profit", lo spartiacque sarà rappresentato dall'essere dentro o fuori dal Registro nazionale degli Enti del Terzo Settore (RUNTS = Registro Unico Nazionale Terzo Settore), la cui decisione è devoluta ad ogni singola Associazione.

La materia del cd "Terzo Settore" è oggi disciplinata dal Decreto Legislativo (D.Lgs) 3 luglio 2017, n. 117. Il Decreto è più comunemente noto come "Codice del Terzo Settore" poi integrato e in parte modificato con D.Lgs 3 agosto 2018 n. 105 che ha, così come abbiamo evidenziato, lo scopo di prevedere un quadro normativo unitario per gli Enti del Terzo settore (ETS). Chi sono gli enti del terzo settore? - L'art. 4 comma 1 del Codice Terzo Settore indica gli Enti che ne fanno parte che saranno iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS). Alla luce del dettato normativo possono considerarsi Enti del terzo settore le ODV (Organizzazioni di Volontariato), le APS (Associazioni di Promozione Sociale), gli enti filantropici, le IS (Imprese Sociali), le Reti associative e le società di mutuo soccorso, nonché quei soggetti di natura privata che operano senza scopo di lucro e svolgono attività di interesse generale e sono iscritti nel RUNTS.

Il percorso di adeguamento della disciplina dei soggetti "non profit" alle novità introdotte dalla Riforma del terzo settore richiede una fase transitoria di adeguamento; devono, infatti essere ancora emanati i decreti attuativi, la piena operatività del Registro Unico Nazionale non avverrà prima della fine del 2019; vi è tempo sino all'agosto 2019 per adeguare gli Statuti. Sino a tale data, pertanto, continueranno ad applicarsi le norme previgenti ai fini e per gli effetti derivanti dall'iscrizione nei registri di settore, con

la precisazione che le ONLUS, fra le quali rientra ADB, saranno destinate a "scompare" (art. 102 CTS). Quale "destino", quindi per ADB? Tutto dipenderà dalla volontà degli associati - Qualora gli associati della nostra Associazione non intendessero (o non volessero) entrare nel nuovo "status" di Ente del Terzo Settore (ETS) potranno farlo. Sarà sufficiente che decidano, in Assemblea, di non iscriversi ADB al RUNTS e l'Associazione continuerà così a essere disciplinata con le disposizioni del primo libro contabile e, per la parte fiscale, con la disciplina generale degli enti non commerciali. Qualora, invece, come riteniamo, intendessero iscriversi ADB al RUNTS, l'Associazione dovrà, a nostro avviso, ricoprire la veste giuridica di Associazione (riconosciuta o non riconosciuta deciderà l'Assemblea) e, più specificatamente, di ODV, ovvero di Organizzazione di Volontariato, in quanto Ente del Terzo settore che, a norma dell'art. 32, comma 1 del CTS, "... per lo svolgimento prevalente in favore di terzi di una o più attività di cui all'art. 5," si avvale in modo prevalente delle prestazioni dei volontari associati. Escludiamo che ADB, soprattutto vista l'attività che svolge nell'ambito socio sanitario, in una APS che agisce non in favore di terzi, bensì esclusivamente a favore dei suoi associati e dei loro famigliari.

La trasformazione in ODV è di fondamentale importanza perché è "conditio sine qua non" perché ADB possa con-

tinuare nella sua opera di volontariato, e perché possa continuare ad avere rapporti con le Strutture Sanitarie che assistono i diabetici, in modo che la stessa possa, quindi, continuare a svolgere la sua attività di prevenzione ed informazione a favore di tutti i cittadini e dei suoi associati; attività e rapporti che, invece, non potrebbe più avere qualora gli associati dovessero decidere di lasciare le cose così come stanno.

In considerazione del fatto che, alla luce della vigente normativa, non sia possibile individuare altra forma associazionistica se non quella dell'ODV, è doveroso informare gli associati che si sta procedendo all'adeguamento dello Statuto vigente per renderlo conforme alla nuova normativa, così come ha del tutto opportunamente anticipato il Presidente nel suo editoriale. Il testo del nuovo Statuto verrà inviato a tutti prima della convocazione della prossima Assemblea in modo che possano eventualmente essere apportate le modifiche che si riterranno opportune a seguito delle osservazioni che verranno avanzate. Concludiamo questo articolo sottolineando l'importanza che tutti gli associati leggano il nuovo Statuto e formulino le loro osservazioni, ma che, soprattutto, partecipino alla prossima Assemblea ove si dovrà decidere sul futuro della Associazione stessa.

Avv. Enrico Riva
Componente Gruppo di Studio
dell'Associazione
"Riforma Terzo Settore"

È stato bello lavorare con la vostra Associazione

Il saluto del Direttore Socio Sanitario ASST Bergamo Est: "Grazie a tutti e consideratemi sempre a vostra disposizione".

Ho iniziato la mia attività lavorativa occupandomi principalmente di prevenzione. Fin da allora si dava decisamente la priorità alla cura della malattia pur riconoscendo i vantaggi della prevenzione primaria e secondaria, cioè degli interventi che evitano la malattia o degli interventi che ne prevengono l'aggravarsi. Per noi che ci occupavamo di questa area, si aprivano grandi spazi di azione con la convinzione che, anche se non nel breve periodo, gli interventi di prevenzione avrebbero dimostrato la loro efficacia agli occhi di tutti con una diminuzione della prevalenza di malattie quali il diabete, le malattie cardiovascolari



Resistenza agli antibiotici

Un fenomeno che può diventare molto serio nel prosieguo degli anni.

Se da un antibiogramma "dovesse risultare un batterio che resiste a tutto", la resistenza agli antibiotici è un rischio che tra qualche tempo potrebbe diventare realtà. Questo allarme è stato recentemente avanzato nel corso di un Forum Europeo sull'igiene e sanificazione degli ospedali. In quella sede è stato osservato che in Italia si presentano, tra i paesi europei, i più alti livelli di resistenza ai diversi antibiotici. Un antibiotico viene utilizzato non correttamente sia quando non serve, sia se usato in modo improprio. I LEA (livelli essenziali di assistenza) stabiliscono che il minimo del punteggio ottimale del trend di consumo degli antibiotici prevede un massimo di 23 dosi al giorno per mille abitanti. In alcune regioni italiane si sono raggiunti anche limiti di 29 - 32,3 dosi al giorno. Occorre innanzitutto precisare che gli antibiotici non sono efficaci e non devono essere usati in caso di malattie da virus quali raffreddori e influenze, salvo che il medico, ravvisando il pericolo di infezioni dell'apparato respiratorio o altre, non li prescriva. Non è nemmeno corretto modificare spontaneamente le prescrizioni in termini di dose e tempo, riducendo ad esempio la dose

giornaliera (due invece di tre o quattro) o accorciando la durata del trattamento (4-5 giorni invece dei 6-7). Il paziente diabetico in particolare, che spesso ha necessità, per infezioni ricorrenti, di utilizzare antibiotici, deve avere l'avvertenza di rispettare appieno le modalità di prescrizione del medico. Il mancato rispetto fa' in modo che la quantità di farmaco pro die nel circolo dell'organismo sia insufficiente per uccidere o bloccare la crescita dei batteri che, sopravvivendo, sviluppano la resistenza. Dobbiamo anche considerare che buona parte degli antibiotici sono stati scoperti e introdotti in terapia nella prima metà del secolo scorso (penicillina capostipite nel 1929) e che nel corso di questi anni, con l'eccessivo uso, e talvolta non corretto, si sono sviluppate le resistenze del batteri dalla loro originaria sensibilità, quale normale evento in biologia. Purtroppo a fronte di questi fenomeni resta la necessità di ricerca e sviluppo di nuovi efficaci prodotti che consentano di tutelarci ad affrontare nuove costose terapie (trapianti, chemioterapie con farmaci biologici monoclonali ecc.) che diversamente potremmo non effettuare.

Un recente comunicato dell'Unione Europea, informa che la resistenza agli antibiotici è una priorità a livello globale. Atale proposito è stato predisposto un piano di regole che prevede la riduzione dell'uso degli antibiotici nella catena alimentare e ne limita l'uso umano di alcuni. Inoltre viene limitato il loro uso profilattico per gli animali non ancora malati. Agli agricoltori non UE ne sarà vietato l'uso nell'allevamento di grandi animali. Morale: cerchiamo di prestare attenzione all'uso corretto e responsabile, evitando l'abuso di antibiotici, farmaci che hanno reso negli anni un grande servizio all'umanità, debellando intere classi di patologie.

Bernardino Sala
Comitato Etico ADB



Anno 8 - N° 13 del 4/12/2018
Periodico trimestrale dell'Associazione
Diabetici Bergamaschi Onlus
Redazione: Via Sant'Alessandro, 13
Tel. e Fax 035.40.14.61 - Email: info@adb.it
Direttore: Maurizio Bucarelli

o le tumorali. Purtroppo in questo settore ci si è sempre mossi con scarse risorse di personale ed economiche. Però ci si è accorti che l'efficacia degli interventi preventivi può essere molto spesso ampliata con il supporto di soggetti non necessariamente medici e neppure specialisti in ambito sanitario. Tutta la popolazione può adottare comportamenti o stili di vita che permettano di incorrere più difficilmente in molte malattie tra le quali il diabete. Si tratta solo di ampliare la diffusione delle informazioni e far sì che, grazie a ciò, sempre più persone migliorino i loro stili di vita permettendo anche una diagnosi precoce di una malattia subdola come questa. Non è facile, molto più facile è far assumere a un paziente un farmaco. Come Direttore del Distretto ASL Socio Sanitario di Bergamo e successivamente come Direttore socio sanitario dell'ASST Bergamo est ho sempre cercato, pur nell'ambito di una attività molto ampia, di perseguire questo obiettivo e sono sempre stata convinta che l'integrazione degli interventi con le Associazioni di volontariato possa rappresentare ancor oggi

il cuore di questa diffusione di informazioni corrette e l'anima per lo sviluppo di iniziative di prevenzione. La collaborazione con l'Associazione Diabetici Bergamaschi, presieduta dal dottor Negretti, ha dimostrato che le attività di un'Associazione come la loro devono spaziare non solo sull'informazione in merito alle novità terapeutiche, ma anche indirizzando i propri volontari verso interventi di carattere preventivo. E' nata così con l'ADB una collaborazione quasi decennale che ci ha portato a organizzare pomeriggi di formazione/informazione ad associati diabetici e/o loro famigliari anche con l'attiva partecipazione dell'Associazione "NOI insieme per i diabetici insulinodipendenti". La collaborazione con l'Associazione è stata anche fondamentale per il Distretto ASL di Bergamo per la diffusione capillare sulla popolazione di ogni

Monica Meroli
Direttore Socio Sanitario ASST Bergamo Est

Segue a pagina 11

ATTIVITÀ 2018 nel segno della continuità

L'Associazione Diabetici Bergamaschi Onlus, conosciuta con "ADB ONLUS", ha compiuto nel 2018 il suo 38° anno di vita. Il percorso affrontato nel tempo non è stato semplice ma è stato sicuramente fattore di crescita per tutti coloro (i volontari) che hanno dedicato tempo, forze, idee e risorse anche finanziarie per attuare le attività previste nello statuto sociale indirizzate a prestare assistenza ed aiuto agli associati diabetici, ai loro familiari ed a collaborare nel "sistema sociale" con quanti dedicano le loro professionalità nella ricerca e/o nelle cure a quanti oggetto di una malattia subdola, come il diabete, soprattutto quello conosciuto come di tipo 2.

Ogni anno ha visto l'Associazione crescere sia nella sua organizzazione sia nell'impegno dei suoi volontari a dare informazione o fare prevenzione visto il continuo crescere di nuovi casi di diabete. Anche il passaggio dal 2017 al 2018 ha visto crescere l'obbligo dell'Associazione ad essere presente, a fianco degli operatori sanitari, proprio nel fare informazione e prevenzione con azioni svolte sul territorio con attività itineranti dei suoi volontari. Nell'ambito delle procedure messe in atto dal sistema regionale a decorrere con il gennaio 2018 con la legge sulla cronicità di interesse anche dei diabetici, l'Associazione è intervenuta nei diversi incontri/dibattiti promossi dalle strutture sanitarie e sociali del territorio portando la propria voce a tutela degli interessi e diritti dei suoi associati ed in generale dei diabetici bergamaschi.

In tale contesto, tenuto conto che le procedure sono ancora in corso di introduzione, il sistema sanitario lombardo ha posto in essere nuovi modi di programmazione ed organizzazione dell'assistenza dei "diabetici" che sono riconosciuti come pazienti cronici, l'Associazione ha prestato agli Enti del sistema la sua disponibilità a svolgere azioni, che avvengono tramite i vari volontari sul territorio. In attesa

di valutare gli eventuali spazi riservabili al volontariato di piccole dimensioni, l'Associazione ha continuato a svolgere la sua attività soprattutto con azioni di prevenzione quali gli "screening della glicemia". Grazie alla disponibilità dei diversi volontari tanti cittadini sono stati sottoposti a tale controllo ed hanno avuto informazioni sul loro stato glicemico nel corso di importanti manifestazioni quali ad esempio "Camminata Amici dell'Atalanta", "Strabergamo", "Giornata del Diabete" svolte a Bergamo o nei diversi Comuni della Provincia quali ad esempio: Casirate d'Adda, Fara Gera d'Adda, Calvenzano (grazie ai volontari della sezione Bassa Bergamasca), Parre, Leffe, Colognola, Suisio, Mornico, Zanica (grazie ai volontari gruppo di Bergamo) e a Bergamo ad ottobre in collaborazione con il Gruppo Anziani della Città.

La sezione della Bassa Bergamasca è stata inoltre annoverata tra i membri della "Consulta delle Associazioni di volontariato

di Treviglio". La stessa sezione ha anche organizzato nel 2018 la quinta camminata "Ricordando Monica" e organizzato un concerto a Treviglio in concomitanza con la giornata mondiale del diabete che è stato preceduto da relazioni sul diabete. Altri incontri con la cittadinanza si sono tenuti a Martinengo e Romano di Lombardia. Un grazie a tutti i volontari che hanno dato la loro disponibilità.

L'ADB ha inoltre mantenuto rapporti con altre Associazioni di volontariato presenti nel settore assistenza a pazienti con



1 - Assemblea ordinaria, cui a fatto seguito il dibattito sul tema "Novità terapeutiche, tecnologiche e gestionali per le persone con diabete". 2 - Cena degli auguri 2017. 3 - Incontro dibattito del dicembre 2017 alla SAPS di Lallio. 4 - Novembre 2018, dibattito "Diabete: la prevenzione è possibile", organizzato dalla sezione "Bassa Bergamasca". 5 - Anche nel 2018 la nostra Associazione è stata presente alla Camminata Nerazzurra. 6 - Palazzi illuminati in occasione della Giornata Mondiale del Diabete che ogni anno cade il 14 novembre.



patologie collegate al diabete. In particolare con l'Associazione "Noi insieme per i diabetici insulinodipendenti" e l'Associazione "Cuore e Batticuore". L'Associazione ha inoltre nel 2018 proseguito nella collaborazione con la diabetologia dell'Ospedale di Bergamo nell'ambito del progetto "Genesis" e con le altre diabetologie presso Ospedali e Cliniche della Bergamasca. Molti sono stati gli incontri avuti con i responsabili dell'AST di Bergamo e Provincia, delle direzioni generali e sanitarie delle tre ASST della nostra provincia, così come gli incontri con i diabetologi delle tre aziende citate. Da tutti l'Associazione ha avuto risposte alle domande poste e grande collaborazione nell'organizzazione di eventi e



partecipazione alla costruzione del periodico, compreso quest'ultimo numero. Risorse umane e finanziarie sono state dedicate all'organizzazione di convegni al fine di conoscere e dibattere argomenti di interesse dei diabetici bergamaschi. Un grazie di cuore ai relatori, sempre di rilevante preparazione, che hanno accettato di essere vicini all'Associazione dedicando il loro prezioso tempo. Dalla relazione della dott.ssa Orsi sull'informazione tramite web tenuta in occasione dell'incontro di Natale 2017 a quella che si terrà il 4 dicembre 2018 su "Diabete e Attività Sportiva" tanti sono stati gli incontri e tante le informazioni ed aggiornamenti che i relatori hanno dato ai volontari ed agli associati sui progressi fatti per una migliore assistenza e cura del diabete. Un grazie alle Case Farmaceutiche che hanno aiutato l'Associazione fornendo materiale istruttivo su farmaci ed apparecchi, agli amici che hanno fornito contributi e infine ai tanti, consiglieri e non, che hanno permesso anche in questo 2018, che si sta concludendo, all'Associazione di essere sempre presente. Il futuro è legato alla volontà degli associati e ... al Codice del 3° Settore. Con articolo a parte vengono fornite alcune informazioni su quest'ultimo importante tema.

TESTIMONIANZA

Cambiamenti di vita

Pur non avendo nessun diabetico in famiglia, nel 1977, a soli 22 anni, mi ammalò di diabete. Per non condannarmi all'insulina, definendo il "mio" diabete di origine virale, mi curano per diversi mesi con ipoglicemizzanti orali finendo così di esaurire il mio pancreas! Dopo circa sei mesi la mia cura diventa l'insulina e la mia vita cambia: non posso più viaggiare per lavoro, devo essere precisa con gli orari e con la scelta del cibo, proprio io che ero una buona forchetta. La mia unica consolazione era che, essendo il mio "diabete virale" non avrei avuto problemi con le gravidanze, ma non fu così. All'età di quattro anni il mio primo figlio, Andrea, si ammalò di diabete. Ero disperata perché conoscevo il condizionamento che questa malattia

poteva causare con gli amici e con la scuola. Ricordo che una mia vicina di casa mi disse chiaramente che non aveva piacere che suo figlio giocasse con il mio, perché avrebbe potuto contagiarlo. Gli anni passano e con l'aiuto della scienza s'impara a gestire la malattia: la glicemia si può controllare a casa con l'aiuto dei glucometri e si usano le penne per fare l'insulina. Il diabete diventa parte della nostra vita e si deve accettare. Purtroppo questo non era sufficiente e la vita ci doveva far affrontare un'altra prova. Il 17 dicembre del 2016, si ammalò anche mio nipote Luca: ha diciotto mesi ed è figlio di Andrea e così la mia vita cambia per la terza volta. Anche a lui si fanno cinque iniezioni di insulina e otto glicemie al giorno; un bambino di un anno e mezzo che non può dire quando non sta bene perché la glicemia si abbassa o si alza troppo. Tutto questo solo per colpa mia perché sono io la causa di questa malattia genetica.

Cristina Neri

Grazie a tutti

Segue da pagina 9

nuova iniziativa di carattere amministrativo o sanitario tramite articoli sulla rivista dell'Associazione o interventi durante le Assemblee dell'Associazione stessa. Lo scorso anno, con il Decreto 6164 la Regione Lombardia ha avviato una nuova procedura di presa in carico dei pazienti cronici, tra cui i diabetici. È un nuovo modo per accompagnare l'ammalato nel suo percorso assistenziale, tenendo conto di tutte le sue esigenze sanitarie, sociosanitarie e sociali, inserendo in questo percorso tutti gli interventi che possono migliorare la sua qualità di vita. Si passa dal "curare" (curing) al "prendersi cura" (caring). Questo passaggio è ancora molto lungo e ostico, anche per le difficoltà di far operare in stretta collaborazione i servizi sanitari territoriali con gli ospedali ed entrambi con i servizi sociali comunali o di Ambito, ma è una sfida che non si può trascurare. L'ADB deve far parte con i suoi associati di questa catena assistenziale, potendone rappresentare il catalizzatore per la buona riuscita delle procedure di intervento. Mi rendo conto che tutto questo rappresenta una difficoltà in più per la vita, già non facile di un'Associazione, ma ho la certezza che la forza, la numerosità dei componenti, il loro entusiasmo e la vitalità che il suo Presidente ha saputo trasmettere, siano garanzia per la continuità operativa all'interno di questo nuovo progetto. Giunta al termine della mia attività lavorativa, non mi rimane che ringraziare tutti coloro che nell'ADB mi hanno dimostrato la loro simpatia e garantire, anche al di fuori del mio ruolo istituzionale, la massima disponibilità, se questa dovesse essere richiesta.



M.M.

E se ti offrono uno Spritz?

A un gruppo di volontari (in terapia con microinfusore e con sensore) abbiamo proposto di partecipare ad un "happy hour" assumendo il noto aperitivo con patatine. Risultato...

Lo Spritz è una bevanda a bassa gradazione alcolica servita spesso nelle occasioni di socializzazione tra i giovani, come accade nei momenti di "happy hour". Il cocktail ha origini veneziane quando la città era sotto il dominio dell'impero Austro-ungarico: l'Austrian Spritzer era una combinazione di parti uguali di vino bianco spruzzato (spritzen in tedesco) con soda (poi con seltz). Al giorno d'oggi, secondo l'IBA (International Bartenders Association), la composizione ufficiale dello "Spritz veneziano" prevede: 6 cl di Prosecco (vino frizzante italiano con gradazione alcolica media pari a 12°); 4 cl di Aperol (aperitivo italiano con una gradazione di 11°, dal colore rosso-arancio e dal sapore dolce amaro) contenente arance amare, genziana, rabarbaro e china; uno spruzzo di soda (q.b. sino a 12,5-15 cl di bevanda). Il tutto viene presentato in un ampio bicchiere con ghiaccio e una scorza di arancio, servito solitamente con patatine o altri "stuzzichini" durante un "happy hour". Il Italia, e in molte nazioni occidentali, il momento dello Spritz è considerato un'occasione di socializzazione, di incontro culturale e mondano. Per un giovane con diabete tipo 1, accettare l'offerta di uno Spritz è spesso una "scommessa". La gestione della terapia insulinica può risultare non adeguata, per cui si rischiano iperglicemie notevoli che durano anche dopo cena. Ma anche l'ipoglicemia è "dietro l'angolo" come può accadere quando si bevono bevande alcoliche: l'etanolo è in grado di ridurre la capacità di recupero dopo un'ipoglicemia, diminuendo la risposta di "contro regolazione" ormonale, modificando anche le funzioni cognitive e la percezione dell'ipoglicemia. Tali effetti negativi possono essere ridotti se si beve alcol in piccola quantità durante un pasto completo.

Una gestione insulinica continua mediante microinfusore (CSII: Continuous Subcutaneous Insulin Infusion) è considerata il trattamento ottimale per una persona con diabete mellito tipo 1, specie se alla "pompa" viene associato un sistema di monitoraggio continuo della glicemia (CGM: Continuous Glucose Monitoring), meglio se con sistema "integrato" (SAP: Sensor Augmented Pump). Accanto a queste innovazioni tecnologiche, il conteggio dei carboidrati (CHO) risulta fondamentale per la gestione della dose di insulina (bolo) da iniettare al pasto, venendo fortemente raccomandata dalle linee guida nazionali e internazionali. Tanto più il paziente diventa esperto nel conteggio

dei CHO, tanto migliore risulta il controllo glicemico, qualità della vita, capacità di adattamento a varie situazioni e livello di soddisfazione per la terapia antidiabetica. I CHO sono le sostanze nutritive che maggiormente influenzano la risposta glicemica post-prandiale, ma recenti osservazioni attribuiscono importanza anche a grassi e proteine. Poiché non erano disponibili osservazioni cliniche sull'effetto glicemico indotto da una moderata dose di alcol assunto insieme a limitate quantità di grassi e proteine (come uno Spritz con patatine e stuzzichini), abbiamo pensato di studiare come i pazienti con diabete tipo 1 potessero affrontare questi momenti sociali, mantenendo il miglior controllo glicemico possibile senza rimanere esclusi dai nuovi "riti sociali". Abbiamo quindi proposto a un gruppo di volontari (in terapia con microinfusore e con sensore) di partecipare ad un "happy hour" assumendo uno Spritz con patatine, iniettandosi inizialmente l'abituale "bolo ad onda semplice" calcolato sulla base del conteggio dei soli CHO. Abbiamo poi effettuato un'educazione alimentare per il riconoscimento delle calorie derivanti da grassi e proteine, proponendo agli stessi pazienti di ripetere (in una diversa serata) l'assunzione dello stesso aperitivo (Spritz con patatine), calcolando però la dose di insulina considerando CHO, lipidi e proteine e iniettando il bolo in modo prolungato (onda doppia). Confrontando le risposte glicemiche di ogni paziente, abbiamo osservato un maggiore e più prolungato aumento della glicemia dopo la prima prova (bolo ad onda semplice con calcolo della dose di insulina mediante il solo conteggio dei CHO), mentre l'applicazione del bolo prolungato ad onda doppia (2° prova: unità di insulina derivanti sia dai CHO, sia da proteine e grassi) ha permesso un miglior controllo delle glicemie. In realtà, tale conteggio ha permesso di erogare una maggior quantità di insulina distribuendola però in 90 minuti. Abbiamo ritenuto utile educare i nostri pazienti ad una corretta gestione di momenti "socializzanti" per permettere loro di non rinunciare a occasione di incontri, senza però rischiare di avere uno scarso controllo glicemico. Come operatori sanitari, abbiamo sempre avuto cura di informare i soggetti diabetici sull'effetto dannoso dell'alcol, ma siamo anche consapevoli che adolescenti, giovani e adulti hanno spesso piacere di ritrovarsi tra amici in occasioni in cui vengono offerti aperitivi anche a bassa gradazione alcolica. La nostra cultura, inoltre, è piuttosto permissiva e un atteggiamento rigido di proibizione potrebbe portare a consumi nascosti e gestiti in modo inadeguato. Bisogna anche considerare che, solitamente, un "happy hour" prosegue (dopo una o due ore) con l'assunzione della cena, per cui riteniamo cruciale che i pazienti con diabete tipo 1 possano affrontare con motivata serenità e adeguato controllo i periodi "sociali" che precedono il pasto serale. Il sottoscritto e il gruppo di lavoro (Elisa Cipponeri, Valentina De Mori, Cesare Blini, Christian Lamera, Giovanni Veronesi) inviano un riconoscente saluto al dottor Roberto Trevisan per averci introdotti nel "mondo dello spritz".

Antonio Carlo Bossi

Direttore UOC Malattie Endocrine - Centro di riferimento regionale per il Diabete ASST Bergamo Ovest Treviglio

Aiuta l'Associazione

Devovi il tuo "cinque per mille" all'Associazione Diabetici Bergamaschi Onlus. Il nostro codice fiscale è 95000930164

Per informazioni telefonare allo 035/401461 o e-mail: info@adb.g.it