



Diabaino News

Anno X

Numero 1 Gennaio - Aprile 2013

Tariffa a regime libero- Poste italiane spedizione in A. P. 70%
Autorizzazione DCB/RC/113/2005 valida dal 29/07/2005

**L'editoriale:
Ma che film...
la glicemia!!**



**Alimentazione:
ecco le calorie
inutili**

**Last News
Diabete:
scoperto
nuovo ormone,
potrebbe
rivoluzionare
cura diabete**

Ricerca, lo sprint decisivo



**Le
proprietà
nutrizionali
delle alghe**

di Giuseppe e
Valeria Pipicelli

PAG. 6



**Terapia del
dolore,
una "Rete"
per modello**

della dr.ssa
Paola Serranò

PAG. 15





Dallo studio di una sentenza, ecco impossibili diritti dei genitori di bambini con diabete

PAG 4



Diabino News torna, dopo 8 anni, sulle strade del Giro d'Italia. Reportage fotografico di Simone Pizzi

PAG 12

Il Sommario

L'Editoriale

Ma che film la glicemia... 3

Attualità

Le Leggi sul Diabete... 4

Obiettivo su...

Le Proprietà Nutrizionali delle alghe... 6

Terapia del dolore, una rete per modello... 15

Le storie Diabaino

Diabete infantile, l'importanza dell'holter... 8

Rubriche

L'universo delle Star... 9

Prendiamolo per la gola... 10

Diabaino City of Arts

In Giro per la Calabria... 12

Racconti di vita

Una gravidanza monitorata e felice... 20

Alimentazione

Le calorie inutili... 21

Nuove Frontiere

Nuove frontiere nella cura del piede diabetico... 22

Last News

Ricerca: scoperta chiave per malattie autoimmuni... 18

Obesità e diabete, epidemie con legame stretto... 19



Intervista al primario del Reparto di pediatria degli Ospedali Riuniti, Demetrio Costantino, che parla dell'importanza dell'holter

PAG 8



Mangiare leggero e con gusto? Si può! Per voi la ricetta della dadolata di pollo e patate con erbe aromatiche

PAG 10

Periodico Quadrimestrale specializzato edito dall'associazione FAND CALABRIA Diabaino vip-vip dello Stretto
Aut. Trib. Di Reggio Calabria n°9 del 19/12 /2003

Direttore responsabile
Antonino Minoliti

Redazione
Mariantonella Ferraro, Alessio Rosato, Gabriella Violi, Pasquale Zumbo

Hanno collaborato a questo numero:
Giuseppe Pipicelli, Anna Maria Valeria Pipicelli, Simone Pizzi, Germana Santagati, Paola Serrano

Progetto grafico
Pasquale Zumbo

Stampa
Creative Artworks - Arghilla, Reggio Calabria

Ma che film ...

la glicemia!!

LA VERIFICA glicemica è stata la LEVA di tutto il mio percorso di Medico e di Diabetologo.

Il “ Colpevole “ fu il Prof: Giandomenico Bompiani – padre dell’era diabetologica in Sicilia – Direttore della Clinica Medica e della Scuola di Specializzazione in Diabetologia e Malattie del Ricambio dell’Università degli Studi di Palermo.

Lo “zampino” lo mise anche il Prof : Aldo Galluzzo, che a quell’epoca era appena stato nominato

prof Associato, e con il quale ed insieme al Prof Bompiani, brindai con Champagne Cristal, al suo meritato successo, primo di tanti altri!

Il prof.: Aldo Galluzzo. raccontava tra il serio e il faceto questo episodio a chi gli chiedeva le origini del nostro sguardo d’intesa.

Aldo, è stato uno dei punti di riferimento nella mia quotidianità di Medico Specialista Diabetologo Territoriale, sempre pronto a sostenermi, consigliarmi e a partecipare con gioia insieme alla moglie Prof: ssa Carla Giordano, agli eventi organizzati dal mio Servizio di Diabetologia insieme alla Associazione Diabaino Vip Vip dello Stretto: Soggiorni Educativi, Convegni, Incontri vari: Il suo ricordo lo custodisco nel mio cuore ed è sempre presente nelle mie preghiere:

Durante il mio soggiorno universitario a Palermo, lavorai con il gruppo LESP (Esperienze Psicologiche Pa) e frequentai i corsi Rogeriani, e fui fortunata, il mio docente fu Claudio, il pupillo di Roger Fu impegno importante che fortificò il mio percorso di futuro medico.

Con il Prof: G-D Bompiani, le conversazioni duravano a lungo, si discuteva di Terapia Motoria, Alimentare, Farmaco/Insulinica e in particolare della Terapia Educazionale e delle fasi di approccio della persona con Diabete Mellito.

Ed allora osavo –con molto timore – dare una definizione del Diabete “ E’ come la Piovra, è la Mafia di tutte le malattie, perché è Grave - Cronica - Invalidante e Correlata con tutte le Patologie anche quelle non ancora note. . . Curabile non da Soli, ma con . . .” E il prof , bonariamente sorrideva dicendomi : lei deve specializzarsi in Diabetologia e Malattie del Ricambio,

recupererà il rapporto Medico/Paziente e così’ appena laureata mi presentò alla SID e fui accettata come aggregata (io che volevo fare il ginecologo e salvar le donne dall’aborto!)

I soci della SID, quasi tutti, Prof.. Universitari, di alto valore scientifico, mi torchiavano con mille domande ricche di trabocchetti ma alla fine mi definirono “la piccola D’Agostino del .Sud” perché avevo creato fin dal marzo 1976 (da Naturalista-Nutrizionista con tre medici: G Aricò, R Iacopino, R Postorino) dei Centri di Educazione Dietetica e D, con la sigla CEDD il cui Logo era rappresentato da un quadrifoglio sulle cui foglie, uniti in centro da uno smeraldo, erano impresse le lettere del Centro.

Le sedi erano cinque sparse nella Regione Calabria: Rc, Cz, VV, Siderno, Polistena.

L’avventura palermitana fu interrotta nel 1982 a causa della morte di mia madre, Maestra Sarta, Couturier, Stilista, chiamata a Messina e Reggio Calabria ma anche a Milano e Parigi , negli ambienti dell’Alta Moda, “a Madama “ donna eccezionale che mi educò ad amare l’altro e all’ascolto attivo, com’essa faceva con le sue clienti e sfregando i tessuti tra l’indice ed il pollice ascoltava di come il tessuto volesse essere cucito sul corpo di donne non tutte da passerella.

Questo è uno dei motivi perché ai miei pazienti raccomando di MAI prelevare per la verifica glicemica, la goccia di sangue, dall’indice o dal pollice, per preservare la sensibilità di queste due dita ed aggiungo “le donne devono percepire il lino, la seta e gli uomini contar senza errori i soldi che servono per pagar i vestiti di seta delle loro donne madri, sorelle, figlie e in specie le mogli , donne che saranno ben felici di essere la loro “Care Giver ”.

alla prossima!
ApeDopDott

*Questa è la prima puntata.
Procuratevi il prossimo numero del
Diabaino News per la seconda parte.
Scrivete per chiarimenti: info@diabaino.org*

Le agevolazioni concesse dalla Legge 104/92 ai genitori di minori affetti da diabete



La Legge n. 104 del 1992 detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata.

Se pur in casi determinati, tra i soggetti tutelati dalla normativa in commento rientrano anche i cittadini affetti da patologia diabetica.

Ciò significa che il legislatore accorda a quest'ultimi numerosi benefici volti a garantire la piena ed effettiva integrazione sociale, nonché predisporre interventi finalizzati al superamento di stati di emarginazione e di esclusione sociale che ne potessero derivare.

L'art. 3 della L. 104/92 dà una definizione di persona affetta da handicap ai fini del riconoscimento dei benefici.

Si legge al comma 1: "E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione."

E, prosegue:" 2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

Infine, al comma 3:" Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere

necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità." La norma testè richiamata trovava piena ed effettiva attuazione nella sentenza emessa dal Tribunale di Nuoro, sezione lavoro, n. 821 del 2001 in accoglimento del ricorso promosso dai genitori di un minore affetto da grave forma di diabete mellito del tipo I con instabilità metabolica, contro il Ministero del Tesoro nonché contro la Commissione Medica Superiore e di Invalidità Civile.

In particolare, nel ricorso i genitori lamentavano l'illegittimità del declassamento – da "grave" a "semplice"- operato in sede di nuovo accertamento dalla Commissione Medica Periferica, sullo stato di handicap riconosciuto originariamente al minore e della revoca delle agevolazioni loro riconosciute in forza della legge n. 104 del 1992.

Il Giudice adito, partendo dai risultati dell'accertamento medico svolto sul bambino dal Consulente tecnico incaricato d'ufficio, secondo cui la minorazione cui il soggetto era affetto "comportava la necessità di un intervento assistenziale permanente, continuo e globale, perché il bambino, vista l'età, non può autogestire tale malattia e, quindi, finché non raggiungerà un'età più matura, si è di fronte a una situazione di handicap grave", statuiva che "la norma in questione (ossia, l'art. 3, Legge n. 104/92) consente di valutare la gravità della minorazione facendo riferimento non solo alla rilevanza della patologia oggettivamente considerata, ma anche all'età della persona, cosicché la necessità di assistenza continuativa, permanente e globale nella sfera individuale deve essere individuata tenendo in considerazione la specifica incidenza della malattia nel singolo caso".

Sulla base delle predette motivazioni, il Giudice concludeva in favore dell'accoglimento del ricorso presentato dai genitori del minore ai quali riconosceva, pertanto, il diritto a godere delle

Le agevolazioni concesse dalla Legge 104/92 ai genitori di minori affetti da diabete

agevolazioni previste all'art. 33, L. 104/92.

Per dovere di completezza espositiva, si precisa che le agevolazioni di cui godono i genitori in presenza di figlio affetto da handicap grave, in sostanza, constano nel diritto, riconosciuto alla lavoratrice madre o, in alternativa, al lavoratore padre, entro il compimento dell'ottavo anno di vita del bambino, al prolungamento del congedo parentale.

Quest'ultimo, va specificato, risulta fruibile in misura continuativa o frazionata, per un periodo massimo non superiore a tre anni, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati e salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore.

In tali casi, i genitori possono chiedere, altresì, ai rispettivi datori di lavoro di usufruire, in alternativa al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa, di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

Infine, in presenza della condizione di gravità dell'handicap, spetta, inoltre, il diritto a fruire

di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa.

In definitiva, alla luce del dettato della norma richiamata nonché della interpretazione giurisprudenziale così come scaturita dalla pronuncia in commento, è chiaro che la valutazione della gravità della minorazione passa attraverso l'età della persona oltreché l'accertamento della rilevanza della patologia oggettivamente considerata.

Ne discende, pertanto, che la minore età, ponendosi quale limite non solo alla capacità del bambino ad attendere, in piena autonomia, ai bisogni terapeutici ma anche allo sviluppo come persona e alla sua integrazione nella società, costituisce uno dei presupposti ai fini della classificazione in termini di gravità dell'handicap sofferto nonché del riconoscimento del diritto spettante ai genitori a provvedere in maniera proficua alla assistenza dei propri figli.

Avv. Germana Santagati



Le proprietà nutrizionali delle alghe

Le alghe costituiscono un gruppo di organismi autotrofi simili alle piante che contengono clorofilla e utilizzano l'energia solare per i processi fotosintetici. A differenza delle piante terrestri, però, non possiedono delle vere radici, fusti o foglie ma sono organismi unicellulari o cellulari molto diversi per morfologie dimensioni: è possibile, infatti, trovare alghe di grandezza microscopica ma anche specie lunghe fino a 30 m. A seconda della dimensione, vengono classificate in una micro alghe e macro alghe: le prime comprendono la classe delle Cianofitice o alghe verdi che, in realtà, sono organismi unicellulari la cui linea evolutiva differisce da quella delle macro alghe.

Le macro alghe invece possono essere classificate secondo diversi criteri tassonomici che prendono in considerazione la natura della loro clorofilla, la struttura chimica della parete cellulare e la presenza o assenza di particolari strutture. Il criterio più utilizzato, comunque, si basa sulla presenza, oltre alla clorofilla, di altri pigmenti specifici che danno anche il colore all'alga per cui abbiamo delle alghe brune, rosse e verdi con caratteristiche diverse tra di loro; le alghe brune e rosse predominano nelle acque più profonde dove la penetrazione della luce solare è più limitata.

Le alghe sono da sempre state consumate secondo tradizione nei piatti regionali dei popoli vicini al mare come giapponesi coreani e cinesi; in Europa sono diffuse in particolare in Irlanda, Norvegia e Scozia mentre in Italia sono usate sporadicamente. In realtà tutti noi mangiamo regolarmente sostanze estratte dalle alghe visto che tra l'altro vengono utilizzate dall'industria alimentare per la loro azione addensante.

Nelle alghe fresche la componente maggiore è costituito dalla acqua (circa il 90% del peso); il resto è suddiviso tra lipidi, protidi e grassi. Per la loro ricchezza in proteine e idrati di carbonio, le alghe

costituiscono per decine di milioni di persone un alimento quotidiano.



La particolarità delle alghe è il loro contenuto in fibre che raggiungono il 40% del peso secco e che svolgono un ruolo positivo a livello intestinale contribuendo alla formazione di massa fecale e alla diminuzione del tempo di transito intestinale. Una delle proprietà salutistiche delle alghe oggi più note è legata al trattamento dell'obesità grazie proprio al loro alto contenuto di fibre che provoca riduzione dell'assorbimento dei carboidrati e dei grassi al livello intestinale senza alcun effetto centrale.

La medicina popolare e la medicina alternativa attribuiscono del resto alle alghe numerose proprietà terapeutiche non ancora tutte verificate dalla medicina ufficiale come quella di ridurre i livelli di colesterolo e le capacità antiaggreganti. In genere si può dire che tutte le alghe sono dei vegetali verdi: i loro cromatofori contengono sempre la clorofilla, la quale tuttavia è talvolta accompagnata da carotenoidi di vario colore, dal giallo al rosso carminio accentuato, abitualmente coperto da quello della clorofilla, ma che appare quando la pianta avvizzisce. Ne esistono diverse varietà a seconda del colore: alghe verdi (clorofitice), brune (feofitice), rosse (rodofitice), e blu (cianofitice).

Vi sono invece altri pigmenti speciali, di tinte varie detti soprannumerari capaci di dissimulare i pigmenti verdi ordinari. Nel caso delle alghe brune o feofitice abbiamo un pigmento soprannumerario dominante di tinta bruna: la fucoxantina appartenente al gruppo dei carotenoidi che conferisce alle alghe il colore giallo bruno. Al gruppo delle alghe brune appartengono le

alghie maggiormente utilizzate per l'alimentazione, per uso erboristico o come foraggio e nelle più svariate industrie da quella farmaceutica e cosmetica a quella dolciaria. Una delle alghie più ricche di minerali e raccolta per i suoi effetti benefici è l'Ascophyllum nodosum : è grande alga bruna nella classe Phaeophyceae, noto anche come Kelp norvegese, Kelp annodato, annodato rovina o Wrack uovo. È un'alga che prolifera sulle coste dell'oceano Atlantico conosciuta anche come "Alga Norvegese" per la sua enorme diffusione in quest'area. È inoltre presente sulle coste dell'Europa nord occidentale, nell'Est della Groenlandia e sulle coste orientali del Nord America.

Le alghie più note sono:

- Ascophyllum nodosum
- Cystophyllum fusiforme
- Eisenyabiciclis
- Fucus vesiculosus
- Himantalia elongata
- Laminaria digitata
- Macrocystis pyrifera.
- Undaria pinnatifida

Le alghie brune contengono iodio in abbondanza per cui, già nei secoli scorsi, venivano utilizzate nel trattamento dell'ipertiroidismo; inoltre contengono vitamine ed in particolare le provitamine A, C, D, K e tutte le vitamine del gruppo B. Inoltre le alghie rosse contengono vitamina E potente antiossidante.

Vengono riportate, storicamente, alcuni usi in medicina come quello della Chondrus crispus usata, pare con successo, nella terapia delle infezioni polmonari.

Noto, nella pratica erboristica, l'effetto diuretico e decongestionante di alcune alghie brune.

L'uso, infine, forse più conosciuto, è quello legato al trattamento della obesità associato alla attività fisica e alla dieta. Infatti l'alghina (parte mucillaginosa delle alghie brune) viene utilizzata come regolatore dell'appetito attraverso la sua funzione massa e l'effetto sulla riduzione dell'assorbimento intestinale di glucidi e lipidi soprattutto.

Ovviamente, come per tutti i farmaci e gli alimenti vanno usate evitando il sovradosaggio che possono produrre diarrea e malassorbimento intestinale.

BIBLIOGRAFIA

^ S. Hiscock (1979). "A fieldkey to the British brown seaweeds (Heterokontophyta)". *Field Studies* 5: 1-44.

^ test 2 [link nome link]

^ H. Stegenga, J. J. Bolton & R. J. Anderson (1997). *Seaweeds of the South African West Coast. Bolus Herbarium Humber 18, University of Cape Town. ISBN 0-7992-1793-X.*

^ M. J. Lynn (1949). "A rare alga from Larne Lough". *Irish Naturalists' Journal* 9: 301-304.

^ O. Morton (1994). *Marine Algae of Northern Ireland. Ulster Museum, Belfast. ISBN 0-900761-28-8.*

^ J. R. Lewis (1964). *The Ecology of Rocky Shores. English Universities Press, London*

^ Schonbeck, MW and TA. Norton. 1980. *Factor-controlling the overlimits of fucoidalgae on the shore. J.exp.mar.biol. ecol.* 43:131-150

^ a b Seip, K.L. 1980. *A mathematical model of competition and colonization in a community of marine benthicalgae. Ecological modelling* 10:77-104

^ F. Børgesen *Botany of the Færøes Part II, pp. 339-532. Det nordiske Forlag Ernst Bojesen, Copenhagen.*

^ F. E. Round (1981). *The Ecology of Algae. Cambridge University Press Cambridge. ISBN 0-521-22583-3.*

^ F. G. Hardy & M. D. Guiry (2006). *A Check-list and Atlas of the Seaweeds of Britain and Ireland. British Phycological Society, London. ISBN 3-906166-35-X.*

^ H. Stegenga, I. Mol, W. F. Prud'homme van Reine & G. M. Lokhorst (1997). "Checklist of the marine algae of the Netherlands". *Gorteria supplement 4: 3-57*

^ M. D. Guiry & Wendy Guiry (2006-11-23). *Ascophyllum nodosum (Linnaeus) Le Jolis. AlgaeBase*

^ A. W. Miller, A. L. Chang, N. Cosentino-Manning & G. M. Ruiz (2004). "A new record and eradication of the north Atlantic alga *Ascophyllum nodosum* (Phaeophyceae) from San Francisco Bay, California, USA" *Journal of Phycology*, 40: 1028-1031. doi:10.1111/j.1529-8817.2004.04081.x.

^ C. Duraffourd, L. D'Hervicourt, J.C. Lapraz *Quaderni di fitoterapia clinica.*

Giuseppe Pipicelli
Annalisa Maria V. Pipicelli

Diabete infantile, l'importanza dell'holter

È un giovedì pomeriggio e mi dirigo verso gli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria, reparto Pediatria. Il primario del reparto, il dott. Demetrio Costantino, mi ha fissato un appuntamento per realizzare un'intervista riguardante il diabete in età infantile. Per parlarne, partiamo dal caso di Francesco, bimbo che a pochi mesi dalla nascita è stato colpito dalla patologia e che lui, con il supporto dell'équipe Diabaino, ha seguito e curato.

"Il diabete nel bambino è instabile per definizione - precisa subito il pediatra - ed è quindi difficile trovare un equilibrio che consenta di avere dei livelli di glicemia normali nell'arco della giornata. La situazione è tanto più instabile quanto più piccolo è il bimbo". Infatti, Francesco ha subito degli sbalzi di valori molto gravi che hanno messo a rischio la sua salute.

"L'età media dei bambini colpiti dal diabete va tra i 3 e i 5 anni e quindi il caso di Francesco è particolare - spiega Costantino -. Ci siamo trovati davanti a un bambino molto piccolo e quindi più difficile da gestire. Quando è arrivato in ospedale era in condizioni critiche. Noi la chiamiamo chetoacidosi diabetica - prosegue - perché lo squilibrio metabolico, oltre a ipo e iperglicemia, provoca la disidratazione marcata e l'acidosi metabolica. Fortunatamente, i protocolli attivati nella nostra struttura ci hanno permesso di riportare la situazione alla normalità nell'arco di 24 ore".

Il livello di glicemia di un soggetto è determinata dal cibo ingerito e dalla quantità di insulina che viene somministrata giornalmente. Spesso, però, capita che il bambino mangi poco o troppo e quindi il rischio di ipo o iperglicemia aumenta.

"Per poter garantire un equilibrio glicemico accettabile - riprende il primario reggino - è necessario un monitoraggio continuo che solitamente avviene attraverso il reflettometro. Per evitare il trauma del pungidito, in casi simili si preferisce usare l'holter glicemico. Con questo strumento il monitoraggio è costante, 24h su 24h e facilita anche la gestione post ospedaliera da parte dei genitori".

Da temere in particolar modo è l'ipoglicemia e possedere un holter diminuisce i rischi per il piccolo perché può essere ben governata anche a casa. "È fondamentale - spiega - che i geni-

tori siano informati. Per questo quando capita un caso simile a quello di Francesco tendiamo a non dimettere immediatamente il bambino anche se tutto va bene, perché i genitori devono essere edotti su tutto, per permetter loro di riconoscere ipo e iperglicemia e quindi intervenire adeguatamente anche in assenza di esperti".

In questo ambito, anche l'équipe Diabaino ha fatto la propria parte. "Abbiamo avuto la possibilità di collaborare fattivamente con del personale esperto del settore, il loro supporto è stato decisivo e a trecentosessanta gradi - ricorda il dott. Costantino -. Proprio per questo, ogni qual volta c'è l'occasione di collaborare con la Diabaino siamo lieti di farlo. Esiste tra noi un rapporto professionale consolidato da anni".

Le capacità e la dedizione degli esperti, però, spesso si scontra con la carenza delle strutture e in Calabria il problema esiste. "La diffusione del diabete - spiega ancora -, soprattutto negli ultimi anni, è aumentata in maniera considerevole e sarebbe necessario potenziare i centri di diabetologia, soprattutto pediatrica. Non tutti sono a conoscenza del fatto che il diabete infantile e quello degli adulti sono diversi e vanno curati diversamente. Sarebbe quindi opportuno - conclude il primario di Pediatria - che le strutture sanitarie territoriali fossero potenziate proprio per la gestione del diabete, in particolare per quello che insorge nei bambini".

Pasquale Zumbo

ADDIO, ETTORE!



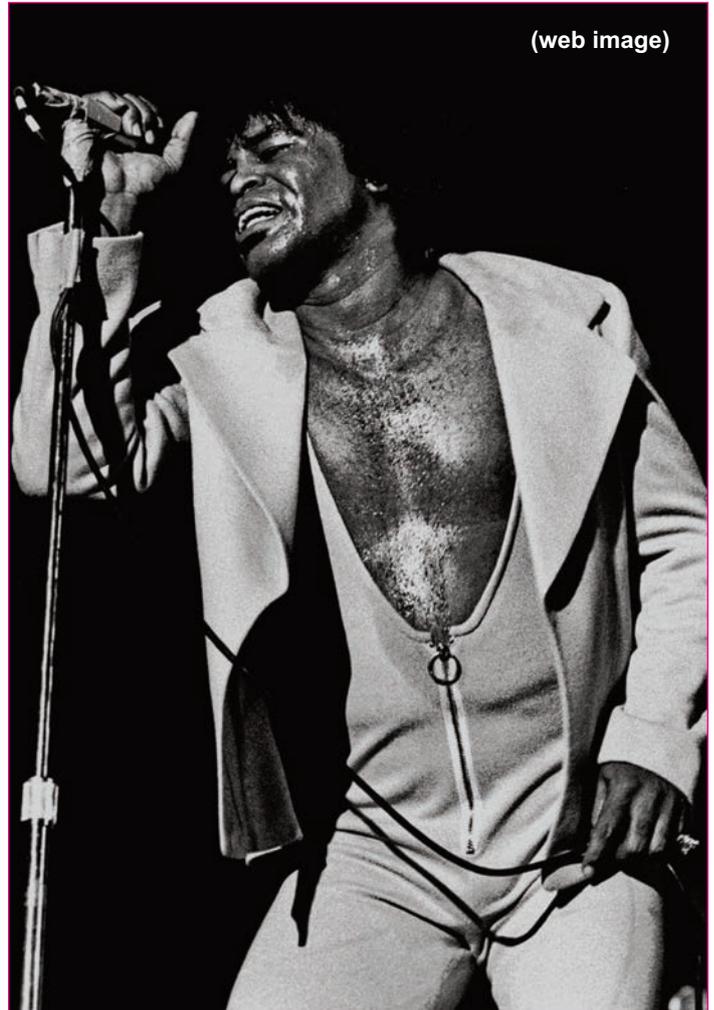
È con profonda tristezza che la Diabaino dà l'estremo saluto al prof. Ettore Ungaro, grande amico dell'associazione. Vero amante del mare e geloso della sua imbaccazione, non ha esitato a metterla a nostra disposizione per girare le scene dello spot Diabaino con la Ricciarelli. Addio Ettore, sincero amico!

James & Johnny,

il diabete non ferma la musica

Il 12 settembre 2003, a Nashville, Tennessee, USA, è scomparsa una leggenda della musica country americana. Di umili origini e con antenati cherokee, Johnny R. Cash nasce a Kingsland, Arkansas, USA il 26 febbraio 1932. Fa il contadino, lavora nei campi di cotone, si adatta a fare anche il rappresentante. Poi, folgorato dal gospel, decide di dedicarsi alla musica. Arrivato nel 1954 a Memphis approda alla Sun Record (la stessa etichetta del primo Elvis Presley, di Carl Perkins e di Jerry Lee Lewis). Il gospel comincia a lasciare il posto a un country dai toni scarni e desolati che diventa con il tempo un marchio di fabbrica. Arrivano i successi commerciali, da Hey Porter a Folsom Prison Blues da Get Rhythm a I Walk The Line fino a quando, nel 1958, il cantante passa alla casa discografica Columbia. Seguiranno alterne vicende contrassegnate da stress, dipendenza da farmaci e droghe, ma anche da grande musica (il live At The Folsom Prison del 1969 è la sua pietra miliare di sempre), che ha continuato a dispensare fino ad oggi. Johnny Cash ha avuto una vita generosa, ma anche difficile e complicata. Il suo conflitto interiore, richiamato in modo superbo nella cover del genere Nick Lowe, The Beast In Me, fonte di sofferenza, ma anche di profonde qualità umane, forse non si è mai placato. Se, a questo, si aggiungono i suoi continui ricoveri ospedalieri degli ultimi anni, dovuti anche alle complicanze del diabete, si può comprendere ancora meglio la grandezza di un uomo che, nonostante tutto, non ha mai smesso di fare grande musica, come nel caso dell'ultimo album American IV.

(web image)



(web image)



James Joseph Brown, conosciuto come "Padrino del soul", nacque il 3 maggio 1933 ad Augusta in Georgia. Durante l'infanzia aiutò economicamente la famiglia raccogliendo cotone e lucidando scarpe. All'età di 16 anni fu arrestato per rapina e in prigione conobbe Bobby Bird, la cui famiglia lo aiutò ad uscirne solo 3 anni dopo la sentenza a condizione che trovasse un lavoro. Nel 1953 iniziò la sua carriera musicale e, nel 1955, entrò a far parte del gruppo gospel "The Gospel Starlighters" con Bobby Bird. Negli anni '60 raggiunse l'apice del successo con "Papa's Got a Brand New Bag" e "I Got You (I Feel Good)". Negli anni '60 e '70 diede il suo contributo in favore degli Afroamericani e dei poveri. Nonostante numerosi problemi personali continuò ad incidere grandi hit fino alla fine degli anni '80. Il 14 Novembre 2006 Brown entrò a far parte della Music Hall of Fame. Il 25 Dicembre 2006 Brown, che era affetto da diabete, morì a causa di una grave polmonite.



Le Ricette di Marella

Dadolata di pollo e patate con erbe aromatiche

Questa ricetta estremamente facile e leggera è pronta in poco più di mezzora. Le erbe aromatiche arricchiscono di sapore gli ingredienti semplici che costituiscono questo piatto che può essere accompagnato anche solo da una semplice insalata.

Ingredienti (per 4 persone):

400 g. di petto di pollo
600 g. di patate
un mazzetto di erbe aromatiche fresche (es. rosmarino, salvia, timo, alloro) sale, pepe, **olio extravergine d'oliva**

Preparazione:

Sbucciate le patate e tagliatele a dadini piccoli. Versatele per cinque minuti in una pentola con



abbondante acqua bollente e salata. Scolatele e fatele intiepidire in una terrina.

Tagliate a cubetti il petto di pollo eliminando eventuali parti grasse.

Cospargete una padella con del sale fino e cuocetevi il pollo per circa dieci minuti a fiamma alta mescolando spesso con un cucchiaio di legno, poi mettetelo in un piatto.

Nella stessa padella fate scaldare un cucchiaio d'olio d'oliva, aggiungete le patate e cuocetele per circa dieci minuti senza mescolare, poi giratele delicatamente e proseguite la cottura per altri cinque minuti.

Nel frattempo tritate finemente le erbe aromatiche.

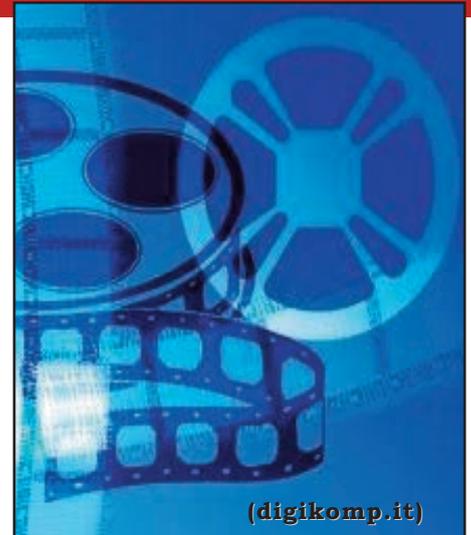
Unite il pollo alle patate, cospargete con il trito aromatico, riscaldate per qualche minuto e servite.



Diabaino City of Arts

Diabaino News
senza confini

Sport e Cinema



Musica e
Spettacolo

Arte Cultura
e Società



Diabaino City of Arts

In Giro per la Calabria



(foto: Simone Pizzi)

Dopo un anno di assenza, il Giro d'Italia è tornato in Calabria e lo ha fatto dedicando alla terra di Mattia Preti e Tommaso Campanella ben due tappe. Un arrivo e una partenza con in mezzo un trasferimento. La quarta frazione del Giro 2013 è stata infatti la Policastro Bussentino - Serra S. Bruno, la seconda più lunga della corsa rosa con i suoi 246 km, rivelatasi durissima per i ciclisti in gara. Una pioggia torrenziale ha infatti accompagnato il gruppo per gran parte del percorso. La tappa ha avuto il suo momento topico sull'ultima ascesa. L'asfalto bagnato dalla pioggia ha infatti reso insidiosa la salita che ha visto Danilo Di Luca scattare in compagnia di Robinson Chalapud Gomez. I due hanno retto fino a 300 metri dal traguardo quando dal gruppo, ormai ricompattatosi, è scattato Enrico Battaglin capace di bruciare tutti e vincere per la prima volta sulle strade del Giro.

La maglia rosa è rimasta sulle spalle del 36enne Luca Paolini mentre per uno dei protagonisti più attesi, il traguardo di Serra S. Bruno ha riservato

amarezze. Bradley Wiggins, vincitore dell'ultimo Tour de France e dell'oro olimpico di Londra 2012, viene coinvolto in una caduta e perde ben 17" dai suoi rivali, tra i quali il messinese Vincenzo Nibali.

Quel che più ha colpito è stato l'entusiasmo dei calabresi che nonostante la pioggia, hanno atteso i ciclisti all'arrivo in un tripudio di colori che ha dipinto a festa le vie del piccolo centro aspromontano, sede della splendida Certosa.

Il giorno dopo, tutti a Cosenza, in attesa della partenza della 5a. tappa. La città dei Bruzi ha accolto con calore la carovana rosa e così piazza dei Bruzi si è trasformata in un piccolo stadio, con i cosentini travolti dall'atmosfera del Giro: musica, eventi, scatti e autografi rubati al corridore preferito, fino alla passerella per le vie della città e alla partenza da via Marconi. Il Giro riparte, direzione Matera, e saluta la Calabria. Appuntamento al prossimo anno!

Pasquale Zumbo

Diabaino City of Arts

In Giro per la Calabria



(foto: Simone Pizzi)



(foto: Simone Pizzi)



(foto: Simone Pizzi)



(foto: Simone Pizzi)



(foto: Simone Pizzi)



(foto: Simone Pizzi)



(foto: Simone Pizzi)

Piccole dimensioni. Grande carattere.



DIMENSIONI REALI

Accu-Chek Aviva Nano.
Per una migliore gestione del diabete.

- Risultati pre e post prandiali evidenziabili, per comprendere gli effetti del pasto sulla glicemia.
- Promemoria per ricordare quando effettuare il test.
- Media glicemia 7, 14, 30 e 90 giorni, per un controllo a lungo termine dell'andamento glicemico.
- Display LCD retroilluminato per una facile lettura, anche al buio.
- Striscia reattiva di elevata tecnologia, con oltre 150 controlli di sicurezza automatici.

Experience what's possible.

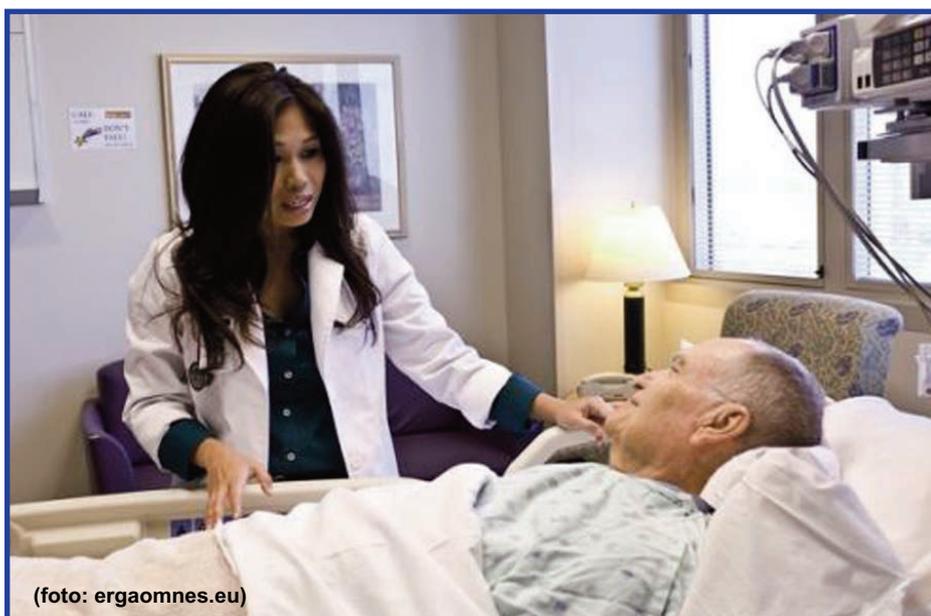
Numero Verde
800-822189

Numero Verde per avere assistenza tecnica sull'utilizzo dei prodotti della linea Accu-Chek e per richiedere la sostituzione gratuita degli strumenti in garanzia.

Le misurazioni devono essere eseguite nell'ambito del controllo medico.
Accu-Chek Aviva Nano è un dispositivo medico-diagnostico in vitro CE 0088.
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.
Autorizzazione Ministeriale ottenuta il 19/08/2011.

ACCU-CHEK®

Terapia del dolore, una “Rete” per modello



(foto: ergaomnes.eu)

In Italia ogni anno 250.000 persone si ammalano di cancro e 160.000 muoiono per la stessa patologia. Ogni anno 12.000 bambini muoiono a causa di malattie croniche evolutive, neoplastiche e genetiche e solo il 5% di loro riceve cure adeguate al controllo del dolore. In Calabria ogni anno circa 6000 persone necessitano durante il decorso di una malattia irreversibile e ancor di più in fase avanzata, di cure proporzionate per il controllo di sintomi invalidanti che compromettono la loro qualità di vita. Le loro famiglie sostengono il gravoso peso assistenziale della malattia con ripercussioni sulla sfera emotiva ed esistenziale della persona. Questa sofferenza viene definita “dolore globale”. Il Parlamento Italiano all’unanimità ha voluto dare una risposta concreta ad un bisogno sociale ancor prima che sanitario, con l’emanazione della legge 38 del 15 marzo 2010. Questa legge rappresenta un importante traguardo nell’esercizio di un diritto che si esplicita come garanzia di accesso ai servizi di cure palliative” territoriali ed ospedalieri, dove trovare risposta adeguata ai bisogni curativi e socio assistenziali del malato grave e della sua famiglia.

La legge 38 e i successivi documenti attuativi emanati dalla Conferenza Stato Regioni, delineano con ampia chiarezza un modello organizzativo definito “a Rete” con al cen-

tro il malato, considerato nella sua dimensione olistica, globale, ed intorno i diversi nodi, servizi e strutture, in grado di prendersi cura in modo completo della persona ammalata accompagnandola lungo tutta l’esperienza della malattia sino alla fase finale della vita. La rete presta attenzione alla famiglia, unità inscindibile con il malato. Essa è oggetto e soggetto del piano di cura e viene accompagnata oltre il decesso del congiunto per una natu-

rale elaborazione del lutto e per prevenire un disagio patologico.

Il processo di accompagnamento presuppone l’esistenza di figure professionali multidisciplinari che operano in equipe ed assieme contribuiscono alla definizione e alla realizzazione di un programma assistenziale confezionato a misura di ogni singolo paziente. Gli operatori di una equipe devono possedere specifiche competenze tecniche ma soprattutto capacità di ascolto, disponibilità al confronto, consapevolezza dei propri limiti, rispetto dei ruoli e desiderio di ricercare il bene di ogni ammalato. La rete quindi per essere funzionale deve avvalersi di una comunità di persone disposte a lasciarsi interpellare dalla sofferenza umana, interessati alla storia personale e al vissuto di ogni ammalato, per avviare con lui un processo relazionale coinvolgente, caloroso, che lo sostiene e lo avvolge come un mantello (pallium) per restituirgli dignità e qualità di vita.

La rete si compone di diversi “nodi” che si identificano nei diversi luoghi di cura(ospedale, domicilio, Hospice) in cui il malato viene accolto durante le diverse fasi della malattia. Una struttura di coordinamento consente di organizzare l’iter diagnostico e terapeutico e seguire nel tempo i mutevoli cambiamenti della malattia adattando l’in-

tervento assistenziale e se necessario cambiando il luogo di cura. Se il domicilio resta la sede privilegiata per ogni ammalato luogo della memoria e degli affetti, l'Hospice è tra le strutture di ricovero il luogo più confortevole perché in grado di ricreare un ambiente familiare nelle camere singole dotate di bagno ed attrezzate per ospitare un congiunto durante tutta la durata del ricovero e dove personale sanitario affiancato da volontari rende accogliente e premurosa l'ospitalità e meno gravose le cure perché proporzionate ai bisogni.

Le cure palliative non sono soltanto una disciplina scientifica ma sono una filosofia assistenziale. Coniugare la cura con il prendersi cura consente di riscoprire dietro la malattia l'unicità della persona a cui dare ascolto. Quando non è più possibile guarire, nella fase finale della vita, è sempre possibile curare, alleviare la sofferenza, recuperare dei rapporti interrotti, dare un senso al momento presente e riscoprire il valore dell'esistenza umana e la sua naturalità. Prendere in carico un malato, con le sue paure, le sue attese significa credere che ogni persona è unica ed irripetibile e che la sua storia è importante nonostante la fragilità che l'accompagna e l'impossibilità di avvalersi di cure finalizzate all'allungamento della propria esistenza. Con questi presupposti che devono rappresentare un bagaglio culturale imprescindibile di ogni operatore si comprende come per ogni ammalato preso in carico dalla rete non vi è una terapia standard e che la cura spesso non è la parte più rilevante del progetto assistenziale. La Regione Calabria dopo oltre un decennio di totale indifferenza verso la disciplina, a partire dal 2010 si è dotata di strumenti normativi propri che consentono oggi di sviluppare su tutto il territorio regionale un modello operativo omogeneo che consenta di capillarizzare l'intervento assistenziale raggiungendo anche le zone rurali attraverso il servizio di cure domiciliari palliative. Al fine di favorire lo sviluppo dei servizi, il Ministero della salute in accordo con il Ministero dell'economia e delle finanze ha provveduto dal 2009 a stanziare annualmente un fondo finaliz-

zato per la realizzazione di progetti specifici nel settore. Queste risorse aggiuntive sono preziose ma perché producano gli effetti sperati debbono essere gestite da tecnici esperti per evitare la dispersione o l'inappropriatezza d'utilizzo. Niente oggi impedisce che la Calabria recuperi il tempo perduto ma occorre volerlo fare. Sono in corso di realizzazione due nuovi Hospice nella provincia di Reggio Calabria e precisamente presso i comuni di Melicucco (versante Tirrenico) e di Siderno (versante ionico). Potrebbero aprire i battenti nel corso del 2013 se si creerà una sinergia costruttiva tra l'azienda Sanitaria territoriale e le comunità locali. La Struttura di coordinamento regionale presso il Dipartimento Tutela della salute di Catanzaro sta provvedendo al riutilizzo di risorse finora inutilizzate per la progettazione di altri tre Hospice che potrebbero sorgere nei comuni di Catanzaro, Cosenza e Vibo per soddisfare il fabbisogno di posti letto sul territorio regionale.

COME ACCEDERE AI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE E DI TERAPIA DEL DOLORE

Ogni cittadino che necessita di cure sintomatiche deve rivolgersi al proprio medico di base o se minore al Pediatra di libera scelta che ha l'obbligo di formulare richiesta di assistenza viene al PUA (punto unico di accesso) presso i Distretti aziendali. L'UVM (Unità valutativa multidisciplinare) provvederà ad inviare la richiesta di valutazione specialistica di cure palliative all'UOCP. Il suo responsabile sanitario o suo delegato provvederà a contattare il familiare di riferimento (chiamato care giver) per un primo colloquio conoscitivo dei bisogni e dello stato di salute della persona ammalata. Se giudicato eleggibile si procederà ad una visita domiciliare per la stesura del Piano assistenziale individuale (PAI) che sarà condiviso con il medico o il pediatra di base. Da questo momento il paziente viene preso in carico da uno dei servizi della rete, quello più confacente al paziente. l'intervento assistenziale verrà garantito da una équipe composta da: medici, infermieri, psicologo,

assistente sociale, consulente etico, assistente spirituale e volontari. Tutte le tipologie assistenziali sono continuative 7gg/ 7 per 365 gg l'anno. La rete di cure palliative si dovrà integrare con gli ambulatori della rete di terapia del dolore collocati presso le Rianimazioni degli ospedali territoriali e presso le Aziende ospedaliere. Tra i diversi riferimenti dovrà crearsi un'attività di integrazione e gli operatori coinvolti saranno una sola équipe curante. Nonostante l'ampia normativa nazionale e regionale, nonostante i fondi finalizzati per l'implementazione delle due reti, a tutt'oggi

le aziende sanitarie provinciali ed ospedaliere non hanno completato lo sviluppo dei servizi di rete. E' necessario dunque esortare i Direttori generali a considerare questi programmi assistenziali non solo dei LEA(Livelli essenziali d'assistenza ma

una priorità in sanità pubblica imprescindibile. La mancata realizzazione delle reti comporterà la non erogazione da parte del Ministero di specifici finanziamenti.

Dunque per realizzare questo sistema a rete occorre applicare i seguenti decreti:

- Dotarsi di una struttura organizzativa di coordinamento della Rete di Cure Palliative;
- Consentire l'accesso ad ogni patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura;
- Possedere un' équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2 ;
- Favorire un unico percorso di cure domiciliari ;
- Garantire continuità delle cure;
- Assicurare una formazione continua agli operatori;
- Realizzare programmi di supporto psicologico all'équipe;
- Dotarsi di strumenti per la misurazione

della Qualità di vita;

- Pianificare una cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato;
- Offrire un supporto sociale e spirituale a malati e familiari ;
- Elaborare programmi di supporto al lutto ;
- Risolvere dilemmi etici ;
- Realizzare programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative ;
- Programmi di valutazione della qualità delle cure ;



(foto: www.antoniopalagiano.com)

La rete è dunque qualcosa di più di una strategia assistenziale. E'

- Il sostegno e il conforto sicuro dell'ammalato preso in cura e della sua famiglia
- Preziosa opportunità di qualità delle cure e di equilibrato rapporto costo/

beneficio

- Strumento di riflessione culturale per la comunità locale, ancora impreparata a considerare la morte espressione naturale della vita.
- Segno di testimonianza tangibile di solidarietà umana verso i più fragili
- Segno di speranza alla riscoperta del valore della dignità umana contro idee falsamente libertarie ed individualistiche

Risocializzare la morte è l'obiettivo più ambizioso delle cure palliative. Si potrà raggiungere solo considerando la morte un evento naturale intrinsecamente legato alla vita.

Promuovere le cure palliative non è soltanto avanzare nella qualità delle cure ma contribuire a rendere più civile la comunità umana.



Last News dal mondo Diabete

SCOPERTA CARTA IDENTITA' CELLULE TR1, CHIAVE CONTRO MALATTIE AUTOIMMUNI

Milano, 29 apr. (Adnkronos Salute) - Scoperto il segnale di riconoscimento di particolari cellule del sistema immune, le cellule T regolatorie di tipo 1 (Tr1), che faciliterà il loro utilizzo in ambito terapeutico per la prevenzione e la cura delle malattie autoimmuni e del rigetto dei trapianti: lo dimostra uno studio pubblicato su 'Nature Medicine' dal team di ricercatori dell'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica guidato da Maria Grazia Roncarolo, in collaborazione con il gruppo di ricerca di Richard A. Flavell dell'Università di Yale. Le cellule T regolatorie - spiega una nota - sono una classe di cellule del sangue molto importante per la regolazione dei meccanismi di difesa del nostro organismo. In particolare, sono specializzate nel mantenimento della tolleranza immunologica, quel meccanismo grazie al quale il sistema immune combatte i patogeni (ad esempio gli agenti infettivi) ma non aggredisce i propri tessuti (gli antigeni 'self'). Esistono diversi tipi di cellule T regolatorie: tra queste, quelle di tipo 1 (Tr1), scoperte proprio da Roncarolo quando lavorava presso il Dnax Research Institute of Molecular and Cellular Biology di Palo Alto, in California, sono caratterizzate dalla capacità di secernere alti livelli di due particolari sostanze: l'interleuchina 10 (IL-10) e il transforming growth factor-beta (Tgf-beta). Nell'ultimo decennio - prosegue la nota - queste cellule si sono dimostrate molto importanti nella prevenzione e nella cura di malattie autoimmuni come il diabete mellito di tipo 1, di malattie infiammatorie croniche intestinali, della celiachia e delle allergie, ma anche nella soppressione del rigetto dopo il trapianto d'organo o di cellule staminali adulte. Questo potenziale terapeutico delle cellule Tr1 è stato dimostrato sia in modelli pre-clinici di laboratorio, sia in studi clinici all'avanguardia di terapia cellulare; tuttavia, fino a oggi, la loro applicazione clinica era fortemente limitata dalla mancanza di marcatori specifici, ovvero di precise molecole di riconoscimento che permettessero ai ricercatori di individuarle e seguirne il comportamento. Questa ricerca dell'Istituto San Raffaele Telethon permette di superare il problema: Roncarolo e collaboratori hanno infatti descritto due marcatori, Cd49b e Lag-3, che consentono di identificare in modo specifico le cellule Tr1 tra tutte le altre. D'ora in avanti sarà

quindi possibile studiare la presenza e la funzione di queste cellule negli individui sani e confrontarle con quelle di persone affette da malattie immuno-mediate, per comprendere se un loro difetto può avere un ruolo nello sviluppo della malattia. Inoltre, grazie alla scoperta di questi specifici marcatori si potranno anche quantificare le cellule Tr1 nelle persone sottoposte a terapie immunosoppressive o immunomodulanti, in modo da identificare i farmaci più adatti per favorirne l'espansione, e quindi l'effetto terapeutico, nell'organismo. Infine, l'utilizzo dei marcatori

Cd49b e Lag-3 consentirà di purificare le cellule Tr1 e di renderle così utilizzabili come terapia cellulare avanzata nella prevenzione del rigetto nei trapianti di organo e di cellule staminali adulte, oltre che nella cura delle malattie autoimmuni.



(web image)

SALUTE: TE' VERDE REGOLA GLUCOSIO E PESO

(AGI) - Daegu, 30 apr. - Il tè verde aiuta a controllare il peso e a regolare il glucosio in presenza di diabete di tipo 2. Lo dimostra una nuova ricerca condotta da Jae-Hyung Park della Keimyung University pubblicata sugli Archives of Pharmacology. I costituenti attivi del tè verde che inibiscono il glucosio intestinale e l'assorbimento dei lipidi sono quei flavonoidi chiamati catechine gallate. Una volta nel sangue, le catechine riescono a migliorare la resistenza all'insulina che è una conseguenza negativa nei pazienti obesi e diabetici.

RICERCA: SCOPERTO NUOVO ORMONE, POTREBBE RIVOLUZIONARE CURA DIABETE

Roma, 26 apr. (Adnkronos Salute) - Potrebbe essere la nuova speranza per milioni di pazienti affetti da diabete di tipo 2, costretti alle quotidiane punture di insulina per tenere sotto controllo la quantità di glucosio nel sangue. È l'ormone chiamato betatrophin scoperto nei topi dai ricercatori dell'università di Harvard (Usa), in grado di promuovere la crescita di cellule che secernono l'insulina nel flusso sanguigno. La ricerca, pubblicata sulla rivista 'Cell', ha dimostrato che questo ormone è in grado di produrre queste cellule con una velocità 30 volte superiore. Secondo Doug Melton, autore del lavoro, tra pochi anni grazie allo sviluppo delle ricerche sull'ormone, per i malati



potrebbe cambiare tutto "bastera' infatti assumere - spiega al 'Telegraph' - questo ormone una volta settimanale o una volta al mese o nel migliore dei casi forse anche una volta all'anno. Dimenticando - conclude - le tre punture al giorno d'insulina a cui oggi sono costretti i diabetici".

SALUTE: ESPERTO, OBESITA' E DIABETE EPIDEMIE CON UN LEGAME STRETTO

Roma, 18 apr. (Adnkronos Salute) - L'obesita' e il diabete stanno aumentando rapidamente in tutto il mondo come una sorta di epidemia: piu' aumenta l'una, piu' si diffonde l'altro. "Diabete e obesita' sono problemi di salute pubblica a forte impatto sociale solo in apparenza distanti.

Non solo perche' sono uniti da un marker metabolico comune, che e' l'insulinoresistenza, ma anche per la condivisione della necessita' di prevenire, razionalizzare ed ottimizzare il trattamento dei pazienti, e contenere i costi della malattia". Ad affermarlo e' Giuseppe Fatati, presidente della Fondazione Adi, in occasione di 'Nutrition and metabolism (Nu.Me) - 5° International mediterranean meeting', il convegno in programma a Terni dal 18 al 20 aprile, che vede riuniti esperti nazionali e internazionali per discutere sulle piu' attuali tematiche riguardanti la nutrizione e il metabolismo.

In Italia, il diabete interessa circa il 4,9% della popolazione, sono 3 mln gli italiani diabetici e almeno 1 mln lo e' senza saperlo. Secondo le stime dell'International Diabetes Federation (Idf) se in Europa nel 2011 erano affetti da diabete (tipo 1 e 2) 35 milioni di adulti, le proiezioni per il 2030 indicano 43 milioni. A livello mondiale, secondo alcune previsioni, il numero dei diabetici nel mondo salira' a oltre 380 milioni nel 2025 con un incremento triplo in Africa, Medio Oriente, Sud Est Asiatico, doppio in America e Ovest Pacifico, del 50% in Europa se non cambiera' nulla in termini di prevenzione. "Mentre per il diabete di tipo 1 (insulino-dipendente, caratterizzato dall'esordio durante l'infanzia che richiede fin dall'inizio una terapia insulinica sostitutiva) bisogna intensificare la ricerca per una cura - aggiunge Fatati - nel diabete di tipo 2 (diabete mellito non insulino-dipendente, laddove l'insulina e' prodotta in modo incostante), che riguarda oltre il 90% della popolazione diabetica, e' fondamentale programmare interventi per la prevenzione primaria. Nonostante il diabete di tipo 2 - prosegue -



abbia molti fattori di rischio (eta', etnicita', fattori genetici, ipertensione, dislipidemia e obesita') l'obesita' e' stata identificata come il fattore con la piu' forte associazione a questo tipo di diabete". Se e' vero che alcuni di questi fattori non sono modificabili, tuttavia, e' possibile correggerne altri, quali il peso, l'alimentazione non corretta e la mancanza di attivita' fisica. Anche perche' l'eta' di insorgenza del diabetetipo 2 si sta riducendo, con un piu' precoce riscontro nei giovani e negli adolescenti con problemi di sovrappeso od obesita' e che hanno scorretti stili di vita, come la sedentarieta'. Una volta in presenza di diabete di tipo 1 o di tipo 2 occorre fin dall'inizio attuare la cosiddetta prevenzione secondaria mirata a rallentare o ad

evitare lo sviluppo delle complicazioni tardive. Un ruolo fondamentale in tal senso e' svolto dal mantenimento di soddisfacenti valori di glicemia e soprattutto da buoni livelli di emoglobina glicata (HbA1c). "Nei soggetti diabetici, l'iperglicemia causata dall'insufficiente produzione di insulina da parte delle cellule beta del pancreas determina una condizione di stress ossidativo che - spiega Fatati - genera una

serie di effetti tissutali, che a loro volta rappresentano i fattori causali delle complicanze responsabili della morbilita' e della mortalita' associate. Riduzioni anche minime dell'emoglobina glicata (HbA1c) permettono di ottenere una riduzione notevole delle complicanze". L'intervento deve essere il piu' precoce possibile per evitare che la cattiva 'memoria metabolica', derivante da un prolungato scarso controllo della glicemia, aumenti il rischio di complicanze macrovascolari con tutti gli esiti che ne conseguono. "Peraltro - chiosa Fatati - il dosaggio dell'HbA1c e' un semplice test di laboratorio che consente di valutare se il diabete si mantiene sotto controllo nel tempo. Il test dell'emoglobina glicata permette infatti di determinare la qualita' media del controllo della glicemia nei 4 mesi precedenti al test e, in tal modo, di valutare l'efficacia di una terapia in atto". Infine conclude Fatati "la maggior parte dei report nazionali e internazionali evidenzia purtroppo che la terapia del diabete tipo 2 non e' ne' precoce ne' intensiva, denotando una inerzia terapeutica inaccettabile. Eppure negli ultimi anni la disponibilita' degli inibitori del DPP IV e degli analoghi del GLP-1 hanno apprestato nuove risorse terapeutiche".

Una gravidanza monitorata e felice



Quando una donna con diabete decide di procreare, conosce benissimo le possibili complicanze alle quali va incontro. Per fortuna, spesso incontrano proprio cammino medici ed esperti capaci di aiutare le future mamme con amore e dedizione. È il caso del Dr. Massimo Sorace, ginecologo del reparto di Ginecologia e Ostetricia degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria, specialista che ha seguito, passo dopo passo, la gravidanza di Manuela (della quale vi abbiamo raccontato nel numero precedente).

«Ricordo che la paziente presentava un diabete molto grave - esordisce il dr. Sorace -, ha iniziato a fare l'insulina da giovanissima. Quando la conobbi aveva già impiantato il microinfusore ma comunque si andava incontro a una gravidanza complicata». Infatti, nei mesi precedenti il parto il controllo su Manuela è stato serrato e non poteva essere altrimenti. «Nei casi di partoriente con diabete, durante il primo trimestre - spiega il ginecologo - si rischia l'aborto spontaneo ed è quindi stato un periodo di monitoraggio continuo. Nel secondo trimestre, uno dei problemi più frequenti è la malformazione cardiaca - prosegue - e proprio per questo ho fatto valutare il caso a un cardiologo pediatra, il dr. Gallucci. Nell'ultimo trimestre, infine, non è inusuale assistere alla morte improvvisa del bambino, conseguenza di ipo o iperglicemia della madre».

Alla fine, Manuela ha partorito con due settimane d'anticipo con il cesareo. «La bambina era molto grossa - ricorda il dr. Sorace - e l'operazione è stata

decisa per evitare la distocia, quindi per evitare che si potesse incastrare per le spalle».

Tanti problemi e imprevisti da prevenire, dunque. Per fortuna Manuela era ben affiancata.

«La paziente si è dimostrata entusiasta, collaborativa, positiva nell'affrontare la situazione - ricorda il dr. Sorace -, un aspetto molto importante per la buona riuscita della gravidanza. Il rapporto con Manuela era ottimo, anche per questo è stata seguita con dedizione da me, dalla dott.ssa Ferraro e dall'equipe Diabaino. Tra noi c'era un continuo scambio di informazioni. Nel periodo che è poi coinciso con il parto - prosegue - mi trovavo in vacanza e sono tornato appositamente per assisterla». Il cesareo, completato in circa mezz'ora come da prassi, non ha comportato alcun problema. «La gestione della glicemia è stata perfetta - aggiunge lo specialista - e il giorno dopo il parto abbiamo effettuato un nuovo controllo cardiologico per assicurarci che tutto andasse bene».

Adesso Asia Maria ha otto mesi ed è una bambina in salute. «Ho rivisto Manuela e la piccola per la visita di controllo post-parto, una routine. È stata una bella emozione - conclude il dr. Sorace -, sono legato a questa famiglia da un sincero affetto».

Pasquale Zumbo

Alimentazione: le calorie inutili



(a cura di **Gabriella Violi**,
dietista)

È importante conoscere il reale apporto calorico fornito dall'Alimentazione seguita, potremmo non accorgercene, ma è veramente facile aggiungere calorie a quelle giornaliere sufficienti, e correre il rischio di ritrovarci con chili di troppo.

Basta poco: Un po di vino in più, una birretta o una lattina di coca cola al ristorante, un caffè zuccherato a metà pomeriggio, dell'olio aggiunto alle pietanze senza dosarlo. Ecco quante calorie potremmo aggiungere alla nostra dieta quotidiana:

CALORIE INUTILI		
10 g di formaggio grattugiato	40 Kcal	i formaggi sono alimenti ad alto contenuto calorico. Escludendo quelli magri come i fiocchi di latte o la ricotta vaccina, generalmente il loro contenuto calorico si aggira tra le 300 e le 500 kcal per hg
10 g di olio di oliva	90 Kcal	È facile esagerare se non si dosa l'olio di oliva con il cucchiaino
10 grammi di pasta in più	35 Kcal	la pasta è abbastanza calorica ma poco saziante se non viene abbinata a un po' di grassi e proteine
2 caffè zuccherati	62 Kcal	è stato considerato l'aggiunta di una bustina da 8 grammi di zucchero per caffè sostituendolo con la stessa quantità di zucchero di canna si risparmierebbero solo 2 Kcal
1 bibita zuccherata	130 Kcal	L'inganno delle bibite zuccherate che non sono per niente innocue, l'aggiunta di carboidrati ad alto indice glicemico le rende particolarmente caloriche e poco sazianti
100 cl di vino 12% Vol.	66 Kcal	Anche l'alcol contiene un certo quantitativo di calorie; maggiore è la concentrazione della bevanda alcolica e maggiori sono le calorie; precisamente 5,6 Kcal per grado alcolico (Vol %)
Latt e intero anziché p. scremato (400 ml)	72 Kcal	esempio di come molte calorie siano "nascoste" nell'alimento che le contiene. Tra i due tipi di latte il gusto è simile ma le calorie sono superiori in quello intero perché più ricco di grassi.
Un paio di caramelle	10 Kcal	alimento che apporta circa 4-8 calorie per pezzo
Un cioccolatino (10 g)	55 Kcal	un cioccolatino in più al giorno rispetto al fabbisogno calorico, ci farebbe ingrassare circa 2,5 kg all'anno
TOTALE	560 kcal	x 365 giorni = 207320 Kcal / 7800 = 26,5 kg di grasso guadagnati all'anno

Nuove frontiere per la cura del piede diabetico

Il piede diabetico rappresenta da sempre una sfida per il mondo medico, oggi ancor più, dato il drammatico aumento del numero di casi.

E' per questo che oggi numerose strutture assistenziali, pubbliche e private, si stanno dotando di Centri specializzati integrati per affrontare al meglio questa patologia, nella speranza di migliorare la qualità dell'assistenza e di ridurre i costi. In questo scenario il chirurgo ortopedico e' chiamato a collaborare con competenza e dedizione insieme ad altre figure professionali, in primo luogo il diabetologo, poi l'infettivologo, il radiologo, il chirurgo vascolare, il podologo, il tecnico ortopedico.

"Aspetti ortopedici del piede diabetico" è il tema del primo corso monotematico 2013, che si terrà venerdì 5 aprile al Teatro Congressi Pietro d'Abano di Abano Terme, a partire dalle ore 8.50. Organizzato dal Policlinico di Abano Terme - Foot&Ankle Clinic, dal professor Antonio Volpe (Unità Funzionale di Chirurgia del Piede e della Caviglia, Policlinico Abano) e dal dottor Enrico Brocco (UF per la Prevenzione e

Cura del Piede diabetico, Policlinico Abano e Villa Pini d'Abruzzo di Chieti) insieme con la Fondazione Leonardo, il meeting dall'alto spessore scientifico punterà sull'importanza della multidisciplinarietà nell'approccio. "L' intento è di offrire - spiega il prof. Volpe - una visione up-to-date degli aspetti epidemiologici, medici e diagnostici del piede diabetico, per quanto concerne specificamente lo specialista ortopedico, e poi un'ampia presentazione delle tecniche chirurgiche più avanzate, soffermandosi sulla loro efficacia e sui loro limiti". Oltre 200 gli iscritti, dall'Italia e dall'estero; presente il gotha dei chirurghi ortopedici della Società Italiana di Chirurgia del Piede e Caviglia, come il prof. Giannini di Bologna, il prof. Malerba di Milano, il prof. Vittore di Bari, il prof. Guelfi di Genova, il prof. Magnan di Verona. Sarà possibile iscriversi anche in loco.

(fonte: www.policlinicoabano.it)

Info Diabaino

SPORTELLO DEL DIABETE:

Diabaino Vip-Vip dello Stretto ONLUS FAND

Gallico ASP n. 5 RC - PST GALLICO Lunedì, Martedì e Venerdì (10,00 - 12.00) Tel. 0965. 371093 - Tel./Fax. 0965. 371822 Mercoledì (18,30 - 20,30) presso Sede Uffici: Via P. Pellicano, 26/F Tel - Fax 0965. 21516 Tel. 0965. 883180

www.diabaino.org - info@diabaino.org

Presidente: O.S. Gabriella Violi - cell. 338-3683012

Sede Legale: Via Umberto I, 100 89135 Gallico (RC)

SPORTELLO DEL DIABETE: Diabaino Vip della Piana FAND Polistena. Presso la sede di Gioia Tauro Martedì e Giovedì ore 17,00 - 20,00 Sabato ore 9,30 - 11,30 Presidente: Ignazio Albo Cell. 3381896397 Responsabile Scientifico: Dott. Antonia Russo Sede Legale: Via Domenicani n° 40, Polistena (RC)

Diabaino Acri FAND ACRI Sede Legale: Via Anna Frank n° 21 ACRI (CS) Presidente:

Pasqualina Pisano cell. 3281569566

Diabelvedere Marittimo Belvedere (CS) Sede Legale: Via F. Dini Palazzo Nastri Belvedere Presidente Antonio Monetta cell. 3479797792

FAND Diab Hipponion Vibo Valentia Sede Legale:

Contrada S. Bruno, Melia s.n.c. - Ioppolo (VV). Presidente Giuseppe Calogero, cell. 3389547523. email: hipponion@fand.it

Coordinamento FAND Calabria Responsabile Dott. Mariantonella Ferraro Via P. Pellicano 26/F Reggio Calabria Tel/fax 0965/21516 cell. 3894304076

Contributi Volontari Liberatori intestati a: Diabaino Vip-Vip dello Stretto ONLUS

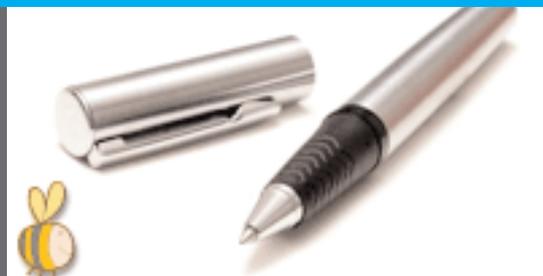
1. Banco Napoli S.P.A, Via Miraglia - 89100 Reggio Calabria

IBAN IT63 D010 1016 3001 0000 0101 865

2. Agenzia Postale Gallico (RC) c/c n. 22482889



Aiutaci ad aiutare



RICORDATI DI TE!

**Basta
un piccolo
gesto**

**DEVOLVI IL 5 per mille
NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI 2013**

**Puoi farlo con:
il Modello Cud 2008 (consegnato dal datore di lavoro)**

**Modello 730/ 1-bis redditi 2012
Modello Unico 2013**

FIRMA E INSERISCI IL NOSTRO CODICE FISCALE

9 2 0 2 9 1 8 0 8 0 6

Nel riquadro “sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni”

Grazie dalle api operaie della Diabaino Vip-Vip dello Stretto

P.S.: Nella speranza che la burocrazia non vada a rilento, quando saremo informati dagli organi composti dell'entità globale delle risorse raccolte, sarà nostra cura dare notizia sul loro impiego

Per ulteriori informazioni contattaci:

Tel. 3483294314

Sede uffici:

via P. Pellicano 26/f - Reggio Calabria

Tel/Fax 096521516

www.diabaino.org - e-mail: info@diabaino.org